

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

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN NEYROXIRURGIYA ILMIY-
AMALIY MARKAZI**

**“BOSH MIYA ABSESSLARI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

Toshkent – 2025

"TASDIQLAYMAN"

RINIATM direktori

G.M. Kariyev



2025 yil

**BOSH MIYA ABSESSI NAZOLOGIYASI BO'YICHA
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOL.**

Toshkent – 2025

**BOSH MIYA ABSESSLARI NOZOLOGIYA BO‘YICHA
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

1. Kirish qismi:

MKB ko'di-10:

Ko'd	Nomi
G06.1	– ichidagi absess va granulema;
G06.3	- ekstradural va subdural absess aniqlanmagan.
	https://www.rlsnet.ru/mkb?ysclid=lqnj2gy9r9554498634

MKB ko'di-11:

Ko'd	Nomi
1D03.3	Bosh ichidagi absess
1D03.30	Bosh miya yarim sharining chuqur absessi
1D03.31	Qadoqsimon tana absessi
1D03.32	Gipofizar absess
1D03.33	Ko'plab yoki keng tarqatilgan bosh miya ichidagi absess
1D03.3Y	Boshqa aniqlangan bosh miya absess
1D03.3Z	Bosh miya absesslari, aniqlanmagan
	https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1128677700

Protokolni ishlab chiqish sanasi 2025, qayta ko'rib chiqiladigan sana - 2028 yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan xar qanday tuzatishlar tegishli xujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun ma'sul muassasa:: Respublika ixtisoslashtirilgan neyroxirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik protokolni ishlab chiqargan ishchi guruhining quyidagi a'zolari klinik protokol va standartni ishlab chiqishga xissa qo'shdilar:

№	F.I.Sh.	Lavozim	ish joyi/mintaqasi
1	Kariyev G.M.	RINIATM direktori (tibbiyot fanlari doktori)	RINIATM
2	Asadullayev U.M.	Respublika ilmiy-tibbiyot markazi (DSc) bosh vrachi	RINIATM
3	Yo'ldoshev R.M.	RINIATM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari (tibbiyot fanlari doktori)	RINIATM
4	Axmediyev M.M.	Respublika ilmiy-amaliy tibbiyot markazi bolalar neyroxirurgiyasi bo'limi mudiri, bosh bolalar neyroxirurgi (t.f.d)	RINIATM
5	Tulaev N.B.	RINIATM bolalar neyroxirurgiyasi kafedrasini mudiri	RINIATM
6	Djumanov K.N.	Respublika ilmiy-amaliy tibbiyot markazi umurtqa pog'onasi neyroxirurgiyasi kafedrasini mudiri (t.f.n.)	RINIATM
7	Xazratqulov R.B.	Respublika ilmiy- tekshirish va tibbiyot markazi qon tomir neyroxirurgiyasi bo'limi mudiri (t.f.n.)	RINIATM
8	Burnashev M.I.	RINIATM qon tomir neyroxirurgiyasi kafedrasini mudiri	RINIATM
9	Qodirbekov R.T.	RINIATM neyroonkologiya bo'limi ilmiy raxbari (t.f.d)	RINIATM

10	Altiboyev U.U.	RINIATM neyroonkologiya bo'lim mudiri (t.f.n.)	RINIATM
11	Yoqubov J.B.	RINIATM bosh miya asosi bo'limi ilmiy raxbari (t.f.n.)	RINIATM
12	Eshquvvatov G.E.	RINIATM bosh miya asosi bo'limi mudiri	RINIATM
13	Zaremba A.E.	RINIATM periferik nerv patologiyasi sohasi mutaxassisi	RINIATM
14	Boboev J.I.	RINIATM bosh miya shikastlanishlari va ularning asoratlari bo'yicha mutaxassis (t.f.n.)	RINIATM
15	Qosimov X.R.	RINIATM anesteziologiya va reanimatsiya bo'lim boshlig'i	RINIATM
16	Usmonov L.A.	RINIATM poliklinikasi bo'limi boshlig'i, tashkiliy-uslubiy bo'lim xodimi.	RINIATM
17	Arslanova Z.A.	RINIATM tashkiliy- uslubiy bo'limi xodimi.	RINIATM
18	Xodjimetov D.N.	RINIATM bosh shifokorining o'rinbosari (PhD)	RINIATM
19	Mamaxo'jaev N.A	Bo'lim boshlig'i (bosh neyroxirurg)	Andijon viloyati
20	Saidov K.K	Bo'lim boshlig'i (bosh neyroxirurg)	Buxoro viloyati
21	Urdushev D.N	Bo'lim boshlig'i (bosh neyroxirurg)	Jizzax viloyati
22	Temirov S.A.	Bo'lim boshlig'i (bosh neyroxirurg)	Qashqadaryo viloyati

23	Berdiev D.O	Bo'lim boshlig'i (bosh neyroxirurg)	Navoiy viloyati
24	Nurmatov A.	Bo'lim boshlig'i	Namangan viloyati
25	Rajabov H.	Bo'lim boshlig'i SamTI klinikalari	Samarqand viloyati
26	Xolboyev U.B.	Bo'lim boshlig'i (bosh neyroxirurg)	Surxondaryo viloyati
27	Sirliiev A.M	Neyroxirurg	Sirdaryo viloyati
28	Xojaliev T.G	RINIATM Fargona viloyati filiali direktori.	Farg'ona viloyati
29	Ro'zmetov K. S	Neyroxirurg	Xorazm viloyati
30	Xudoybergenov R.M.	Bo'lim boshlig'i	Resp. Qoraqalpog'iston

Mualliflar ro'yxati:

1. **Kariiev Gayrat Maratovich**- Direktor RINIATM (t.f.d. professor)
2. **Boboev Jaloliddin Ibraximovich** – t.f.n. RINIATM qon tomir neyroxirurgiyasi bo'limi shifokori.
3. **Xasilbekov Navruz Xamzaevich** - RINIATM qon tomir neyroxirurgiyasi bo'limi shifokori.
4. **Xodjimetrov Dilshod Nayimovich**- bosh shifokor o‘rinbosari – RINIATM.

Taqrizchilar :

Soyibov I.E. t.f.n. RINIATM bolalar neyroxirurgiyasi bulimi xodimi.

Saidov B.A. t.f.n. RINIATM neyroonkologiya bulimi xodimi.

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor o'qituvchilari, O'zbekistan neyroxirurglar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RINIATM filial muassasalari direktorlari va ularning o'rinbosarlari) ishtirokidagi ishchi guruxning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelushuvga erishish orqali muxokama qilindi va tasdiqlash uchun viloyat muassasalari shifokorlariga onlayni formatda tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari -Kariyev Gayrat Maratovich – SSV, RINIATM direktori t.f.d., professori

Klinik bayonnoma RINIATMning ilmiy kengashida muxokama qilingan 19.05.2025 y. (Ilmiy kengash bayonnomasidan ko'chirma № 5);

Ilmiy kengash raisi-Kariyev Gayrat Maratovich, SSV, RINIATM direktori t.f.d.,
professori

Texnik tekshirishni baxolash va taxrir qilish:

- 1- Asadullayev U.M.- RINIATM bosh shifokori (t.f.d.)
2. Axmediyev M.M. - RINIATM bolalar neyroxirurgiyasi bo‘limi rahbari, Bosh bolalar neyroxirurgi (t.f.d.)

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

Klinik protokollarning amaliyotga to‘g‘ri kelishi va qo‘llanilishini bahosi Toshkent shaxri va Toshkent viloyati amaliy bo‘g‘ini vakillari bilan amalga oshirilgan.

Amaliyotchi shifokorlar:

Mundarija

BOSH MIYA ABSESSLARI NOZOLOGIYA BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
BOSH MIYA ABSESSLARI NOZOLOGIYA BO‘YICHA JARROXLIK ARALASHUVLARINING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	41
BOSH MIYA ABSESSLARI NOZOLOGIYA BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	55
BOSH MIYA ABSESSLARI NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....	67

Qisqartmalar ruyxati

BMA – bosh miya absessi

OMS – Orqa miya suyuqligi

KT - kompyuter tomografiyasi

MRT - magnit-rezonans tomografiya

TMSh - travmatik miya shikastlanishi

SMSSh - S.aureusning metitsillinga sezgir shtammlari

SMChSh - S.aureusning metitsillinga chidamli shtammlari

GKSh - Glazgo koma shkalasi

Terminlar va aniqlashlar

BMA ni to‘liq olib tashlash - bu BMA ni kapsula bilan olib tashlash bilan birga bo‘lgan jarrohlik aralashuv.

BMA ning punksiyon aspiratsiyasi - bu BMA ning punksiyon va drenaji bilan birga olib boriladigan jarrohlik aralashuv bo‘lib, uni neyronavigatsiya yordamida amalga oshirish mumkin.

Ushbu nozologiya bo‘yicha protokoldan foydalanuvchilar:

1. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari
2. Jarroh, travmatologlar
3. Umumiy amaliyot shifokorlari
4. Neyrofiziologlar
5. Tez va shoshilinch yordam shifokorlari
6. Reabilitologlar
7. Diyetologlar
8. Nevropatologlar
9. Neyroxirurglar
10. Fizioterapevtlar
11. Reabilitologlar, kinezioterapevtlar
12. Tibbiyot oliy ta‘lim muassasalari va kollejlarda talabalari,
13. Tibbiyot oliy ta‘lim muassasalari va kollejlarda o‘qituvchilari,
14. Ordinatorlar, magistratura rezidentlari (diplomdan keyingi ta‘lim).

Bemorlar toifasi: Bosh miya absesslari bo‘lgan bemorlar.

**Diagnostika usullar (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning
ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DID) (Jadval 1)**

Jadval 1

DI D	Taxlillash
1	Tadqiqotlarni referens usulida nazorat qilish bilan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko‘rib chiqish
2	Referens usulida nazorat qilingan alohida tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan tashqari, meta-tahlildan foydalangan holda har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Tadqiqotilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulida izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki referens usulida tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyoslash tadqiqotlari, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Tenglashtirilmagan tadqiqotlar, klinik holatning ta’rifi
5	Faqat harakat mexanizmi asosi yoki ekspertlar fikri mavjud

**Profilaktika, terapiya, rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning
ishonchliligi darajasini baxolash shkalasi (UID) (Jadval 2)**

UI D	Taxlillash
1	Meta-tahlildan foydalangan holatlarni tizimli ko‘rish
2	Meta-tahlilni qo‘llab-quvvatlash bilan har qanday dizayn tadqiqotlarining alohida va tizimli sharhlari
3	Randomizatsiyalanmagan qiyoslash tadqiqotlari, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar

5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud
----------	---

Profilaktik, diagnostika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalar (CLR) bo'yicha sudlanganlik darajasini baholash shkalasi
Jadval 3.

CLR	Taxlillash
A	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik chora-tadbirlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)
C	Zaif tavsiya (adekvat sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

2. Asosiy qism.

2.1 Bosh miya absesslari.

BMA shakllanishining sababi har qanday yuqumli agent bo'lishi mumkin va birinchi navbatda patogenezga va kasallikka moyil bo'lishiga bog'liq. BMAni keltirib chiqaradigan patogenlar diapazoni juda keng, jumladan, bakteriyalar, zamburug'lar va parazitlar.

Protozoy patogenlar orasida eng muhimi Toksoplazma (*Toxoplasma gondii*) bo'lib, u asosan OIV infeksiyasida kuzatiladi.

<https://www.nhs.uk/conditions/brain-abscess/causes/>

- Kontakt (o'rta quloq, qo'shimcha hujayralar, paranazal sinuslar, odontogen tarqalish)

- Gematogen
- O'pka abstsessi;
- Pnevmoniya;
- Bronxoyektazalar;
- Empiyema;
- Yiringli teri infeksiyalari;
- Osteomiyelit;
- Kichik tash infetsiyalari;
- Qorin ichi infeksiyalari;
- Bakterial endokardit;
- Tug'ma yurak nuqsonlari;
- 3. Posttravmatik;
- 4. Yatrogen;
- 5. Kriptogen.

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

BMA shakllanishiga har qanday agent sabab bo'lishi mumkin va birinchi navbatda patogenez va oldini olgan kasallikka bog'liq. BMA keltirib chiqaruvchi qo'zg'atuvchilar spektri juda keng, bakteriyalar, parazitlarni o'z ichiga oladi. Protozoy qo'zg'atuvchilari orasida Toksoplazma (*Toxoplasma gondii*) ahamiyatga ega, u asosan OIV infeksiyasida kuzatiladi
<https://www.healthline.com/health/hiv-aids>

1. Bakteriyalar
2. Streptokokklar (ayerob, anayerob, mikroayerofil);
3. Oltin stafilokokk;
4. Gramotritsali bakteriyalar (*Proteusspp.*, *Escherichiacoli*, *Klebsiyella spp.*, *Pseudomonasayeruginosa*, *Enterobacter spp.*);
5. Anayeroblar (*Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*)

https://en.wikipedia.org/wiki/Brain_abscess#Bacterial

Bemorlarning qariyb 14-28% da ko'p bakterial agentlar verifikatsiya qilinadi. Salbiy ekinlar chastotasi ancha keng. Turli ma'lumotlarga ko'ra 43% ga yetishi mumkin.

Immun yetishmovchiligi fonida: *Listeriaspp.*, *Salmonella spp.*, *Nosardia spp.*, *Haemophilus. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Actinomyces*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Citrobacterdi versus* bo'lishi mumkin.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441841/#>

1. Qo‘ziqorinlar

So‘nggi yillarda qo‘ziqorin BMA bilan kasallanish ko‘paydi. Bu kortikosteroid terapiyasi, kimyoterapiya va keng spektrli antibiotiklardan foydalanish bilan bog‘liq. Asosiy qo‘ziqorin agentlari o‘z ichiga oladi

<https://en.wikipedia.org/wiki/Fungus>

- Candida spp.;
- Aspergillus spp.;
- Mucorales;
- Rhizopusarrhizus;
- Scedosporium;
- Cryptococcus neoformans;
- Coccidioides spp.;
- Histoplasma spp.;
- Blastomyces dermatitidis.

Jadval 1. Fondagi kasallikka qarab infeksiya agenti

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19665086>

Fonli kasallik	Infekcion agent
O'rta otit / mastoidit	<i>Streptococcus spp.</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Prevotella spp.</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> .
Sinusit (frontoetmoid, sfenoidal)	<i>Streptococcus spp.</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>H. influenzae</i> .
Odontogen infeksiya	<i>Fusobacterium spp.</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Prevotella spp.</i> , <i>Actinomyces</i> , <i>Streptococcus spp.</i>
Penetratsion TBI/yatrogenik	<i>S.aureus</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Clostridium spp.</i>
O'pka absessi, empiem, bronxoektaza	<i>Fusobacterium spp.</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Prevotella spp.</i> , <i>Actinomyces</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Nocardiaspp</i>
Bakterial endokardit	<i>S.aureus</i> , <i>Streptococcus spp.</i>

Tug'ma yurak nuqsoni	<i>Streptococcus</i> spp., <i>H. Influenzae</i>
Immun kamchilik holatlari	
Neytropeniya	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Candida</i> spp., <i>Aspergillus</i> spp.
Transplantatsiya	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>L. monocytogenes</i> , <i>Nocardia</i> spp., <i>Candida</i> spp., <i>Aspergillus</i> spp., <i>T. gondii</i>
OIV infeksiyasi	<i>T. gondii</i> , <i>Nocardia</i> spp., <i>Mycobacterium</i> spp., <i>Cryptococcus</i> spp.

2.2 Bosh miya absesslarini tasniflash

1. Erta serebrit (1-3 sutka);

Neytrofillar, plazmatik hujayralar, monotsitlar bilan perivaskulyar infiltratsiya, mikroglia va astrotsitlar faollasha boshlaydi. Infektsion o'choqning chegaralari yo'q. Perifokal shishish mavjudligi. Yakka nekrotik o'choqlar. Retikulin 3 sutkadan shakllantiriladi

1. So'nggi serebrit (4 – 9 sutka)

Nekrotik markazni ko'paytirish. Yallig'lanish o'chog'ining chegaralari makrofag va fibroblastlar bilan infiltratsiyalangan. Neovaskulyarlashtirishni ko'paytirish. Retikulinning faol shakllanishi. Perifokal shishish zonasini ko'paytirish.

1. Kapsulaning erda shakllanish bosqichi (10-13 sutka)

Nekrotik markazning zonasini kamaytirish. Kasallikning chegarasi bo'yicha fibroblast va makrofaglar sonini ko'paytirish. Neovaskulyarlashtirishning maksimal darajasi. Yetuk kollagen kapsulaning evolyutsiyasi. Perifokal shishish zonasini kamayshi. Astrotsitlar reaksiyasining kuchayishi.

1. Kapsulaning kichik shakllanish bosqichi (14 sutka va undan ortiq)

Nekrotik markazni yanada kamayshi. Fibroblastlar sonini yanada oshishi. Kapsula 2 hafta oxiriga qadar to'liq shakllanadi. Neovaskulyarlashtirishni kamayishi. Shish regressiyasi. Perifokal zonada glioz 3 haftada shakllanadi <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib41>.

1. Shikastlanishdan keyingi BMA tasnifi

Jadval 2. Shikastlanishdan keyingi BMAing tasnifi

Joylashuvi bo'yicha	Peshona bo'lagi Tepa bo'lagi Chakka bo'lagi Ensa bo'lagi Miyacha
Sababiga kora	Travmatik Yatrogen travmatik
Voqea sodir bo'lgan vaqtga ko'ra	Erta (o'tishdan keyin 3 oygacha) Kechki (o'tgandan keyin 3 oydan ortiq)
Lateralizatsiya bo'yicha	Chapda O'ngda Ikki tomonlama
Soniga ko'ra	Yagona Ko'pchilik

KT tarkibining xususiyatlari bo'yicha	Gipodensiv Giperdensiv Geterodensiv Izodensiv
Miya qopchilari va moddasiga nisbatan	Epidural Subdural Intraserebral Periventrikulyar
Turiga ko'ra	Bir kamerali Ikki kamerali Ko'p kamerali
Hajm bo'yicha	Kichik, 20 ml gacha O'rta, 21 – 40 ml Katta, 41 – 60 ml Juda katta, 60 ml dan ortiq
Klinik fazaga ko'ra	Kompensatsiya Subkompensatsiyalar O'rtacha? Dekompensatsiya Qo'shimchalar? Dekompensatsiya Terminal bosqichi.
MRT xususiyatlari bo'yicha	T1 gipointensiv signal - absess qurug'i giperintensiv signal - kapsula Rejim T2 izo-giperintensiv signal – absess qurug'i giperintensiv signal – kapsula

Bosqichlar bo'yicha	Ensefalitik Kapsulyar
Oqim tezligiga ko'ra	O'tkir Subakut Surunkali

3. Diagnostika usullari, yondashuvlari va tartib-taomillari

1) Diagnostika

BMA differentsial diagnostikasi bosh miyaning birlamchi va ikkinchi o'simlari, ishemik yoki gemorragik insult va entsefalit bilan amalga oshiriladi.

Bosh miya KT holatida shakllantirilgan holatni bosh miyaning birinchi va ikkinchi o'simlari, infarkt, lizis bosqichidagi gematoma va radiatsion nekroz bilan farqlash zarur. Yakuniy differentsial diagnoz o'tkazish uchun kontrastli bosh miya MRT alohida ahamiyatga ega. MR – spektroskopiya ichki o'simliklar bilan differentsial diagnostika o'tkazish imkonini beradi

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

Shikoyat va anamnez

Anamnezni to'plashda bemorda uzoq muddatli yoki o'tkazilgan keskin infeksiya holatiga e'tibor qaratish taklif etiladi

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

2.2 Fizik tekshirish

- Tashqi ko'rikdan o'tish, o'sish o'lchamlari, tana massasi, jismoniy rivojlanish darajasi
- Umumiy davom sindromi, tutqanoq va fokal nevrologiya kamchiligi mavjudligiga e'tibor qaratish tavsiya etiladi.
- Nevrologik ko'rikdan o'tkazish tavsiya etiladi.
- Nevrologik ko'rik quyidagilarni o'z ichiga oladi:
- Ong darajasi, shu jumladan, KGSh bo'yicha;
- Meningeal sindrom hamda uning ko'rsatkichligi.
- Bosh-miya nervlarining shikastlanishi.
- oliy nerv funksiyalari
- Gemisindromning mavjudligi

- Oftalmologik ko‘rikdan o‘tish tavsiya etiladi.

2.3 Laborator tashxislash

- Leykotsitar formulani o‘rganish bilan qonning umumiy tahlilini o‘tkazish, umumiy tahlil qilish, qonning bioximik tahlili: umumiy belok, albumin, mochevina, kreatinin, aminotransferaza (ALT), aspartat (AST).
- Aminotransferaz (AST), qon elektrolitlarini tadqiq qilish (natriy, kaliy, xlor), umumiy siydik tahlili

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

Qon tahlillarida umumiy yozilish jarayonining ko‘rsatkichlari aniqlanishi mumkin. 60-70% leykotsitoz, 90% SOE tezlashuvi aniqlanadi. Shifokorlikni tezlashtirish va S-reaktiv oksilning darajasi davolanishga javobni baholash va boshqa hajmdagi ichidagi jarayonlar bilan differentsial diagnoz o‘tkazish uchun foydalanishi mumkin.

Qon serologik tadqiqotdan o‘tkazish tavsiya etiladi, MNS infeksiyasining yetakchi qo‘rg‘ituvchilariga antibakterial terapiya belgilanguniga qadar optimal o‘tkaziladi. O‘tkazish kamida 2 barobar.

2.4. Asbobli tashxislash

Tashxis qo‘yish bosqichida lyumbal punktsiya o‘tkazish tavsiya etilmaydi.

Lyumbal punktsiya – BMA bilan bemorlarda xavfli tartib-ta’sir etiladi, chunki dislokatsiya sindromini sodir etishi mumkin. O‘zgarishlar yuqori sezgirlikka ega emas. Glyukoza konsentratsiyasi normal yoki pasaygan, oqsil konsentratsiyasi 61-81% da oshgan, pleotsitoz 60-70% da qayd etiladi. Bakteriologik ekish bugungi kunda katta ijobiy o‘shiga erishmoqda.

Massa effektiga ega bo‘lgan BMA mavjud bo‘lganda lyumbal punktsiyani bajarish taklif etilmaydi

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

- Ko‘krak qismi organlari rentgenografiyasini o‘tkazish taklif etiladi.
- Bosh miya kompyuteri tomografiyasini (KT) kontrast bilan amalga oshirish tavsiya etiladi

<https://radiopaedia.org/articles/ventriculitis?lang=us>

Kontrastli bilan kompyuter tomografiyasi tanlash usuli hisoblanadi va bemorlarning 95-99% insonini aniqlash imkonini beradi. Kontrast bilan bosh miya KT asosida kasallik bosqichini va davolanishga javob baholash mumkin. Serebrit bosqichida gipodensiv zona qayd etiladi, u kontrastli kuchlanishdan so'ng bir xil urg'u beradi. Gipodensiv zichlikdagi giperdensiv halqa tipik ravishda vizualizatsiya qilinadi. Giperdensiv halqa odatda neoplastik jarayonlarga nisbatan yupqa ko'rinadi. KT quyidagilar haqida muhim ma'lumotlarni ta'minlaydi:

- O'lcham;
- Sonlar
- Massa effektining mavjudligi
- O'rta tuzilmalar siljishi mavjudligi
- Qo'shimcha o'lchamning mavjudligi
- Sinusit, mastoidit ko'rinishida BMA sabablarini verifikatsiya qilish

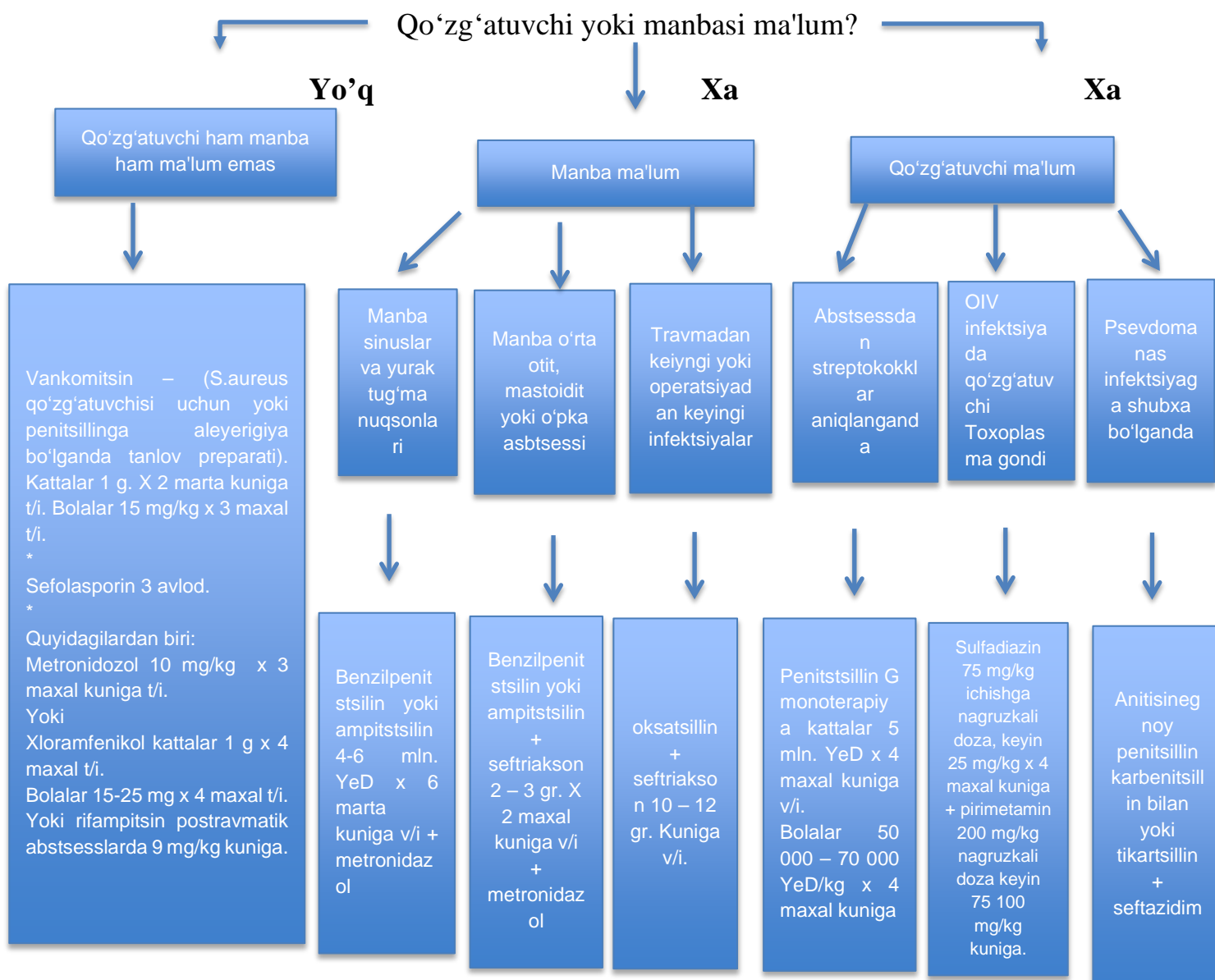
Bosh miya KT bemorlarga skrining tadqiqoti sifatida sub- va dekompensatsii bosqichida tavsiya etiladi.

- Bosh miyaning magnit-rezonans tomografiyasini (MRT) nativ rejimda va kontrastli kuchaytirish bilan o'tkazish taklif etiladi.

Magnit-rezonans tomografiyasi yanada sezgir metodika. MRT AGM bosqichini baholash uchun amalga oshiriladi. MRT serebritning erta bosqichlarini baholash, qorinchalar va subaraxnoidal makonlarni jalb qilish imkonini beradi. T1-tasvirlarda BMA kapsulasi izointensiv yoki kam giperintensiv halqa bilan namoyon bo'ladi. Kontrastdan so'ng abstsess markaziy zonasi aniq farqlanadi. T2- tasvirlarda perifokal shish zonasi yuqori signal intensivligiga ega, kapsula esa gipointensiv signal. Qarama-qarshi preparatning ichiga kiritilishi bosh miya MRT abstsess kapsulasini aniq ko'rsatadi va bemorlarda kompensatsiya va subkompensatsiya holatida amalga oshiriladi, zarur bo'lgan taqdirda differentsial diagnostika o'tkazish va BMA shoshilinch jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar bo'lmagan holarda.

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

2) diagnostik algoritmi (yuqorida ko'rsatilgan barcha diagnostik mezonlarni algoritmi shaklida ko'rsatish);



1) 2.1 Shikoyat va anamnez

3B	Anamnezni to'plashda bemorda surunkali yoki o'tkazilgan o'tkir infeksiya holatiga e'tibor qaratish taklif etiladi https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3177047
-----------	--

2.2 Fizik tekshirish

Tashxis qo'yish bosqichida:

4C	Tashqi ko'rikdan, o'sish o'lchamini, tan massasini, jismoniy rivojlanish darajasini o'lchashdan boshlash tavsiya etiladi
2b C	Umumiy nevrologik sindrom, isitma va fokal nevrologiya kamchiligi mavjudligiga e'tibor qaratish tavsiya etiladi
2a B	Nevrologik ko'rikdan o'tkazish tavsiya etiladi.

Nevrologik ko'rik quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- A. Es xush xolati KGSh bo'yicha;
- B. meningeal sindromi va uning ko'rsatkichligi.
- C. bosh-miya nervlari shikastlanishi.
- D. oliy miya funktsiyalar
- E. gemisindromning mavjudligi

Glazgo komasi shkalasi

7-жадвал.

Punkt	Reaksiya	Ball
Koni ochish	Spontan	4
	Ovozga	3
	Og'riq sababli	2
	yo'q	1
Verbal javob	norma	5
	Chalkash nutq	4

	Noto'g'ri so'zlar va nutq	3
	Har xil tovushlar, lekin nutq emas	2
	yo'q	1
Harakatlash javobi	Buyruqlarni bajaradi	6
	Og'riqni lokalizatsiya qiladi	5
	Og'riqli stimulga qo'lni tortib olish	4
	Og'riqli stimulga qo'lni egish	3
	Qo'lni og'riqli stimulga uzaytirish	2
	yo'q	1

Ball diapazoni: 15 – ball – ong aniq. 13-14 – karaxt; 9 — 12 — sopor; 4-8- koma; 3 – terminal komasi.

3B

Oftalmologik tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi

<https://en.wikipedia.org/wiki/Papilledema>

2.3 Laboratorik diagnostika

Tashxis qo'yish bosqichida:

2a
B

Leykotsitar formulani o'rganish bilan qonning umumiy tahlilini, siydik umumiy tahlil qilish, qonning bioximik tahlilini amalga oshirish: umumiy oqsil, albumin, kreatinin, alaninaminottransferaz (ALT), AST (AST), qon elektrolitlari (natriy, kaliy, kaliy, xliy, xlor) siydik
<https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html>

Qon tahlillarida umumiy yallig'lanish jarayonining ko'rsatkichlari aniqlanishi mumkin. 60-70% leykotsitoz, 90% EChT tezlashuvi aniqlanadi. Shifokorlikni tezlashtirish va S-reaktiv oqsilning darajasi davolanishga javobni baholash va boshqa bosh miya hajmli xosilalar bilan differentsial tashxisot o'tkazish uchun foydali bo'lishi mumkin.

2a
B

Qon zardobini serologik tadqiqotdan o'tkazish tavsiya etiladi.

MNS infeksiyasining eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchilariga antibakterial terapiya tayinlanganga qadar o'tkazish tavsiya etiladi. O'tkazish kamida 2 marotaba.

2.4 Instrumental tashxislash

Tashxis qo'yish bosqichida:

4C

. Lyumbal punktsiya o'tkazish tavsiya etilmaydi.

Lyumbal punktsiya – BMA bilan bemorlarda xavfli tartib-ta'sir etiladi, chunki dislokatsiya sindromini sodir etishi mumkin. O'zgarishlar yuqori maxsuslikka ega emas. Glyukoza konsentratsiyasi normal yoki pasaygan, oqsil konsentratsiyasi 61-81% da oshgan, pleotsitoz 60-70% da qayd etiladi. Bakteriologik ekish bugungi kunda katta ijobiy o'sishga erishmoqda.

Mass effektiga ega bo'lgan BMA mavjud bo'lganda lyumbal punktsiyani bajarish tavsiya etilmaydi.

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

3B

Ko'krak qismi organlariga rentgenografiya o'tkazish tavsiya etiladi.

2b
B

Bosh miya kompyuteri tomografiyasini (KT) bajarish tavsiya etiladi

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib49>

Kontrastlash bilan kompyuter tomografiyasi tanlash usuli hisoblanadi va bemorlarning 95-99% insonini aniqlash imkonini beradi. Kontrastlash bilan bosh miya KT asosida davolanishga va javob bosqichini baholash mumkin. Serebrit bosqichida gipodensiv zona qayd etiladi, u kontrastli kuchlanishdan so'ng bir xil urg'u beradi. Gipodensiv zichlikdagi giperdensiv halqa tipik ravishda vizualizatsiya qilinadi. Giperdensiv halqa odatda neoplastik jarayonlarga nisbatan yupqa ko'rinadi.

KT quyidagilar haqida muhim ma'lumotlarni ta'minlaydi:

- O'lchami;
- Sonlar
- Mass-effekt mavjudligi
- O'rta tuzilmalarning siljishi mavjudligi
- Qorinchalar ichida mavjudligi

Mavjud sababni sinusit, mastoidit ko'rinishida verifikatsiya qilish Bosh miya KT bemorlarga skrining tadqiqoti sifatida sub- va dekompensatsiya bosqichida tavsiya etiladi.

2a B	Bosh miyaning magnit-rezonans tomografiyasini (MRT) nativ rejimda va kontrastli kuchaytirish bilan o'tkazish taklif etiladi.
---------	--

Magnit-rezonans tomografiyasi yanada sezgir metodika. MRT BMA bosqichini baholash uchun amalga oshiriladi. MRT serebritning erta bosqichlarini baholash, qorinchalar va subaraxnoidal makonlarni jalb qilish imkonini beradi. T1-tasvirlarda BMA kapsulasi izointensiv yoki kam giperintensiv halqa bilan namoyon bo'ladi. Kontrastdan so'ng abstsess markaziy zonasi aniq farqlanadi. T2- tasvirlarda perifokal shish zonasi yuqori signal intensivligiga ega, kapsula esa gipointensiv signal. Qarama-qarshi preparatning ichiga kiritilishi bosh miya MRT abstsess kapsulasini aniq ko'rsatadi va bemorlarda kompensatsiya va subkompensatsiya holatida amalga oshiriladi, zarur bo'lgan taqdirda differentsial diagnostika o'tkazish va shoshilinch ko'rsatmalari mavjud bo'lmagan hollarda o'tkazish tavsiya etiladi

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_GBMs?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6II9kaXJlY3QifX0

2.5 Boshqa tashxisot

Tashxis qo'yish bosqichida:

4C

Davolash samaradorligini nazorat qilish bosqichida:

- Faqat konservativ terapiya o‘tkazishda bosh miya KT. Bajarish jadalligi neyrovizualizatsiya ma’lumotlari bo‘yicha jarayonning dinamikasi va bemorning holati, shu jumladan nevrologik statusi bilan belgilanadi;
- Olib tashlash radikalligini baholash uchun absess olib tashlangandan so‘ng kontrastlangan bosh miya KT
- Bemorni stasionardan chiqarishdan oldin kontrasterlash bilan bosh miya MRT

<https://en.wikipedia.org/wiki/MRI>

3B

Retsidivga shubha qilinganda quyidagilarni bajarish taklif etiladi: To‘liq diagnostik tadbirlar majmuasi (tekshiruvga qarang).

Klinik ko‘rinishi

Klinik alomatlar simptomasiz oqimdan fulminant “lavina” tipli dekompensatsiyaga qadar o‘zgarishi mumkin. Asosiy alomatlar – bosh miya bosimining yuqori bo‘lishi natijasida bosh og‘ri va ko‘ngil aynish. Paraventrikulyar absesslarda bosh og‘rig‘ning kuchayishi qarinda ichiga absessning yorilganidan dalolat beradi. Qorinchalar bilan absess o‘rtasidagi masofaning 1 mm ga kamayishi yorilish xavfini 10% ga oshiradi.

Bosh og‘rig‘i, isitma va fokal nevrologik tanqislik shaklidagi klassik triada 50% dan kam uchraydi.

Klinik kartina BMA mahalliyashtirish va infektsiya agenti tomonidan aniqlanadi (3-jadval.). Yetakchi alomatlar 5-jadvalda taqdim etilgan.

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

5-jadvalda.

Klinik simptomatika [24,66]

Simptomlar/sindromlar	Chastotasi %
Bosh og‘rig‘i	49-97

Isitma	32-79
Fokal nevrologik kamchilik	23-66
Psixika buzilishlari	28-91
Tutqanoqlar	13-35
Ko'ngil aynish/qusish	27-85
Meningeal sindrom	5-41
Ko'rish nervlari diskklarining shishishi	9-51
Generallashtirilgan tutqanoq xurujlari	11-25

6-jadvalda.

Lokalizatsiyaga qarab klinik simptomatika [2,4,66]

Mahalliyashtirish	Klinik alomatlar
Peshona bo'lagi	Bosh og'rig'i Spontanlik E'tiborning buzilishi Astaziya abaziya Psixiotsional kasallik Gemiparez Nutq buzilishlari
Chakka bo'lagi	Ipsilateral bosh og'rig'i Afaziya Dizartriya Ko'rish maydonlarining buzilishi/Gemianopsiya

Tepa bo'lagi	Bosh og'rig'i Ko'rish maydonlarining buzilishi/gemianopsiya Sezgi ognozis/praksisning buzilishi
Ensa bo'lagi	Bosh og'rig'i Ko'ngil aynihi/qusish Gemianopsia
Miyacha	Bosh og'rig'i Nistagm Ataksiya Ko'ngil aynishi/qusish Dismetriya Meningizm Ko'rish nervlari diskklarining shishishi
Miya uzagi	Bosh-miya nervlari parezlari Alternirlovchi sindromlar

Klinik amaliyotga neyrovizualizatsiyaning yuqori axborotli usullarini joriy etish bilan qisqa muddatda differentsial tashxis o'tkazish va o'z vaqtida davolash imkoniyati yaratildi. Umumsomatik va nevrologik xolatni baholashdan tashqari, o'tkazilgan infeksiya bilan bog'liqlik baholanmoqda, tizimli yallig'lanishni verifikatsiyalash uchun laboratorik tekshirish usullari amalga oshirilmoqda. Lyumbal tesishning diagnostik qiymati shubhali va bundan tashqari xavfli bo'lishi mumkin, shuning uchun tavsiya etilmaydi. Yakuniy hujjat neyrovizualizatsiya ma'lumotlariga asoslanadi. Bosh miya KT holatida shakllantirilgan holatni bosh miyaning birlamchi va ikkilamchi o'simlari, infarkt, lizis bosqichidagi gematoma va radiatsion nekroz bilan diffentsial tashxislash zarur. Yakuniy differentsial tashxis o'tkazish uchun kontrastlangan bosh miya MRT alohida axamiyatga ega. MR – spektroskopiya differentsial diagnostika o'tkazish imkonini beradi.

Tashxis tafsiloti

Diagnoz to'g'risida quyidagilar kiritilishi kerak:

I. Mahalliyashtirish va tarqatishni ko'rsatish;

II. BMA etiologiyasini ko'rsatish;

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi: dori-darmon davolash

Davolash tadbirlari rejasini tuzish:

Davolash tadbirlari rejasini tuzish, odatda, neyroxirurglar ishtirokida konsilium tomonidan amalga oshiriladi va zarur bo'lsa, to'g'ri mutaxassislar jalb qilinadi. Davolash tadbirlari rejasini aniqlashtirish uchun quyidagi verifikatsiyalangan ma'lumotlarning zarur birlashtirilishi asosdir:

- mahalliyashtirish mezonlari va hajmi bo'yicha rentgenodiagnostik ma'lumotlar;
- etiologik omil;
- qo'shimcha kasalliklar;
- immun kamchiligi mavjudligi;
- bemorning holati;
- bemorning yoshi.

3.1 Antibiotikoterapiya

Davolash multidistsiplinar yondashuvni talab etadi. Antibiotikoterapiya bemorlarni davolashning eng muhim qismidir. Antibiotikoterapiya tayinlashdan oldin biologik materialni olish zarur. Aspiratsiyalangan material darhaqiqat bakterilogik tadqiqot uchun jo'natilmoqda.

Bugungi kunda empirik antibiotikoterapiya belgilanadi (qarang G1 ilovasi). 3 avlodning sefalosporinlari va metronidazol umumiy qabul qilinadi. Agar S.aureus mumkin patogen bo'lsa, vankomitsin ekinning ob'ektiv ma'lumotlarni olganga qadar terapiyani to'ldiradi. Etiologik omil bo'lmagan bemorlarda gramm manfiy patogenlari bo'lsa, masalan, P. aeruginosa tanlov preparatlari seftazidim, sefepim yoki meropendir. Vankomitsin, metronidazol va 3-4 avlod sefalosporinlarini tayinlash sabablari yuzasidan hech qanday ko'rsatmalar yo'q bo'lsa, BMAlarida rezonal ravishda tayinlash mumkin. Yuqumli agentni verifikatsiyalanganidan so'ng terapiya optimallashtiriladi

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

(G2 va G3 ilovasiga qarang)

Maxsus terapiya tayinlashdan oldin in vitro test ma'lumotlariga tayanish zarur. Immun tapchiligi bo'lgan bemorlarda preparatlar birikmasi zarur bo'lishi mumkin.

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

3B	<p style="text-align: center;">Antibakterial preparatlar bilan monoterapiya:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Og'ir tizimli kasalliklar foizida harakatning yuqori xavfi;2. Ko'plab abstsesslar3. Kichik hajmni chuqur va funktsional muhim soxalar BMA lari4. Meningit/ventrikulit bilan birgalikda5. Nevrologik maqomda erta ijobiy dinamika va neyrovizualizatsiya ma'lumotlari ko'ra6. 2,5 sm va undan kam bo'lsa, agar jarrohlik aralashuvi xavfi sezilarli xavf ostida bo'lsa, konservativ terapiyaga ko'rsatma.
-----------	--

Davolash muddati an'anaviy ravishda 6-8 hafta yuqori dozali antibakterial terapiyadan iborat bo'lib, keyinchalik 2-3 oy davomida o'ziga xos peroral antibiotiklarga o'tadi. Qobiq bilan BMA olib tashlash amalga oshirilgan bemorlarga terapiya 3-4 hafta bo'lishi mumkin. Faqatgina antibakterial preparatlar bilan terapiya uzoqroq (12 haftagacha peroral preparatlar bilan birga) bo'lishi kerak.

3B	Tizimli antibakterial terapiyadan ta'sir yo'q bo'lganda antibakterial preparatlarni joriy etishning intraventrikulyar va vena ichidagi yo'llari kombinatsiyasini erta belgilash tavsiya etildi.
-----------	---

BMA bakterial meningit bilan uyg'unlashishi antibakterial preparatlarni joriy etishning intratekal yo'llarini belgilashi mumkin. Tizimli antibakterial terapiyadan ta'sir yo'q bo'lganda antibakterial preparatlarni joriy etishning intraventrikulyar va vena ichidagi yo'llari kombinatsiyasini erta belgilash maqsadga muvofiq.

Intraventrikulyar joriy etish uchun quyidagi preparatlardan foydalanish maqsadga muvofiq: vankomitsin, aminnoglikozidlar, V polimiksini va V amfoteritsini (5-jad).

8-jadval

Intraventrikulyar joriy etish uchun tavsiya etiladigan antimikrobi preparatlarning tavsiya etiladigan dozalari [8,70].

Antimikrob dori	Sutkalik doza/mg
Amicatsin	5-50
Amfoteritsin V	0,1-0,5
Vancomitsin	5-20
Gentamisin	4-8
Polimiksin V	5
Tobramitsin	5-20

3B

Kortikosteroidlarni uzoq muddatda joriy etish tavsiya etilmaydi
<https://en.wikipedia.org/wiki/Steroids>

Shishni davolashda kortikosteroidlardan foydalanish samaradorligi muammo va hal etilmagan bo‘lib qolmoqda. Mahalliy shish kasallikni oshirishga xizmat qiladi va kasallikning natijalariga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shish, mass-effekti bilan tahdid qilayotgan bemorlarda holatni barqarorlashtirishga qadar har 10 soat ichida yoki operatsion tayyorgarlik sifatida 6 mg yuqori dozali terapiya samarali bo'lishi mumkin. Bir tomonidan kortikosteroidlar vazogen shishga ta'sir ko'rsatish orqali MIB sezilarli darajada kamaytiradi. Lekin uzoq vaqt ishlatilganda kortikosteroidlar antibiotiklarning yuqumli o'choqqa penetatsiyasini buzadi. Kortikosteroid terapiyasi davriy operativ davrda katta perifokal shishni kamayishiga xizmat qiladi.

2a

Bosqichlar xavfining yuqori bo'lishi natijasida BMA bemorlarga B antikonvulsantlar tayinlash tavsiya etiladi.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib60>

Terapiya tutqanoq epizodlari bo'lmagan va EEG ma'lumotlari normal bo'lgan bemorlarda kamida 6 oy davom etadi

<https://en.wikipedia.org/wiki/Papilledema#Treatment>

3.2 Jarroxlik davolash

Jarroxlik davolash maqsadlari

- mass-effekta kamaytirish;
- miya ichi gipertenziyani kamaytirish;
- yallig‘lanish jarayonni verifikatsiya qilish va nazorat qilish uchun yiring materialni olish.

Jarroxlik davolashning ikkita asosiy turi mavjud
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib6>

1. Kapsula bilan ochiq olib tashlash;
2. Punksion aspiratsiya (freehand — erkin, stereotaksik, endoskopik, UZ-yo‘naltirishdan foydalangan holda).

Jarrohlik usulini tanlash ko‘plab omillarga bog‘liq:

- Joylashgan joy
- hajmi
- qalin kapsulaning mavjudligi
- bemorning holati
- operatsion uskunalari
- xirurg tajribasi

Bunday jarayonlarni davolash turlari o‘rtasidagi natijalarda alohida farq yo‘q.

2a
B

Birinchi tanlash usuli sifatida punktsiya aspiratsiyasi tavsiya etiladi.

Punksiya aspiratsiyasi ko‘plab bemorlarda tanlov usulidir. Bu miniinvaziv jarayon bo‘lib, qayta bajarilishi mumkin.

Stereotaksik aspiratsiyaga ko‘rsatuvlar BMA o‘lchami va joylashuviga qarab:

- 3 sm dan kam va 1,5 sm dan ziyod;
- funksional muhim zona

Endoskopik aspiratsiyaning afzalliklari:

- to‘g‘ridan-to‘g‘ri nazorat
- intrakapsulyar septalarni fenestratsiya qilish imkoniyati
- aspiratsiya qilish imkoniyati o‘z ichiga olib chiqish bilan ta‘minlanadi.

Punktsiyaviy aspiratsiyaga yagona qarama-qarshi ko‘rsatilmagan koagulopatiya bo‘lishi mumkin.

[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	Quyidagi hollarda BMA ni ochiq olib tashlash tavsiya etiladi https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib26 <ul style="list-style-type: none">● Miyacha BMA;● Yuzaki joylashgan qalin kapsulali BMA● Post-travmatik BMA (odatda begona bo‘laklar, suyak bo‘laklari mavjud)● Gaz o‘z ichiga olgan BMA● Multilokulyar BMA (nokardiyaga xos)● Takroriy urinishlarning samarasizligi
---------	---

3.3 Bemorlarning muayyan guruhlar uchun davolash taktikasi

Qo‘ziqorin BMA.

Davolash taktikasi bakterial BMA ga o‘xshaydi - etiopatogenetik terapiya va jarrohlik davolash.

2b B	Amfoteritsin V va flutsitozinning kombinatsiyasi sinergetik faollikka ega bo‘lib, shuning uchun gribokli bemorlarga tavsiya etiladi.
---------	--

Qo‘ziqorin BMA odatda turli xil immunitet tanqisligi holatlariga hamroh bo‘ladi. Bemorlarning ushbu guruhidagi o‘lim, birlashtirilgan davolanishga qaramay, yuqoriligicha qolmoqda.

Immunitet tanqisligi holatlari fonida BMA

Immunosupressiya BMA shakllanishi uchun asosiy xavf omilidir. T-limfotsitlar va makrofaglarning kamayishi *Aspergillus spp* kabi turli patogenlarning o‘shishiga

yordam beradi. Turli xil neoplastik jarayonlar, qonning tizimli oʻsma kasalliklari, OIV, uzoq muddatli steroid terapiyasi, organ transplantatsiyasi immunitetning sezilarli darajada pasayishi bilan birga keladi.

2b B	Keyinchalik mikrobiologik diagnoz olish va tegishli antibakterial terapiya belgilash uchun ilgari yiring materialni olish tavsiya etiladi https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html
---------	--

Jadval-2

5. Tibbiy yordam koʻrsatish turlarini hisobga olgan holda gospitalizatsiya uchun koʻrsatmalar:

Bosh miya abstsessi boʻlgan bemorni jarayonda davolash koʻrsatmalari bemorning yoshi, umumiy maqomi, shishining oʻzining anatomik joylashishi va uning xirurgik foydalanishiga bogʻliq. Neyroxirurglar nevrologik statusning kichik oʻsish xavfi va turmush sifatining kamayishi bilan abstsessni olib tashlashga intilishi kerak; intraoperatsion oʻlimni kamaytirish; aniq diagnoz qoʻyish uchun.

Jarohat taktikasiga nisbatan qabul qilinadigan qarorlar quyidagi omillarga bogʻliq: mahalliyashtirish va jarohatlashtirish, bemorning funktsional statusi, yoshi, qoʻshimcha somatik patologiyasi; agressivli xirurgik taktika yordamida effekt massalarini kamaytirish imkoniyatlari; retsidiylar bilan bogʻliq bemorlarda soʻnggi tezkor aralashish paytidan boshlab vaqt.

1) Rejali gospitalizatsiya uchun koʻrsatkichlar:

- Bosh miya abstsessiga shubha: MRT yoki bosh miya KT kabi dastlabki diagnostika natijalari asosida.
- Umumiy somatik va/yoki nevrologik simptomatikaning mavjudligi.
- Koʻz tabidagi dimlanish

Kasalxonaga yotqizish maqsadlari

- Jarrohlik davolashga tayyorgarlik: Operatsiyani rejalashtirish va amalga oshirish uchun rezektabel absesslari boʻlgan bemorlarda.
- Palliativ xirurgik aralashish zarurligi.

2) Shoshilinch gospitalizatsiya uchun koʻrsatmalar:

- Kuchayib boruvchi nevrologik o'zgarishlar: Hayotga xavf soladigina yoki oliy nogironlikka sabab bo'ladigan bemorning xolati tez yomonlashishi.

- Bosh miya utkir gipertenziya: Kuchli bosh og'rig'i, qusish, xush o'zgarishi kabi a'lomatlar.

- Tuqanoq xurujlari: Standartli antiyepileptik terapiyaga berilmaydigan, nazoratsiz tutqanoqlar.

- Kognitiv funktsiyalarning keng buzilishi: Masalan, xush darajasining keskin o'zgarishi yoki kasallikning tez taraqqiyot qilishini ko'rsatadigan psixik buzilishlar.

- Palliativ xirurgik aralashish zarurligi.

Gospitalizatsiyaning ikki turi uchun ham kasalxonaga yotqizish zarurligini tasdiqlovchi barcha klinik va diagnostik ma'lumotlarni puxta hujjatlash muhim. Rejali gospitalizatsiya, odatda, bemorning dastlabki tibbiy ko'rikdan o'tishini va kelishuvini talab qiladi, shu vaqtda shoshilinch kasalxonaga yotqizish hayotga xavf soladigan hollarda darhol amalga oshiriladi. Kasalxonaga yotqizilgandan so'ng davolash va rehabilitatsiya rejasi ishlab chiqilishi, shuningdek, tegishli operatsiyadan keyingi nazorat qilinishi lozim.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

Davolash tadbirlari rejasini tuzish:

Davolash tadbirlari rejasini tuzish, odatda, neyroxirurglar ishtirokida konsilium tomonidan amalga oshiriladi va zarur bo'lsa, to'g'ri mutaxassislar jalb qilinadi. Davolash tadbirlari rejasini aniqlashtirish uchun quyidagi verifikatsiyalangan ma'lumotlarni zarur birlashtirish asosdir:

- mahalliyashtirish mezonlari va hajmi bo'yicha rentgenodiagnostik ma'lumotlar;
- etiologik omil;
- qo'shimcha kasalliklar;
- immun kamchiligi mavjudligi;
- bemorning holati;
- bemorning yoshi.

3.1 Antibiotikoterapiya

Davolash multidistsiplinar yondashuvni talab etadi. Antibiotikoterapiya bemorlarni davolashning eng muhim qismidir. Antibiotikoterapiya tayinlashdan oldin biologik materialni olish zarur. Aspiratsiyalangan material darhaqiqat bakteriologik tadqiqot uchun jo'natilmoqda.

Bugungi kunda empirik antibiotikoterapiya belgilanadi (qarang G1 ilovasi). 3 avlodning sefalosporinlari va metronidazol umumiy qabul qilinadi. Agar S.aureus mumkin patogen bo'lsa, vankomitsin ekinning ob'ektiv ma'lumotlarni olganga qadar terapiyani to'ldiradi. Etiologik omil bo'lmagan bemorlarda gramm manfiy patogenlari bo'lsa, masalan, P. aeruginosa tanlov preparatlari seftazidim, sefepim yoki meropendir. Vankomitsin, metronidazol va 3-4 avlod sefalosporinlarini tayinlash sabablari yuzasidan hech qanday ko'rsatmalar yo'q bo'lsa, BMAlarida rezonal ravishda tayinlash mumkin. Yuqumli agentni verifikatsiyalanganidan so'ng terapiya optimallashtiriladi.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib60>

(qarang: G2 va G3 ilovasi)

Maxsus terapiya tayinlashdan oldin in vitro test ma'lumotlariga tayanish zarur. Immun tapchiligi bo'lgan bemorlarda preparatlar birikmasi zarur bo'lishi mumkin.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808066/#ref90>

Antibakterial preparatlar bilan monoterapiya:

3B

1. Og'ir tizimli kasalliklar foizida harakatning yuqori xavfi;
2. Ko'plab absstesslar
3. Kichik hajmni chuqur va funktsional muhim soxalar BMAlari
4. Meningit/ventrikulit bilan birgalikda
5. Nevrologik maqomda erta ijobiy dinamika va neyrovizualizatsiya ma'lumotlari ko'ra
6. 2,5 sm va undan kam bo'lsa, agar jarrohlik aralashuvi xavfi sezilarli xavf ostida bo'lsa, konservativ terapiyaga ko'rsatma.

Davolash muddati an'anaviy ravishda 6-8 hafta yuqori dozali antibakterial terapiyadan iborat bo'lib, keyinchalik 2-3 oy davomida o'ziga xos peroral antibiotiklarga o'tadi. Kapsula bilan BMA olib tashlash amalga oshirilgan bemorlarga terapiya 3-4 hafta bo'lishi mumkin. Faqatgina antibakterial preparatlar bilan terapiya uzoqroq (12 haftagacha peroral preparatlar bilan birga) bo'lishi kerak.

3B

Tizimli antibiotik terapiyasining ta'siri bo'lmasa, antibakterial dorilarni intraventrikulyar va tomir ichiga yuborish yo'llarining kombinatsiyasini erta buyurish tavsiya etiladi.

BMA bakterial meningit bilan uyg'unlashishi antibakterial preparatlarni joriy etishning intratekal yo'llarini belgilashi mumkin. Tizimli antibakterial terapiyadan ta'sir yo'q bo'lganda antibakterial preparatlarni joriy etishning intraventrikulyar va vena ichidagi yo'llari kombinatsiyasini erta belgilash maqsadga muvofiq.

Intraventrikulyar yuborish etish uchun quyidagi preparatlardan foydalanish maqsadga muvofiq: vankomitsin, aminnoglikozidlar, V polimiksini va V amfoteritsini (5-jadval).

3B

Kortikosteroidlarni uzoq muddatli qo'llash tavsiya etilmaydi
<https://en.wikipedia.org/wiki/Steroids>

Shishni davolashda kortikosteroidlardan foydalanish samaradorligi muammo va hal etilmagan bo'lib qolmoqda. Mahalliy shish kasallikni oshirishga xizmat qiladi va kasallikning natijalariga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shish, mass-effekti bilan tahdid qilayotgan bemorlarda holatni barqarorlashtirishga qadar har 10 soat ichida yoki operatsion tayyorgarlik sifatida 6 mg yuqori dozali terapiya samarali bo'lishi mumkin. Bir tomonidan kortikosteroidlar vazogen shishga ta'sir ko'rsatish orqali MIB sezilarli darajada kamaytiradi. Lekin uzoq vaqt ishlatilganda kortikosteroidlar antibiotiklarning yuqumli o'choqqa penetatsiyasini buzadi. Kortikosteroid terapiyasi davriy operativ davrda katta perifokal shishni kamayishga xizmat qiladi.

2a

B

Tutqanoq xavfi yuqori bo'lganligi sababli BMA bilan og'rikan bemorlarga antikonvulsantlarni buyurish tavsiya etiladi.

Terapiya tutqanoq epizodi bo'lmagan va normal EEG ma'lumotlari bo'lgan bemorlarda kamida 6 oy davom etadi
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808066/#ref17>

4) Reabilitatsiya

2b B	Maxsus davolanish davomida reabilitatsiya tadbirlari rejasiga bemorga ijtimoiy-pedagogik yordam ko'rsatish, shuningdek oilani ijtimoiy-psixologik qo'llab-quvvatlashni kiritish tavsiya etiladi.
---------	--

2b B	BMA va intrakranial empiyema bilan og'riqan bemorlar uchun nevrolog bilan maslahatlashish va kuzatish tavsiya etiladi.
---------	--

Profilaktika va dispanser nazorati

Oldini olish

3B	Paranasal sinuslarning surunkali yallig'lanish kasalliklarini, nafas olish tizimining surunkali kasalliklarini nazorat qilish va davolash tavsiya etiladi.
----	--

3B	Chekishni tashlash tavsiya etiladi.
----	-------------------------------------

Dispanserni boshqarish

2a B	Davolash tugagandan so'ng, nevrologning birinchi yil davomida 3 oyda bir marta, so'ngra 6 oyda bir marta dinamik kuzatuvni tavsiya etiladi.
---------	---

1 yillik dispanser kuzatuvni uchun so'rov:

1. Kontrastli miya MRI, birinchi yil davomida olti oyda bir marta.

Kasallikning kechishi va natijasiga ta'sir qiluvchi qo'shimcha ma'lumotlar

Jarrohlikdan bosh tortish davolanish natijasiga salbiy ta'sir qiladi:

1. Miya absessi bilan og'riqan bemorlarni davolashda birlamchi darajadagi harakatlar algoritmi (ambulatoriya, SVP).

Tegishli hujjatlar va VOP shaklini to'ldirish bilan birga, SVP shifokori bemorning ahvolini yetarli darajada baholashi kerak:

2. Miya absessi bo'lgan bemorlarni davolashda CRP darajasida jarrohlik bo'limi shifokorining ishlash algoritmi.

- anamnezni yig'ish
- umumiy tekshirish (o'lchash A / D, puls, harorat)
- nevrologik tekshiruv.

- mahalliy tekshirish
- qabul qilishdan oldin mahalliy davolanishning tabiati;

Klinik va instrumental tadqiqotlar:

- OAK, OAM
- Koagulogramma
- Biokimyoviy qon tekshiruvi
- EKG (agar kerak bo'lsa)
- Bosh suyagi rentgenogrammasi
- Miyaning KT (iloji bo'lsa)

Boshqaruv taktikasi:

Ushbu bosqichda miya absessi bo'lgan bemor tekshiriladi. Neyroxirurgiya manipulyatsiyasi ko'rsatilganda ixtisoslashtirilgan muassasalarga yuboriladi.

1. Ixtisoslashtirilgan markazlarda harakatlar algoritmi.

Ushbu bosqichda yuqoridagilar bilan birgalikda keyingi tadqiqot usullarini amalga oshirish kerak:

Tashxislash o'z ichiga oladi:

1. Anamnez.
2. Nevrologik tekshirish.
3. kalla suyagi rentgenogrammasi 2 proyeksiyada.
4. Upka rentgenogrammasi.
5. Exo-Es.
6. KT (MRT)-bosh miya.
7. Bioximiyali tahlillar, koagulogramma.
8. Qon guruhi, rezus-faktori.
9. Okulist tekshiruvi.
10. LOR tekshiruvi.
11. Terapevtning tekshiruvi.
12. OMSning bakteriologik tadqiqoti. Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat mezonlari	Ha	yo'q
I. Tashxis qo'yish bosqichi.			
1.	Nevrologik tekshiruv o'tkazildi		
2.	Neyro-oftalmolog va KBB shifokorining tekshiruvi		

3.	Miyaning KT yoki MRI tekshiruvi IV kontrast bilan amalga oshirildi		
4.	Ko'krak qafasi rentgenografiyasi va/yoki ko'krak qafasi tomografiyasi o'tkazildi		
5.	Ko'krak va qorin bo'shlig'i (murakkab) va retroperitoneal bo'shliq va kichik tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi		
6.	Qon zardobini serologik tekshirish o'tkazildi		
7.	Leykotsitlar formulasi, ESR, C-reaktiv oqsil, biokimyoviy qon tekshiruvi (karbamid, kreatinin, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, ALT, AST, LDG, natriy, kaliy, xlor), siydikni umumiy tahlil qilish bilan to'liq qon tekshiruvi o'tkazildi		
II. Konservativ davo bosqichi			
1.	Antibiotik terapiyasini tayinlash amalga oshirildi		
2.	Antikonvulsantlarni tayinlash amalga oshirildi		
3.	Ko'rsatmalar mavjud bo'lganda simptomatik va qo'llab-quvvatlovchi terapiya vositalari buyuriladi		
III. Jarrohlik davolash bosqichi			
1.	Jarrohlik davolash amalga oshirildi		
2.	Jarrohlik aralashuvi bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab keyingi 3 kun ichida amalga oshiriladi (kontrendikatsiyalar bo'lmasa)		
3.	Jarrohlik paytida antibakterial dorilar bilan yuqumli asoratlarning oldini olish amalga oshirildi (tibbiy kontrendikatsiyalar bo'lmasa)		
IV. Davolash samaradorligini nazorat qilish bosqichi			

1.	Davolanishdan keyin nevrologik tekshiruv o'tkazildi		
2.	Davolanishdan keyin miyaning KT yoki MRI tekshiruvi o'tkazildi		
3.	Leykotsitlar formulasi, ESR, C-reaktiv oqsil, biokimyoviy qon tekshiruvi (karbamid, kreatinin, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, Alt, ast, LDH, natriy, kaliy, xlor), siydikni umumiy tahlil qilish bilan to'liq qon tekshiruvi o'tkazildi		
4.	Aspiratsiyalangan AGM materialini bakteriologik o'rganish amalga oshirildi		
V. qo'shimcha terapiya bosqichi			
1.	Miyaning MRI tekshiruvi rejalashtirilgan kontrast bilan belgilanadi		
2.	Ambulatoriya sharoitida nevrologning kuzatuvi tayinlandi		

**BOSH MIYA ABSESSLARI NOZOLOGIYA JARROXLIK
ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

Toshkent 2025

2. Asosiy qismi.

2.1. Kirish

Miya absesslari holatida jarrohlik aralashuvlar zamonaviy neyroxirurgiyaning muhim jihati hisoblanadi. Ushbu qisqacha xulosaning maqsadi jarrohlik aralashuvlarning muhimligini ta'kidlab, miya absessi bo'lgan bemorlarni davolashning asosiy jihatlarini ko'rib chiqishdir.

Miya absesslarini davolashning asosiy nuqtalaridan biri bu absessni aniq diagnostik aniqlash, masalan, magnit-rezonans tomografiya (MRI) va kompyuter tomografiyasi (KT). Bu jarrohlarga operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish, aralashuv rejasini optimallashtirish va davolash samaradorligini oshirish imkonini beradi. Jarrohlik aralashuvi absessni miyaning atrofidagi joylarga minimal zarar yetkazish bilan olib tashlash yoki aspiratsiya qilishga qaratilgan. Navigatsion neyroxirurgiya va intraoperativ xaritalash kabi aniq olib tashlash yoki aspiratsiya usullari jarrohlarga sog'lom to'qimalarni iloji boricha saqlab qolish imkonini beradi, ayniqsa funktsional ahamiyatga yega joylarga yaqin joylashgan absesslar holatlarida.

Bundan tashqari, operatsiyadan keyingi bemorlarni yetarli darajada parvarish qilish ularning keyingi tiklanishida asosiy rol o'ynaydi. Ijobiy natijalarga erishish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun asoratlarni kuzatish va davolash, rehabilitatsiya choralari va kuzatuv zarur.

Xulosa qilib aytganda, miya absesslari uchun jarrohlik aralashuvlar murakkab, ko'p bosqichli jarayon bo'lib, extiyotkorlik bilan tashxis qo'yish, texnik optimallashtirish va operatsiyadan keyingi kompleks yordamni talab qiladi. Bemorlarni boshqarishda maqbul yondashuv zamonaviy texnologiyalarni, tajribali jarrohlik guruhini va har bir alohida holatning extiyotkorlik bilan e'tibor berishni o'z ichiga oladi.

2) Ta'rif (manbaga havolani taqdim etish kerak);

“Miya absesslari uchun jarrohlik aralashuvlar” tashxis qo'yish, olib tashlash yoki aspiratsiyaga qaratilgan tibbiy muolajalar to'plamidir. Ushbu aralashuvlarga ehtiyotkorlik bilan rejalashtirish, zamonaviy ta'lim usullaridan foydalanish, aniq jarrohlik texnikasi va operatsiyadan keyingi differentsial parvarish jarayonni olib tashlash yoki aspiratsiya qilish va sog'lom to'qimalarga zararni minimallashtirish uchun kiradi. Asosiy jihatlar - aniq tashxis qo'yish, eng yangi texnologiyalar yordamida optimallashtirilgan olib tashlash yoki aspiratsiya, shuningdek, har bir bemorning ehtiyojlarini hisobga olgan holda operatsiyadan keyingi parvarishga kompleks yondashuv. Ushbu tadbirlar bemorlarning hayot sifatini yaxshilash va eng yaxshi klinik natijalarga erishish qaratilgan.

3) Klinik tasnif

1. Erta serebrit (1-3 sutka);

Neytrofillar, plazmatik hujayralar, monotsitlar bilan perivaskulyar infiltratsiya, mikroglia va astrotsitlar faollasha boshlaydi. Infektsion o'choqning chegaralari yo'q. Perifokal shish mavjudligi. Yakka nekrotik o'chchoqlar. Retikulin 3 sutkadan shakllantiriladi

2. So'nggi serebrit (4 – 9 sutka)

Nekrotik markazni ko'payishi. Yallig'lanish o'chog'ining chegaralari makrofag va fibroblastlar bilan infiltratsiyalangan. Neovaskulyarizatsiya ko'payish. Retikulinning faol shakllanishi. Perifokal shish zonasini ko'payishi.

3. Kapsulaning erta shakllanish bosqichi (10-13 sutka)

Nekrotik markazning zonasini kamayishi. Kasallikning chegarasi bo'yicha fibroblast va makrofaglar sonini ko'payishi. Neovaskulyarizatsiyaning maksimal darajasi. Yetuk kollagen kapsulaning evolyutsiyasi. Perifokal shish zonasini kamayishi. Astrotsitlar reaksiyasining kuchayishi.

4. Kapsulaning kichik shakllanish bosqichi (14 sutka va undan ortiq)

Nekrotik markazni yanada kamayishi. Fibroblastlar sonini yanada oshirish. Kapsula 2 hafta oxiriga qadar to'liq shakllantiriladi. Neovaskulyarlashtirishni kamaytirish. Shishish regressiyasi. Perifokal zonada glioz 3 hafta shakllanadi
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib41>.

Shikastlanishdan keyingi BMA tasnifi

Jadval 2. Shikastlanishdan keyingi BMA tasnifi

Joylashuvi bo'yicha	Peshona bo'lagi Tepa bo'lagi Chakka bo'lagi Ensa bo'lagi Miyacha
Sababli	Aslida travmatik Yatrogen travmatik
Vujudga kelish vaqti bo'yicha	Erta (TBIDAN keyin 3 oygacha) Keyinchalik (TBIDAN keyin 3 oydan ortiq)

Lateralizatsiya bo'yicha	Chap tomonda O'ng tomonda Ikki tomonlama
Miqdori bo'yicha	Yagona Bir nechta
Kt tarkibining xususiyatlariga ko'ra	Gipodensiv Giperdensiv Heterodensiv Izodensiv
Miya membranalari va moddalariga nisbatan	Epidural Subdural Intraserebral Periventrikulyar
Turi bo'yicha	Bir kamerali Ikki kamerali Ko'p kamerali
Hajmi bo'yicha	Kichik, 20 ml gacha O'rtacha, 21-40 ml Katta, 41-60 ml Gigant, 60 ml dan ortiq
Klinik bosqichda	Kompensatsiya Subkompensatsiyalar Motadilmi? dekompensatsiyalar Qo'polmi? dekompensatsiyalar Terminal bosqichi.

MRI xususiyatlariga ko'ra	T1 rejimipointensiv signal-xo'ppoz bo'shlig'i giperintensiv signal-kapsula T2 rejimi izo-giperintensiv signal-xo'ppoz bo'shlig'i giperintensiv signal-kapsula
Bosqichlar bo'yicha	Ensefalitik Kapsula
Oqim tezligi bo'yicha	O'tkir Subakut Surunkali

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari, protseduralari

Jarroxlik davolash maqsadlari

- mass-effekta kamaytirish;
- miya ichi gipertenziyani kamaytirish;
- yallig'lanish jarayonni verifikatsiya qilish va nazorat qilish uchun yiring materialini olish.

Jarroxlik davolashning ikkita asosiy turi mavjud
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib6>

3. Kapsula bilan ochiq olib tashlash;
4. Punksion aspiratsiya (freehand — erkin, stereotaksik, endoskopik, UZ-yo'naltirishdan foydalangan holda).

Jarrohlik usulini tanlash ko'plab omillarga bog'liq:

- Joylashgan joy
- hajmi
- qalin kapsulaning mavjudligi

- bemorning holati
- operatsion uskunalar
- xirurg tajribasi

Bunday jarayonlarni davolash turlari o‘rtasidagi natijalarda alohida farq yo‘q.

2a B	Birinchi tanlash usuli sifatida punktsiya aspiratsiyasi tavsiya etiladi.
---------	--

Punktsiya aspiratsiyasi ko‘plab bemorlarda tanlov usulidir. Bu miniinvaziv jarayon bo‘lib, qayta bajarilishi mumkin.

Stereotaksik aspiratsiyaga ko‘rsatuvlar BMA o‘lchami va joylashuviga qarab:

- 3 sm dan kam va 1,5 sm dan ziyod;
- funksional muhim zona

Endoskopik aspiratsiyaning afzalliklari:

- to‘g‘ridan-to‘g‘ri nazorat
- intrakapsulyar septalarni fenestratsiya qilish imkoniyati
- aspiratsiya qilish imkoniyati o‘z ichiga olib chiqish bilan ta‘minlanadi.

Punktsiyaviy aspiratsiyaga yagona qarama-qarshi ko‘rsatilmagan koagulopatiya bo‘lishi mumkin.

[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>Quyidagi hollarda BMA ni ochiq olib tashlash tavsiya etiladi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Miyacha BMA; ● Yuzaki joylashgan qalin kapsulali BMA ● Post-travmatik BMA (odatda begona bo‘laklar, suyak bo‘laklari mavjud) ● Gaz o‘z ichiga olgan BMA ● Multilokulyar BMA (nokardiyaga xos) ● Takroriy urinishlarning samarasizligi
---------	--

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib26>

3.3 Bemorlarning muayyan guruhlar uchun davolash taktikasi

Qo'ziqorin BMA.

Davolash taktikasi bakterial BMAga o'xshaydi - etiopatogenetik terapiya va jarrohlik davolash.

2b B	Amfoteritsin V va flutsitozinning kombinatsiyasi sinergetik faollikka ega bo'lib, shuning uchun gribokli bemorlarga tavsiya etiladi.
---------	--

Qo'ziqorin BMA odatda turli xil immunitet tanqisligi holatlariga hamroh bo'ladi. Bemorlarning ushbu guruhidagi o'lim, birlashtirilgan davolanishga qaramay, yuqoriligicha qolmoqda.

Immunitet tanqisligi holatlari fonida BMA

Immunosupressiya BMA shakllanishi uchun asosiy xavf omilidir. T-limfotsitlar va makrofaglarning kamayishi *Aspergillus spp* kabi turli patogenlarning o'sishiga yordam beradi. Turli xil neoplastik jarayonlar, qonning tizimli o'sma kasalliklari, OIV, uzoq muddatli steroid terapiyasi, organ transplantatsiyasi immunitetning sezilarli darajada pasayishi bilan birga keladi.

2b B	Keyinchalik mikrobiologik diagnoz olish va tegishli antibakterial terapiya belgilash uchun ilgari yiring materialni olish tavsiya etiladi https://study.com/academy/lesson/brain-abscesses-diagnosis-treatment-prognosis.html
---------	--

Jadval-2

Jarayon yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar

Jarayon yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassis tibbiy ta'sirning muvaffaqiyati va xavfsizligida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bunday mutaxassisga qo'yiladigan talablarga quyidagilar kiradi:

1. Tibbiy ma'lumot: mutaxassis oliy tibbiy ma'lumotga va uning malakasini tasdiqlovchi tegishli litsenziya yoki sertifikatga ega bo'lishi kerak.
2. Maxsus tayyorgarlik: muayyan protseduralar yoki aralashuvlar turlari uchun maxsus tayyorgarlik va tajriba talab qilinadi. Mutaxassis tibbiyotning ushbu sohasida tegishli tajribaga ega bo'lishi kerak.

3. Tajriba va amaliyot: bunday protseduralar yoki aralashuvlarni amalga oshirish tajribasi muhim rol o'ynaydi. Katta mutaxassis tajribasi protsedura samaradorligi va xavfsizligini oshirishi mumkin.

4. Bilimlarni yangilash: mutaxassis muntazam ravishda tibbiy bilimlarini yangilab turishi, yangi tendentsiyalar va usullarga rioya qilishi va davriy mashg'ulotlardan o'tishi kerak.

5. Axloqiy yondashuv: mutaxassis yuqori axloqiy me'yorlarga rioya qilishi va bemorlarning huquqlarini hurmat qilishi kerak.

6. Xavfsizlik: mutaxassis xavfsizlik protokollariga, shu jumladan asboblarni sterilizatsiya qilish, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish va boshqa yehtiyot choralariga qat'iy rioya qilishi kerak.

Ushbu talablar bemorlar uchun yuqori darajadagi tibbiy amaliyot va xavfsizlikni ta'minlashga qaratilgan.

5) Diagnostika

Jarayon yoki aralashuvdan oldin shifokor bemorning ahvolini baholash va keyingi harakatlar to'g'risida asosli qaror qabul qilish uchun bir qator diagnostika tadbirlarini o'tkazadi. Bu yerda asosiy (majburiy) va qo'shimcha diagnostika choralari ro'yxati keltirilgan:

Asosiy (majburiy) diagnostika choralari:

1. Tibbiy ko'rik:

- Bemorning umumiy holatini baholash, simptomlar va asosiy shikoyatlarni aniqlash.

1. Tibbiy tarix (tibbiy va hayot tarixi to'plami):

- Bemorning kasallik tarixini, shu jumladan oldingi kasalliklar, jarrohlik aralashuvlar, allergiya va irsiyatni batafsil o'rganish.

1. Laborator analizlar:

- Umumiy qon va siydik tahlili, buyraklar, jigar va boshqa organlarning faoliyatini baholash uchun biokimyoviy tahlil.

1. Instrumental tadqiqotlar:

- Rentgen tekshiruvlari: masalan, tuzilmalar va organlarni vizualizatsiya qilish uchun rentgen, KT, MRT.

- Ultratovush (ul'tratovush tekshiruvi): ichki organlar, qon tomirlari va yumshoq to'qimalarning holatini baholash uchun ishlatiladi.

- EKG (elektrokardiografiya): yurak faoliyatini baholash va ritmdagi anormalliklarni aniqlash.

Qo‘shimcha diagnostika choralari:

1. Endoskopiya:

- Endoskop yordamida organlarning ichki bo‘shliqlarini tekshirish.

1. Biopsiya:

- Laboratoriya tahlillari uchun to‘qima namunasini olish, ayniqsa o‘smaga shubha qilingan taqdirda.

1. Funktsional testlar:

- Masalan, nafas olish funktsiyasi uchun testlar, organlar va tizimlarning ishlashini baholash uchun stress testlari.

1. Genetik tadqiqotlar:

- Irsiy omillarni aniqlash, ayniqsa oilaviy moyillik holatida.

So‘rov natijalarini talqin qilish:

1. Axborotni tahlil qilish:

- Shifokor barcha o‘tkazilgan tadqiqotlar natijalarini klinik ko‘rinish kontekstida tahlil qiladi.

1. Tashxisni shakllantirish:

- Olingan ma'lumotlarga asoslanib, shifokor yakuniy tashxisni shakllantiradi, bu yesa keyingi choralar to‘g‘risida qaror qabul qilish uchun asos bo‘ladi.

1. Davolashni rejalashtirish:

- Tashxis va barcha kerakli ma'lumotlarga yega bo‘lgan shifokor davolash rejasini ishlab chiqadi, shu jumladan aralashuv usuli yoki protsedurasini tanlash.

Shuni ta'kidlash kerakki, aniq diagnostika choralari protsedura yoki aralashuv turiga, shuningdek, bemorning kasalligining xususiyatlariga bog‘liq bo‘lishi mumkin.

6) Amaliyot yoki aralashuvga qo‘yiladigan talablar:

1. Xavfsizlik choralari:

- Sanitariya-gigiyena sharoitlari: xonaning tozaligi va sanitariya holatini ta'minlash, shu jumladan asboblarni va sirtlarni sterilizatsiya qilish.

- Shaxsiy himoya vositalari: xodimlar va bemorlarni himoya qilish uchun niqoblar, qo‘lqoplar, tibbiy xalatlar va boshqa vositalardan majburiy foydalanish.
- Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish: infeksiyani oldini olish choralariga rioya qilish, shu jumladan muntazam dezinfektsiya va sterilizatsiya.

2. Sanitariya va epidemiya qarshi rejim:

- Bemorlar oqimini tashkil qilish: bemorlar o‘rtasidagi aloqani minimallashtirish va infeksiyalar tarqalishining oldini olish choralarini ishlab chiqish.
- Samarali shamollatish va dezinfektsiya: toza ichki havoni ta'minlash va havo va sirt bo‘shliqlarini muntazam ravishda dezinfektsiya qilish.

3. Uskunalar talablari:

- Zamonaviy uskunalar: protsedura yoki aralashuv uchun zamonaviy va mos uskunalaridan foydalanish.
- Monitoring va nazorat: organ funksiyalarini kuzatish tizimi, bemor parametrlarini kuzatish uchun uskunalar mavjudligi.
- Favqulodda vaziyatlar uchun mablag‘lar: birinchi yordam va favqulodda vaziyatlarni bartaraf etish uchun zarur vositalarning mavjudligi.

4. Materiallar:

- Yuqori sifatli sarf materiallari: asoratlar va infeksiyalarning oldini olish uchun shprits, igna, qo‘lqop kabi yuqori sifatli sarf materiallaridan foydalanish.
- Optimal foydalanish: chiqindilarni minimallashtirish va atrof-muhitga ta'sirini kamaytirish uchun sarf materiallaridan oqilona foydalanish.

5. Dorilar:

- Kerakli dori-darmonlarning mavjudligi: protsedura uchun zarur dori-darmonlar va anesteziyalar mavjudligini ta'minlash.
- Yaroqlilik muddatini nazorat qilish: dori-darmonlarning yaroqlilik muddatini muntazam tekshirish va agar kerak bo‘lsa, dori-darmonlarni almashtirish.

6. Xodimlarni tayyorlash:

- Xavfsizlik bo‘yicha trening: xodimlar xavfsizlik choralari va epidemiyaga qarshi rejimga rioya qilgan holda o‘qitilishi kerak.
- Kasbiy rivojlanish: bilim va ko‘nikmalarni yangilash uchun muntazam ravishda o‘qitish va xodimlarni o‘qitish.

7. Hujjatlar:

- Tibbiy yozuvlarni saqlash: to‘liq va aniq tibbiy yozuvlarni, shu jumladan bajarilgan protseduralar va ishlatilgan materiallar to‘g‘risidagi ma‘lumotlarni yaratish.

Yuqoridagi talablarga rioya etilishini ta‘minlash xavflarni minimallashtiradi va tibbiy amaliyotning yuqori xavfsizligi va sifatini ta‘minlaydi.

7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

1. Tibbiy ma‘lumot anamnezi:

- Tibbiy tarix to‘plami: allergiya, surunkali kasalliklar, oldingi operatsiyalar va qabul qilingan dori-darmonlarni o‘z ichiga olgan tibbiy va hayot tarixining batafsil to‘plami.

- Laboratoriya tekshiruvlari: umumiy qon va siydik sinovlarini o‘tkazish, organlarning holatini baholash uchun biokimyoviy tahlil.

2. Jismoniy tekshiruv:

- Umumiy holatni baholash: shifokor protseduraga ta‘sir qilishi mumkin bo‘lgan alomatlarni aniqlash uchun fizik tekshiruv o‘tkazadi.

- Hayotiy parametrlarni o‘lchash: harorat, bosim, puls, nafas olish tezligi kabi asosiy parametrlarni aniqlash.

3. Psixologik qulaylikni tayyorlash:

- Jarayonni tushuntirish: xavotirni kamaytirish uchun bo‘lajak protsedura, uning maqsadlari va kutilayotgan natijalar haqida ma‘lumot berish.

- Maslahat: psixologik to‘siqlarni bartaraf yetish uchun savollar berish va maslahat olish imkoniyati.

4. Parhez bo‘yicha tavsiyalar:

- Ro‘za: agar kerak bo‘lsa, protseduradan oldin vaqtincha ro‘za tuting.

- Suyuqlikni iste‘mol qilish cheklovlari: agar suyuqlikni cheklash zarur bo‘lsa, bemorga bu haqda ko‘rsatma berish kerak.

5. Teri va to‘qimalarni tayyorlash:

- Gigiyena protseduralari: protsedura oldidan gigiyenik muolajalar bo‘yicha tavsiyalar.

- Zargarlik buyumlari va boshqa narsalarni olib tashlash: protseduraga xalaqit beradigan zargarlik buyumlari va boshqa narsalarni olib tashlash zarurati.

6. Giyohvand moddalar va moddalardan saqlanish:

- Ba'zi dori-darmonlarni qabul qilishdan bosh tortish: shifokor ba'zi dori-darmonlardan vaqtincha voz kechishni yoki qo'shimcha dori-darmonlarni qo'shishni tavsiya qilishi mumkin.

- Spirtli ichimliklar va niktotindan voz kechish: agar kerak bo'lsa, bemorga protseduradan oldin spirtli ichimliklar va niktotindan voz kechish tavsiya qilinishi mumkin.

Jarayon yoki aralashuvning metodologiyasi:

1. Uskunani tayyorlash:

- Asboblarni tekshirish va tayyorlash: asboblarning tozaligi va ishlashini oldindan tekshirish.

- Dori-darmonlarni tekshirish: kerakli dori-darmonlar mavjudligiga va foydalanishga tayyorligiga ishonch hosil qiling.

2. Anesteziyani amalga oshirish (agar kerak bo'lsa):

- Anestezikani tayyorlash va yuborish: agar behushlik zarur bo'lsa, barcha xavfsizlik protokollariga muvofiq anestezikani yuborish.

3. Jarayonni bajarish:

- Protsessual rejaga aniq rioya qilish: protseduraning har bir bosqichini dastlabki rejaga muvofiq bajarish.

- Hayotiy belgilar monitoringi: protsedura davomida bemor parametrlarini doimiy ravishda kuzatib borish.

4. Natijalar va hujjatlarni baholash:

- Sifat va natijalarni baholash: protsedura muvaffaqiyatini va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni baholash.

- Tibbiy yozuvlarni yuritish: protseduraning barcha bosqichlarini, ishlatilgan materiallarni va dori-darmonlarni hujjatlashtirish.

5. Jarayondan Keyingi Tavsiyalar:

- Bemor maslahati: protsedura natijalari va qo'shimcha tavsiyalar haqida ma'lumot berish.

- Xizmatning davomi: agar kerak bo'lsa, davolanishdan keyingi parvarish va tayinlanishlarni ta'minlash.

Jarayonni tayyorlash va o'tkazishning butun jarayoni tibbiy standartlar va protokollarga muvofiq, axloq va xavfsizlik tamoyillariga muvofiq amalga oshiriladi.

Miya absesslarilari uchun operatsiyadan keyingi asoratlari:

1. Infektsiyalar:

- Meningit: operatsiyadan keyin infeksiya tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan miya va orqa miya membranalarining yallig'lanishi.
- Abscesslar: miya to'qimalarida yoki operatsiya joyi atrofida yiringli birikmalar hosil bo'lishi.

1. Miyaning shishishi:

- Miya shishi: suyuqlik to'planishi tufayli miya hajmining oshishi, bu simptomlarning yomonlashishiga va bosh suyagidagi bosimning oshishiga olib kelishi mumkin.

1. Nevrologik Asoratlari:

- Parez va falaj: jarrohlik paytida asab tuzilmalarining shikastlanishi tufayli vosita funksiyalarining mumkin bo'lgan buzilishi.
- Tutqanoq va muvofiqlashtirish buzilishi: miyaning ayrim joylariga ta'sir qilish natijasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nevrologik kasalliklar.

1. Qon Tomirlarining Asoratlari:

- Tromboz va emboliya: qon quyqalarini hosil bo'lishi yoki qon quyqalarini qon tomirlariga o'tkazishi, bu yesa qon tomiriga olib kelishi mumkin.
- Qon ketish: qo'shimcha jarrohlik aralashuvni talab qiladigan qon tomirlaridan mumkin bo'lgan qon ketish.

1. Endokrin Kasalliklar:

- Gipopituitarizm: o'simtani olib tashlaganidan keyin gipofiz bezining yetarli darajada ishlamasligi, bu endokrin tizimning buzilishiga olib kelishi mumkin.
- Insipidus sindromi: suv-elektrolitlar balansining buzilishiga olib keladigan orqa gipofiz bezining disfunktsiyasi.

1. Kognitiv va psixologik asoratlari:

- Xotirani yo'qotish va kognitiv buzilishlar: mumkin bo'lgan xotira va kognitiv buzilish, ayniqsa frontal lobdagi o'smalarni olib tashlashda.
- Psixologik muammolar: mumkin bo'lgan hissiy va psixologik qiyinchiliklar, masalan, depressiya yoki tashvish.

1. Nafas olish va qon aylanish tizimining asoratlari:

- Nafas olishning buzilishi: mumkin bo'lgan nafas olish muammolari, ayniqsa nafasni boshqaradigan tuzilmalar ta'sirida.

- Kardiyak asoratlari: yurak muammolarini rivojlanish xavfi, ayniqsa ilgari yurak xastaligi bo'lgan bemorlarda.

1. Anesteziyaga reaksiyalar:

- Allergik reaksiyalar: behushlik paytida ishlatiladigan dorilar va moddalarga mumkin bo'lgan allergik reaksiyalar.

- Nafas olish va qon aylanish muammolari: behushlik paytida nafas olish va qon aylanish tizimlariga ta'sir qilish bilan bog'liq asoratlari.

1. Jarrohlik joyi bilan bog'liq asoratlari:

- Kardiyak asoratlari: mumkin bo'lgan yurak muammolari, ayniqsa frontal lob sohasidagi operatsiyalar paytida.

- Infeksiyalar va to'qima nekrozi: infeksiya xavfi va operatsiya joyida to'qima nekrozining rivojlanishi.

1. abstsessning qaytalanishi:

- Abstsessning mumkin bo'lgan qayta shakllanishi: olib tashlanganiga qaramay, abstsessning qayta shakllanishi xavfi mavjud.

Miya abstsesslari bilan operatsiyalardan keyin asoratlari yuzaga kelganda bajariladigan operatsiyalar:

1. Abstsesslarni Drenajlash:

- Metodologiya: yiringli birikmalarni (abstsesslarni) olib tashlash uchun drenajni yaratish, agar ular operatsiyadan keyin topilsa.

1. Kraniyni qayta ko'rib chiqish va Reventilyatsiya qilish:

- Texnika: miyani vizual baholash va reventiliya qilish uchun bosh suyagini qayta ochish, ayniqsa intrakranial bosim kuchaygan hollarda.

1. Ikkilamchi Kraniotomiya:

- Texnika: qon ketish, miya shishi yoki boshqa qon tomir muammolari kabi asoratlarni tuzatish uchun bosh suyagini qayta ochish.

1. Qon Quyqalarini Olish:

- Texnika: qon ketish yoki tromboz natijasida qon quyqalarini olish uchun aralashuv.

1. Likorodinamik Protseduralar:

- Texnika: drenaj yoki boshqa usullar yordamida miya omurilik suyuqligining bosimi va oqimini tuzatish.

1. Qon Tomirlarini Tiklash:

- Texnika: qon tomirlarini tiklash yoki tiklash uchun jarrohlik aralashuv, ayniqsa qon tomir asoratlari holatlarida.

1. Jarrohlik qaytalanuvchi o'simta olib tashlash uchun:

- Texnika: oldingi operatsiyadan keyin o'simta takrorlanganda takroriy jarrohlik aralashuvi.

1. Asab Tuzilmalari Buzilishlarini Tuzatish:

- Texnika: miyadagi buzilgan asab tuzilmalari bilan bog'liq funktsiyalarni tiklash uchun aralashuv.

1. Yendoskopik Aralashuvlar:

- Texnika: takroriy kraniotomiyaga ehtiyoj sezmasdan asoratlarni tashxislash va davolash uchun yendoskopiyadan foydalanish.

1. Infektsiyalarni Davolash:

- Texnika: yuqtirilgan to'qimalarni olib tashlash uchun jarrohlik aralashuv, shuningdek drenaj va mikroblarga qarshi terapiyadan foydalanish.

1. Operatsiyadan keyingi yaralardagi nuqsonlarni tuzatish:

- Texnika: operatsiyadan keyingi davrning asoratlari bilan bog'liq nuqsonlarni jarrohlik yo'li bilan tiklash yoki tuzatish.

1. Neyromodulyatsiya:

- Texnika: asabiy faoliyatni modulyatsiya qilish va nevrologik asoratlarni tuzatish uchun yelektr yoki kimyoviy ta'sirlardan foydalanish.

1. Suyak to'qimasini tiklash va tiklash:

- Texnika: kraniotomiya natijasida kelib chiqadigan suyak nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan tiklash.

8) Jarroxlik amaliyoti samaradorligi ko'rsatkichlari:

1. **Klinik parametrlar:

- Simptomlarni yaxshilash: Ko'rib chiqilayotgan kasallik yoki holat bilan bog'liq klinik belgilarning o'zgarishi.

- Qayta sodir bo'lmaydi: Operatsiyadan keyin kasallikning qaytalanishi yoki takroriy bo'lishi yo'q.

2. Funktsional ko'rsatkichlar:

- Funktsionallikni tiklash: Operatsiyadan keyin organlar va tizimlarning faoliyatini tiklash va yaxshilash.

- Hayot sifatini yaxshilash: Operatsiyadan keyin bemorning hayot sifatini yaxshilash.

3. Laboratoriya ko'rsatkichlari:

- Biokimyoviy ko'rsatkichlarni normallashtirish: Qon ko'rsatkichlari darajasini tiklash yoki normallashtirish.

- Laboratoriya tekshiruvlarida patologiyaning yo'qligi: Kasallik yoki holat bilan bog'liq laboratoriya tekshiruvlarida aniqlangan patologiyalarning yo'qligi.

4. Instrumental ko'rsatkichlar:

- Rasmlardagi ijobiy o'zgarishlar: Tasvirlarda aniqlangan strukturaviy yoki funksional xususiyatlarni yaxshilash (rentgen, KT, MRT).

- Xajimli hosilalarni yo'qligi: jarrohlik amaliyoti talab etiladigan xajimli xosilalar, kistlar, anevrizmalar va boshqa hosilalarni yo'qligi.

5. Fiziologik ko'rsatkichlarni tiklash:

- Qon bosimini normallashtirish: Qon bosimi ko'rsatkichlarini tiklash yoki saqlash.

- Puls va nafas olishni normallashtirish: Yurak urish va nafas olish tezligini tiklash.

6. Jarayonning xavfsizligi:

- Asoratsiz: Jarayondan keyin jiddiy asoratlar bo'lmaydi.

- Organ funksiyasini saqlash: Organlar va tizimlar funksiyalarining saqlash.

7. Bemorning psixologik holati:

- Bemorning qoniqishi: Bemorning muolaja natijalaridan qoniqish darajasini oshirish.

- Psixologik noqulaylikni bartaraf etish: Jarayon bilan bog'liq psixologik noqulaylik darajasini pasaytirish.

8. Tuzalish dinamikasi (operativ jarrohlikdan keyin):

- Yarani davolash vaqti: Jarrohlikdan keyin optimal davolanish vaqtini saqlash.

- Infektsion jarayon profilaktikasi

Jarayon yoki aralashuvning samaradorligi ushbu ko'rsatkichlarni har tomonlama tahlil qilish asosida baholanadi, bu tibbiy aralashuvning muvaffaqiyatini aniqlash va kerak bo'lganda terapevtik rejani o'zgartirish imkonini beradi.

**BOSH MIYA ABSSESSLARI NOZOLOGIYA
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

2. Asosiy qismi.

1). Kirish

Zamonaviy tibbiyot jamiyatida miya absesslari muammosining dolzarbligi davolanishni optimallashtirish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun samarali reabilitatsiya va profilaktika protokollarini ishlab chiqish zarurligini ta'kidlaydi. Miya absesslari kompleks yondashuvni talab qiladigan yeng murakkab va davolab bo'lmaydigan kasalliklardan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu protokol bemorlarning individual xususiyatlarini, kasallikning bosqichini va qo'llaniladigan davolash usullarini hisobga olgan holda ishlab chiqilgan tizimli chora-tadbirlar majmuidir.

Tavsiya etilgan protokol reabilitatsiyaga, shu jumladan jismoniy faollik, ovqatlanish va psixologik yordamga qaratilgan. Sog'lom turmush tarzi tamoyillari, muntazam tibbiy ko'riklar va o'zini o'zi boshqarish ko'nikmalarini o'rgatish bemorlarning barqaror holatini oldini olish va saqlash strategiyasida muhim o'rin tutadi. Protokol, shuningdek, davolash rejasidagi o'zgarishlarni va har bir holatning individual dinamikasiga muvofiq yondashuvlarni tuzatishni hisobga oladi.

Miya absesslari bo'lgan bemorlarni davolash samaradorligini oshirish va hayot sifatini yaxshilash maqsadida ushbu protokol ushbu toifadagi bemorlarga kompleks va har tomonlama yordam ko'rsatish yo'lidagi muhim qadamdir. Protokol natijalari davolash va reabilitatsiyaning yeng yaxshi natijalarini ta'minlash uchun doimiy monitoring va tuzatishdan o'tkaziladi.

2) Ta'rif-oldini olish yoki reabilitatsiya

Profilaktika - bu kasalliklarning oldini olish, salomatlikni yaxshilash va patologiyalar xavfini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar tizimi. Miya absesslari kontekstida profilaktika muntazam tibbiy ko'riklar, sog'lom turmush tarzi va xavf omillarini bartaraf etishni o'z ichiga olishi mumkin.

Reabilitatsiya - bu kasallik yoki jarohlardan keyin jismoniy, kognitiv, ijtimoiy va psixologik funksiyalarni tiklash yoki yaxshilashga qaratilgan tibbiy yondashuv. Miya absesslari bo'lsa, reabilitatsiya fizioterapiya, psixologik yordam, o'zini o'zi boshqarish bo'yicha trening va boshqa usullarni o'z ichiga olishi mumkin.

3). Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari;

Oldini olish:

- Kundalik sog'lom turmush tarzi:

Miya abstsesslarining oldini olish sog‘lom turmush tarzini, shu jumladan muntazam jismoniy mashqlar va to‘g‘ri ovqatlanishni saqlashdan boshlanadi.

Muntazam tibbiy ko‘riklar:

Tizimli tibbiy ko‘riklar va tekshiruvlar yerta bosqichlarda miya sog‘lig‘idagi o‘zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Xavf omillaridan qochish:

Chekishni tashlash, spirtli ichimliklarni o‘rtacha iste‘mol qilish va zararli kimyoviy moddalar kabi boshqa xavf omillariga ta‘sir qilmaslik.

Genetik maslahat:

Bu, ayniqsa, oilada yurak nuqsonlari bo‘lgan odamlar uchun juda muhimdir. Genetiklar bilan maslahatlashuvlar genetik old shartlar mavjudligini aniqlashga yordam beradi.

Reabilitatsiya:

Jismoniy reabilitatsiya:

Jismoniy funktsiyani, muvofiqlashtirish va muvozanatni tiklash uchun tizimli jismoniy faollik va fizioterapiya.

Psixologik yordam:

Hissiy stressni yengish va davolanishdan keyingi o‘zgarishlarga moslashish uchun Individual va guruh psixoterapiyasi.

O‘z-o‘zini boshqarish bo‘yicha trening:

Bemorlar o‘zlarining ahvolini boshqarishga, shu jumladan alomatlar va stress bilan kurashish usullarini o‘zlashtirishga o‘rgatiladi.

Ijtimoiy reabilitatsiya:

Ijtimoiy ko‘nikmalar va o‘zaro munosabatlarni tiklash, shu jumladan oila va jamiyat tomonidan qo‘llab-quvvatlash.

Dori terapiyasi:

Kognitiv funktsiyalarni yaxshilash va davolanishning yon ta‘sirini yengish uchun dorivor usullardan foydalanish.

Profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi bemorning individual xususiyatlariga va kasallikning bosqichiga bog‘liq, shuning uchun har bir holatga yondashuv shaxsiylashtirilishi kerak.

4) ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika tamoyillari;

Axborot va ta‘lim:

Xavf omillari va miya xo'ppozining oldini olish usullari to'g'risida aholining xabardorligini oshirish uchun ta'lim dasturlari va kampaniyalarini ishlab chiqish.

Tibbiy yordamning mavjudligi:

Miya sog'lig'idagi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash uchun muntazam tibbiy ko'riklar va skrininglar mavjudligini ta'minlash.

Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish:

Sog'lom turmush tarzini, shu jumladan faollik, to'g'ri ovqatlanish va yomon odatlardan voz kechishga qaratilgan kampaniyalarni o'tkazish.

Genetik maslahat:

Oilada yurak nuqsonlari bo'lgan odamlar uchun genetik maslahat olish imkoniyatini ta'minlash.

Qo'llab-quvvatlovchi muhitni yaratish:

Sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlaydigan, xavf omillarini kamaytiradigan va tibbiy yordamdan o'z vaqtida foydalanishni ta'minlaydigan ijtimoiy muhitni yaratish.

Shaxsiy profilaktika tamoyillari:

Muntazam tibbiy ko'riklar:

Miya holatidagi potentsial o'zgarishlarni aniqlash uchun muntazam tibbiy ko'riklarga rioya qilish.

Sog'lom turmush tarzi:

Sog'lom turmush tarzini saqlash, shu jumladan o'rtacha jismoniy mashqlar, muvozanatli ovqatlanish va yomon odatlardan voz kechish.

O'z-o'zini tekshirish:

Mumkin bo'lgan alomatlarini aniqlash va o'z vaqtida tibbiy yordamga murojaat qilish uchun o'z-o'zini tekshirish bo'yicha trening.

Shifokor tavsiyalariga rioya qilish:

Davolash jarayonida faol ishtirok yeting va takrorlanish xavfini kamaytirish va miya sog'lig'ini saqlash uchun shifokor tavsiyalariga amal qiling.

Psixologik farovonlik:

Psixologik farovonlikka ye'tibor, shu jumladan maslahat va hissiy stressni yengish uchun yordam.

Profilaktika va reabilitatsiyaning barcha tamoyillari bemorning individual yehtiyojlariga va miya o'simtasining o'ziga xos xususiyatlariga moslashtirilishi

kerak, bu yesa integratsiyalashgan va shaxsiylashtirilgan yondashuvning muhimligini ta'kidlaydi.

3.1 Profilaktika usullari va tartib-taomillari:

1) Oldini olish maqsadi: miya abstsesslari oldini olish maqsadi oldini olish uchun yemas, xavfli kasallikning bu turi rivojlanish va yerta aniqlash xavfini kamaytirish. Profilaktika maqsadining asosiy jihatlari quyidagilardan iborat:

Kasallikning oldini olish:

Profilaktikaning asosiy maqsadi miya shishi rivojlanishining oldini olishdir. Bunga yomon odatlar, infeksiyon agentlar ta'siri va organizmga boshqa zararli ta'sirlar kabi xavf omillarini yo'q qilish yoki kamaytirish orqali erishiladi.

Erta aniqlash:

Profilaktik chora-tadbirlar infeksiyon holatlarni yoki abstsesslarning dastlabki bosqichlarini erta aniqlashga qaratilgan bo'lib, bu sizga kasallikning dastlabki bosqichlarida, muvaffaqiyatli davolanish yehtimoli yuqori bo'lganda davolanishni boshlash imkonini beradi.

Kasallik va o'limni kamaytirish:

Oldini olish miya abstsesslarining umumiy holatini va ushbu kasallikdan o'lim darajasini kamaytirishga qaratilgan. Bunga yerta aniqlash va davolash tadbirlarini samarali amalga oshirish orqali yerishiladi.

Sifatli turmush tarzini ta'minlash:

Profilaktika ham aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini saqlashga qaratilgan. Bunga sog'lom ovqatlanishni rag'batlantirish, jismoniy faollik, yomon odatlardan voz kechish va profilaktik tekshiruvlarda faol ishtirok yetish kiradi.

Xavf omillarini samarali boshqarish:

Maqsad, shuningdek, genetik moyillik kabi xavf omillarini samarali boshqarishdir, bu hatto yuqori xavfli odamlarda ham miya shishi rivojlanish yehtimolini kamaytiradi.

Aholining xabardorligini oshirish:

Profilaktikaning maqsadi-sog'lig'iga nisbatan mas'uliyatli munosabatni rag'batlantirish uchun xavf omillari, alomatlari va miya o'smalarining oldini olish usullari to'g'risida aholining xabardorligini oshirish.

2) 1-profilaktika

Ta'lim kompaniyalari:

- Tadbirlar: ma'ruzalar, seminarlar va xavf omillari, miya abstsesslarining oldini olish belgilari va usullari to'g'risida ma'lumot broshyuralarini tarqatish.

- Kim uchun: keng jamoatchilik uchun, shu jumladan genetik moyilligi bo'lganlar uchun.

- Uni kim o'tkazishi kerak: tibbiyot mutaxassislari, jamoat tashkilotlari va sog'liqni saqlash muassasalari.

Qayerda va qachon: ta'lim muassasalarida, tibbiyot markazlarida va jamoat joylarida. Ular muntazam ravishda, shu jumladan faollikning oshishi davrida (masalan, miya xo'ppozlari bilan kurashish oyida) amalga oshiriladi.

Profilaktik tekshiruvlar:

- **Tadbirlar:** Bosh miya absesslarining saraton holatlari va erta bosqichlarini aniqlash uchun skrining tadqiqotlarini o'tkazish.

- **Kimlar uchun:** Xavf oshirilgan shaxslar uchun (masalan, oilaviy tarixning mavjudligi) va muntazam tibbiy ko'riklar doirasida barcha uchun.

- **Kimlar:** Tibbiyot muassasalari va mutaxassislari.

- **Qayerda va qachon:** Tibbiyot markazlari, poliklinikalarda. Muntazam tekshiruvlar xavf omillariga qarab taklif etiladi.

Genetik konsultatsiya:

- **Tadbirlar:** Oilaviy tarixga ega bo'lgan shaxslar uchun bosh miya absesslari uchun maslahatlar berish.

- **Kimlar uchun:** O'z genetik statusini aniqlash istagida bo'lgan.

- **Kimlar:** Genetiklar va tibbiy konsultantlar.

- **Qayerda va qachon:** Genetik markazlar va tibbiyot muassasalarida.

Sog'lom muhit yaratish:

- **Tadbirlar:** Sog'liqni saqlash va zararli omillar ta'sirini kamaytirishga xizmat qiluvchi jamoatchilik muhitini shakllantirish.

- **Kim uchun:** Jamiyatning barcha a'zolari uchun.

- **Kim:** Jamoat tashkilotlari, mahalliy hokimiyatlar, tibbiyot muassasalari.

- **Qayerda va qachon:** Jamoat joylarida, ish maydonlarida. Muntazam va doimiy tashabbuslar.

3) Skrining:

Skrining usullari:

Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT):

- **Foydalanish zarurligi:** Genetik to'g'ri bo'lgan shaxslar, shuningdek, qo'shimcha e'tiborni talab qiladigan xavf omillari yoki belgilari bo'lgandar.

Kompyuter tomografiyasi:

- **Foydalanish zarurligi:** MRT mavjud bo‘lmagan yoki mumkin bo‘lmagan hollarda yoki muayyan klinik ko‘rsatuvlarda.

Neyrovizualizatsiya:

- **Foydalanish zarurligi:** Miya tomirlari va tuzilmalarining holatini qo‘shimcha o‘rganish uchun. Boshqa miya abtsessiga xavf omillari yoki shubhalar aniqlangan bemorlar.

- **Klinik Ko‘rsatkichlar bo‘yicha:** Belgilar mavjud bo‘lganda (bosh kasalligi, ko‘rish buzilishi va boshqa), shuningdek shifokor tomonidan tavsiya etilgan hollarda.

Skriningni kim o‘tkazadi:

Skrining usullarini bosh miya diagnostikasi sohasida tajribaga ega yuqori malakali tibbiyot mutaxassislari:

4) 2-profilaktika:

Tadbirlar turlari:

Muntazam tibbiy ko‘riklar:

Bosh miya abtsessini o‘tkazgan yoki davolangan shaxslar. Shuningdek, qaytalanish xavfi yuqori bo‘lganlar uchun tavsiya etiladi.

Reabilitatsiya dasturlari:

Davolanishdan o‘tgan bemorlar va xirurgiyadan keyin funktsiyalarni tiklashga muhim bo‘lgandar

5) 3-profilaktika

Tadbirlar turlari:

Muntazam tibbiy ko‘riklar:

- Bosh miya abtsessini o‘tkazgan va davolanishdan o‘tgan, retsdiv yoki asorchilik xavfi yuqori bemorlar.

- Shifokorning yakka tartibdagi rejasiga muvofiq tibbiyot muassasalarida muntazam tibbiy ko‘riklar.

Reabilitatsiya va adaptatsiya dasturlari:

- Davolanishdan keyin kundalik hayotga mos bo‘lgan bemorlar.

Ta‘minlash markazlarida, uyda, zarurat bo‘yicha, davolash faol bosqichi yakunlangandan so‘ng.

Uchinchi profilaktika bosh miya abtsesslarini davolashdan keyin bemorlarning salomatligi va turmush sifatini saqlashga qaratilgan. Samarali

uchinchi profilaktika bemorlarni jismoniy va psixologik reabilitatsiya qilishning oldini olishga koʻmaklashmoqda.

3.2. Reabilitatsiya uslublari va tartib-taomillari:

reabilitatsiya maqsadi

- **Funktsionalligini tiklash:**

- **Taʼrifnoma:** Harakatlarni qoʻllab-quvvatlash, soʻzlash, koʻrish, eshitish va muvofiqlashtirish kabi yoʻqotilgan funktsiyalarni tiklash.

- **Yondashuvlar:** logopediya, ergoterapiya.

Kundalik Hayotga moslashish:

- **Taʼriflash:** Bemorga oʻzgartirilgan turmush sharoitlariga moslashda yordam berish va normal hayotni tiklashni osonlashtirish.

Tibbiy Kuzatish va Oldini olish Asboblar:

- **Taʼriflash:** Bunday muammolarni aniqlash va oldini olish uchun muntazam tibbiy nazorat qilish, sogʻliqni nazorat qilish.

- **Moslamalar:** Muntazam tibbiy koʻriklar, zarurat boʻyicha qoʻshimcha tadqiqotlar oʻtkazish.

Davom ettirish Tekshiruvlar va Davolanishni optimallashtirish:

- **Taʼriflash:** Bemorning holati toʻgʻrisidagi maʼlumotlarni doimiy yangilash, sogʻligʻidagi oʻzgarishlarga muvofiq davolash va reabilitatsiya rejasini tuzatish.

- **Moslamalar:** Tibbiyot mutaxassislari bilan muntazam maslahatlashish, reabilitatsiya rejasini yangilash.

- Bosh miya oʻsimliklarida reabilitatsiya qilish maqsadlari davolanish faol bosqichi tugagandan soʻng bemorlarning salomatligini tiklash va toʻliq hayotini taʼminlashga qaratilgan.

- Bosh miya abtsesslarida reabilitatsiya faoliyatini tiklash, yoʻqotilgan koʻnikmalarni kompensatsiya qilish va bemorni toʻliq hayotni oʻtkazish qobiliyati bilan taʼminlashga qaratilgan. Bu quyidagilarni oʻz ichiga oladi:

Jismoniy tiklanish:

- *Maqsad:* Harakatlash koʻnikmalarini tiklash yoki yaxshilash, harakatlarni muvofiqlashtirish, kuchi va chidamliligi.

- *Moslamalar:* moslamalarni mustahkamlash, balans va muvofiqlashtirish mashgʻulotlari.

Logopedik reabilitatsiya:

- *Maqsad:* Nutq koʻnikmalarini tiklash, nutqni tiklash va tushuntirishni yaxshilash.

- *Moslamalar*: Logopedik mashg‘ulotlar, artikulyatsiya ustida ishlash, muqobil muloqot usullarini o‘qitish.

Ijtimoiy rehabilitatsiya:

- Ijtimoiy faoliyatga oraliq, jamoat hayotida ishtirok etishni ta‘minlash.

-

Rehabilitatsiya rejasini monitoring qilish va tuzatish:

- Sog‘liqdagi o‘zgarishlar va erishilgan natijalarga muvofiq rehabilitatsiya rejasini doimiy yangilash.

- Tibbiyot mutaxassislari bilan muntazam maslahatlashish, dasturni joriy ehtiyojlarga moslashtirish.

Rehabilitatsiya har bir bemorga, uning ehtiyoj va tiklanish maqsadlarini hisobga olgan holda, yakka tartibdagi yondashuvni taqdim etadi. Bu jarayonning muhim qismi – bemorning faoliyatini tiklashning maksimal darajasiga erishish va muvaffaqiyatli turmush sifatini ta‘minlashdan iborat.

- Keskin rivojlangan patologik jarayonni yakunlash haqida gapirganda, bemorni sog‘liqni saqlash va turmush sifatini ta‘minlash uchun organizm funksiyalarini qo‘llab-quvvatlash asosiy strategiyaga aylanib bormoqda. Bu quyidagi jihatlarni o‘z ichiga oladi:

Tibbiy nazorat:

- Bemorning holatini muntazam tibbiy nazorat qilish, bu boradagi o‘zgarishlar yoki asorlarni aniqlash maqsadida.

1. Asoratlarning oldini olish:

2. Rehabilitatsiya tadbirlari:

3. Psixologik qo‘llab-quvvatlash

4. Kun va turmush tarzini optimallashtirish:

O‘tkazilgan patologik jarayonning oxirida organizm funksiyalarini qo‘llab-quvvatlash salomatlik barqarorligini ta‘minlash, retsidivlarning oldini olish va bemorni to‘liq hayot uchun asbob-uskunalar bilan ta‘minlashga qaratilgan. Bu tibbiyot xodimlari tomonidan kelishilgan yondashuv va bemorning sog‘lig‘i va kelajagi to‘g‘risida qaror qabul qilish jarayoniga kiritilishini talab etadi.

Mumkin bo‘lgan nogironlikning oldini olish va darajasini kamaytirish va hayot sifatini yaxshilash;

Profilaktik Chora-tadbirlar:

1. Erta diagnostika va davolash:
2. Yakka tartibdagi rehabilitatsiya dasturlari:
3. Jismoniy rehabilitatsiya va mashg'ulotlar:
4. Psixologik qo'llab-quvvatlash:
5. Ijtimoiy rehabilitatsiya:
6. Texnologik yordam vositalari:
7. Professional rehabilitatsiya:

Nogironlikning oldini olish va darajasini kamaytirish bemorlarning to'liq va sifatli hayotini ta'minlash uchun tibbiy, psixologik, ijtimoiy va texnologik jihatlarni qamrab oladigan ko'plab strategiyalarni o'z ichiga oladi.

4. Profilaktikaning 3 turini o'tkazish va rehabilitatsiya qilish ko'rsatkichlari

1. Profilaktika:

- **Umumiy Ko'rsatuvlar:**

Absesslarning rivojlanish xavfini oshirishi mumkin bo'lgan kasalliklar.

Atrof-muhitning noqonuniy omillarining doimiy ta'siri (infektsiyalar ta'siri).

- **Dastlabki profilaktika:**

Genetik aloqalarga ega bolalar va o'smirlar.

Yuqori xavf (infektsiya, jarohat) sharoitida ishlayotgan shaxslar.

- **Ikkinchi profilaktika:**

Bosh miya absessini muvaffaqiyatli davolagan bemorlar.

- **Uchinchi profilaktika:**

Bemorlar bosh miya absessini olib tashlash maqsadida xirurgik aralashgandan so'ng.

Absess qaytalanishiga tush bo'lgan shaxslar.

2. Rehabilitatsiya:

Umumiy ko'rsatuvlar:

- Xirurgik aralashishdan o'tgan bemorlar.
- Bosh miya absesslari oqibatida jismoniy va bilish funksiyalari zaiflashgan shaxslar.

3. Ijtimoiy reabilitatsiya:

Umumiy ko'rsatuvlar:

- Ijtimoiy faollikni tiklash va boshqa miya absessini davolashdan keyin jamiyatga kiritishga muhim bemorlar.

5.1. Profilaktika turlarini o'tkazishni belgilash mezonlari

1. Genetik moyillik:

- *Mezonlar:*
 - Bosh miya absessi bilan tasdiqlangan holatlar bilan oilaviy anamnez, yurak nosozligi.

1. Ekologik omillar:

- *Mezonlar:*
 - Infektsiyalar ta'sir etishi mumkin bo'lgan kasb-hunar faoliyati.
 - Yurak nuqsoni bo'lgan odamlar.

1. Oldingi kasalliklar va davolash:

- *Mezonlar:*
 - Bosh miya absessidan oldingi kasalliklar tarixi (masalan, nevrologik buzilishlar, genetik sindromlar).
 - Boshqa organlardagi muqaddam absess holatlari boshqa miyada yangi absess rivojlanish xavfini oshirishdan dalolat berishi mumkin.

1. Alomatlar va klinik rasm:

- *Mezonlar:*
 - Bosh miya absessining rivojlanishi imkonini dalolatlaydigan maxsus klinik alomatlar mavjud.
 - Qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish zarurligini ko'rsatadigan yangi alomatlar yaratilishi yoki mavjud belgilarning kuchaytirilishi.

5.2. Reabilitatsiya tartib-taomillari bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari

Reabilitatsiya tartib-taomillarining bosqichi va hajmini aniqlash uchun Faoliyat ko'rsatishning xalqaro klassifikatsiyasiga, hayotiy faoliyat va sog'liqni cheklashga muvofiq bo'lgan xalqaro shkalalar Mana bir nechta asosiy mezonlar:

1. Funktsion holatni baholash shkalasi (FIM):

● *Mezonlar:*

- Bemorning o'ziga xizmat ko'rsatish darajasi.
- Harakat qilish va mobildik quvvati.
- Axborotni o'qitish va ulardan foydalanish qobiliyati.

1. Rang ko'rib chiqish shkalasi (Rancho Los Amigos):

● *Mezonlar:*

- Atrof-muhitga hissa va reaksiya darajasi.
- Axborotni o'qitish va esga olish qobiliyati.
- Motor buzilishlari va harakatlarni muvofiqlashtirish darajasi.

1. Xalqaro funksional holat klassifikatsiyasi shkalasi (ICF):

● *Mezonlar:*

- Jismoniy funktsiyalar (motorika, sezgirlik).
- Psixologik funktsiyalar (kognitiv jarayonlar, hissiy holatlar).
- Hayot faoliyatida ishtirok etish (kunlik ko'nikmalar, ta'lim).

1. Glazgo darajasi shkalasi (Glasgow Coma Scale):

● *Mezonlar:*

- Bemorning ko'zini ochish.
- Bemorning rag'batga verbal javobi.
- Bemorning motor reaksiyalari.

1. Og'riq bahosi shkalasi (Visual Analog Scale, Numeric Rating Scale):

● *Mezonlar:*

- Bemorning og'ir darajasi.
- Og'riq tuyg'ularining xususiyati.
- Og'riqning funksional holatiga ta'siri.

1. Kognitiv Funktsiyalarni baholash shkalasi (Montreal Cognitive Assessment, Mini-Mental State Examination):

● *Mezonlar:*

- Kognitiv funktsiyalarni, jumladan, xotira, e'tibor, til qobiliyatini baholash.
- Kognitiv kamchilik darajasi.

Aniq shkalalarni tanlash jarohatlar, kasallikning turi, klinik kartina va reabilitatsiya maqsadlariga bog'liq. Turli xalqaro shkalalardan kompleks

foydalanish reabilitatsiya bosqichi va zarur tartib-taomillar hajmini aniq aniqlash imkonini beradi.

6. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmi

Tibbiy reabilitatsiya bir necha bosqichlarga ajratiladi, ularning har biri muayyan hajmdagi tartib-taomillarni nazarda tutadi va turli tibbiyot tashkilotlari hamkorlarni o'z ichiga oladi.

1. Faol tibbiy reabilitatsiya bosqichi:

● Tartib-taomillar hajmi:

- Motorikani tiklash uchun fizioterapevt bilan yakka tartibdagi va guruhdagi mashg'ulotlar.
- Moslamalarni mustahkamlash va harakatlarni muvofiqlashtirishni tiklash uchun davolash gimnastikasi.
- Kognitiv funksiyalar va xotirasini yaxshilash uchun terapiya.
- Tibbiy massaj va zarur bo'lganda davolash suzish.

● Tashkilotlar:

- Kasalxonalarining reabilitatsiya bo'limlari.
- Ko'p tarmoqli reabilitatsiya xizmatlariga ega tibbiyot markazlari.

1. Bosqichma-bosqich tiklash va mustahkamlash bosqichi:

● Tartib-taomillar hajmi:

- Jismoniy chidamlikni yaxshilash uchun jadal mashg'ulotlar.
- Kognitiv funksiyalarni tiklash bo'yicha ixtisoslashtirilgan dasturlar.
- Zarur bo'lsa, logoped bilan ishlash.
- Psixologik farovonlikni qo'llab-quvvatlash bo'yicha maslahatlar.

● Tashkilotlar:

- Davolash-sog'lomlashtirish xizmatlari ko'rsatilgan reabilitatsiya markazlari.
- Bosh miya kasalliklaridan keyin tiklanishga ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatish uchun neyrologiya klinikalar

1. Qo'llab-quvvatlash va nazorat qilish

● Tartib-taomillar hajmi:

- Sog'liqni nazorat qilish uchun davriy tibbiy ko'riklar.
- Shifokorlar va reabilitatsiya mutaxassislari bilan yakka tartibdagi maslahatlar.

- Jismoniy faollik va mashg‘ulotlarni davom ettirish.
- Erishilgan natijalarni qo‘llab-quvvatlash uchun guruhlik mashg‘ulotlar.
- **Tashkilotlar:**
 - Reabilitatsiya xizmatlari ko‘rsatilgan ambulatoriya va poliklinikalar.

Reabilitatsiyaning har bir bosqichi bemorning yakka tartibdagi ehtiyojlarini hisobga olgan holda ishlab chiqiladi va bosqichlar o‘rtasidagi o‘tish oldingi tadbirlarning.

7. Diagnostika tadbirlari

1) Asosiy diagnostika tadbirlari;

1. **Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT):**
2. **Kompyuter tomografiyasi:**
3. **Elektron entsefalografiya (EEG):**
4. **Lyumbal Punktsiya (LP):**
5. **Genetik test:**
6. **Bosh miya o‘smasi biopsiyasi:**
7. **Funksional tadqiqotlar (Funksional MRT, PET):**
8. **Bosh miya angiografiyasi:**

2) Qo‘shimcha diagnostika tadbirlari

1. **Magnit rezonans angiografiyasi:**
2. **Pozitron-emissiya tomografiyasi:**
3. **Doppler ultratovush angiografiyasi:**
4. **MR-Spektroskopiya:**
5. **Funksional MRT (fMRI):**
6. **Transkranal doppler ultratovush angiografiyasi:**
7. **Spektral elektroensefalografiya (SEEG):**
8. **Optik bilish tomografiyasi:**

8. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya taktikasi

1) Asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari

1. **Jismoniy faollik va fizioterapiya:**
2. **Davolash gimnastikasi:**
3. **Logopedik terapiya:**
4. **Ximioterapiya va nur terapiyasi:**

5. **Logoped va neyropsixolog bilan reabilitatsiya mashg'ulotlari:**
6. **Psixologik-sotsial qo'llab-quvvatlash dasturlari:**
7. **Rekonstruktiv jarrohlik:**
8. **Dori vositalari bilan terapiya:**
9. **Tiklash ta'limi dasturlari va hayot ko'nikmalarini o'qitish:**
10. **Retsidivlarning dori-darmon oldini olish (qo'llanganda):**
11. **Ijtimoiy integratsiya dasturlari:**

**BOSH MIYA ABSSESSI NOZOLOGIYASI PALLIATIV
TIBBIY YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025

2. Asosiy qismi.

1.1 Kiritish: Palliativ tibbiy yordam bosh miya abscesslari bo'lgan bemorlarning turmush sifatini yaxshilashda muhim o'rin tutadi. Bosh miya abscesslari kompleks va sezgir tibbiy aralashuvni talab qiluvchi turli alomatlar bilan birga kelishi mumkin.

1.2 Aniqlash: Bosh miya abscessi (BMA) — bu vazkulyarizatsiya qilingan kapsula bilan o'ralgan bosh miyada yiringlar to'planishi bilan tavsiflanadigan fokal patologiya.

Palliativ tibbiy yordam maqsadlari:

1. **Simptomlarni osonlashtirish:** Og'ir, bosh og'ri, bo'g'ish, qo'sish va abscesslar bilan bog'liq boshqa alomatlarni samarali osonlashtirish.
2. **Psixologik sog'liqni qo'llab-quvvatlash:** Bemorlar va ularning oilalariga uzoq kasallikda psixologik qo'llab-quvvatlash.
3. **Munosib turmush sifatini saqlash:** Kasallik davom etayotgan holda bemorlarning turmush sifatini maksimal darajada oshirish.
4. **Umumiy tibbiy qamrovni optimallashtirish:** Kompleks tibbiy qo'llab-quvvatlash, jumladan, kam ko'rish, kommunikatsiya va qaror qabul qilishda ko'maklashish.

Palliativ tibbiy yordam tadbirlari:

1. **Og'ir nazorat:**

- Og'riq intensivligi shkalasidan foydalangan holda og'riqni individual baholash.
- Tegishli farmakologiya terapiyasi va boshqa osoyishtirish usullarini belgilash.

1. **Simptomatik davolash:**

- Alomatlarni yumshatish uchun antibiotiklar, analgetiklar va boshqa preparatlardan foydalanish.
- Har bir bemorning xususiyatlarini hisobga olgan holda davolashga yakka tartibdagi yondashuv.

1. **Psixologik qo'llab-quvvatlash:**

- Bemorlar va ularning yaqinlari uchun psixologik maslahatlar.
- Qo'llab-quvvatlash va tajriba almashish guruhi sessiyalari.

Xulosa: Bosh miya abscesslarida palliativ tibbiy yordam bemorlarni bog'lashning muhim jihati bo'lib, ularning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan.

Davolashning radikal usullarining yo‘qligi bemorlar va ularning oilalarining jismoniy va emotsional ehtiyojlarini qanoatlantirishga qaratilgan kompleks tibbiy aralashuv zarurligini istisno etmaydi.

2) Mazkur nozologiyaning o‘tishi jarayonida rivojlangan sindromni aniqlash;

Mazkur nozologiyaning o‘tishi jarayonida rivojlanayotgan sindrom kasalligining taraqqiy etishi natijasida yoki kuchayib borayotgan alomat va belgilar majmuasidir. Ushbu sindrom organizmda uzoq muddatli patologiya jarayonining ta'siridan kelib chiqqan o‘zgarishlarni aks etgan turli klinik ko‘rsatkichlarni o‘z ichiga olishi mumkin.

Mazkur sindromni aniqlash aniq nozologiya kontekstida diagnostika, og‘irlik darajasini baholash va muhim davolash strategiyasini tanlash uchun muhim ahamiyatga ega bo‘lgan xususiy belgilarni aniqlash va hujjatlash imkoniyatini beradi. Bu yondashuv, shuningdek, tibbiyot mutaxassislariga muammolarni oldini olish va boshqarish, shuningdek, davolash rejasini kasallikning evolyutsiyasiga muvofiq muvofiqlashtirishga xizmat qilmoqda.

Mazkur nozologiya davomida rivojlanayotgan sindrom abstsess turi, joylashgan joyi, atrof to‘qimalar va organizm tizimlariga ta'sir ko‘rsatish bosqichiga qarab turli bo‘lishi mumkin. Bunday sindromlar og‘ir simptomlarni, organlar va tizimlar funktsiyalari buzilishlarini, diagnostika va davolashga kompleks va individuallashtirilgan yondashuvni talab qiladigan psixologik va ijtimoiy jihatlarni o‘z ichiga olishi mumkin.

3) Tasniflash (agar bosqichlar bo‘yicha qo‘llanilsa). Tasniflash AGM

I. Erta serebrit (1-3 sutka);

Neytrofillar, plazmatik hujayralar, monotsitlar bilan perivaskulyar infiltratsiya, mikroqliya va astrotsitlar faollasha boshlaydi. Infeksion o‘choqning chegaralari yo‘q. Perifokal shishish mavjudligi. Yakka nekrotik o‘choqlar. Retikulin 3 sutkadan shakllantiriladi

II. So‘nggi serebrit (4 – 9 sutka)

Nekrotik markazni ko‘paytirish. Yallig‘lanish o‘chog‘ining chegaralari makrofag va fibroblastlar bilan infiltratsiyalangan. Neovaskulyarlashtirishni ko‘paytirish. Retikulinning faol shakllanishi. Perifokal shishish zonasini ko‘paytirish.

III. Kapsulaning erta shakllanish bosqichi (10-13 sutka)

Nekrotik markazning zonasini kamaytirish. Kasallikning chegarasi bo'yicha fibroblast va makrofaglar sonini ko'paytirish. Neovaskulyarlashtirishning maksimal darajasi. Yetuk kollagen kapsulaning evolyutsiyasi. Perifokal shishish zonasini kamaytirish. Astrotsitlar reaksiyasining kuchayishi.

IV. Kapsulaning kichik shakllanish bosqichi (14 sutka va undan ortiq)

Nekrotik markazni yanada kamaytirish. Fibroblastlar sonini yanada oshirish. Kapsula 2 hafta oxiriga qadar to'liq shakllantiriladi. Neovaskulyarlashtirishni kamaytirish. Shishish regressiyasi. Perifokal zonada glioz 3 hafta shakllanadi

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

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartib-taomillari:

1) Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilish uchun ko'rsatmalar; Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilish uchun ko'rsatkichlar kasallikning o'ziga xos bo'lishi, kasallikning bosqichi, bemorning klinik alomatlari va yakka tartibiga qarab turli bo'lishi mumkin. Biroq, umumiy jihatlarda palliativ tashkilotga yotqizilish quyidagi hollarda tavsiya etilishi mumkin:

1. Belgilarni etarli darajada boshqarish mumkin emas:

- Uy sharoitida og'ir va boshqa jismoniy alomatlarni osonlashtirishda muammolar.
- Faqat statsionar sharoitlarda arzon bo'lgan alomatlarni osonlashtirishning ixtisoslashtirilgan usullariga ehtiyoj.

1. Psixologik muammolar:

- Psixologik va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash, jumladan, psixologga, ijtimoiy xodimga yoki boshqa mutaxassislarga maslahat berish zarur
- Uy sharoitida kasallikning emotsional jihatlari bilan shug'ullanish muammolari.

1. Ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish:

- Palliativ tibbiyotda tajribali mutaxassislar tomonidan kasb-hunar tibbiy baholash va davolashga ehtiyoj.
- Ixtisoslashtirilgan tibbiy aralashishni talab qiladigan murakkab klinik holatlar.

1. **Shifokorlikni kuzatish zarurati:**

- Kasallikni monitoring qilish va terapiyani tuzatish uchun muntazam tibbiy nazorat talab etiladi.
- Kasallikni tez-tez tibbiy aralashuvni talab qilgan holda rivojlantirish.

1. **Uy sharoitida cheklangan parvoz imkoniyatlari:**

- Uy sharoitlarida tegishli taraflik va qulaylikni ta'minlash imkoniyatining yo'qligi.
- Faqat statsionar muassasalarida arzon bo'lgan ixtisoslashtirilgan parvoz zarurligi.

1. **Kompleks palliativ xizmatlari:**

- Bemor statsionar sharoitda yanada samarali taqdim etilishi mumkin bo'lgan kompleks palliativ e'tiborga ehtiyoj qiladi.

Palliativ tashkilotga yotqizilish kasallikning murakkab jihatlarini yanada samarali boshqarish imkoniyatini ta'minlaydi, shuningdek bemor va uning oilasiga zarur qo'llab-quvvatlash va qamrovni ta'minlaydi.

2) Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotga yotqizish uchun sharoitlar.

Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha tashkilotga yotqizish uchun sharoitlar turli bo'lishi va bemorning aniq ehtiyojlariga, kasallikning xususiyatlari va tibbiyot xodimlarining qarorlariga bog'liq bo'lishi Palliativ tashkilotga yotqizilish zarurligini nazarda tutuvchi bir necha umumiy shartlar:

1. **Amallarni boshqarishda muammolar:**

- Uy sharoitida oldini olib bo'lmaydigan kuchli og'riq.
- Nazorat qilib bo'lmaydigan jismoniy alomatlar.

1. **Professional tibbiy baholash zarurligi:**

- Ixtisoslashtirilgan tibbiy aralashishni talab qiladigan murakkab klinik holatlar.
- Qo'shimcha diagnostik tadqiqot va maslahatlar o'tkazish zarurligi.

1. **Kompleks qo'llab-quvvatlashga ehtiyoj:**

- Kasallikning jismoniy, psixosotsial va ma'naviy jihatlarini osonlashtirish ham kompleks palliativ qamrovga ega bo'lish zarurligi.
- Tibbiyot osiblari, ijtimoiy xodimlar va ma'naviy rahbarlar kabi mutaxassislarni qo'llab-quvvatlash talab etilmoqda.

1. **Kuchaytirilgan tibbiy baholash:**

- Ko'proq va jadal tibbiy baholash va nazorat qilish talab etiladi.

- Doimiy monitoring va tuzatishni talab etuvchi ilg'or klinik alomatlar.

1. Kasallikning terminal bosqichi:

- Bemor kasallikning terminal bosqichida bo'lib, hayotning so'nggi bosqichlarida ixtisoslashtirilgan palliativ tarafni ta'minlash zarur.

Palliativ tashkilotga yotqizilish bemorning ehtiyojlari va belgilarini yanada samarali boshqarishi mumkin bo'lgan sharoitlarda bemorni yaxshi ta'minlash va qo'llab-quvvatlash uchun taklif etilishi mumkin.

4. Diagnostik mezonlar:

1) Shikoyat va anamnez (to'liq);

SHIKOYATLAR:

1. Bosh og'rig'i:

- Xususiyati (pulsatsion, siljitivchi, doimiy).
- Og'irni mahalliyashtirish.
- Jadallik (0 dan 10 gacha shkala bo'yicha).

1. Ko'ngil aynishi va qusish:

- Chekligi va jadalligi.
- Ovqatlanish yoki dori vositalari bilan bog'liq.

1. Paresteziyalar:

- Kasalliklar ta'rifi (davom etish, mahalliyashtirish).
- Qishloq-qishloq, uqayish, chirishni ta'minlash.

1. Ko'rish va eshitish buzilishlari:

- Buzilish darajasi (ko'rish yo'qotishi, ikkilik, tinnitus).
- Vaqtinchalik xususiyatlari.

1. Muvofiqlashtirish va tenglik buzilishlari:

- Tenglik muammolari.
- Harakatda qiyinchiliklar.

1. Nutq va ifodadagi o'zgarishlar:

- So'zlarni aytishda qiyinchiliklar.
- Ixtiyotni yo'qotish yoki ixtiyorni qabul qilishni o'zgartirish.

1. Ruhiy alomatlar:

- Depressiya, xavotir.
- Uyqusizlik.

1. Tizim belgilari:

- Gipertermiya yoki gipotermiya.

ANAMNEZ:

1. **Tibbiy tarix:**

- Oldingi kasalliklar.
- Oilaviy va irsiy tarix.

1. **Qabul qilinayotgan dori vositalari:**

- Qabul qilinayotgan barcha dori vositalarining ro'yxati, shu jumladan, dozalashtirish va muntazamlilik.

1. **Zararli odatlar:**

- Chekish, alkogol yoki narkotiklarni iste'mol qilish.

1. **Professional tarix:**

- Zararli mehnat sharoitlari.
- Professional faoliyati bilan bog'liq sabablar.

1. **Oxirgi jarohat yoki hodisalar:**

- Joriy holatga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan har qanday jarohat, nodavlat hodisalar yoki hodisalar.

1. **Reproduktiv tarix:**

- Ayollar uchun: menstrual tsikl, homilalik, tug'ilish.
- Erkaklarda: potentsial va reproduktiv sog'lik muammolari.

1. **Invaziv tartib-taomillar va xirurgik aralashuvlar:**

- Oldingi har qanday amallar yoki invaziv tartib-taomillar.

Qo'shimcha ma'lumotlar bemor bilan shaxsan muloqot qilganda yoki qo'shimcha tadqiqotlar uchun aniq yo'nalishlar mavjud bo'lg

2) Umumiy, fizikal tekshirish;

UMUMIY TEKSHIRISH:

1. **Umumiy tashqi ko'rinishi:**

- Terining rangini, gidratatsiya darajasini baholash.
- Yuz ifodasi, poza.

1. **Vital ko'rsatkichlar:**

- Tana haroratini o'lchash.
- Arterial bosimni o'lchash.
- Dam olish chekligi va jadalligini baholash.

1. **Boshni umumiy tekshirish:**

- Bosh terisini og'riq, anomaliya, shishish mavjudligiga palpatsiya qilish.
- Bosh terisini baholash, jarohat, chirishlar mavjudligi.

1. **Limfa tarmoqlarini ko'rib chiqish:**

- Limfa tugunlarining palpatsiyasi.

JISMONIY TEKSHIRISH:

1. **Ob'ektiy ko'rik.** Umumiy va fizikal tekshiruv.
2. **Nevrologik ko'rik.**
 - Muvofiqlashtirish sinovlari.
 - Refleks va sezgichlikni baholash.

Umumiy va fizikal tekshirish shifokorga bemorning holati haqida keng ma'lumot beradi va aniq diagnostika qilish uchun asbob-uskunalar tadqiqotlari bilan to'ldirilishi mumkin.

3) palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilganga qadar o'tkazilgan sindromni aniqlash uchun zarur bo'lgan laboratorik tadqiqotlar;

Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilganga qadar o'tkazilgan laboratoriya tadqiqotlari kasallikning belgilari, klinik ko'rsatkichlari va sabablariga qarab turli bo'lishi mumkin. Biroq, bosh miya o'simlari bilan bog'liq sindrom kontekstida quyidagi laboratoriya tadqiqotlari foydali bo'lishi mumkin:

1. Qonni klinik tahlil qilish:

- a. **Qonni umumiy tahlil qilish:** Eritrotsitlar, leykotsitlar, trombotsitlar, gemoglobinalar va boshqa parametrlar soni haqida ma'lumot beradi. Anomaliyalar yallig'lanish jarayoni yoki anemiyaning mavjudligini ko'rsatishi mumkin.

2. Qonni biokimyoviy tahlil qilish:

- a. **Umumiy oqsil va albumin:** Organizmning umumiy holati va mumkin tengliklar mavjudligini baholash imkonini beradi.
- b. **Jigar va buyrak markerlari:** Masalan, bilirubin, AST, kreatinin, siydik.

3. Siydik umumiy tahlili:

- a. Qon, boqsil, kletka va boshqa anomaliyalarning mavjudligini aniqlash imkonini beradi, bu borak yoki siydik chiqarish yo'llarining funksional buzilishlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

4. Koagulogramma:

- a. Qon ivish tizimini o'tkazish tromboembolik asboblar xavfini baholash uchun amalga oshirilishi mumkin.

5. Gormonlar darajasini aniqlash:

- a. Masalan, gipofiz gormonlari (prolaktin, o'sish gormoni) darajasini aniqlash.

6. Serebrospinal suyuqlik tahlili:

- a. Lyumbal punktsiya, keyinchalik tserebrospinal suyuktikni tahlil qilish bilan shishish jarayoni, yoki infeksiya bilan bog'liq o'zgarishlarni aniqlash uchun amalga oshirilishi mumkin.

Ushbu laboratorik tadqiqotlar shifokorlarga bemorning holati haqida qo'shimcha ma'lumotlar olishga va davolashni zarur yo'nalishga yo'naltirishga xizmat qilmoqda, bu palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilishda muhim.

4) palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilganga qadar o'tkazilgan sindromni aniqlash uchun zarur asbob-uskunalar tadqiqotlari.

Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilganga qadar o'tkazilgan asbob-uskunali tadqiqotlar bosh miya o'simlari bilan bog'liq sindromni aniqlash va ularning sabablarini aniqlashga qaratilgan. Bu erda tavsiya etilishi mumkin bo'lgan bir nechta turli asbob-uskunalar tadqiqotlari:

1. Bosh miya MRT (Magnit rezonans tomografiyasi):

- a. Bosh miya tuzilmalarini batafsil vizualizatsiya qilish va absess mavjudligini, uning hajmi, joylashgan joyi va atrofdagi to'qimalarga invaziya darajasini aniqlash imkonini beradi.

2. Bosh miya tomografiyasi:

- a. Bosh miya to'qimalaridagi o'zgarishlarni aniqlash uchun ishlatiladi.

3. Elektron entsefalografiya (EEG):

- a. Miya elektr faolligini yozib olish. Ushbu tadqiqot absessamalar yoki kuzatish faoliyati bilan bog'liq elektr faolligidagi o'zgarishlarni aniqlashga xizmat qilishi mumkin.

4. Bosh miya angiografiyasi:

- a. Kan aylanish buzilishlari, anevrizmalar yoki vaskulyarlik absesslarni aniqlash imkonini beradigan miya tamirlarini kontrastdan foydalanish orqali tadqiqot.

5. Lyumbal punktsiya:

- a. Tahlil qilish uchun serebrospinal suyuqlik namunasini olish imkonini beradi.

6. Funktsion sinovlar:

- a. Alamlarga qarab, ko'rish sinovlari, eshitish, muvofiqlashtirish va boshqalarni o'z ichiga olishi mumkin.

7. O'sma biopsiyasi:

- a. Agar bu mumkin bo'lsa va xavfsiz bo'lsa, o'simlik turi va ularning genetik xususiyatlarini aniq ta'riflash uchun o'simlik namunasini olish uchun biopsiya o'tkazilishi mumkin.

Ushbu asbob-uskunali tadqiqotlar shifokorlarga o'simning ta'sirini, atrof matolarga ta'sirini aniqlash va palliativ tibbiy yordam ko'rsatish tashkilotiga yotqizilishdan oldin bemorning umumiy holatini baholashga xizmat qiladi

5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatishning maqsadlari.

Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish og'ir va aylanishsiz kasalliklar bilan bog'liq bemorlarni sifatli qamrovli va qo'llab-quvvatlashga qaratilgan. Palliativ tibbiy yordam maqsadlari davom etayotgan davolash sharoitida yoki hayotning sifatini yaxshilashga yo'naltirilgan. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatishning asosiy maqsadlaridan ayrimi:

1. Simptomlarni osonlashtirish:

Kasalxonaning kasallik, bo'g'ish, dam olish, depressiya kabi jismoniy, emotsional va psixosotsial alomatlarini samarali osonlashtirish.

2. Kompleks qamrovni ta'minlash:

Bemorlarning ehtiyojlarini to'liq qondirish uchun tibbiy, psixologik, ijtimoiy va ma'naviy yordam ko'rsatish.

Palliativ tibbiy yordam maqsadlari og'ir va aylanishsiz kasalliklar bilan bog'liq bemorlar uchun maksimal qulaylik, qo'llab-quvvatlash va turmush sifatini ta'minlashga qaratilgan.

6. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:

Davolash tadbirlari rejasini tuzish:

Davolash tadbirlari rejasini tuzish, odatda, neyroxirurglar ishtirokida konsilium tomonidan amalga oshiriladi va zarur bo'lsa, to'g'ri mutaxassislar jalb qilinadi. Davolash tadbirlari rejasini aniqlashtirish uchun quyidagi verifikatsiyalangan ma'lumotlarning zarur birlashtirilishi asosdir:

- mahalliyashtirish mezonlari va hajmi bo'yicha rentgenodiagnostik ma'lumotlar;
- etiologik omil;

- qo‘shimcha kasalliklar;
- immun kamchiligi mavjudligi;
- bemorning holati;
- bemorning yoshi.

3.1 Antibiotikoterapiya

Davolash multidistsiplinar yondashuvni talab etadi. Antibiotikoterapiya bemorlarni davolashning eng muhim qismidir. Antibiotikoterapiya tayinlashdan oldin biologik materialni olish zarur. Aspiratsiyalangan material darhaqiqat bakteriologik tadqiqot uchun jo‘natilmoqda.

Bugungi kunda empirik antibiotikoterapiya belgilanadi (qarang G1 ilovasi). 3 avlod sefalosporinlari va metronidazol umumiy qabul qilinadi. Agar *S.aureus* mumkin patogen bo‘lsa, vankomitsin ekinning ob'ektiv ma'lumotlarni olganga qadar terapiyani to‘ldiradi. Etiologik omil bo‘lmagan bemorlarda gramm manfiy patogenlari bo‘lsa, masalan, *P. aueruginosa* tanlov preparatlari seftazidim, sefepim yoki meropendir. Vankomitsin, metronidazol va 3-4 avlod sefalosporinlarini tayinlash sabablari yuzasidan hech qanday ko‘rsatmalar yo‘q bo‘lsa, BMAlarida rezonal ravishda tayinlash mumkin. Yuqumli agentni verifikatsiyalanganidan so‘ng terapiya optimallashtiriladi

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

(G2 va G3 ilovasiga qarang)

Maxsus terapiya tayinlashdan oldin in vitro test ma'lumotlariga tayanish zarur. Immun tapchiligi bo‘lgan bemorlarda preparatlar birikmasi zarur bo‘lishi mumkin

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

3B	<p style="text-align: center;">Antibakterial preparatlar bilan monoterapiya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Og‘ir tizimli kasalliklar foizida harakatning yuqori xavfi; 2. Ko‘plab abstsesslar 3. Kichik hajmni chuqur va funktsional muhim soxalar BMAlari 4. Meningit/ventrikulit bilan birgalikda 5. Nevrologik maqomda erta ijobiy dinamika va neyrovizualizatsiya ma'lumotlari ko‘ra
-----------	--

6. 2,5 sm va undan kam bo'lsa, agar jarrohlik aralashuvi xavfi sezilarli xavf ostida bo'lsa, konservativ terapiyaga ko'rsatma.

Davolash muddati an'anaviy ravishda 6-8 hafta yuqori dozali antibakterial terapiyadan iborat bo'lib, keyinchalik 2-3 oy davomida o'ziga xos peroral antibiotiklarga o'tadi. Qobiq bilan BMA olib tashlash amalga oshirilgan bemorlarga terapiya 3-4 hafta bo'lishi mumkin. Faqatgina antibakterial preparatlar bilan terapiya uzoqroq (12 haftagacha peroral preparatlar bilan birga) bo'lishi kerak.

3B Tizimli antibakterial terapiyadan ta'sir yo'q bo'lganda antibakterial preparatlarni joriy etishning intraventrikulyar va vena ichidagi yo'llari kombinatsiyasini erta belgilash tavsiya etildi.

BMA bakterial meningit bilan uyg'unlashishi antibakterial preparatlarni joriy etishning intratekal yo'llarini belgilashi mumkin. Tizimli antibakterial terapiyadan ta'sir yo'q bo'lganda antibakterial preparatlarni joriy etishning intraventrikulyar va vena ichidagi yo'llari kombinatsiyasini erta belgilash maqsadga muvofiq.

Intraventrikulyar yuborish uchun quyidagi preparatlardan foydalanish maqsadga muvofiq: vankomitsin, aminnoglikozidlar, V polimiksini va V amfoteritsini (5-jad).

8-jadval

Intraventrikulyar joriy etish uchun tavsiya etiladigan antimikrobi preparatlarning tavsiya etiladigan dozalari [8,70].

Antimikrob dori	Sutkalik doza/mg
Amicatsin	5-50
Amfoteritsin V	0,1-0,5
Vancomitsin	5-20
Gentamisin	4-8
Polimiksin V	5

Tobramitsin	5-20
-------------	------

3B **Kortikosteroidlarni uzoq muddatda joriy etish tavsiya etilmaydi**
<https://en.wikipedia.org/wiki/Steroids>

Shishni davolashda kortikosteroidlardan foydalanish samaradorligi muammo va hal etilmagan bo‘lib qolmoqda. Mahalliy shish kasallikni oshirishga xizmat qiladi va kasallikning natijalariga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shish, mass-effekti bilan tahdid qilayotgan bemorlarda holatni barqarorlashtirishga qadar har 10 soat ichida yoki operatsion tayyorgarlik sifatida 6 mg yuqori dozali terapiya samarali bo'lishi mumkin. Bir tomonidan kortikosteroidlar vazogen shishga ta'sir ko'rsatish orqali MIB sezilarli darajada kamaytiradi. Lekin uzoq vaqt ishlatilganda kortikosteroidlar antibiotiklarning yuqumli o'choqqa penetatsiyasini buzadi. Kortikosteroid terapiyasi davriy operativ davrda katta perifokal shishni kamayishiga xizmat qiladi.

2a Tutqanoqar xavfining yuqori bo'lishi natijasida BMA bemorlarga antikonvulsantlar tayinlash tavsiya etiladi.
 B <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib60>

Terapiya tutqanoq epizodlari bo'lmagan va EEG ma'lumotlari normal bo'lgan bemorlarda kamida 6 oy davom etadi
<https://en.wikipedia.org/wiki/Papilledema#Treatment>

7. Palliativ davolash samaradorligi indikatorlari.

Palliativ davolash samaradorligi indikatorlari bemor va uning oilasining aylanishsiz kasallik sharoitida qulaylikni ta'minlash, turmush sifatini saqlash va farovonligini yaxshilash maqsadlariga erishishni baholash imkonini beradigan sonli va sifatli chora. Palliativ davolash samaradorligining ayrim asosiy indikatorlari:

1. Alomatlar nazorati:

- *Ko'rsatkich:* Og'ir, bo'g'ish, dam olish, tashvish, depressiya kabi belgilar darajasi.
- *Baholash:* Belgilarning jismonligini va/yoki kuchini kamaytirish, bemorning umumiy farovonligini yaxshilash.

1. Hayot sifati:

- *Ko'rsatkich:* Hayotdan qanaatdorlik darajasini, jismoniy va psixosotsial farovonlikni baholash.
- *Baholash* Mamnuniyat darajasini oshirish, kasallikka moslashish va ijtimoiy faollik.

1. **Funksion Holati:**

- *Ko'rsatkich:* Kundalik faoliyatlarni bajarish qobiliyati, mobildik va mustaqillik darajasi.
- *Baholash:* *Funksional holatni qo'llab-quvvatlash yoki yaxshilash*

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari, tartib-taomillari

Jarroxlik davolash maqsadlari

- mass-effektini kamaytirish;
- boshqa gipertenziyani kamaytirish;
- yallig'lanish jarayonni verifikatsiya qilish va nazorat qilish uchun iriq materialni olish.

Xirurgik davolashning ikkita asosiy turi mavjud AGM [2,9,19,24,66]:

1. Kapsula bilan ochiq olib tashlash;
2. Punksion aspiratsiya (freehand — erkin, stereotaksik, endoskopik, UZ-yo'naltirishdan foydalangan holda).

Xirurgiya usulini tanlash ko'plab omillarga bog'liq:

- mahalliyashtirish;
- hajmi
- ziyod kapsulaning mavjudligi
- bemorning holati
- operatsion uskunalari
- xirurg tajribasi

Bunday jarayonlarni davolash turlari o'rtasidagi natijalarda alohida farq yo'q.

2a Birinchi tanlash usuli sifatida punktsiya aspiratsiyasi tavsiya
B etiladi.

Punksiya aspiratsiyasi bemorlarning ko'pligini tanlash usulidir. Bu miniinvaziv tartib-taomil bo'lib, qaytadan bajarilishi mumkin.

Stereotaksik aspiratsiyaga ko'rsatuvlar AGM o'lchami va mahalliyashtirilishiga qarab:

- 3 sm dan kam va 1,5 sm dan ziyod;
- funksional muhim zona

Endoskopik aspiratsiyaning afzalliklari:

- to'g'ridan-to'g'ri nazorat
- intrakapsulyar septalarni fenestratsiya qilish imkoniyati
- aspiratsiya qilish imkoniyati o'z ichiga olib chiqish bilan ta'minlanadi.

Punksiyon aspiratsiyasining yagona kontrendikatsiyasi tuzatilmagan koagulopatiya bo'lishi mumkin

[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	BMA ni ochiq olib tashlash quyidagi hollarda tavsiya etiladi <ol style="list-style-type: none">1. Serebellar BMA lar;2. Yuzaki joylashtirilgan qalin kapsulali BMA3. Shikastlanishdan keyingi BMA (odatda begona bo'laklar, suyak bo'laklari mavjud)4. Gaz o'z ichiga olgan BMA lar5. Ko'p ko'zli BMA lar (Nokardiyaga xos) [40]6. Takroriy aspiratsiyalarning samarasizligi
---------	--

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919110004826#bib26>

3.3 Ayrim guruhdagi bemorlarni davolash taktikasi

Qo'ziqorin BMA.

Davolash taktikasi bakteriyaga o'xshaydi BMA-etiotopogenetik terapiya va jarrohlik davolash.

2b B	Amfoteritsin B va flutsitozinning kombinatsiyasi sinergik ta'sirga ega va shuning uchun qo'ziqorin BMA bilan og'rigan bemorlarga tavsiya etiladi.
---------	---

Qo'ziqorin BMAlari odatda turli xil immunitet tanqisligi holatlariga hamroh bo'ladi. Ushbu bemorlar guruhida o'lim darajasi, kombinatsiyalangan davolanishga qaramay, yuqori darajada saqlanib qolmoqda.

<https://www.elsevier.es/en-revista-neurology-perspectives-17-avance-resumen-brain-abscess-a-narrative-review-S2667049622000291#bb0160>

Immunitet tanqisligi sharoitida AGM

Immunosupressiya BMA shakllanishi uchun asosiy xavf omilidir. T-limfotsitlar va makrofaglarning kamayishi Aspergillus spp kabi turli patogenlarning ko'payishiga yordam beradi. va Nocardiaspp. Turli xil neoplastik jarayonlar, tizimli o'sma qon lezyonlari, OIV, uzoq muddatli steroid terapiyasi, organ transplantatsiyasi immunitet reaksiyasining sezilarli darajada pasayishi bilan birga keladi.

2b
B Keyinchalik mikrobiologik tashxis qo'yish va etarli antibiotik terapiyasini tayinlash uchun yiringli materialni iloji boricha erta olish tavsiya etiladi

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

Jadval-2

Jarayon yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar

Jarayon yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassis tibbiy ta'sirning muvaffaqiyati va xavfsizligida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bunday mutaxassisga qo'yiladigan talablar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Tibbiy ma'lumot: mutaxassis oliy tibbiy ma'lumotga ega bo'lishi va uning malakasini tasdiqlovchi tegishli litsenziya yoki sertifikatga ega bo'lishi kerak.
2. Maxsus tayyorgarlik: muayyan protseduralar yoki aralashuvlar uchun maxsus tayyorgarlik va tajriba talab etiladi. Mutaxassis ushbu tibbiyot sohasida tegishli ekspertizaga ega bo'lishi kerak.
3. Tajriba va amaliyot: bunday protseduralar yoki aralashuvlarni amalga oshirishda tajriba muhim rol o'ynaydi. Mutaxassisning katta tajribasi protseduraning samaradorligi va xavfsizligini oshirishi mumkin.

4. Bilimlarni yangilash: mutaxassis tibbiy bilimlarini muntazam ravishda yangilab turishi, yangi tendentsiyalar va usullarni kuzatishi va vaqti-vaqti bilan o'qitilishi kerak.
5. Axloqiy yondashuv: mutaxassis yuqori axloqiy me'yorlarga rioya qilishi va bemorlarning huquqlarini hurmat qilishi kerak.
6. Xavfsizlik: mutaxassis xavfsizlik protokollariga, shu jumladan asboblarni sterilizatsiya qilish, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish va boshqa ehtiyot choralari qat'iy rioya qilishi kerak.

Ushbu talablar bemorlar uchun tibbiy amaliyot va xavfsizlikning yuqori standartini ta'minlashga qaratilgan.

5) Diagnostika

Jarayon yoki aralashuvni amalga oshirishdan oldin, shifokor bemorning ahvolini baholash va keyingi harakatlar to'g'risida xabardor qaror qabul qilish uchun bir qator diagnostika tadbirlarini o'tkazadi. Bu erda asosiy (majburiy) va qo'shimcha diagnostika choralari ro'yxati keltirilgan:

Asosiy (majburiy) diagnostika choralari:

1. **Tibbiy ko'rik:**

- Bemorning umumiy holatini baholash, alomatlar va asosiy shikoyatlarni aniqlash.

1. **Anamnez (tibbiy va hayotiy tarixni to'plash):**

- Bemorning tibbiy tarixini, shu jumladan oldingi kasalliklar, jarrohlik aralashuvlar, allergiya va irsiyatni batafsil o'rganish.

1. **Laboratoriya tahlillari:**

- Buyrak, jigar va boshqa organlarning faoliyatini baholash uchun qon va siydikni to'liq tahlil qilish, biokimyoviy tahlil.

1. **Instrumental tadqiqotlar:**

- **Rentgenologik tadqiqotlar:** masalan, tuzilmalar va organlarni ko'rish uchun rentgen, KT, MRI.
- **Ultratovush (ultratovush):** ichki organlar, tomirlar va yumshoq to'qimalarning holatini baholash uchun ishlatiladi.
- **EKG (elektrokardiografiya):** yurak faoliyatini baholash va ritmdagi anormalliklarni aniqlash.

Qo'shimcha diagnostika choralari:

1. **Endoskopiya:**

- Endoskop yordamida organlarning ichki bo'shliqlarini tekshirish.

1. Biopsiya:

- Laboratoriya tekshiruvi uchun to'qima namunasini olish, ayniqsa o'simta shubha qilingan taqdirda.

1. Funktsional testlar:

- Masalan, nafas olish funktsiyasi testlari, organlar va tizimlarning ish faoliyatini baholash uchun stress testlari.

1. Genetik tadqiqotlar:

- Irsiy omillarni aniqlash uchun, ayniqsa oilaviy moyillik mavjud bo'lganda.

So'rov natijalarini talqin qilish:

1. Axborotni tahlil qilish:

- Shifokor klinik ko'rinish kontekstida o'tkazilgan barcha tadqiqotlar natijalarini tahlil qiladi.

1. Tashxisni shakllantirish:

- Olingan ma'lumotlarga asoslanib, shifokor yakuniy tashxisni shakllantiradi, bu keyingi chora-tadbirlar to'g'risida qaror qabul qilish uchun asos bo'ladi.

1. Davolashni rejalashtirish:

- Tashxis va barcha kerakli ma'lumotlarga ega bo'lgan shifokor davolash rejasini, shu jumladan aralashuv usuli yoki protsedurasini tanlashni ishlab chiqadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, aniq diagnostika choralari protsedura yoki aralashuv turiga, shuningdek bemorning kasallik xususiyatlariga bog'liq bo'lishi mumkin.

6) Protседura yoki aralashuvga qo'yiladigan talablar:

1. Xavfsizlik choralari:

- **Sanitariya sharoitlari:** xonaning tozaligi va sanitariya holatini ta'minlash, shu jumladan asboblar va sirtlarni sterilizatsiya qilish.
- **Shaxsiy himoya vositalari (sun'iy yo'ldosh):** xodimlar va bemorlarni himoya qilish uchun niqoblar, qo'lqoplar, tibbiy xalatlar va boshqa vositalardan majburiy foydalanish.
- **Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish:** infeksiyalarning oldini olish choralariga rioya qilish, shu jumladan muntazam dezinfeksiya va sterilizatsiya.

2. Sanitariya-epidemiya qarshi rejim:

- **Bemorlar oqimini tashkil qilish:** bemorlar o'rtasidagi aloqani minimallashtirish va infeksiyalar tarqalishining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni ishlab chiqish.
- **Samarali shamollatish va dezinfektsiya:** toza ichki havoni ta'minlash va havo va sirt bo'shliqlarini muntazam ravishda dezinfektsiya qilish.

3. Uskunaga qo'yiladigan talablar:

- **Zamonaviy uskunalar:** protsedura yoki aralashuvni amalga oshirish uchun zamonaviy va mos uskunalaridan foydalanish.
- **Monitoring va nazorat:** organ funktsiyalarini monitoring qilish tizimining mavjudligi, bemorning parametrlarini nazorat qilish uchun uskunalar.
- **Favqulodda vaziyatlar:** birinchi yordam va favqulodda vaziyatlarga javob berish uchun zarur mablag'larning mavjudligi.

4. Materiallar:

- **Sifatli materiallar:** asoratlar va infeksiyalarning oldini olish uchun shpritslar, ignalar, qo'lqoplar kabi yuqori sifatli materiallardan foydalanish.
- **Optimal foydalanish:** chiqindilarni minimallashtirish va ekologik ta'sirni kamaytirish uchun sarf materiallaridan oqilona foydalanish.

5. Dori-darmonlar:

- **Xavfsizlik bo'yicha trening:** xodimlar xavfsizlik choralari va epidemiyaga qarshi rejim bo'yicha treningdan o'tishlari kerak.
- **Malaka oshirish:** bilim va ko'nikmalarni yangilash uchun muntazam mashg'ulotlar va kadrlar tayyorlash.

6. Kadrlar tayyorlash:

- **Xavfsizlik bo'yicha trening:** xodimlar xavfsizlik choralari va epidemiyaga qarshi rejim bo'yicha treningdan o'tishlari kerak.
- **Malaka oshirish:** bilim va ko'nikmalarni yangilash uchun muntazam mashg'ulotlar va kadrlar tayyorlash.

7. Hujjatlar:

- **Tibbiy yozuvlarni yuritish:** to'liq va aniq tibbiy hujjatlarni, shu jumladan protseduralar va ishlatilgan materiallar to'g'risidagi ma'lumotlarni taqdim etish.

Yuqoridagi talablarga rioya etilishini ta'minlash xavflarni minimallashtirishga va tibbiy amaliyotning xavfsizligi va sifatining yuqori standartini ta'minlashga imkon beradi.

7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

1. Tibbiy ma'lumot tarixi:

- **Anamnez:** allergiya, surunkali kasalliklar, oldingi operatsiyalar va qabul qilingan dori-darmonlarni o'z ichiga olgan tibbiy va hayot tarixini batafsil yig'ish.
- **Laboratoriya tekshiruvlari:** organlarning holatini baholash uchun umumiy qon va siydik sinovlarini, biokimyoviy tahlillarni o'tkazish.

2. Jismoniy tekshiruv:

- **Umumiy holatni baholash:** shifokor protseduraga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan har qanday alomatlarni aniqlash uchun fizik tekshiruv o'tkazadi.
- **Hayotiy parametrlarni o'lchash:** harorat, bosim, puls, nafas olish tezligi kabi asosiy ko'rsatkichlarni aniqlash.

3. Psixologik qulaylikni tayyorlash:

- **Jarayonni tushuntirish:** xavotirni kamaytirish uchun bo'lajak protsedura, uning maqsadlari va kutilayotgan natijalar haqida ma'lumot berish.
- **Maslahat:** psixologik to'siqlarni bartaraf etish uchun savollar berish va maslahat olish imkoniyati.

4. Parhez bo'yicha tavsiyalar:

- **Ro'za:** agar kerak bo'lsa, protseduradan oldin vaqtincha ro'za tutishni buyurish.
- **Suyuqlikni cheklash:** agar suyuqlikni cheklash zarur bo'lsa, bemorga bu haqda ko'rsatma berilishi kerak.

5. Teri va to'qimalarni tayyorlash:

- **Gigiena protseduralari:** protseduradan oldin gigiena protseduralarini o'tkazish bo'yicha tavsiyalar.
- **Zargarlik buyumlari va boshqa narsalarni olib tashlash:** protseduraga xalaqit beradigan zargarlik buyumlari va boshqa narsalarni olib tashlash zarurati.

6. Dori vositalari va moddalardan saqlanish:

- **Ba'zi dori-darmonlarni qabul qilmaslik:** shifokor ba'zi dori-darmonlarni vaqtincha rad etishni yoki qo'shimcha dori-darmonlarni qo'shishni tavsiya qilishi mumkin.
- **Spirтли ichimliklar va niktindan voz kechish:** agar kerak bo'lsa, bemorga protseduradan oldin spirтли ichimliklar va niktindan voz kechish tavsiya qilinishi mumkin.

Jarayon yoki aralashuv usuli:

1. Uskunalarni tayyorlash:

- **Asboblarni tekshirish va tayyorlash:** asboblarning tozaligi va ishlashini oldindan tekshirish.
- **Dori-darmonlarni tekshirish:** kerakli dorilar mavjudligiga va ulardan foydalanishga tayyorligiga ishonch hosil qiling.

2. Anesteziyani amalga oshirish (agar kerak bo'lsa):

- **Anestezikani tayyorlash va boshqarish:** agar behushlik zarur bo'lsa, barcha xavfsizlik protokollariga rioya qilgan holda anestezikani yuborish.

3. Jarayon:

- **Protsessual rejaga aniq rioya qilish:** dastlabki rejaga muvofiq protseduraning har bir bosqichini **bajarish**.
- **Hayotiy ko'rsatkichlarni kuzatish:** jarayon davomida bemorning parametrlarini doimiy ravishda kuzatib borish.

4. Natijalarni baholash va hujjatlar:

- **Sifat va natijalarni baholash:** protsedura muvaffaqiyatini va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni baholash.
- **Tibbiy yozuvlarni yuritish:** protseduraning barcha bosqichlarini, ishlatilgan materiallar va dori-darmonlarni hujjatlashtirish.

5. Jarayondan Keyingi Tavsiyalar:

- **Bemor bilan maslahatlashish:** protsedura natijalari va keyingi tavsiyalar haqida ma'lumot berish.
- **Davomiy parvarish:** agar kerak bo'lsa, protseduradan keyingi parvarish va uchrashuvlarni taqdim eting.

Jarayonni tayyorlash va amalga oshirishning butun jarayoni axloqiy va xavfsizlik tamoyillariga rioya qilgan holda tibbiy standartlar va protokollarga muvofiq amalga oshiriladi.

Miya abtsessi operatsiyasidan keyingi asoratlar:

1. Infektsiyalar:

- Menenjit: operatsiyadan keyin infektsiya tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan miya va orqa miya membranalarining yallig'lanishi.
- Abscesslar: miya to'qimalarida yoki operatsiya joyi atrofida yiringli birikmalar hosil bo'lishi.

1. Miyaning Shishishi:

- Miya shishi: suyuqlik to'planishi tufayli miya hajmining oshishi, bu simptomlarning yomonlashishiga va bosh suyagi ichidagi bosimning oshishiga olib kelishi mumkin.

1. Nevrologik Asoratlar:

- Parez va falaj: operatsiya paytida asab tuzilmalarining shikastlanishi tufayli vosita funktsiyalarining mumkin bo'lgan buzilishi.
- Konvulsiyalar va muvofiqlashtirishning buzilishi: miyaning ayrim qismlariga ta'sir qilish natijasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nevrologik kasalliklar.

1. Qon Tomir Asoratlari:

- Tromboz va emboliya: qon pıhtılarının shakllanishi yoki qon quyqalarini tomirlarga o'tkazish, bu qon tomiriga olib kelishi mumkin.
- Qon ketishi: qo'shimcha jarrohlik aralashuvni talab qiladigan tomirlardan qon ketishi mumkin.

1. Endokrin Kasalliklar:

- Gipopituitarizm: o'simta olib tashlanganidan keyin gipofiz bezining etarli darajada ishlamasligi, bu endokrin tizimning buzilishiga olib kelishi mumkin.
- Insipidus sindromi: suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishiga olib keladigan orqa gipofiz bezining disfunktsiyasi.

1. Kognitiv va psixologik asoratlar:

- Xotirani yo'qotish va kognitiv buzilishlar: xotira va kognitiv funktsiyalarning mumkin bo'lgan buzilishi, ayniqsa frontal lob sohasidagi o'smalarni olib tashlashda.

- Psixologik muammolar: depressiya yoki tashvish kabi mumkin bo'lgan hissiy va psixologik qiyinchiliklar.

1. Nafas olish va qon aylanish tizimining asoratlari:

- Nafas olishning buzilishi: mumkin bo'lgan nafas olish muammolari, ayniqsa nafas olishni boshqaradigan tuzilmalarga ta'sir qilganda.
- Yurak asoratlari: ayniqsa, yurak xastaligi bilan og'rigan bemorlarda yurak muammolarini rivojlanish xavfi.

1. Anesteziyaga reaksiyalar:

- Allergik reaksiyalar: behushlik paytida ishlatiladigan dorilar va moddalarga mumkin bo'lgan allergik reaksiyalar.
- Nafas olish va qon aylanish muammolari: anesteziya jarayonida nafas olish va qon aylanish tizimlariga ta'sir qilish bilan bog'liq asoratlari.

1. Jarrohlik joyi bilan bog'liq asoratlari:

- Yurak asoratlari: mumkin bo'lgan yurak muammolari, ayniqsa frontal lob sohasidagi operatsiyalarda.
- Infektsion va to'qima nekrozi: infeksiya xavfi va operatsiya joyida to'qima nekrozi rivojlanishi.

1. Abssessning takrorlanishi:

- Mumkin Abssess shakllanishi: O'chirilishiga qaramasdan, abssessning qaytadan shakllanish xavfi mavjud.

Bosh miya abscessalari bilan amalga oshirilgan asoratlarda amalga oshiriladigan operatsiyalar:

1. Abssesslarni drenerlash:

- Metodika: Agar ular operatsiyadan keyin aniqlangan bo'lsa, iriq yig'ilishlarni (abssesslarni) olib tashlash uchun drenaj yaratish.

1. Bosh suyagi qutisini tekshirish va reventilyatsiya qilish:

- Metodika: Miyoni vizual baholash va reventilyatsiya qilish uchun, ayniqsa, ijtimoiy bosim yuqori bo'lgan hollarda, bosh qismini qaytadan ochish.

1. Ikkilamchi Kraniotomiya:

- Metodika: Qon quyilishi, miya shishishi yoki boshqa tomir muammolari kabi asoratlarni tuzatish uchun bosh suyagini takrorlash.

1. Qon bunyodkorlarini chiqarish:

- Metodika: Qon ketishlar yoki trombozlar natijasida yuzaga kelgan qon qismlarini chiqarish maqsadida aralashish.
1. Likvorodinamik Tartib-taomillar:
 - Usuli: Serebrospinal suyuqlik bosimi va oqimini drenaj yoki boshqa usullardan foydalanib tuzatish.
 1. Qostonlarni rekonstruktsiya qilish:
 - Metodika: Qon tamirlarini tiklash yoki rekonstruktsiya qilish uchun, ayniqsa, qon tamiri asorlashgan hollarda xirurgik aralashish.
 1. Takroriy o'smani olib tashlash uchun reoperatsiya:
 - Texnika: oldingi operatsiyadan keyin o'smaning qaytalanishi sodir bo'lgan taqdirda takroriy jarrohlik.
 1. Asab Tuzilmalarining Buzilishini Tuzatish:
 - Texnika: miyadagi asab tuzilmalarining buzilishi bilan bog'liq funksiyalarni tiklash uchun aralashuv.
 1. Endoskopik Aralashuvlar:
 - Texnika: takroriy kraniotomiyaga ehtiyoj sezmasdan asoratlarni tashxislash va davolash uchun endoskopiyadan foydalanish.
 1. Infektsiyalarni Davolash:
 - Texnika: infektsiyalangan to'qimalarni olib tashlash uchun jarrohlik, shuningdek drenaj va mikroblarga qarshi terapiyani qo'llash.
 1. Operatsiyadan Keyingi Yaralardagi Nuqsonlarni Tuzatish:
 - Texnika: operatsiyadan keyingi davrning asoratlari bilan bog'liq nuqsonlarni jarrohlik yo'li bilan tiklash yoki tuzatish.
 1. Neyromodulyatsiya:
 - Texnika: asab faoliyatini modulyatsiya qilish va nevrologik asoratlarni tuzatish uchun elektr yoki kimyoviy ta'sirlardan foydalanish.
 1. Suyak to'qimasini tiklash va tiklash:
 - Texnika: kraniotomiya natijasida kelib chiqqan suyak nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan tiklash.

8) Protsedura yoki aralashuv samaradorligi ko'rsatkichlari:

1. ****Klinik parametrlar:**
 - **Semptomlarni yaxshilash:** kasallik yoki aralashadigan holat bilan bog'liq klinik simptomlarning o'zgarishi.

- **Takroriy namoyonlarning yo'qligi:** protseduradan keyin kasallikning qaytalanishi yoki takrorlanishining yo'qligi.

1. **Funksional ko'rsatkichlar:**

- **Funksionallikni tiklash:** aralashuvdan keyin organlar va tizimlarning funksional imkoniyatlarini qaytarish yoki yaxshilash.
- **Hayot sifatini yaxshilash:** protseduradan keyin bemorning hayot sifatini yaxshilash.

1. **Laboratoriya ko'rsatkichlari:**

- **Biokimyoviy parametrlarni normallashtirish:** qonda yoki boshqa biologik suyuqliklarda biokimyoviy belgilar darajasini tiklash yoki normallashtirish.
- **Laboratoriya testlarida patologiyalarning yo'qligi:** kasallik yoki holat bilan bog'liq laboratoriya tekshiruvlarida aniqlangan patologiyalarning yo'qligi.

1. **Instrumental ko'rsatkichlar:**

- **Tasvirlardagi ijobiy o'zgarishlar:** tasvirlarda aniqlangan strukturaviy yoki funksional xususiyatlarning yaxshilanishi (rentgen, KT, MRI).
- **Volumetrik shakllanishlarning yo'qligi:** aralashishi kerak bo'lgan o'smalar, kistalar, anevrizmalar va boshqa volumetrik shakllanishlarning yo'qligi.

1. **Fiziologik parametrlarni tiklash:**

- **BODdiy qon bosimini tiklash:** qon bosimining normal ko'rsatkichlarini tiklash yoki saqlash.
- **Yurak urishi va nafas olishni normallashtirish:** yurak urishi va nafas olish tezligining normal qiymatlarini tiklash.

1. **Jarayon xavfsizligi:**

- **Asoratlarning yo'qligi:** protseduradan keyin jiddiy yoki jiddiy asoratlarning yo'qligi.
- **Organ funksiyasini saqlash:** organlar va tizimlarning funksiyalari xavfsizligi va saqlanishi.

1. **Bemorning psixologik holati:**

- **Bemorning qoniqishi:** bemorning protsedura natijalaridan qoniqish darajasini yaxshilash.
- **Psixologik noqulaylikni bartaraf etish:** protsedura bilan bog'liq psixologik noqulaylik darajasini

1. **Shifolash dinamikasi (jarrohlik aralashuvlar uchun):**

- **Yarani davolash vaqti:** jarrohlikdan keyin optimal davolanish vaqtiga rioya qilish.
- **Infektsion yo'q:** infeksiyalarning yo'qligi yoki ularni samarali davolash.

Jarayon yoki aralashuvning samaradorligini baholash ushbu ko'rsatkichlarning kompleks tahlili asosida amalga oshiriladi, bu sizga tibbiy ta'sirning muvaffaqiyatini aniqlash va kerak bo'lganda terapevtik rejani sozlash imkonini beradi.