

**X.T.Miraxmedova, X.X.Xamrayev,  
Sh.X.Ziyadullayev, I.I.Sultonov**

# **REVMATIK KASALLIKLAR**

**O'QUV QO'LLANMA**



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**X.T.Miraxmedova, X.X.Xamrayev,  
Sh.X.Ziyadullayev, I.I.Sultonov**

# **REVMATIK KASALLIKLAR**

*o‘quv qo‘liana*

«Adast-poligraf»  
Toshkent – 2022

UO·K 616-002.77(075)

KBK 55.5ya7

M-25

**Revmatik kasalliklar [o'quv qo'llanma]:** Xilola Miraxmedova va boshq.; taqrizchilar: M.Rustamova, M.Aliaxunova, M.Zaxidova, G.Shodiqulova. – Toshkent: «Adast-poligraf» nashriyoti, 2022. – 304 b.

**Taqrizchilar:**

M.T.Rustamova,

*TTA 2-son ichki kasalliklar kafedrası professori,  
tibbiyot fanlari doktori*

M.Yu.Aliaxunova,

*Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va  
tibbiy rehabilitasiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi bo'lim mudiri professor,  
tibbiyot fanlari doktori*

M.Z.Zaxidova,

*ToshVMOI UASH tayyorlash kafedrası mudiri,  
professor, tibbiyot fanlari doktori*

G.Z.Shodiqulova,

*SamDTU 3-ichki kasalliklar kafedrası professori,  
tibbiyot fanlari doktori*

O'quv qo'llanmada keng uchraydigan va asosiy revmatologik kasalliklarning tarqalishi, etiologiyasi, patogenezi, zamonaviy tashxis mezonlari, klinikasi, qiyosiy tashxis va isbotlangan tibbiyotga asoslangan davosi, profilaktikasi keltirilgan. Talabalarni yuqori malakali mutaxassis qilib tayyorlash uchun ular zamonaviy bilimlarga ega bo'lishilari kerak. Hozirgi zamonda davolash va profilaktika usullari xalqaro standartlar va isbotlangan tibbiyotga asoslangan.

O'quv qo'llanma terapiya (ichki kasalliklar) mutaxassisligi bo'yicha (5A510103) magistr va klinik ordinatorlar hamda (5510010) davolash ishi, (5111000) kasb ta'limi, (500000) sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot, (510000) sog'liqni saqlash yo'nalishi talabalari uchun tavsiya etiladi.

*O'quv qo'llanma Samarqand Davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashi-ning 2022-yil 2-noyabrdagi №3-sonli Majlis bayoni bilan nashrga tavsiya etildi.*

ISBN 978-9943-8997-2-8

© «Adast-poligraf» nashriyoti, 2022  
© X.T.Miraxmedova va boshq., 2022

## QISQARTMALAR RO'YXATI

ADA – adalimumab  
ALT – alaninaminotransferaza  
AST – aspartataminotransferaza  
ASSP – siklik sitrullinirlangan oqsillarga antitelolar  
dsANA – nativ ikki spiralli DNKga antitelolar  
ANF – antinuklear faktor  
anti-Sm – Smit antigeniga antitelolar  
ANSA- antineyetrofil sitoplazmatik antitela  
AFS – antifosfolipid sindrom  
ACR – American College of Rheumatology  
BYAQV – bazis yallig'lanishga qarshi preparatlar  
BLM - Belimumab  
BN – bo'richa nefriti  
VIIG – vena ichiga immunoglobulin  
BILAG – British Isles Lupus Assessment Group index,  
spesifik indeks  
VASH – vizual-analog shkala  
GX - gidroksixloroxin  
SLEDAI2K – aktivlik indeksi TQYu  
GIBV – gen-injener biologik preparatlar  
GK – glyukokortikoidlar  
GX – gidroksixloroxin  
DJT – davolovchi jismoniy tarbiya  
DFAB-distal falangalararo bo'g'im  
EULAR – Yevropa revmatizmga qarshi ligasi  
IPL -interstisial o'pka jarohati  
INF – infliksimab  
IgG – immunoglobulin G  
IgM – immunoglobulin M

- IgA – immunoglobulin A
- IFA-immunorferment analiz
- IYAM- idiopatik yallig'lanishli miopatiyalar
- KFB – kaft-falangalar bo'g'imi
- LF – leflunomid
- 6-MP – metilprednizolon
- IL – interleykin
- MRT – magnit-rezonans tomografiya
- MUN- monourat natriy
- MT - metotreksat
- MFM - mikofenolat mofetil
- MNT – markaziy nerv tizimi
- NDA - differensiyalashmagan artrit
- NYAQV – nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar
- NR – nojo'ya reaksiya
- OA-Osteoartrit
- OITV – odam immunitet tanqisligi virusi
- Ps-psoriaz
- PsA-psoriatik artrit
- PFOB – proksimal falangalararo bo'g'im
- PIFB – plyusnofalang bo'g'imi
- PFB - pyastnofalang bo'g'im
- RA – revmatoid artrit
- ReA-reaktiv artrit
- RTM– rituksimab
- RO – revmatoid omil
- SRO – S-reaktiv oqsil
- SSZ - sulfasalazin
- S3, S4 –komplement fraksiyasi
- SELENA-SLEDAI– validirlangan faollik indeksi,
- IP SLICC –jaroxatlanish indeksi SLICC

## Qisqartmalar ro'yxati

---

ISN\RPS – Butunjahon nefrologlar assosiasiyasi  
TQB – tizimli qizil bo'richa  
TSD- tizimli sklerodermiya  
TV - tizimli vaskulit  
TMI-tana vazni indeksi  
TSZ– tosilizumab  
tsBYAQV – target sintetik BYAQV  
UQT-umumiy qon taxlili  
UPT-umumiy peshob taxlili  
UTT – ultratovush tekshiruv  
FNO - $\alpha$  –o'simta nekrozi omili  
FS-funksional sinf  
XS – hayot sifati  
ECHT - eritrositlar cho'kish tezligi  
EGDS - ezofagogastroduodenoskopiya  
ET - ergoterapiya  
ExoKS-exokardiografiya  
EYeG-elektroyensefalografiya  
YUIK – yurak ishemik kasalligi  
O'IZ - o'pkaning interstisial zararlanishi  
ACR – Amerika revmatologlar kollegiyasi  
CDAI - Clinical Disease Activity Index  
DAS - Disease Activity Index  
EULAR - European League Against Rheumatism,  
HAQ - Health Assessment Questionnaire  
NICYe - National Institute for Health and Care Excellence  
SDAI - Simplified Disease Activity Index

## FOYDALANILGAN QISQARTMALAR RO'YXATI

AG	arterial gipertenziya
ABS	abatasept
ADA	adalimumab
AZA	azatioprin
ALT	alaninaminotransferaza
ANA. ANA	antinuklear antitela
AST	aspartataminotransferaza
AS	ankilozlovchi spondilit
ASS	antisintetaz sindrom
ASSP	siklik sitrulin peptidiga antitanalar
BLM	belimumab
BMK	koptokchalar bazal membranasi
BN	bo'richali nefrit
BS'HUB	bemorlar sog'ligi holatining umumiy bahosi
BTTK	biriktiruvchi to'qimaning tizimli kasalliklari
BYAQV	bazis yallig'lanishga qarshi vositalar
VASH	vizual-analog shkala
VIIG	vena ichiga immunoglobulin
GIBP	gen-injener biologik preparatlar
GX	gidroksixloroxin
GK. GKS	glyukokortikoidlar
GPA	ganulematoz poliangiit
GXA	gigant xo'jayrali arteriit
DM	dermatomiozit
DJT	davolovchi jismoniy tarbiya
DFAB	distal falangalararo bo'g'imlar
JPZL	iuda past zichlikka ega lipoprotein
IL	interleykin
IFA	immunoferment analiz
I-EMG	ignali elektromiografiya

Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati

IgG	immunoglobulin G
IYAM	idiopatik yallig'lanish miopatiyalari
INF	infliksimab
IYAK	Ichak yallig'lanish kasalliklari (Kron. NYAK)
KT	kompyuter tomografiya
KXT-10	kasalliklar xalqaro tasnifi 10
KFK	kreatinfosfokinaza
LF	leflunomid
MP	metilprednizolon
MRT	magnit-rezonans tomografiya
MAT	markaziy asab tizimi
MUN	monourat natriya
MT	metotreksat
MFM	mikofenolat mofetil
NGU	gonokoksiz uretrit
NDA	differensilanmagan artrit
nr-aksSpA-	norentgenologik aksSpA
NMR, NT	nojo'ya medikamentoz reaksiya
NYAQV	nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar
OA	osteoartroz
OBS	og'riqli bo'g'imlar soni
OIT	oshqozon-ichak trakti
OIV	odam immuntanqislik virusi
OP	osteoporoz
PZLP	past zichlikka ega lipoprotein
PM	polimiozit
PsA	psoriatik artrit
Ps	psoriaz
PFAB	proksimal falangalararo bo'g'imlar
PFB	pyastno-falang bo'g'imi
PIFB	plyusnofalang bo'g'imi
RA	revmatoid artrit
ReA	reaktiv artrit



Revmatik kasalliklar

RKI	randomizirlangan nazoratli tadqiqotlar
RO	revmatoid omil
RP	revmatik polimialgiya
RNT	randomizirlangan nazorat tadqiqotlari
RRSH	raqamli reyting shkalasi
RTM	rituksimab
SBK	surunkali buyrak kasalligi
SEK	sekukinumab
SI	sakroiliyet
SKF	koptokchalar filtrasiya tezligi
SpA	spondiloartritlar
SRO	S-reaktiv oqsil
S3, S4	komplement fraksiyasi
TG	trigliseridlar
TMI	tana massa indeksi
TSD	tizimli sklerodermiya
TSZ	tosilizumab
TQB	tizimli qizil bo'richa
UASH	umumiy amaliyot shifokori
UTT	ultratovush tekshiruvi
UST	urat miqdorini kamaytiruvchi terapiya
O'AG	o'pka arterial gipertenziyasi
O'IZ	o'pkaning interstisial zararlanishi
Bmqao'b	bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi
UQT	umumiy qon taxlili
UPT	umumiy peshob taxlili
FNO- $\alpha$	FNO $\alpha$ ingibitorlari, o'sma nekroz omili
FS	funsional sinf
FDE, PDE4	fosfodiyesteraza
SsA	siklosporin
SF	siklofosfan
SOG-1	siklooksigenaza-1 ingibitori
SOG-2	siklooksigenaza 2 ingibitori

Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati

SHBS	shishgan bo'g'imlar soni
EFGDS	ezofagogastroduodenoskopiya
EKG	elektrokardiografiya
ExoKG	exokardiografiya
ET	ergoterapiya
ETS	etanersept
ECHT	eritrositlar cho'kish tezligi
EYeG	elektroyensefalogramma
YUDM	yuvenil dermatomiozit
YUZLP	yuqori zichlikka ega lipoprotein
YUQT	yurak qon tomir tizimi
ACR	Amerika revmatologlar kollegiyasi
ASAS	Assessment of SpondyloArthritis International Society) - spondiloartritlarni o'rganish bo'yicha xalqaro jamiyat
ASDAS	(AS Disease Activity Score) -AS faollik indeksi
AUSCAN	kaft bo'g'imlari OA ni baholash uchun funksional indeks (Australian / Sanadian Hand Osteoarthritis).
BILAG	British Isles Lupus Assessment Group index, spesifik indeks
BASDAI	(Bath AS Disease Activity Index) -AS faollik indeksi
BSA	psoriatik teri jaroxatlanish maydoni BSA
DAS	Disease Activity Index
DLCO	O'pkaning diffuz xususiyati
dsANA	nativ ikki spiralli DNKga antitelolar
EULAR	Yevropa revmatizmga qarshi ligasi
CDAI	Clinical Disease Activity Index
IPSLICC	TQB butunjahon hamjamiyati tomonidan yaratilgan zararlanish indeksi
ISN\RPS	Butunjahon nefrologlar assosiasivasining
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes

Revmatik kasalliklar

ESCYeO	Osteoporoz va osteoartritning klinik va iqtisodiy jihatlari bo'yicha Yevropa jamiyati
SDAI	Simplified Disease Activity Index
SCORE	an'anaviy shkala bo'yicha qon-tomir xavfining ta-baqalanishi
SELENA-SLEDAI	validirlangan faollik indeksi, modifisirlangan SELENA
SLEDAI2K	TQB faollik indeksi
EULAR	Yevropa antirevmatik ligasi
HLA-B27	odam leykositlar antigeni B27
KOOS	tizza bo'g'imi osteoartrozini baxolash indeksi
PASI	psoriazning tarqalganlik va og'irlik indeksi
HAQ	Health Assessment Questionnaire
NIH	milliy sog'lik instituti
WOMAC	tizza va / yoki chanoq-son bo'g'imi OA ni baholash uchun funksional indeks

*Mazkur kitob o'zbek tibbiyotida revmatologiya ilmiy maktabiga asos solgan atoqli olim revmatolog O'z.R. xizmat ko'rsatgan shifokor, t.f.d., professor Soliyev Tuxtasin Soliyevichning yorqin xotiralariga bag'ishlanadi.*

## KIRISH

Revmatologik kasalliklar o'zining murakkabligi, rivojlanish sababi to'liq o'rganilmaganligi, organizmning barcha a'zo va to'qimalarida o'ziga xos o'zgarishlar keltirib chiqarishi, davolash murakkabligi bilan boshqa kasalliklar orasida o'ziga xos va dolzarb o'ringa ega. Revmatologik kasalliklar orasida revmatoid artrit va osteoartroz kasalliklari bugungi kunda keng tarqalgan, insonni xayot sifatini pasayishiga olib keladigan – tibbiy, mehnatga layoqatini chegarlaydigan va nogironlikka olib keladigan – ijtimoiy, uzoq yillar davomida muntazam davolanishni talab etuvchi – iqtisodiy ahamiyatga ega bo'lgan kasalliklar hisoblanadi. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra vaqtinchalik mehnatga layoqasizlik holatlarining 1/3 tasi va nogironlik holatlarining 1/10 tasi revmatik kasalliklari oqibatidir. Ma'lumki, keyingi yillarda osteoartroz, autoimmun revmatik kasalliklarga bo'lgan e'tibor kuchayib bormoqda. Bu esa shu guruhga mansub revmatoid artrit, tizimli qizil bo'richa, tizimli sklerodermiya, psoriatik artrit, tizimli vaskulitlar va shu kabi kasalliklarning ko'payib borishiga moyilik emas, ularni davolashga yondoshishlarning ham zamonaviy farmasiya yutuqlari asosida o'zgarib borishidir. Ayni paytda revmatik kasalliklarni erta tashxislash va adekvat samarali davolash o'ta dolzarb bo'lib qolmoqda.

## OSTEOARTROZ

Osteoartroz – biologik, morfologik klinik koʻrinishlari va natijalari oʻxshash boʻlgan turli xil etiologiyali geterogen kasallik boʻlib, uning asosida boʻgʻimning barcha tarkibiy qismlari birinchi navbatda togʻay, subxondral suyak, sinovial membrana, boylamlar, kapsulalar, periartikulyar mushaklarning jaroxatlanishi yotadi. OA makro- va mikrojaroxat natijasida hujayrali stress, hujayradan tashqari matriksning degrodasiyasi bilan xarakterlanuvchi, anomal adaptiv javob reaksiyasi, shu jumladan yalligʻlanishga qarshi immunitet mexanizmlari faollashuvi sababli yuzaga keladi.

Osteoartroz boʻgʻim kasalliklarining eng keng tarqalgan shakli boʻlib, dunyo boʻylab taxminan 302 million kishi, aholining 10 foizidan koʻprogʻi kasallangan. OA asosan yoshga bogʻliq kasallik xisoblanib, populyasiyaning qarishi va semirishning koʻpayishi tufayli ortib bormoqda. OA etiologiyasi va patogenezida koʻp omillar ishtirok etuvchi koʻp qirrali kasallikdir. Bular tizimli (jinsi, irqi, gormonal holati, oilaviy tarixi, suyak mineral zichligi), genetik, mahalliy (shikastlanishlar, mushaklar kuchsizligi, boʻgʻim oʻqining buzilishi, mushak-skelet tizimining rivojlanishidagi anomaliyalar, xususan, gipermobilik, boʻgʻim displaziyasi) va tashqi (semirish, oʻziga xos sport jarohatlari, professional) omillardir.

**OA rivojlanishiga bog'liq xavf omillar**

Omillar	Tavsif
Tizimli	Yoshi
	Ayol jinsi
	Millati
	Gormonal status
	Genetik omillar
	Oilaviy moyillik
	Suyak mineral zichligi
	D vitamini
Mahalliy	Oldin o'tkazgan bo'g'im jarohati
	Mushaklar xolsizligi
	Bo'g'imning noto'g'ri o'qi
	Gipermobillik
Tashqi	Yuqori tana vazni, semizlik
	Bo'g'imga ortiqcha yuklama
	Jismoniy fizik zo'riqish
	Kasbiy yuklamalar
	Bo'g'im jarohati

**OA ning klinik tasnifi:**

**Patogenetik variantlari:**

**Birlamchi (idiopatik) OA**

**Ikkilamchi OA (bir qancha sabablar tufayli yuzaga keldi):**

1) metabolik va endokrin kasalliklar: akromegaliya, giperparatireoz, qandli diabet oxronoz, gemaxromatoz, Vilson-Konovlov, Goshe kasalligi, kristall-assosirlangan kasalliklar (podagra, pirofosfatli artropatiya, gidroksiapatit artropatiya) va b.

2) tug'ma, orttirilgan, endemik kasalliklar: Pedjet kasalligi, gemofiliyalar, bo'g'imlar gipermobiligi sindromi, sonning tug'ma chiqishi, epifizar displaziya va mushak-skelet tizimining boshqa displaziyalari, bo'g'imlar mexanikasining buzilishi,

oyoqlar uzunligining teng bo'lmashligi, varus/valgus deformatsiyalari, skolioz.

3) shikastlanishdan keyingi: bo'g'im shikastlanishlari, yoriqlar yoki osteonekroz, bo'g'imdagi jarrohlik amaliyoti (meniskektomiya) va b.

4) suyaklar va bo'g'implarning boshqa kasalliklari (revmatoid artrit, infesion artrit, spondilit va boshqalar).

**Klinik formalar:** poliartroz; oligoartroz; monoartroz; OA-ning umurtqa pog'onasi spondiloartrozi bilan birga kelishi.

**Asosiy joylashuvi:** qo'l panja bo'g'implararo falangalar (Geberden, Bushar tugunchalari); tizza bo'g'implari (gonartroz); chanoq son bo'g'imi (koksartroz); boshqa bo'g'implar (oyoq panja bo'g'implari; umurtqa pog'onasi va b.)

**Rentgenologik bosqich (Kellgren va Lourens bo'yicha, 1957):**

0 – o'zgarishlar yo'q

I – shubhali rentgenologik belgilar.

II – minimal o'zgarishlar (bo'g'im tirqishining bir oz torayishi, yakka osteofitlar).

III – o'rtacha o'zgarishlar (bo'g'im tirqishining o'rtacha torayishi, ko'plab osteofitlar).

IV – yaqqol o'zgarishlar (bo'g'im tirqishi deyarli ko'rinmaydi, dag'al osteofitlar)

**Sinovit:** mavjud; mavjud emas.

**Funksional sinf (FS):**

I sinf - o'z-o'ziga xizmat qilish imkoniyatlari to'liq saqlangan holda kasbiy va nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish.

II sinf - o'z-o'ziga xizmat qilish imkoniyatlari to'liq saqlangan holda nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish, kasbiy faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklangan.

III sinf - o'z-o'ziga xizmat qilish imkoniyatlari to'liq saqlan-

gan holda kasbiy va nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklangan.

IV sinf – o'z-o'ziga xizmat qilish, kasbiy va nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklangan.

*O'z-o'ziga xizmat qilish: kiyinish, ovqatlanish, o'zini parvarishlash va h.*

*Nokasbiy faoliyat: dam olish elementlari, bo'sh vaqtdan foydalanish, jinsi va yoshini hisobga olgan holda sport bilan shug'ullanish va b.*

*Kasbiy faoliyat: ish, o'qish, jinsi va yoshini hisobga olgan holda uy ishlari bilan shug'ullanish (uy xizmatchilari uchun).*

### **Kasallik tekshiruv usullari**

#### **Anamnez va fizikal tekshiruvlar**

OAda bo'g'im sindromning quyidagi xususiyatlarini hisobga olish tavsiya etiladi: oldingi oyda ko'p kunlar davom etgan mexanik og'riq, ertalabki paydo bo'luvchi start xarakterdagi og'riq, qisqa karaxtlik 30 min kam, harakat paytida bo'g'imlar krepitاسiyasi, bo'g'imda harakat xajmini cheklanishi, ekssudat yoki sinovial membrananing qalinlashishi tufayli bo'g'imning shishi, bo'g'im barqarorligi buzilishi, tungi og'riq (kechki bosqichida), atrofdagi mushaklar atrofiyasi.



**OA klinik ko'rinishlari**

Joylashuvi	Shikoyatlar va anamnez	Fizikal tekshiruv
Tizza bo'g'imi	Harakatda, yurganda og'riqlar kuchayishi, dam olganda og'riqlar kamayishi, "start" xarakterdagi og'riqlar, qisqa karaxtlik, bo'g'im funksional xolatini chegaralanishi, tungi og'riq (vaqqol OA).	Harakat chegaralanishi, krepitasiya, periartikulyar to'qimalar shishi, varus va valgus deformatsiya barqarorlik buzilishi, patella sohasida palpasiyada og'riq.
Chanoq son bo'g'imi	Og'riqning yurganda kuchayishi (ko'p hollarda qin sohasiga, dumba sohasiga irradiyasiyasi, yoki tizza, boldir, son oldingi yuzasiga tarqalishi). Og'riqning kechasiga kuchayishi, dam olgandan so'ng og'riq kamayishi, qisqa davom etuvchi	Ichki rotasiyada ( $<15^{\circ}$ ) va bukkanda ( $>115^{\circ}$ ) harakat cheklanishi, ichki rotasiyada og'riq bo'lishi, paypaslaganda qin sohasi femoral arteriyadan lateral qismda, bukilganda va/yoki
	ertalabki karaxtlik, chanoq son bo'g'imida xarakatning chegaralanishi.	tashqi rotasiyada og'riq, oyoq kaltalanishi.
Qo'l panja bo'g'imlari	Harakat paytida og'riq, kunning istalgan vaqtida bir yoki bir nechta bo'g'imlarda yengil karaxtlik, intermittirlovchi kechishi, DFOB, 2-3 proksimal, 1 PFBda uchras-hi.	Geberden va Bushar tugunlari yoki deformatsiyali suyak o'sishi, DFOB, 2-3 PFOB, qo'l 1 barmoq asosi deformatsiyali/siz.

**Laborator tekshiruvlar.** OA ga xos bo'lgan laborator o'zgarishlar yo'q. Davolashni boshlashdan oldin va dori terapiyasiga

qarshi ko'rsatmani aniqlash maqsadida: UQT, UPT, biokimyoviy qon taxlili (kreatinin, glyukoza, umumiy bilirubin, transaminaza, trigliseridlar, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar, past zichlikdagi lipoproteidlar).

Laborator tekshiruvlar boshqa bo'g'im yallig'lanish kasalliklarini (pirofosfat artropatiya, RA, PsA, podagra) tasdiqlash yoki qiyosiy tashxis maqsadida o'tkaziladi. UQTda yallig'lanishga xos o'zgarishlar kuzatilmaydi, RO, ASSP, qon zardobida siydik kislotasi konsentrasiyasi - odatda normada. Sinovial suyuqlikni tekshirish faqat sinovit bo'lgan xollarda qiyosiy tashxis qilish maqsadida (infesion artrit, pirofosfat artrit, podagra) o'tkaziladi. OAda sinovial suyuqlik yallig'lanmagan tabiati bilan ajralib turadi (steril, shaffof yoki ozgina xira, yopishqoq, leykositlar 2000 mmdan kam), sinovial suyuqlikda kristallar aniqlanishi OA uchun xos emas.

### **Instrumental tekshiruv.**

Rentgenografiya jarohatlangan bo'g'imlar;

Sinovitni tashxislash uchun bo'g'im UTT;

Tizza bo'g'imi MRT qiyosiy tashxis maqsadida.

**Rentgenografiya tekshiruvi** OAda eng ishonchli diagnostika usuli bo'lib, bo'g'im tirqishining torayishi, chekka osteofitlar, subxondral skleroz, subxondral kistalarni aniqlaydi. Rentgenografiya tizza bo'g'imi OAni tashxislash uchun "oltin standart" xisoblanadi. OAg shubxa bo'lganda tizza bo'g'imi rentgenografiyasi - turgan holda oldi orqa va yon proyeksiyalarda, patellofemoral bo'g'imni tekshirish uchun yon proyeksiyada tizzani bukkan holda o'tkaziladi. Agar chanoq son bo'g'imining OA shubha tug'ilsa, tos suyaklari ikkala chanoq son bo'g'imlarini qamrab olgan xolda tasvirga olinadi. Qo'l panjasi bo'g'imlari - bitta plyonkada to'g'ri proyeksiyada ikkala qo'l panja umumiy rentgenografiyasi o'tkaziladi.

**UTT** tizza va chanoq son bo'g'imida sinovitni aniqlash uchun, menisklar, tog'ay, bog'lamalar, mushaklar shikastlanishi (tizza bo'g'imlari uchun), Beyker kistasining mavjudligini /yorilishiga shubha bo'lsa, GKS chanoq son bo'g'imi ichiga yuborish maqsadida o'tkaziladi.

**MRT** ichki va periatrtikulyar boylamlar, subxondral suyakdagi o'zgarishlarni aniqlash (osteonekrozga shubha bo'lsa) maqsadida o'tkaziladi.

### **TASHXIS MEZONLARI**

OA tashxisi Amerika revmatologiya kollegiyasi (ACR) tasniflash mezonlari (Altman va mual., 1991) asosida qo'yiladi va jarayonning joylashuviga qarab, klinik simptomlar, rentgenologik va laborator belgilarni baholashga asoslangan.

#### **OA klassifikasion mezoni (ACR)**

<b>Klinik mezonlar</b>	<b>Klinik, laborator va rentgenologik mezonlar</b>
<b>Chanoq -son bo'g'imi</b>	
1.Og'riq	1.Og'riq
va 1. Og'riq	va 1. Og'riq
va quyidagi uchta mezondan kamida ikkitasi	va quyidagi uchta mezondan kamida ikkitasi
2a. Ichki rotasiya $<15^\circ$ 2a. ECHT $<20$ mm/s	2a. Ichki rotasiya $<15^\circ$ 2a. ECHT $<20$ mm/s
2b. ECHT $<15$ mm/s (yoki chanoq son bo'g'imi bukilishi $>115^\circ$ ) yoki 2b. Osteofitlar	2b. ECHT $<15$ mm/s (yoki chanoq son bo'g'imi bukilishi $>115^\circ$ ) yoki 2b. Osteofitlar
3a. Ichki rotasiya $<15^\circ$ 2v. Bo'g'im tirqishining torayishi	3a. Ichki rotasiya $<15^\circ$ 2v. Bo'g'im tirqishining torayishi
3b. Ertalabki karaxtlik $<60$ min	3b. Ertalabki karaxtlik $<60$ min

## Osteoartroz

3v. Yosh >50 let	3v. Yosh >50 let
3g. Ichki rotasiyada og'riq	3g. Ichki rotasiyada og'riq
Sezgirlik — 86%	Sezgirlik — 89%
1. Xoslik — 75%	1. Xoslik — 75%
Xoslik — 91%	Xoslik — 91%
Tizza bo'g'imlari	2. Tizza bo'g'imlari
1. Og'riq va 1. Og'riq va	1. Og'riq va 1. Og'riq va
2a. Krepitasiya 2. Osteofitlar yoki	2a. Krepitasiya 2. Osteofitlar yoki
2b. Ertalabki karaxtlik <30 min Za. Sinovial suyuqlik, osteoartritga xos (yoki yoshi ≥ 40 yosh)	2b. Ertalabki karaxtlik <30 min Za. Sinovial suyuqlik, osteoartritga xos (yoki yoshi ≥ 40 yosh)
2v. Yoshi >38 let	2v. Yoshi >38 let
ili	ili
Za. Krepitasiya 36. Ertalabki karaxtlik <30 min	Za. Krepitasiya 36. Ertalabki karaxtlik <30 min
36. Ertalabki karaxtlik ≤ 30 min Zv. Krepitasiya	36. Ertalabki karaxtlik ≤ 30 min Zv. Krepitasiya
Zv. Suyak o'sishi yoki	Zv. Suyak o'sishi yoki
4a. Krepitasiya aniqlanmaydi	4a. Krepitasiya aniqlanmaydi
46. Suyak o'sishi	
Sezgirlik — 89%	Sezgirlik — 94%
Xoslik — 88%	Xoslik — 88%
Qo'l panja bo'g'imlari	
1. Davom etuvchi og'riq yoki karaxtlik	
2. Ikkita va undan ortiq bo'g'implarda suyak o'sishi, quyidagi 10 ta baxolanadigan bo'g'implarda (2- i 3- distal falangalararo bo'g'im; 2- va 3-proksimal falangalararo bo'g'implar; 1- kaft-falang bo'g'im ikkala qo'l panjasida)	
3. Ikkitadan kam bo'lgan kaft-falang bo'g'implar shishi	
4a. Suyak o'sishi, 2ra va undan ortiq distal falangalararo bo'g'implar (2- va 3-distal falangalararo bo'g'implar ikkala mezonda inobatga olinishi mumkin: 2 va 4a)	

Tasnif mezonlarini hisobga olgan holda, to'g'ri tashxis qo'yish odatda qiyinchiliklarga olib kelmaydi. Shunga qaramay, har bir klinik holatni OA ning ikkilamchi kelib chiqishi ehtimoli nuqtai nazaridan tahlil qilish tavsiya etiladi.

### **Tashxisni shakllantirish.**

OA gonartroz, R III bosqich, FS III.

OA poliartroz, tizza, chanoq son bo'g'imi, qo'l panja falan-galararo bo'g'im jaroxati bilan (Geberden tugunlari), R II bosqi-ch, FS II.

OA o'ng tizza bo'g'imi gonartrozi, R II bosqich, reaktiv si-novit, FS I

OA poliartroz, R III bosqich, chap tizza bo'g'imi reaktiv si-noviti, FS II

### **Qiyosiy tashxislash**

Tashxislar	Tekshiruvlar	Tashxislash mezonlari
Revmato-id artrit	RO, SRO, ASSP, qo'l va oyoq panjalari rentgenografiyasi, MRT, bo'g'implar UTT.	bir soatdan ortiq bo'lgan ertalabki karaxtlik, kaftfalang, PFOB, bilak kaft, kaftning karpal bo'g'implari, oyoq panjalari mayda bo'g'implari-ning zararlanishi.
Reaktiv artrit	UQT, UPT. xlamidiya infeksiyasini aniqlash uchun uretra yoki ser-vikal kanaldan surtma olish, IFA, PZR teks-hiruvi, sinovial.suyuq-likni tekshirish, kopro-kultura, tos suyaklari R-grafiyasi.	Yoshlarda uchrashi, peshob ajratish tizimi va ichak infeksiyalari bilan bog'liqligi, o'tkir boshlanishi, tez rivojlanishi va kechishi, sinovit, isitma. Konyunktivit. Sakroiliit. Etiotrop davoning samaradorligi.

## Osteoartroz

Podagra	UKT, UPT, kreatinin.qonda peshob kislotasining miqdori, oyok panjalari R-grafiyasi, bo'g'imlar UTT, sinovial suyuqlik tahlili. Buyrak UTT.	Og'riqlarni o'tkir va xurujsimon boshlanishi, mahalliy faollik, oyoq panjasining I-bosh PLFB zararlanishi. R-grafiyada "proboynik" simptomining xosligi. Sinovial suyuqliklarda yoki tofuslarda natriy monourat kristallarining mavjudligi.
Pirofosfat kalsiy kristallarining to'planish kasalligi	Sinovial suyuqlik tekshiruvi, bo'g'imlar UTT, rentgenografiya.	65 yoshdan katta, tizza, son, tirsak, yelka, bilak-kaft, PFB o'tkir artriti. Rentgen, UTT, sinovial suyuqlikda, to'qimalar gistologik tekshiruvda pirofosfat kalsiy kristallarining aniqlanishi.
Psoriatik artropatiyalar	UQT, S-reaktiv oqsil, RF, tos-son, qo'l va oyoq panja bo'g'imlari rentgenografiyasi, dermatolog ko'rigi.	Pastki harakat bo'g'imlarining asimmetrik shikastlanishi, Ps toshmalar, tirnoqlar Ps, oila a'zolari va anamnezida Ps aniqlanganligi, DFOB jarohati, daktilit, entezit, spondilit, sakroiliit, qo'l-oyoq panja R-grafiyasida o'zgarishlar.

### DAVOSI

OAning davosi bemorga individual yondoshgan holda, bemorning xoxish va istaklariga, OAning joylashuvi, xavf omillari (yoshi, jinsi, yondosh patologiyasi, semizlik va mexanik omillar), yallig'lanish belgilarining borligi, og'riq intensivligi, kundalik faoliyatlarning chegaralanganligi inobatga olinib, xayot sifatiga mos xolatda olib borilishi lozim.

#### **Nomedikamentoz davosi**

Bemorlarni o'rgatish. Bemorlarni o'rgatish bemorning xususiyatlariga mos ravishda tuzilgan bo'lib, unda kasallik haqida

ma'lumot, turmush tarzini o'zgartirish xaqida tavsiyalar, vazn yo'qotish va jismoniy mashqlar zarurligi to'g'risida maslahatlar mavjud. Ergonomik usullar (mehnat terapiya) va yordamchi ko'nikma vositalaridan foydalanishga o'rgatish. O'rgatuvchi dasturda o'z-o'zini nazorat qilish va samaradorligini baxolash doimiy ravishda tashkil etilishi lozim. Ushbu dasturda soxalararo guruxli yondoshuvdan foydalaniladi. Mashg'ulotlarda bemorlarga kasalligi, dorilarning ta'siri va ularning nojo'ya oqibatleri hamda jismoniy tarbiyaning ahamiyati haqida tushuntiriladi.

Davo usuli bemor va mutaxassis o'rtasidagi o'zaro qarorga asoslanib tanlanishi kerak.

Tana vaznini kamaytirish. Ortiqcha tana vazni yoki semizlikdan aziyat chekuvchi tizza va/yoki chanoq-son bo'g'imi OAi bor bemorlarga tana vaznini normallashtirish tavsiya qilinadi. Ortiqcha tana vazniga (TMI 25 kg/m<sup>2</sup>dan ko'p) ega bemorlarga 6 oy ichida 5% yoki 1 yil davomida 10%dan kam bo'lmagan vazndan xalos bo'lish tavsiya qilinadi. OAi bemorlarga tavsiya qilinadi: doimiy o'z ustidan nazorat, oylik tana vaznini yozib borish, iste'mol qilinadigan tuz va yog' miqdorini cheklash, sutkada besh martadan kam bo'lmagan meva va sabzavotlarni iste'mol qilish, kuniga 30 daqiqadan kam bo'lmagan jismoniy faollik. Erishilgan natijalar bemorlar bilan muxokama qilinadi.

Jismoniy mashqlar. Barcha OAi bemorlarga davolanish rejasining asosiy markaziy qismi sifatida, mushaklar kuchi va ularning funksiyasini oshirish, xamda og'rikni kamaytirish maqsadida mashqlar tavsiya kilinadi.

Quyidagi mashqlar tavsiya qilinadi: ayerob, kuchli yoki qarshilikli, egiluvchanlik va cho'zilish kabi mashqlar suvda bajarilganligi yaxshiroqdir. Ayerob mashqlar sifatida yurishdan foydalansa bo'ladi. Chanoq-son bo'g'imi OAida kuchli mashq-

lardan foydalanish talab etiladi. Tizza bo'g'imi OAida sonning to'rt boshli mushagining kuchini mustahkamlash va harakatlar xajmini oshirish uchun muntazam jismoniy mashqlar, xamda ayerob yuklama bilan shug'ullanish kerak. Barmoqlar OAida barmoq mushaklarining kuchini oshiruvchi mashqlar og'riqni kamaytirish maqsadida tavsiya qilinadi. Mashqlar bemorlarga qo'shimcha mashg'ulot sifatida emas, balki xayot tarzining bir qismiga aylanishi uchun, xar bir bemorning xohish va istaklariga qarab individuallashtirilishi va moslashtirilishi kerak. Ayerob mashg'ulotlar o'rtacha intensivlikda sutkasiga 30 daqiqadan kam bo'lmagan yoki ko'prok foyda olish uchun 60 daqiqagacha davom etishi lozim. Vaqt o'tishi bilan mashqlar intensivligi va/ yoki davomiyligi oshirib borilishi kerak. Davolovchi jismoniy tarbiya mashg'ulotlariga qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish zarur.

Ortopedik tavsiyalar. Oyoqqa qulay, yaxshi amortizatsiyali va oyoq barmoqlarining qulay joylashishini ta'minlash uchun yetarlicha katta o'lchamli va yuqori poshnaga ega bo'lmagan oyoq kiyimni tanlash lozim. Tizza bo'g'imi OA bemorlariga tizza-ning tibiofemoral tortmalari tavsiya qilinadi. Ushbu tortmalar bitta yoki ikkita tizza shikastlanganda bo'g'imlarning harakatiga, turg'unligiga yoki og'rig'iga yetarlicha ta'sir ko'rsatadi. Elastik tizza yostikchalarining qo'llanilishi-asosan erta bosqichlarida va tizza bo'g'imida mexanik noturg'unlik yo'qligida qo'llaniladi. Tizza bo'g'imining medial qismi shikastlanganida va bo'g'im o'qining varusli o'zgarishlarida-valgusli ortezlarda qo'llaniladi. Tizza bo'g'imining mexanik noturg'unligida- yarim qattiq yoki qattiq fiksatsiyali ortezlardan foydalaniladi. Qo'l panjasining I kaftfalang bo'g'imlari OAida og'riqni yengillashtirish uchun uzoq muddatga ortezlarda qo'llash tavsiya qilinadi. Tizza va/ yoki chanoq-son bo'g'imi OA bilan kasallangan be-



morlarga xassa-tayoq yoki boshqa yordamchi vositalar (tayoqcha, g'ildirakli yuruvchilar, maxsus ramalar va b.) bilan yurish, xassa-tayoq jarohatlangan bo'g'imga qarshi tomonda bo'lishi kerak.

**Fizioterapevtik tavsiyalar.** Tizza bo'g'imi OA yaqqol yalig'lanish belgilari bo'lganda sovuq bog'lam (muzli xaltacha, muz bilan massaj) qo'yish. Tizza bo'g'imi va kaft bo'g'imlari og'rig'ini kamaytirish uchun termik amaliyotlar. Fizioterapevtik davo usullarini dori vositalari yordamida qo'llash (oltingurtli, balchiqli, radonli vannalar va boshqalar).

**Medikamentoz davo**  
**1 qadam: bazis davo**

Dori vositalari (xalqaro nopatent nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqarilish shakli	Qo'llash usuli	Bir martalik do- zasi	Qabul qilish soni
Xondroi- tin sulfat	tog'ay va su- yak to'qimasi metabolizmi korrektori	500mg kapsula	ichishga	500 mg	kuniga 2 mar- ta
		100mg/ml ampula	m/o	2,0 ml	Kun ora
Glyuko- zamin sulfat	tog'ay va su- yak to'qimasi metabolizmi korrektori	750-1500mg tabletk va 1500 mg eritma tay- yorlash uc- hun kukun	ichishga	750- 1500 mg	Kuni- ga 1-2 marta

## Osteoartroz

		400 mg/2 ml ampula, A+B eritma (erituvchi	m/o	3.0 ml	hafta-siga 3 marta
		1,0ml+preparatning eritmasi 2.0ml) bitta shprisda.			
Kombinirlangan vositalar (xondroitin va glyukoza-min)	tog'ay va suyak to'qimasi metabolizmi korrektori	500/ 400mg, 200/250mg kapsula 500/500 mg tabletk a, kapsula	ichishga	250-500mg	kuniga 1-3 marta
Diaserein	interleykin-1 ingibitori	50 250mg kapsula	ichishga	50 mg	kuniga 1-2 marta
Sustavin	xushbo'y garpagofit martiniya va oq tol po'stlog'i	tabletk a	ichishga	2 tab	kuniga 2 marta
Glikozamin glikan peptid kompleks	to'qimalarni tiklash uchun stimulyator	ampula 1 ml	m/o	1-2.0ml	Kun ora

**Sekin ta'sir ko'rsatuvchi simptomatik dori vositalari**  
(symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis – SYSA-DOAs). Glyukozaamin, xondroitin sulfat yoki ularning kombinatsiyasini tutuvchi preparatlar o'rtacha analgetik ta'sirga va yuqori xavfsizlikga ega preparatlardir.

**Xondroitin sulfat** (xaqiqiy reseptli) turli bo'g'imlarning osteoartrozida qo'llaniladi, ayniqsa kaft bo'g'imlari OA tavsiya qilinadi.

**Glyukozamin sulfat** (kristall reseptli GS) tizza va chanoq-son bo'g'imi osteoartrozida qo'llaniladi.

**Kombinirlangan preparatlar** 500 mg glyukozamin va 400-500 mg xondroitin sulfat saqlaydi. Ushbu preparatlarni qo'llaganda 8-12 xaftadan keyin samara kuzatiladi va ular uzoq vaqt qo'llaniladi.

**Diaserein** (50 mg kapsula) tizza va chanoq-son bo'g'imi OAida bo'g'imlardagi og'riqni kamaytirish uchun qo'llaniladi. Preparatning ta'siri 2-4 xaftadan keyin boshlanadi. Diareya chaqirishi xavfining yuqoriligi va jigarga ta'siri tufayli diaserinni 65 yoshgacha tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Davo boshlaganda diaserein sutkalik dozasining yarmidan (sutkasiga 50 mg, keyin preparat dozasi sutkasiga 50 mg dan 2 martagacha ko'tariladi, uzoq vaqtga buyuriladi, diareya paydo bo'lganda qabul qilish to'xtatiladi) boshlash tavsiya qilinadi

**Avokado va soyaning birikmasi** – sutkasiga 300 mg dan 1 maxal uzoq vaqtga ko'llaniladi.

**Sustavin-xushbo'y garpagofit martiniya** va oq tol po'stlog'i ekstrakti sutkasiga 2 tabletkadan 2 maxal ovqatdan keyin 3-6 oyga qo'llaniladi.

**Mahalliy NYAQV** tizza va kaft bo'g'imlari OAida qo'llaniladi. Mahalliy NYAQV qo'llash nojo'ya ta'siri kamligi sababli tizimli qo'llashdan ko'ra axamiyatliroq va tanlov preparati hisoblanadi

**Asetaminofen (parasetamol)** minimal samarali dozada qisqa vaqtga va talab bo'lganda OA bemorlariga shartli ravishda tavsiya etiladi (NYAQVga qarshi ko'rsatmalar yoki o'zlashtira olmaslikda), lekin sutkalik doza 3,0 g/sutkadan oshmasligi lo-

## Osteoartroz

zim. Surunkali alkogolizmda va jigar shikastlanishlarida qo'llanilmaydi.

### 2 qadam: bemorlarda kengaytirilgan farmakoterapiya

Dori vositalari (xalqaro nopatient nomi)	Farmo-kologik guruhi	Chiqarilish shakli	Qo'llash usuli	Bir martalik dozasi	Qabul qilish soni, kuni-ga
<b>Analgetik vositalar</b>					
Asetaminofen (parasetamol)	anilid guruhidagi nonarkotik analgetik	500mg tabletka	ichishga	500-1000 mg	2-3 marta
<b>Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar Noselektiv SOG-1 va SOG-2 ingibitorlari</b>					
Diklofenal	Fenil-sirka	25mg, 50 mg ttabletkka	ichishga	25mg, 50mg	2-3 marta
		100 mg tabletka, kapsula	ichishga	100mg	1 mar-ta
		3ml 25mg/ml ampula, 1ml 75mg/ml ampula	m/o	75mg	1-2 marta
Aseklofenak	fenil-sirka kislota unumlari	100 mg tabletka	ichishga	100mg	2 mar-ta
		25mg tabletka	ichishga	25-50mg	2-3 marta

*X.T. Miraxmedova, X.X. Xamrayev, Sh.X. Ziyadullayev, I.I. Sultonov*  
 Revmatik kasalliklar

Indometasin	indol-sirka kislota unumlari	10mg tabletka	ichishga	10mg	1-4 marta
		30mg/ml ampula	v/i, m/o	30mg	1-3 marta
Ketorolak	aril-sirka kislota unumlari	200 mg tabletka	ichishga	200-400mg	3-4 marta
			ichishga	400mg	2-3 marta
		400 mg tabletka	ichishga	800-1600mg	1 marta
Ibuprofen	propion kislota unumlari		ichishga	500-1000mg	2 marta
		800 mg tabletka		550mg	1-2 marta
Naproksen	propion kislota unumlari	250mg, 500mg tabletka	ichishga	50 mg	3-4 marta
		275mg, 550mg tabletka	ichishga	100mg	1-2 marta
	propion kislota unumlari	50 mg kapsula	ichishga	150mg	1 marta
		100mg tabletka	ichishga	100 mg	1-2 marta
Ketoprofen		150 mg tabletka va kapsula	m/o, v/i	25mg	1-3 marta
		2 ml 50mg/ml ampula	ichishga	50mg	1-2 marta

## Osteoartroz

		12,5 mg, 25mg tabletk	m/o yoki v/i	20mg	1 marta
	propion kislota unumlari	25 mg ichishga eritma tayyor- lash uchun granulali pакetcha	ichishga	20mg	1 marta
		2 ml 25mg/ml ampula	m/o, v/i	4 mg	2-3 marta
		20mg tabletk	ichishga		1-2 marta
Deksketoprofen	oksikam	20 mg li- ofillangan kukun va erituvchi flakon	ichishga	8 mg	1-2 marta
		4mg tabletk	ichishga		1 marta
Tenoksikam		8mg tabletk	ichishga	8 mg.	1 marta
	oksikam	8 mg fla- kon v/i va m/o kirit- ish uchun eritma tayyor- lashga liofilizat	v/i, m/o	20mg	1-2 marta

<b>Selektiv SOG-2 ingibitorlari</b>					
Meloksikam Nimesulid	oksikam culfonanilid unumlari	7,5-15mg tabletk	ichishga	7,5mg	2 marta
		15mg/ 1,5ml ampula	m/o	15mg	1 marta
Etodolak	indol-sirka kislota unumlari	100mg tabletk, 100 mg/2 g sus- penziya tayyorlab ichish uchun granula	ichishga	100 mg	2 marta
Meloksikam	oksikam	400mg, 600 mg tabletk	ichishga	400mg- 600mg	2 marta
<b>Yuqori selektivli SOG-2 ingibitorlari</b>					
Etorikoksib		60mg, 90mg, 120mg tabletk	ichishga	60-120 mg	1 marta

**Peroral NYAQV** - OA simptomlari bo'lsa eng kichik samarali dozada og'rikni yo'qotish uchun qisqa davomiylikda tavsiya qilinadi. Bemorlarni tegishli saralash, oshqozon-ichak, yurak-qon tomir, buyraklarda kuzatilishi mumkin bo'lgan noxush xolatlar va nojo'ya ta'sirlarni muntazam monitoringi va dori vositalari bilan o'zaro ta'sirini kuzatish kerak.

## Bo'g'im ichi amaliyotlari

Dori vositalari (xalqaro nopatent nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqarilish shakli	Qo'llash usuli	Bir martalik dozasi	Qabul qilish soni
Betametazon dipropionat/natriya fosfat	glyukokortikoid-depo shakli	7mg/ml-1,0ml ineksiya uchun suspenziya		1,0 ml gacha	sxema buyicha
Triamsinolon asetonid	glyukokortikoid-depo shakli	40 mg/ml-1,0ml ineksiya uchun suspenziya	bo'g'im ichiga	1,0 ml gacha	sxema bo'yicha
gialuron kislota asosli yopishkok-elastik implantat	gialuron kislota	40 mg/2 ml,	bo'g'im ichiga	2-3 ml	sxema bo'yicha

**Ineksiya uchun glyukokortikoidlar-depo shakli** tizza va chanoq-son bo'g'imi OA sinovit bilan kechganda yoki kuchli og'riqni kamaytirish uchun qo'llaniladi. Bitta bo'g'imga 1 yilda 2-3 ineksiyadan ortiq emas. Glyukokortikoidlarni chanoq-son bo'g'imiga ineksiya qilish ultratovush nazorati ostida amalga oshiriladi. Qo'l panja bo'g'imlari OAida GK tavsiya etilmaydi, biroq falangalararo bo'g'imlar sinovitida qo'llash mumkin.

**Gialuron kislotasi** NYAQVlarga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda yoki nojo'ya ta'sirlarning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda, ayniqsa keksa yoshdagilarda tizza bo'g'imi OAida bo'g'im og'rig'ini kamaytirish va bo'g'im funksiyasini yaxshilash maqsadida qo'llaniladi. Gialuronat unumlari o'tkir yallig'lanish jarayonlari (sinovit) bartaraf etilganidan keyingina



qo'llaniladi. Gialuronat unumlari va glyukokortikoid preparatlarining samaradorligi 4 xaftadan so'ng kuzatiladi, gialuronat samaradorligi esa ineksiyadan keyin 5-13 xaftada ortadi. Gialuronat kislota bilan davolanishni bemorlar yaxshi ko'taradi, juda kam holatlarda psevdopodagra xurujiga o'xshash og'riqlar kuzatilishi, sinovit xuruji va maxalliy nojo'ya reaksiyalar paydo bo'lishi mumkin.

### 3 qadam: OA farmakoterapiyasining oxirgi bosqichi

Dori vositalari (xalqaro nopatent nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqa-rilish shakli	Qo'llash usuli	bir martalik dozasi	Qabul qilish soni
	opioid analgetik vosita	50- 100 mg tabletka	ichishga	50mg	kuniga 1-2 marta
Tramadol	antidepressant	20 mg kapsula	ichishga	20mg	kuniga 1 marta

**Tramadol** jarrohlik amaliyotidan oldin yoki jarroxlik amaliyotining imkoni bo'lmaganda, oxirgi farmakologik yordam sifatida kuchli og'riq vaqtida og'riqni bartaraf etish maqsadida qisqa muddatga qo'llaniladi.

**Duloksetin** kuchsiz opioid bo'lib, bemorlarga og'riqning markaziy shaklida tanlov preparati bo'lishi mumkin. Alohida qo'llanilganida yoki YAQNV bilan birgalikda qo'llanilganida samaradorlikka ega, biroq o'zlashtirish bilan bog'liq muammolar mavjud.

Qo'l panja bo'g'imlari OAda GIBV va BYAQVlar qo'llanilmaydi.

#### **4 qadam: oxirgi bosqich jarroxlik aralashuvi**

**Bo'g'imlarni endoprotezlash amaliyoti** kuchli og'riqli, konservativ davo samarasiz bo'lgan, bo'g'im funksiyasining og'ir o'zgarishlarida (deformasiyalar, bo'g'imning noturg'unligi, kontraktura va mushak atrofiyalari paydo bo'lgungacha) tizza va chanoq-son bo'g'imi OA bemorlariga tavsiya qilinadi. Samaradorlik davomiyligi taxminan 10 yil va ko'proq, infesion asoratlar va qayta jarroxlik amaliyotlarining uchrash chastotasi 0,2-2,0% ga teng. Bo'g'imlar endoprotezlash amaliyotining eng yaxshi natijalari 45-75 yoshli tana massasi 70 kgdan kam bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. I karpometakarpal bo'g'im OA da konservativ terapiyadan samara bo'lmasa, trapezektomiya, falangalararo bo'g'im OA da artrodez/artroplastika tavsiya etiladi. **Jarroxlik amaliyotiga ko'rsatma:** konservativ davo samarasizligida, III-IV R-bosqich, og'riq intensivligi kuchli bo'lganda. **Jarroxlik amaliyotiga qarshi ko'rsatma:** o'tkir miokard infarkti (3 oydan kam); bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishida (3 oydan kam); yurak va buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichida. **Davo samarasining belgilari:** og'rik sindromining kamayishi yoki butunlay yo'qolishi (yallig'lanish belgilari), yangi shikastlangan bo'g'imlarning yo'qligi, xayot sifatining yaxshilanishi.

#### **REABILITASIYA**

Bemorlarni o'rgatish tavsiya qilinadi: bo'g'imlarga yuklamani kamaytiruvchi kundalik harakatlarning to'g'ri stereotiplarini; kundalik davolovchi jismoniy tarbiyani; individual moslashtirilgan ortopedik vositalarni kiyish qoidalarini, qulay oyoq kiyim tanlashni, tana massasini normallashtirishni

## PROFILAKTIKA I DISPANSER NAZORATI

**Profilaktika.** Normal tana massasini saqlash (TMI 25 kg/m<sup>2</sup> dan oshmasligini ta'minlash). Tana massasini 2 birlikka kamaytirish tizza bo'g'imi OA rivojlanish xavfini 50% ga kamayishiga olib keladi. Tizza bo'g'imining tez-tez bukilishi bilan bog'liq harakatlarni va og'ir ko'tarishni cheklash tizza bo'g'imi OAini, zinapoyadan ko'tarilishni cheklash esa chanoq-son bo'g'imi OAini rivojlanishi xavfini kamaytiradi. Sonning to'rt boshli mushagining trenirovkasi tizza bo'g'imi OAining klinik va rentgenologik namoyon bo'lishi xavfini kamaytiradi, ushbu mushak kuchining kamligi, bo'g'imga tushayotgan yuklamaning teng taqsimlash qobiliyatini va uning turg'unligini kamaytiradi. Tizza bo'g'imining yoshlikdagi shikastlanishi, inson xayotining keyingi davrida tizza bo'g'imi OA rivojlanishi xavfini oshiradi, shuning uchun jaroxatlarning oldini olish; shu jumladan sport sohasidagi shikastlanishlarni: sportchilar uchun bosqichli mashg'ulot rejimini ishlab chiqish, yuklama vaqtida bo'g'imni himoya qiluvchi maxsus qurilmalarni qo'llash. Qo'l va oyoq jarohatlarini olganlarga tana massasini kamaytirish va sonning to'rt boshli mushagining mashqi tavsiya qilinadi.

**Dispanser nazorati** quyidagilarga yo'naltirilgan: kasallik xurujining profilaktikasi; davoni doimiy korreksiyalash; dorilar asoratining profilaktikasiga. UASH olib borilishi tavsiya etiladi. Tashrif buyurilganda quyidagilarga: shikastlangan bo'g'imler sonining o'zgarishiga, og'riq intensivligiga (VASH bo'yicha), bo'g'implardagi harakatlar xajmiga, dorilarning nojo'ya ta'sirlari paydo bo'lganligiga e'tibor qaratish lozim. Zarur bo'lganda dorilarning qabul qilish tartibini o'zgartirish, ularni bekor qilish yoki o'zgartirish. Bemor tavsiyalarga, parxezga va yuklama tartibiga rioya qilishi lozim. Bo'g'implarning biomexanikasini kor-

reksiyalash uchun- ortezlardan foydalaniladi. Qo'l panja bo'g'i-mi OAlI bemorlarga ularni individual xususiyatlarini inobatga olgan holda uzoq kuzatuv tavsiya qilinadi.

### **TIBBIY YORDAMNI TASHKIL QILISH**

Barcha bemorlar UASH yoki revmatolog tomonidan ambulator sharoitda nazorat qilinadi va davolanadi.

**Tor mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar:** Nevropatolog – umurtkalararo bo'g'implar shikastlanganida; Onkolog – umurtqa pog'onasi va chanoq suyaklarining onkologik kasalliklari va metastazlarini istisno qilish maqsadida; Osteoftiziater – suyak-bo'g'im tizimining sil genezli shikastlanishini istisno qilish maqsadida; Travmatolog – bo'g'implarni jarroxlik davolash masalasini xal qilish maqsadida; Infesionist – bo'g'implarning infesion etiologiyali shikastlanishini istisno qilish maqsadida.

**Gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:** yuqori intensivlikdagi og'rik sindromi yoki davo fonida og'riqning kuchayishida; turg'un/residivlanuvchi sinovit; bemorning harakat faoliyatiga ta'sir qiluvchi yaqqol ifodalangan funksional buzilishlardir.

## REVMATOID ARTRIT

Revmatoid artrit – etiologiyasi noma'lum immun yallig'lanish (autoimmun) revmatik kasallik bo'lib, erta nogironlikka olib keladi va bemorlarning umr ko'rish muddatini qisqartiradigan surunkali eroziv artrit va ichki organlarning tizimli zararlanishi bilan kechadigan kasallik. Kasallikning etiologiyasi multifaktorial bo'lib, uning yuzaga kelishi genetik va muhit omillarning o'zaro ta'siri bilan bog'liq. RA dunyoning rivojlangan mamlakatlarida nogironlikning asosiy sabablaridan biri bo'lib, sog'likni saqlash, iqtisod tizimiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Populyasiyada umumiy tarqalish 1-2% orasida o'zgarib turadi. Rossiya epidemiologik tadqiqotiga ko'ra, qariyb 800 ming kishi RA dan aziyat chekmoqda, bu aksariyat Yevropa mamlakatlaridagi RA uchrash soniga to'g'ri keladi. Ayollar erkaklarga qaraganda 2,5 barobar ko'proq kasallanadi.

Eng yuqori kasallanish darajasi mexnatga layoqatli 40-55 yoshga to'g'ri keladi. RA kasallik boshlangan dastlabki 3-5 yil ichida bemorlarning yarmida doimiy mexnatga layoqasizlikni keltirib chiqaradi. RA da yurak-qon tomir patologiyasi, og'ir infeksiyalar, onkologik kasalliklarni yuzaga kelishi, kasallikka xos asoratlarning yuqori darajada uchrashi tufayli bemorlarning umr ko'rish davomiyligini sezilarli darajada pasayishiga olib keladi. Kasallik boshlanganidan 20 yildan so'ng, bemorlarning 60-90% ish qobiliyatini yo'qotadi va 1/3 qismi butunlay nogiron bo'lib qoladi.

**KXT-10 kodlari:**

***Seropozitiv revmatoid artrit (M05)***

M05.0 Felti sindromi

M05.1 – O'pkaning revmatoid kasalligi (j99.0)

M05.2 - Revmatoid vaskulit

M05.3 – Boshqa a'zo va tizimlarga tarqalgan revmatoid artrit

M05.8 - Boshqa seropozitiv revmatoid artritlar

M05.9 – Noaniq seropozitiv revmatoid artrit

***Boshqa revmatoid artritlar (M06)***

M06.0 - Seronegativ revmatoid artrit

M06.1 – kattalarda rivojlanadigan Still kasalligi

M06.2 - Revmatoid bursit

M06.3 – Revmatoid tugunlar

M06.4 – Yallig'li poliartropatiya

M06.8 – Boshqa aniqlashtirilgan revmatoid artritlar

M06.9 – Noaniq revmatoid artrit

**RA tasnifi**

(«Rossiya revmatologlar assosiasiyasi» Umumrossiya jamoat tashkiloti boshqaruvi plenumining majlisida qabul qilingan, 2007 y.):

**Asosiy tashxis:**

Revmatoid artrit seropozitiv (M05.8);

Revmatoid artrit seronegativ (M06.0);

*Revmatoid artritning alohida klinik shakllari:*

Felti sindromi (M05.0);

Kattalarda Still kasalligi (M06.1).

Revmatoid artrit ehtimolli (M05.9, M06.4, M06.9).

*RA seropozitivligi va seronegativligi revmatoid omil va/yoki ASSP aniqlanishiga qarab belgilanadi, ularni aniqlash uchun standartlashtirilgan laboratoriya usullaridan foydalanish lozim.*

**Klinik bosqichi:**

Juda erta bosqich: kasallik davomiyligi 6 oygacha;

Erta bosqich: kasallik davomiyligi 6 oydan - 1 yilgacha;

Ifodalangan bosqich: kasallikka xos belgilar kuzatilganda kasallik davomiyligi 1 yildan ortiq;

Kechki bosqich: kasallik davomiyligi 2 yil va undan ortiq + mayda (III—IV rentgenologik bosqich) va yirik bo'g'imlarda kuchli destruksiya, asoratlarning mavjudligi.

**Kasallik faollik darajasi:**

0 - remissiya ( $DAS28 < 2,6$ , ECHT va SRO –norma)

I – past ( $2,6 < DAS28 < 3,2$ , ECHT va SRO 20gacha)

II - o'rtacha ( $DAS28 = 3,2-5,1$ , ECHT va SRO 20-40)

III - yuqori ( $DAS28 > 5,1$ , ECHT va SRO >40)

*Faollikni bazaviy baholash sifatida DAS28 indeksini qo'llash tavsiya etiladi.*

*DAS28 hisoblash formulasi:*

$DAS28 = 0,56 \cdot OBS + 0,28 \cdot SHBS + 0,70 \cdot \ln YeCHT + 0,014 \cdot BS' \cdot HUB$

*Bunda, OBS- og'riqli bo'g'imlar soni, SHBS- shishli bo'g'imlar soni quyidagi 28dan: yelka, tirsak, bilakkast, qo'l kafilari, proksimal falangalararo, tizza, ECHT –Vestergren usulida eritrositlar cho'kish tezligi, BS'HUB – bemorlar sog'ligi holatining umumiy bahosi 100 millimetrli vizual analog shkala bo'yicha, mm. da. DAS28 bilan mos kelishi isbotlangan boshqa faollikni hisoblash usullarini ham qo'llash mumkin.*

**Bo'g'imlardan tashqari (tizimli) belgilar:**

Revmatoid tugunchalar; Revmatoid vaskulit (yarali-nekrotik vaskulit, timoq o'rindig'ining infarkti, digital arteriit, livedo-an-

giit); Neyropatiyalar (mononevrit, polineyropatiya); Plevrit (quruq, eksudativ), perikardit (quruq, eksudativ); Shegren sindromi; Ko'zning zararlanishi (sklerit, episklerit, to'r parda vaskuliti); O'pkaning interstisial kasalligi

**Instrumental tavsifi:**

Eroziyalar mavjudligi yoki yo'qligi (rentgenografiya, MRT, UTT ma'lumotlari): noyeroziv; eroziv

**Rentgenologik bosqich (Shteynbroker bo'yicha, modifikasiyalangan):**

- I – bo'g'imoldi osteoporoz;
- II - bo'g'imoldi osteoporoz + bo'g'im tirqishining torayishi, bir nechta eroziyalar;
- III – oldingi bosqich belgilari + ko'p sonli eroziyalar + bo'g'imlar chiqishi;
- IV - oldingi bosqich belgilari + suyak ankilozi.

**Qo'shimcha immunologik tavsif - Siklik sitrullinirlangan peptidlarga antianachalar (ASSP):**

ASSP – musbat. ASSP – salbiy

**Funksional sinf:**

- I sinf - o'z-o'ziga xizmat qilish imkoniyatlari to'liq saqlangan holda kasbiy va nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish.
- II sinf - o'z-o'ziga xizmat qilish imkoniyatlari to'liq saqlangan holda nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish, kasbiy faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklangan.
- III sinf - o'z-o'ziga xizmat qilish imkoniyatlari to'liq saqlangan holda kasbiy va nokasbiy faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklangan.



IV sinf – o‘z-o‘ziga xizmat qilish, kasbiy va nokasbiy faoliyat bilan shug‘ullanish imkoniyatlari cheklangan.

*O‘z-o‘ziga xizmat qilish: kiyinish, ovqatlanish, o‘zini parvarishlash va h.*

*Nokasbiy faoliyat: dam olish elementlari, bo‘sh vaqtdan foydalanish, jinsi va yoshini hisobga olgan holda sport bilan shug‘ullanish va b.*

*Kasbiy faoliyat: ish, o‘qish, jinsi va yoshini hisobga olgan holda uy ishlari bilan shug‘ullanish (uy xizmatchilari uchun).*

**Asoratlari:** Ikkilamchi amiloidoz. Ikkilamchi osteoartroz. Generallashtirilgan osteoporoz. Osteonekroz. Tunnel sindromlar (karpal kanal sindromi, tirsak, katta boldir nervlari siqilish sindromi). Atlanto-aksial bo‘g‘im chiqishi, shuningdek miyelopatiya bilan, bo‘yin umurtqasining noturg‘unligi. Qon tomirlarning aterosklerotik shikastlanishi.

**Tashxisda aks ettirish lozim:** Asosiy tashxis. Seropozitivlik, seronegativlik. Klinik bosqich. Kasallik faolligi. Bo‘g‘imdan tashqari (tizimli) belgilari. Instrumental tavsifi. ASSP mavjudligi. Funksional sinfi. Asoratlari.

## KASALLIKNI TASHXISLASH

### Klinik tashxislash

**Shikoyatlari:** asosan qo‘l panja mayda bo‘g‘imlarida og‘riq (artralgiya), shish, ertalabki karaxtlik, musht qilishga qiynalish va yurganda oyoq barmoqlari asosida og‘riq bo‘lishi, tez charchash, umumiy holsizlik, ozib ketish, subfebrilitet

**Anamnezi:** artrit simptomlarining davomiyligi, ertalabki karaxtlik mavjudligi va davomiyligi, bo‘g‘imlardagi og‘riqlarning «sutkalik ritmi», Bo‘g‘imlarning simmetrik shikastlanish belgilarining turg‘unligi, yondosh kasalliklar, oldingi va qo‘shimc-

## Revmatoid artrit

ha terapiya xaqida, davolash usullarini tanlashga ta'sir qiladigan zararli odatlar, yaqin va uzoq muddatli prognozni baholash to'g'risidagi ma'lumotlar.

**Fizikal tekshirishlar:** shish, harakatning cheklanishi, deformatsiya. Qo'l mayda bo'g'imlari, PFOB, PFB, bilak kaft bo'g'imlarining simmetrik poliartikulyar yallig'lanishi va ular oyoq kafti yoki yirik bo'g'imlarning shikastlanishiga nisbatan ustunlik qilishi mumkin. Qo'l va/yoki oyoq panja bo'g'imlarida «ko'ndalang siqish» testining ijobiy bo'lishi; suyaklararo mus-haklarning atrofiyasi, revmatoid tugunchalar, limfadenopatiya.

### RAning klinik belgilari

Klinik bosqich va shakllari	Simptomlari
	UASH revmatolog shifokor maslahatiga yo'llanma berish uchun RAga shubha uyg'otadigan quyidagi modifikasiyalangan mezonlarni aniqlashi lozim (Emery, et.al., 2002):
Erta	Asta-sekin (bir necha oy ichida) qo'l panja mayda bo'g'imlarida (holatlarning yarmida) og'riq va karaxtlik kuchayib borishi bilan simmetrik poliartit rivojlanishi.
Debyut variantlari	O'tkir poliartit asosan qo'l va oyoq panja bo'g'imlarining shikastlanishi bilan, yaqqol ertalabki karaxtlik, qonda revmatoid omil.
Kechki	Tizza yoki yelka bo'g'imlarining mono-oligoartriti, jarayonga qo'l va oyoq mayda bo'g'imlarini tez jalb qilinishi bilan.
	Septik yoki mikrokristallik artritga o'xshash katta bo'g'imlarning o'tkir monoartriti.

Alohida klinik shakllar:	O'tkir oligo- yoki poliartrit tizimli ko'rinishlar bilan (febril isitma, limfadenopatiya, gepatosplenomegaliya). Ko'pincha yoshlarda (kattalardagi Still kasalligiga o'xshash).
Felti sindromi	«Palindrom revmatizm»: qo'l panja, tizza va tirsak bo'g'imlarining o'tkir simmetrik poliartritining ko'p takrorlanadigan hujumlari, bir necha soat yoki kunlar davom etadi va to'liq tiklanish bilan yakunlanadi. Ko'pincha bilak kaft bo'g'imlarida takrorlanadigan bursit va tenosinovit.

**Laborator tashxislash:** UQT va UPT, SRO, revmatoid omil (IgM RO), ASSP, Qon bioximik taxlili: AST i ALT, kreatinin, glyukoza, gepatit V, S, OIV viruslari markerlari, homiladorlikka test, lipidlar profili, Antinuklear omil, IgG konsentrasiyasi, mantu tuberkulin sinamasi va/yoki Diaskin testi

**RAning asosiy tashxislash biomarkerlari:** Revmatoid omil (IgM RO) ASSP -siklik sitrullinirlangan peptidlarga antitelolar.

Immunoglobulin IgM RO – sezgir, ammo RAning yetarli darajada maxsusligi kam markeri, yuqori titr – bo'g'imlarning tez avj oluvchi destruksiya va tizimli belgilarda kuzatiladi. ASSP – RAning maxsus va aniq ma'lumot beradigan markeri, ayniqsa erta bosqichlarida. Tashxis qo'yish, taqqoslama tashxis o'tkazish va bo'g'imlarning tez avj oluvchi destruksiya-sini oldindan aniqlash uchun barcha bemorlarda RO va ASSPni aniqlash tavsiya etiladi.

**Yallig'lanishning faollik ko'rsatkichlari:** ECHT – tizimli yallig'lanishning yuqori sezgir, ammo nospesifik va noturg'un markeri. SRO – yallig'lanish faolligini baholash, bo'g'imlarning destruksiya tezligini bashorat qilish uchun qo'llaniladi. **Sinovial suyuqlik** sinovit bo'lgan bemorlarda RAning mik-

rokristallik yoki septik artritni taqqoslama tashxis qilish uchun qo'llaniladi. **Lipidlar profilini** (birinchi navbatda TSZ va TOFA tayinlashni rejalashtirishda) to'liq tekshirish kerak. **IgG konsentrasiyasi** (birinchi navbatda RTM bilan davolashni rejalashtirishda). **Diaskin-test** – tuberkulez infeksiyasini aniqlash maqsadida, GIBV qo'llashdan oldin, va keyinchalik 1 marta har 6 oyda.

**Instrumental tashxislash:** Qo'l va oyoq kaftlarining ko'lamlili rentgenografiyasi, bo'g'imlarni ultratovush tekshiruvi, MRT, o'pka R-grafiyasi va/yoki KT, EKG, exokardiografiya, EGFDS, densitometriya

**Qo'l va oyoq kaftlarining rentgenografiyasi** – birlamchi tekshirish va keyin har yilda bo'g'imlar destruksiyasining avj olishini baholashdagi asosiy tashxislash usuli bo'lib hisoblanadi. III va IV R-bosqichli bemorlarda ko'rsatma bo'yicha o'tkaziladi. Artritning erta rentgenologik belgilari quyidagi bo'g'imlarda aniqlanadi: 2- va 3- qo'l panja pyastnofalang bo'g'imida, 3- proksimal falangalararo bo'g'imlarda, kaft bo'g'imlarida, bilak kaft bo'g'imlarida, tirsak suyaklarining o'qsimon o'simtasida, 5- oyoq panjasi plyusnefalang bo'g'imlarida. Muntazam usul sifatida RAda katta bo'g'imlarning rentgenografiyasi tavsiya qilinmaydi va faqat maxsus ko'rsatmalar (avaskulyar nekroz, septik artrit va boshqalarga gumon qilinganda) amalga oshiriladi.

**UTT** -bo'g'imlarning energetik doppler bilan UTT yallig'lanish darajasini va remissiya davomiyligini bashoratlash imkonini beradi. Bo'g'imlarni UTTda "kulrang shkala" bo'yicha quyidagi mezonlar baholanadi: sinovial membrananing qalinlashishi, bo'g'imda suyuqlik mavjudligi, bo'g'im yuzasi konturining buzilishi (eroziyaga mos keladi), periartikulyar to'qimalarning o'zgarishi (tenosinovit). Energetik doppler tekshirishda signal-

ning lokalizatsiyasi, tarqalishi va intensivligi aniqlanadi, bu esa yallig'lanish darajasini baholashga imkon beradi. Qo'l panja bo'g'imlarining UTT RAni erta tashxislashda ahamiyatga ega, BYAQV va GIBV bilan davolash fonida remissiya saqlanishini bashoratlash imkonini beradi.

**Bo'g'im MRT** – bo'g'imlarning standart rentgenografiyasiga qaraganda RAni aniqlashning sezgir usuli hisoblanadi. Artritning MRT-belgilari spesifik emas. MRT tomonidan aniqlangan o'zgarishlar (sinovit, tenosinovit, suyak iligi shishi va suyak to'qimalarining eroziyasi) bo'g'imlarning destruksiyasini bashoratlash imkonini beradi. Erta RA va differensiyalanmagan artrit tashxisini qo'yish qiyin bo'lganda, qo'l panja bo'g'imlari MRTsi tavsiya etiladi.

**Ko'krak qafasi rentgenogrammasi** nafas a'zolarining revmatik zararlanishi va o'pkaning yo'ldosh kasalliklarini aniqlash uchun dastlabki tekshiruv paytida, BYAQV va GIBV terapiyasini tayinlashdan oldin va keyin, so'ngra esa har yili o'tkaziladi.

**O'pka kompyuter tomografiyasi quyidagi holatlarda amalga oshiriladi:**

O'pkaning diffuz (interstisial) yoki o'choqli (revmatoid tugunchalar) shikastlanishlarini aniqlash uchun. Bo'g'imlar va o'pkaning shikastlanishi (sarkoidoz, xavfli o'smalar va b.) bilan kechadigan boshqa kasalliklar bilan RAni taqqoslama tashxis qilish uchun, davolash usulini tanlashga ta'sir qiladigan yoki NT (sil, interstisial o'pka kasalligi, va hokazo) xavfini oshirishi mumkin bo'lgan yondosh kasalliklarni tashxislash uchun.

**EKG va ExoKG** yurak-qon tomir patologiyasi tashxisi uchun bemorlarda bir yilda kamida bir marta amalga oshiriladi. **EGFDS NYAQV**larni qabul qilgan bemorlarda yiliga kamida 1 marta amalga oshiriladi.

## Revmatoid artrit

**Densitometriya (rentgen absorbsiometriyasi)** quyidagi ko'rsatkichlar uchun tavsiya etiladi: ayollar uchun 50 yoshdan va erkaklar uchun 60 yoshdan kattalarga, kasallikning yuqori faolligida (CROning turg'un 20 mg/l dan ortiq o'sishi), Shteynbroker bo'yicha rentgen bosqich III-IV bo'lganda, HAQ indeksi 1,25 dan ortiq, tana vazni 60 kg dan kam va GK qabul qilganda.

### Revmatoid artritning tasnifiy mezonlari Amerika revmatologlar kolleji, 1987y.

	Mezonlar	Izoh
1	Ertalabki karaxtlik	Ko'rsatilgan yettita mezonlardan har qanday to'rttasining mavjudligida RA tashxisi qo'yiladi. 1-dan 4-gacha mezonlar bemorda kamida 6 oy davomida kuzatilgan bo'lishi lozim.
2	Uchta va undan ortiq mayda bo'g'imlar artrit	
3	Kaft bo'g'imlari artrit	
4	Simmetrik artrit	
5	Revmatoid tugunchalar	
6	Qon zardobidagi revmatoid omil	
7	Rentgenologik o'zgarishlar	

Biroq hozirgi kunda bu mezonlar o'z dolzarbligini yo'qotgan, chunki ular kasallikning dastlabki 6 oyida 20-40% aholida RA tashxisini qo'yish imkonini beradi, bu hozirgi qarashlarga ko'ra o'z vaqtida va samarali davolashni boshlash uchun to'g'ri kelmaydi.

### Revmatoid artritning tasnifiy tashxislash mezonlari ACR/EULAR 2010y.

<b>Bo'g'implarning klinik shikastlanishi (obektiv tekshiruvda shish va/yoki og'riq) (0-5 ball)</b>	<b>Ballar</b>
1- yirik bo'g'implar	0
2-10 yirik bo'g'implar	1
1-3 mayda bo'g'implar (yirik bo'g'implar hisobga olinmaydi)	2
4-10 mayda bo'g'implar (yirik bo'g'implar hisobga olinmaydi)	3
>10 bo'g'implar (kamida 1 ta mayda bo'g'im)	5
<b>RO va ASSP testlari (0-3 ball, kamida 1 ta test talab qilinadi)</b>	
Salbiy	0
RO yoki ASSP uchun kuchsiz ijobiy (normaning yuqori chegarasidan 3 martagacha oshgan)	2
RO yoki ASSP uchun kuchli ijobiy (normaning yuqori chegarasidan 3 martadan ko'p oshgan)	3
<b>O'tkir fazali ko'rsatkichlar (0-1 ball, kamida 1 ta test talab qilinadi)</b>	
ECHT va SRO normal miqdorlari	1
ECHT yoki SRO ortishi	
<b>Sinovitning davomiyligi (0-1 ball)</b>	
• < 6 hafta	0
• ≥6 hafta	1

Mezon birinchi navbatda RAni erta tashxislashga qaratilgan. RA tashxisini qo'yishda quyidagilar zarur: bemorda kamida bitta bo'g'im shishganligini aniqlash, bo'g'implarning yallig'lanish bilan kechadigan boshqa kasalliklarini istisno qilish. 4 ta bo'limda mumkin bo'lgan o'ntadan kamida 6 ball to'plash. Asosiy o'rinni yallig'langan va og'riq-

## Revmatoid artrit

---

li bo'g'implarning sonini aniqlash egallaydi. Shu mezonlar asosida 4 ta bo'g'implar turkumi ajratiladi

### Bo'g'implar turkumi:

<b>Istisno bo'g'implar:</b> distal falangalararo bo'g'implarning, birinchi bilak-kaft va birinchi oyoq kafti bo'g'implarning o'zgarishlari hisobga olinmaydi
--

<b>Yirik bo'g'implar:</b> yelka, tirsak, chanoq-son, tizza, boldir tovon
--

<b>Mayda bo'g'implar:</b> pyastnofalang, PFOB, 2-5 plyusnefalang, kaft katta barmog'ining falangalararo bo'g'implari, bilak kaft bo'g'implari
---

<b>Boshqa bo'g'implar:</b> RAda shikastlangan, ammo yuqoridagi guruhlar-ga kiritilmagan bo'g'implar (yonoq-pastki jag', akromial-o'mrov, to'sh-o'mrov va b.)
--

### Klinik tashxisni shakllantirishga misollar:

Revmatoid artrit seropozitiv (M05.8), ifodalangan bosqich, faollik II, eroziv (rentgen II bosqich), tizimli ko'rinishlar bilan (revmatoid tugunchalar), ASSP (-), FC II.

Revmatoid artrit seronegativ (M06.0), erta bosqich, faollik III, eroziyasiz (rentgen bosqich I), ASSP (+), FC I.

Revmatoid artrit seropozitiv (M05.8), kechki bosqich, faollik II, tizimli ko'rinishlar bilan (revmatoid tugunchalar, digital arteriit), eroziv (rentgen bosqich III), ASSP (tekshirilmagan), FC III, asoratlari – o'ng tomonlama karpal kanal sindromi, buyrak zararlanishi ikkilamchi amiloidoz.

Revmatoid artrit ehtimolli (M06.9), seronegativ, erta bosqich, faollik II, noyeroziv (rentgen bosqich I), ASSP (+), FS I.



### Taqqoslama tashxis

Tashxis	Taqqosla- ma tashxis uchun asos	Tekshi- rishlar	Tashxis qo'yish mezonlari
Osteoartroz	T i z z a bo'g'im- ida shish, qo'l panja bo'g'imla- rining jaro- hati	UQT, ASSP, bo'g'imlar rentgenogra- fiyasi	Ertalabki karaxtlik 30 minutdan kam, bo'g'im- lardagi og'riqlar start yoki mexanik harakterda, ASSP, RO manfiy. Qo'l panja R-grafiyasida oste- oskleroz, osteofitoz bel- gilari.
Tizimli qizil bo'richa	Bo'g'im sindro- mi: mayda bo'g'imlar arriti	UQT, UPT, A S S P, RO, ANA, bo'g'imlar rentgenogra- fiyasi	Noyeroziv artrit, ANA yuqori titrda. Ichki a'zo- lar tizimli shikastlanishi va yaqqol konstitusional sindrom kuzatiladi
P o d a g r a Reaktiv artrit	Bo'g'im sindromi	UQT, UPT, ASSP, RO, siydik kis- l o t a s i, bo'g'imlar rentgenog- rafiyasi va punksiyasi	Ko'proq 40-50 yoshli erkaklarda kuzatiladi. I PFB o'tkir artrit. Tofuslar bo'lishi. Giperurekemiya. Sinovial suyuqlikda nat- riy monourat kristallari. Eroziyasiz subkortikal kistalar.
Psoriatik artrit	Asimmet- rik mo- noartrit, oligoartrit	UQT, UPT, RO, ASSP, HLA-V27. xlamidiya va ichak in- feksiyalariga tekshirish. tos son su- yaklari rent- genografi- yasi	Kasallanish 40 yoshgac- ha. Ichak, peshob, jinsiy a'zolar infeksiyalari bilan bog'liqlik. Pastki xarakat bo'g'imlarining asimmet- rik shikastlanishi, sosis- kasimon shish, entezitlar xos. Konyunktivit. Sakro- ileit.

## Revmatoid artrit

<p style="text-align: center;">Tizimli sklerodermiya</p>	<p>Asimmetrik monoartrit, oligoartrit baʼzan simmetrik poli-artrit</p>	<p>UQT, UPT, RO, ASSP, HLA-V27, toʻs son suyaklari rentgenografiyasi</p>	<p>Psoriaz bilan bogʻliq. Mutilirlanuvchi, «oʻqli, sosiskasimon» artrit, daktilit. Umurtqa pogʻonasi, DFAB shikastlanishi, entezitlar. RO va ASSP manfiy, bir yoki ikki tomonlama sakroileit. Koʻpincha HLA-B27 musbat.</p>
<p style="text-align: center;">Tashxis</p>	<p style="text-align: center;">Boʻgʻim sindromi</p>	<p>UQT, ANA, Scl-70, qon tomirlarini dupleks skanerlash</p>	<p>Reyno fenomeni va terining qattiqlashishi, qiziloʻngach, oʻpkaning shikastlanishi, kam hollarda artrit kuzatilishi mumkin, odatda artralgiyalar, eroziv artrit kuzatilmaydi.</p>
<p style="text-align: center;">Revmatik polimialgiya</p>	<p style="text-align: center;">Boʻgʻim sindromi</p>	<p>UQT, RO, ASSP, boʻgʻimlar rentgenografiyasi</p>	<p>Oʻq boʻgʻimlar va proksimal mushaklarda difuz ogʻriq va ertalabki karaxtlik. GKS samarali. ECHT yaqqol koʻtarilishi, koʻpincha 50 yoshdan kattalarda kuzatiladi</p>
<p style="text-align: center;">Virusli artritlar</p>	<p style="text-align: center;">Boʻgʻim sindromi</p>	<p>UQT, RO, boʻgʻimlar rentgenografiyasi, viruslarga tekshirish</p>	<p>Infesion kasalliklar oʻtkazganligi. Qoʻl panja boʻgʻimlarining simmetrik shikastlanishi, ertalabki karaxtlik. RO kuzatilishi mumkin, virusli ekzantema. 4-6 haftada oʻzi oʻtib ketadi.</p>

## DAVOLASH

RA ni zamonaviy davolash usuli «Maqsadga erishguncha davolash» tamoyiliga asoslanadi (“Treat to target”). Davolashning maqsadi kasallikning remissiyasiga (yoki past faolligiga) erishish, funksional imkoniyatlarni barqarorlashtirish, hayot sifatini va ish qobiliyatini saqlab qolish va komorbid kasalliklar xavfini kamaytirishdir.

### Umumiy tamoyillar

*Bemorlarni revmatologlar davolashi kerak. Davolash shifokor va bemor o‘rtasidagi yaqin hamkorlikka asoslangan (bemor va revmatolog o‘rtasida kelishilgan bo‘lishi kerak). BYAQV bilan davolash imkon qadar erta, “imkoniyat oynasi” (window of opportunity) – RA ning birinchi belgilari rivojlanishi bilan birinchi 3 oy ichida boshlanishi kerak. Davolash quyidagilarga asoslangan: faollik darajasi, yo‘ldosh kasalliklar mavjudligi, bo‘g‘imlarning struktur jaroxatlanishini avj olish tezligi va davolash xavfsizligi. Davolash uzoq muddatli remissiya yoki kasallikning past faolligiga erishishga qaratilgan bo‘lishi kerak. Davolash samaradorligi har 1-3 oyda baholanishi kerak, agar davo samarasiz bo‘lsa, 6 oydan keyin davolash korreksiya qilinishi kerak. Davolash bemorning hayoti davomida amalga oshiriladi. Davolash davomida NT rivojlanishi kuzatilishi mumkin.*

### Nomedikamentoz davolash

Yarim to‘yingan yog‘ kislotalari saqlaydigan mahsulotlardan (baliq moyi, zaytun moyi va b.) iborat muvozanatlashtirilgan parhez, ho‘l mevalar, sabzavotlar tavsiya etiladi. Bunaqa parhez yallig‘lanishni susaytirib, kardiovaskulyar asoratlarni xavfini kamaytiradi. Muntazam jismoniy faollik. Doimiy jismoniy tarbiya

funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ish qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi. Fizioterapiya: issiq yoki sovuq muolajalar, ultratovush, igna bilan davolash, lazerterapiya, kasallik nofaol davrida. Ortopedik muolajalar – boʻgʻimlar deformatsiyasining oldini olish va korreksiya qilish (protezlar, stelkalar, ortopedik poyafzallar). Kasallikning kuchayishini keltirib chiqaradigan omillardan saqlanish (interkurent infeksiyalar, stress, chekish, spirtli ichimliklar va boshq.) kerak. Ogʻiz boʻshligʻi gigiyenasiga rioya qilish. Chekish, semizlik va paradontit - RA rivojlanishi va avj olishi uchun xavf omillari boʻlib, BYAQV va TNF- $\alpha$  ingibitorlari bilan davolash samaradorligini kamaytiradi.

### **MEDIKAMENTOZ DAVOLASH**

RA ni davolashda yetakchi oʻrinni egallagan dori vositalari quyidagilar:

Bazisli yalligʻlanishga qarshi sintetik standart vositalar. Bazisli gen-injener biologik vositalar. Glyukokortikosteroidlar. Qoʻshimcha terapiya.

**Bazisli yalligʻlanishga qarshi vositalar:**

**Sintetik standart:**

metotreksat, leflunomid, sulfasalazin, gidroksixlorolin va boshqalar

**Gen-injener biologik preparatlar:**

FNO- $\alpha$ , IL-6 ingibitorlari, boshqa taʼsir mexanizimli GIBV.

**Bazisli sintetik yallig'lanishga qarshi standart vositalar**

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqarish shakli	Qo'llash usuli	Bir marta-lik dozasi	Qabul qilish soni, kuniga
<i>Metotreksat</i>	<i>o'smaga qarshi vosita, antime- taboli</i>	<i>2,5 mg, 5 mg tablet- kalar</i>	ichishga	10- 15mg/ haftasiga	haftada 1-2 marta
Metotreksat	<i>o'smaga qarshi vosita, anti- metabolit</i>	<i>oldindan to'ldirilgan shprislar 7.5 mg- 0.75ml:</i>	Teri ostiga	10-25 mg/ haftasiga	haftada 1 marta
		<i>10mg- 1.0ml: 12.5mg -1.25ml; 17.5mg- 1.75ml 15 mg- 1.5ml: 20 mg-2 ml: 22.5 mg- 2.25 ml</i>			
Leflunomid	immuno- depressant	20 mg tabletka	ichishga	10-20 mg	kuniga 1 marta
Sulfasalazin	sulfanilamidli vosita	500mg tabletka.	ichishga	500- 1000mg	kuniga 2-3 marta
Gidrok- sixloroxin	bezgakka qarshi vosita	200mg tabletka.	ichishga		kuniga 1-2 marta

*Metotreksat RA ni davolashda "oltin standart" hisoblanadi. MT birinchi davolash strategiyasining bir qismi bo'lishi kerak. RA rivojlanish ehtimoli yuqori bo'lganda, RA va NDA bilan bemorlarga tayinlanishi lozim. NT xavfi bo'lmasa (keksa yoshdagi, buyrak va jigar faoliyatining buzilishi, gematologik kasalliklar va boshqalar.). MT bilan davolashni samaradorligi va ko'tara olishiga qarab 10-15 mg/hafta miqdorda tabletkada shaklida ichishdan yoki shu dozada teri osti formasidan boshlash, har 4-6 haftada dozani ko'tarib 20-25 mg/hafta dozagacha (haftalik 0,3 mg/kg gacha) teri ostiga ineksiya shaklida samaradorligi va ko'tara olishiga qarab tavsiya etish.*

**Metotreksatning t/o shakli** tabletkada shakli samarasi yetarli bo'lmaganda yoki ko'tara olmaslikda hamda RAning "yuqori faolligi" bo'lgan bemorlarda ( $DAS28 \geq 5,1$ ) tavsiya etiladi. MT ning teri osti shakli farmakokinetik parametrlari, so'rilishi va foydalanish qulayligi jihatidan peroral shakldan ustundir. MT bilan davolash fonida foliy kislotasi (kamida 5 mg/hafta) tavsiya etiladi, bu MTni qabul qilishdan 24 soatdan keyin buyurilishi kerak. Davolash boshlanishida har 1-3 oyda va MT ning barqaror dozasi erishgunga qadar, keyin har 3 oyda ALT/AST, kreatinin va UQTni o'tkazish kerak. ALT/AST konsentratsiyasi 3 marta ortgan bo'lganda MT ni davolash to'xtatilishi va laboratoriya ko'rsatkichlar normallashtirildandan keyin past dozada qayta tiklanishi kerak. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda MT foydalanish mumkin emas.

**Leflunomid.** MT bilan davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan yoki ko'tara olmagan bemorlarda leflunomid (birinchi) davolash strategiyasining bir qismi sifatida tayinlanishi kerak. LF bilan davolash fonida UQT, AST, ALT, kreatinin konsentratsiyasini va qon bosimini nazorat qilish kerak.

**Sulfasalazin** MTga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda yoki ko'tara olmaslikda tavsiya etiladi. Dastlabki miqdori kuniga 1-2 ta tabletkadan boshlanib (sxema bilan), asta-sekin 2-3 g/kuniga ko'tariladi.

**Gidroksixloroxin** MT bilan kombinirlangan davolashning bir qismi sifatida, asosan RA yengil kechishida tavsiya etiladi.

BYAQVlar MT bilan birgalikda qo'llanganda monoterapiyadan ustun hisoblanmaydi, ayniqsa MT ni GK bilan birgalikda tayinlanganda. MT va LF gepatit S virusini tashuvchilarda va virusga qarshi terapiya o'tkazmaganlarda qarshi ko'rsatma xisoblanib, SSZ va gidroksixloroxin qo'llanishi mumkin. SSZ va gidroksixloroxinni homiladorlik davrida qo'llash mumkin.

### Glyukokortikoidlar

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Chiqarish shakli	Qo'llash usuli	Bir martalik dozasi	Qabul qilish soni, kuniga
prednizolon	5 mg tabletkalar	ichishga	0,3-0,5 mg/kg/sutka	sxema bo'yicha
prednizolon	ampula, 1ml /30mg	t/i, tomchilatib	30mg-120mg	kuniga 1 marta
metilprednizolon	tabletkalar 4 mg, 16mg	ichishga	0,3-0,5 mg/kg/sutka	sxema bo'yicha
metilprednizolon	flakonlar 250, 500, 1000mg	t/i, tomchilatib	250-500-1000mg	kuniga 1 marta

## Revmatoid artrit

betametazon dipropionat/natriy fosfat	ineksiya uchun sus- penziya 7mg/ ml-1.0ml	bo'g'im ichiga	1,0 ml gacha	sxema bo'yicha
triamsinolon asetonid	ineksiya uchun sus- penziya 40 mg/ml-1.0ml	bo'g'im ichiga	1,0 ml gacha	sxema bo'yicha

GKS - yallig'lanishga qarshi tez ta'sirga ega bo'lganligi uchun ularni BYAQV bilan birga buyurish tavsiya etiladi. BYAQV samaradorligi davolash boshidan 4-6 hafta o'tganda namoyon bo'ladi. GK miqdorini imkon boricha tezroq kamaytirish lozim (taxminan 3 oy ichida). GKS larni uzoq vaqt qabul qilish NT rivojlanishi bilan kuzatiladi: osteoporoz, insulinga rezistentlik, infesion va yurak-qon tomir asoratlari. Bu holatlar nazorat qilinmagan "revmatoid" artiritning faolligi natijasida xam bo'lishi mumkin. NT kuzatilgan bemorlarni mos mutaxassislar maslahatiga va davolanishiga yo'llash lozim.

RA bilan GKlarni sutkasiga 5 mg dan ortiq miqdorda 3 oydan ko'p vaqt davomida qabul qilayotgan barcha bemorlarga glyukokortikoidli osteoporozning oldini olish maqsadida kalsiy va vitamin D dori vositalarini tayinlash lozim.

### Bazisli gen-injener biologik preparatlar

**O'sma nekroz omili- $\alpha$  ingibitorlari (imunosupressantlar)** (infliksimumab, adalimumab, etanersept, golimumab va sertolizumab pegol)

**Boshqa ta'sir mexanizimli GIBV: RTM (anti V-hujayrali monoklonal antitanalar)**



### interleykin-6 ingibitorlari

(interleykin-6 reseptorlariga qarshi monoklonal antitanalar)

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqarish shakli	Qo'l-lash usuli	Bir martalik dozasi	Qabul qilish soni, kuniga
<b>Etanersept</b>	FNO- $\alpha$ ingibitori	shpris-ruchka 25mg va 50mg	teri ostiga	25mg va 50mg	haftasiga 25 mg 2 marta yoki 50 mg 1 marta.
<b>Rituksimab</b>	monoklonal antitanalar guruhidagi o'smaga qarshi vositalar	flakon 500mg/50 ml ineksiyaga eritma tayyorlash uchun konsentrat	t/i tomchilatib	1000 (500) mg	davolashning 1-va 15-kunlari. 6 oydan so'ng yana takrorlanadi
<b>Tosilizumab</b>	<i>Interleykin-6 reseptorlariga monoklonal antitanalar</i>	flakon 80 mg/4 ml. 200mg/10ml infuziyaga eritma tayyorlash uchun konsentrat	t/i tomchilatib kamida 1 soat davomida	4 yoki 8 mg/kg	4 haftada 1 marta
		shpris-tyubik 162mg/0.9 ml teri ostiga eritma	teri ostiga	162mg/0.9 ml	haftada 1 marta

GIBV tayinlash masalasini hal qilish uchun bemor ekspert komissiyasiga yo'llanadi. Sintetik BYAQV yordamida davolash maqsadiga erishilmasa va noxush bashorat omillari mavjud bo'lsa (kasallikning yuqori faolligi, eroziyalar

mavjudligi va ASSP yuqori titri) davoga GIBV qo'shiladi. GIBV sintetik BYAQV bilan birgalikda tayinlanishi lozim.

MT (shu jumladan teri osti shakli) va boshqa BYAQVga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda yoki uni ko'tara olmaslik holatlarida GIBV bilan monoterapiya o'tkazish mumkin, interleykin-6 ingibitorlari tanlov preparati bo'lib, boshqa dori vositalariga nisbatan afzalliklarga ega.

Agar GIBV samara bermasa, boshqa GIBV bilan davolanish imkonini ko'rib chiqish kerak. GIBVning birinchi tomir ichiga infuziyasi ixtisoslashtirilgan revmatologiya shifoxonalarida amalga oshirilishi lozim. Shpris-ruchka bilan yuboriladigan dorilar, shifokor nazorati ostida, bemor tomonidan qilinishi mumkin.

**O'sma nekrozi omili- $\alpha$  ingibitorlari** (immunodepressiv vosita) ni RO/ASSP bo'yicha seronegativ RA (yoki antitannalar miqdori biroz oshganda) va bu vositalarni tayinlashga ko'rsatma sifatida qayd etilgan yondosh kasalliklari mavjud bo'lganda (yoki bo'g'imdan tashqari belgilarda) jumladan psoriaz, ichakning yallig'lanish kasalliklarida tayinlash maqsadga muvofiqdir. FNO- $\alpha$  ingibitorlarini autoimmun buzilishlar, xavfli o'smalar, yashirin sil infeksiya reaktivasiya xavfida, demiyelinlanuvchi markaziy asab tizimi kasalliklarida qo'lash tavsiya etilmaydi.

**Etanersept** sil infeksiyaning avj olish xavfi bor bemorlarga, homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarga va gepatit C virusi simptomsiz tashuvchilariga tavsiya etiladi. Etanersept uveit rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Agar TNF- $\alpha$  ingibitorlari bilan davolash samara bermasa, bemorlar boshqa ta'sir mexanizmi bo'lgan GIBV (RTM, TSZ) yoki ikkinchi TNF- $\alpha$  ingibitori yoki TOFA bilan davolanishi mumkin.

**Boshqa ta'sir mexanizmi bo'lgan GIBV.** Rituksimabni qizil bo'richaga o'xshash sindrom (artrit, plevrit yoki perikardit, teri toshmalari, ANF titri oshganda), Felti va Shegren sindromi va yurak yetishmovchiligi NYHA bo'yicha III-IV funksional sinf (Amerika kardiologiya assosiasiyasi) kabi klinik va serologik belgilari bo'lgan bemorlarga buyurish afzallroq xisoblanadi.

Rituksimab birinchi GIBV sifatida RO/ASSP-ijobiy variantida, krioglobulinemik vaskulit (gepatit C virusi tashuvchanlik bilan bog'liq), anamnezida xavfli o'smalar bo'lganda, yashirin sil infeksiya reaktivasiya xavfida (tuberkulostatik davolash uchun qarshi ko'rsatmalar bo'lganda), demiyelinlanuvchi markaziy asab tizimi kasalliklarida (tarqoq skleroz) yuqori samara beradi.

Rituksimab bilan davolash paytida, IgG konsentrasiyasini dinamikada aniqlab turish kerak ayniqsa, past bazal darajalarda va keksa odamlarda (60 yoshdan kattalarda). Dori vositasini birinchi marta qilishda GK premedikatsiyasi (rituksimabni tomizishdan oldin 100 mg 6-metilprednizolonni tomir ichiga 30-60 daqiqa davomida yuborish, parasetamol (1 g) va antigistamin vositalar (xlorfenamina 10mg tomir ichiga) talab qilinadi.

**Interleykin-6 ingibitorlari.** Tosilizumab "birlamchi" GIBV sifatida tayinlanganda quyidagi omillarga e'tibor qaratish lozim: RA kuchli konstitusional belgilar (davomli ertalabki karaxtlik, holsizlik, ozish, uyqusizlik, isitma, ko'p bo'g'imlarda og'riq), laborator o'zgarishlar (S-reaktiv oqsil miqdorining ortishi >100 mg/l, giperferritinemiya, og'ir kamqonlik), surunkali yallig'lanish kasalliklari, amiloidoz. Ham monoterapiya, ham MT va/ yoki BYAQV bilan birgalikda qo'llash mumkin. Tosilizumab bilan monoterapiya qilish samara jihatdan FNO- $\alpha$  ingibitorlari monoterapiyasidan afzal bo'lib, MTga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan yoki uni ko'tara olmagan bemorlarga asosan tavsiya etiladi. Kattalarda Still kasalligida samarali hisoblanadi.

**Remissiyaga erishilgandan so'ng davolash usuli.** GKSni to'xtatilgandan so'ng yoki miqdori kamaytirilgandan so'nggi turg'un remissiyadan keyin ayniqsa BYAQV bilan birgalikda qo'llanilganda GIBV miqdorini kamaytirish yoki oralig'ini uzaytirish imkoni ko'rib chiqiladi. Birinchi navbatda GIBV keyin BYAQV miqdorini kamaytirish yoki bekor qilinishi kerak. GIBV miqdorini kamaytirish (yoki bekor) fonida kasallikning avj olishida standart miqdorda shu dorilarni (yoki boshqa GIBV) qayta tayinlash mumkin. Agar bemor doimiy remissiyada bo'lsa, BYAQV miqdorini kamaytirish masalasini ko'rib chiqish kerak. BYAQVni remissiyada bekor qilish tavsiya etilmaydi, chunki bu ko'pincha kasallikning kuchayishiga olib keladi.

**GIBV tayinlashga qarshi ko'rsatmalar:** Faol infeksiyalar. Sil kasalligi. Oqsil komponentiga yuqori sezuvchanlik. Immunitet tanqisligi holatlari. Jigar yetishmovchiligi. Og'ir gematologik buzilishlar. Tarqoq skleroz. TQB. O'rtacha/og'ir dimlanishli yurak yetishmovchiligi. Onkologik kasalliklar. GIBV bilan davolash yashirin sil infeksiyasining tuberkulostatik profilaktik oldini olish boshlanganidan 2 oydan keyin boshlanishi kerak. Ineksiyadan keyingi reaksiyalar xavfini kamaytirish uchun dori vositalarini teri ostiga yuborish texnikasiga qat'iy amal qilish tavsiya etiladi (muntazam ravishda ineksiya joylarini o'zgartirish, sovutilgan eritmani yubormaslik va h.), lozim bo'lsa, antigistamin vositalar qabul qilish, ineksiya joyiga mahalliy GKS, muz qo'yish tavsiya qilinadi.

### **Qo'shimcha davolash**

**Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (SOG-1 va SOG-2 ingibitorlari)** bo'g'imlardagi og'riqlarni kamaytirish uchun qo'llaniladi. Ular bo'g'imlar destruksiyasi avj olishini ol-

dini olishga ta'sir qilmaydi. Me'da-ichak, yurak-qon tomir tizimi va boshqalar tomonidan og'ir nojo'ya ta'sirlar keltirib chiqarishi mumkin bo'lganligi sababli ularni qo'llashni chegaralash lozim. NYAQVni tanlashda ularning samaradorligiga nisbatan nojo'ya ta'sirlar keltirib chiqarishidagi xavfsizligiga ko'proq e'tibor qaratiladi.

**Foliy kislota** haftasiga 5 mg dan kam bo'lmagan miqdorda MTni qabul qilgandan 24 soatdan so'ng tayinlanadi.

**Og'riq sindromini bartaraf etish:** NYAQV diklofenak 75 mg m/o yoki 50 mg tabletkada kuniga 3 mahal ichishga yoki ketoprofen 2 ml m/o ga tayinlanadi. GKSlar bo'g'im ichiga - yallig'langan bo'g'imga yoki metilprednizolon 250mg t/i ga tomchilab yuboriladi.

**Davolash samaradorligi indikatorlari:** klinik-laborator remissiyaga erishish. RA bilan bemorlarni davolashni baholashda DAS28 indeksidan foydalanish tavsiya etiladi (EULAR mezonlari).

#### DAS28 indeksini baholash

Dastlabki ko'rsatkich DAS 28	DAS 28 kamayishi		
	>1,2	0,6-1,2	<0,6
<3.2	Yaxshi samara	Qoniqarli samara	Samarasiz
3.2-5.1	Qoniqarli samara	Qoniqarli samara	Samarasiz
>5.1	Qoniqarli samara	Samarasiz	Samarasiz

**Jarrohlik yo'li bilan davolash  
(jumladan revmoortopedik)**

**Jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar:** Sinovit yoki tenosinovit sababli nervning siqilib qolishi; Paylar uzilishi xavfi yuqori yoki uzilganligi; Atlant o'q (atlanta osevoy) chiqishining nevrologik belgilar bilan kuzatilishi; Kunlik oddiy harakatlar bajarilishini qiyinlashtiruvchi deformasiyalar; Og'ir ankilozlar yoki pastki jag' dislokasiyasi; Bemorning ishga layoqatini buzadigan bursitlar hamda yaranishga moyil revmatik tugunchalarning mavjudligi; Dorilar bilan davolashga rezistent bo'lgan sinovitlar, tenosinovitlar yoki bursitlar; Bo'g'imlardagi harakatlarning sezilarli chegaralanishi, og'ir deformasiyalar.

**Jarrohlik yo'li bilan davolashga qarshi ko'rsatmalar:** O'tkir miokard infarkti va BMQAO'B/ONMK (3 oygacha); Yurak va jigar yetishmovchiligining terminal bosqichlari. **Jarrohlik yo'li bilan davolash usullari:** bo'g'imlarni protezlash; davolovchi artroskopiya, sinovektomiya; artrodez.

**RA bilan bemorlarni jarrohlikdan oldingi davrda davolashga tegishli umumiy tavsiyalar.** MT bilan davolash nisbatan xavfsiz bo'lganligi sababli jarrohlikdan oldingi davrda davom ettirish mumkin. MTni to'xtatish jarrohlikdan keyingi davrda kasallikning avj olishiga va jarrohlik natijalarining yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Buyrak faoliyatining og'ir buzilishlari bo'lgan bemorlarda MT bilan davolashni vaqtinchalik to'xtatib turish maqsadga muvofiq bo'ladi.

GIBV larni vaqtinchalik to'xtatish, dori vositasini farmakokinetik xususiyatidan kelib chiqib. Davolashni to'xtatish dori vositasining organizmdan yarim chiqarish muddatiga, bemorlar-

ning individual xususiyatlariga, jarrohlik turiga bog'liq bo'lib, infeksiya belgilari kuzatilmaganda va jarrohlik yarasi qoniqarli bitganda davolanishni davom ettirish lozim bo'ladi. GK bilan davolashni oldingi dozada davom ettirish. Jarrohlik kunida o'rin bosuvchi davoni tayinlash lozim. Urin bosuvchi davo: jarrohlikning murakkablik darajasiga qarab tomir ichiga 6-metilprednizolon 15-30 mg tomiziladi.

## REABILITASIYA

Uch tamoyilga asoslanadi:

1. mujassamlilik va multidissiplinar yondashuv;
2. barcha bosqichlarda uzluksizlik;
3. jarayonning faolligini, funksional sinfini hisobga olgan holda rehabilitasiya dasturini tuzishning individual xarakteri.

Reabilitasiya dasturiga kasbiy terapiya, ayerobik, kuch, guruh va individual davolovchi jismoniy tarbiya, fizioterapiya (elektr, magnit, lazer, balneo, peloid, krioterapiya, akupunktura, ultratovush), ortopedik, bemorlar uchun ta'lim dasturlari va psixologik davolash kiradi. Davolovchi jismoniy tarbiya RA tashxisi qo'yilgan vaqtdan boshlab barcha bemorlar uchun avval instruktor rahbarligida so'ng uy sharoitida kasbiy ko'mak yordamida kuch mashqlari, barmoqlar harakatlari va motorikasini yaxshilovchi mashqlar bilan birgalikda bajarilishi tavsiya etiladi. Funksional chegaralanishi bo'lgan RA bilan bemorlarga ergoterapiya tavsiya qilinadi. Xorijiy adabiyotlarda «occupational therapy- mehnat bilan davolash» "ergoterapiya" iborasi ekvivalenti bo'lib, quyidagilarni o'z ichiga oladi: bo'g'imlarni muhofaza qilish va quvvatni saqlash. Barmoqlarning mayda motorikalarini mashq qilish, harakat ko'nikmalarini o'rgatish, to'g'ri funksional stereotip-

ni shakllanitirish, mehnat amaliyotlarini bajarish, yordamchi moslamalar, shina va protezlardan foydalanish, o'z-o'ziga xizmatni yengillashtiruvchi turmush anjomlari, qo'shimcha jihozlar bilan ishlash, uy va kasbiy mehnatni bajarish.

Revmatoid artritli bemor o'z-o'ziga xizmat qilish funksiyasini saqlab qolishi uchun eng foydali bo'lgan maxsus pozitsiyalarni o'rganishi kerak. Qo'l bo'g'imlariga alohida e'tibor berish kerak. Qo'llarning tashqariga og'ishi bilan bo'lgan harakatlardan saqlanish kerak. Qo'l kaftining o'ynoqi ulnar deviasiyasi yoki unga moyilligi bilan bemor qo'llarning to'g'ri o'qini tiklash uchun sharoit yaratishi kerak: - qo'l o'qini tiklash – kaftni “qirg'og'i bilan” yoki pastga pastga (kaftni tashqariga og'dirmasdan) ushlab turish qoidasi; - qo'lning ko'ndalang va bo'ylama gumbazini asrash; - kaftni tinch holatda to'g'ri tutish – kaft tennis koptokchasida, silindrsimon, konussimon yuzada turadi.

Sanatoriya-kurortda davolanish RAning past faolligi va remissiyasi bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. MDH hududida radon suvlari bilan eng mashhur kurortlar: Belokurixa, Pyatigorsk, Xmelnik, Sxaltubo. Vodorod sulfidli buloqlar Sochi-Masesta va Pyatigorsk kurortlariga xos. Mineral suvlar va balchiq kurortlari (Saki, Yevpatoriya). O'zbekistonda radon manbalari: “O'zbekiston” (Nagorniy, Samarqand viloyati), “Oltinsoy” (Navoiy viloyati) sanatoriylari. Vodorod sulfidli buloqlar “Chimyon” (Farg'ona viloyati), “Jayronxonana” (Surxondaryo viloyati), mineral, yod-bromli buloqlar “M.Topvoldiyev” (Farg'ona viloyati, Rishton), yoddobromli buloqlar “Chortoq” (Namangan viloyati) sanatoriyalari tarkibida mavjud.



## PROFILAKTIKA VA DISPANSER KUZATUV

**Profilaktika:** sog'lom turmush tarziga rioya qilish

**Dispanser kuzatuv quyidagilarga yo'naltirilgan:** Kasallik avj olishining oldini olish, davolashni doimiy korreksiya qilib turish; dorilar bilan davolashda asoratlarning oldini olish. Revmatolog tomonidan uzluksiz davolash va kuzatuv har 3 oyda kamida 2 marta amalga oshirilishi kerak; Har 3 oyda: UQT va UPT, biokimyoviy qon tahlili (ALT, AST, kreatinin). Yiliga bir marta bo'g'imlar rentgenografiyasi. Kasallikning avj olishiga olib keladigan omillardan saqlanish (interkurent infeksiyalar, stress va boshqalar.). Ko'rsatma bo'yicha kasalxonaga yotqazish. Lozim bo'lganda mutaxassislar maslahatini o'tkazish.

## TIBBIY YORDAMNI TASHKIL ETISH

Bemorlarni davolash va kuzatish revmatolog (istisno tariqasida-umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan, ammo revmatolog ko'magida) va lozim bo'lganda boshqa mutaxassislarni jalb qilib (ortoped, fizioterapevtlar, kardiologlar, nevropatologlar, psixologlar va boshqalar) davolanadi va shifokor hamda bemor o'rtasida o'zaro munosabatga asoslangan bo'lishi kerak.

Kasallikning o'tkir davrida artritni davolash zararlangan bo'g'im uchun dam olishni saqlash tamoyillariga asoslanadi.

Kasallikning sust darajasida, kasal bo'g'imlarning vazifalarini saqlab qolish uchun, mujassamlashgan jismoniy reabilitatsiya ko'rsatiladi: yotoq yo'li bilan davolash, davolovchi massaj, fizioterapiya muolajalari bilan birga davolash gimnastikasi mashqlari (UFN, issiqlik muolajalari, vodorod sulfid vannalar). Surunkali kechishida mujassamlashgan jismoniy reabilitatsiyaga davolovchi massaj, davolash gimnastikasi mashqlari, balne-

oterapiya (vodorod sulfidi, radon vannalari), sanatoriya-kurort sharoitlari bilan birgalikda balchiq terapiyasi kiradi. Balneoterapiya faolligi past bo'lgan RA da qo'shimcha davolash usuli hisoblanadi.

**Emlash.** BYAQV va GIBV emlashdan keyingi immunitetni susaytirish qobiliyatiga ega bo'lganligi sababli, barcha RA bemorlar uchun quyidagilar tavsiya etiladi: gripp virusi, pnevmokokk, gepatit V virusi keltirib chiqaradigan infeksiyalarga qarshi emlash (inaktivlashtirilgan vaksinalar). Herpes zoster virusi tufayli yuzaga kelgan infeksiyaga qarshi emlash 60 yoshdan oshgan bemorlar uchun tavsiya etiladi. GIBV bilan davolash fonda jonli vaksinalar (qizamiq, qizilcha, ko'k yo'tal, poliomyelit, rotaviruslar, sariq isitma va boshqalar) bilan emlash taqiqlanadi, faqat GIBV bekor qilingandan so'ng ruxsat beriladi: etanersept (1 oydan keyin), rituksimab (12 oydan keyin), tosilizumab (3 oydan keyin).

**Rejali gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:** RA erta va isbotlangan tashxisi/taqqoslama tashxis o'tkazish va davolash usulini tanlash, yuqori darajadagi faollik, RA ning tizimli ko'rinishlari, BYAQV tanlash va korreksiya qilish, GIBVni tayinlash to'g'risidagi masalani hal qilish, interkurrent infeksiya, septik artrit, kasallikning yoki dori bilan davolashning boshqa og'ir asoratlari rivojlanishi, homiladorlikning birinchi trimestrida RA ning avj olishi. **Shoshilinch gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:** Bo'g'imda kuchli og'riq sindromi va kuchli bo'g'imdan tashqari belgilar bilan yuqori faollik darajasi; GKC va BYAQV olgan bemorlarda og'ir interkurent infeksiyasining rivojlanishi; dori bilan davolashning og'ir asoratlari rivojlanishi (og'ir gematologik va gemorragik asoratlari, pnevmonit, oshqozon-ichak trakti shikastlanishi, toksik gepatit); nevrologik simptomlar va miyelopatiya bilan kuzatiladigan atlantoaksial chiqishlar, (ixtisoslashgan

neyroxirurgiya bo'limida), pay yorilishi, nerv siqilishi (ixtisoslashgan travmatologiya bo'limida) rivojlanishi bilan kechadi.

**Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar.** Travmatolog/ortoped - jarrohlik aralashuvi masalasini hal qilish uchun. RA tizimli zararlanishi bilan kasallikning og'ir kechishida endokrinolog, pulmonolog, kardiolog, nefrolog, gematolog, oftalmolog. Gastroyenterolog - oshqozon-ichak trakti zararlanganda. Ftiziatr - yashirin sil infeksiyaga gumon qilinganda GIBV tayinlangan holatlarda. Stomatolog - kserostomiya, so'lak bezi zararlanishining tashxisi uchun. Akusher-ginekolog - homiladorlikni rejalashtirish yoki homilador ayollar uchun.

## PSORIATIK ARTRIT

Psoriatik artrit – odatda psoriaz bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan boʻgʻimlar, umurtqa pogʻonasi va entezislarning shikastlanishiga olib keladigan immun yalliglanish kasalligidir. PsA dermatologiya va revmatologiya pillapoyasida turgan kasallikning klassik namunasi.

PsA periferik spondiloartritlar kichik guruhiga tegishli, klinik kechishida periferik boʻgʻimlarning yalliglanishi kuzatilib (artrit), entezis (entezit) qoʻl va oyoq barmoqlari paylari (tenosinovit, daktilit), koʻpincha aksial suyaklar zararlanishi bilan birga (spondilit, sakroileit) kechadi.

PsA rivojlanishi sabablari noaniq qolmoqda. Uning shakllanish omillari orasida genetik, immunologik va ekologik omillar mavjud. Psoriaz va PsA rivojlanishiga irsiy moyillik mavjud: PsA kasalligi bilan aziyat chekadiganlarning 40%idan ortiq birlamchi darajali irsiylikka ega. Tirmoqlarning zararlanishi, boshning sochli qismi psoriazi, insert psoriaz, shikastlanish va tamaki chekish xavf omili sifatida psoriaz bemorlarni PsA rivojlanish xavfini oshiradi. PsA bemorning tayanch-xarakat tizimida zoʻriqishni keltirib chiqaradigan va xayot sifatiga salbiy taʼsir koʻrsatadigan yurak-qon tomir, psixologik va metabolik yondosh kasalliklar bilan birga uchrashi mumkin. PsAning epidemiologiyasi kam oʻrganilgan. Ammo psoriaz yer yuzi aholisining 2-7%ini jarohatlagani maʼlum. Psoriazlar ichida artritning tarqalganligi turli maʼlumotlarga koʻra 7 dan 47% gachani tashkil qiladi. Umumiy populyasiyada PsAning tarqalganligi 0,04-1,4%ni tashkil qiladi, baʼzi davlatlarda, masalan Italiyada bu kasallik revmatoid artritga nisbatan koʻp uchraydi. Kasallik

turli yoshda, ammo ko'p uchrashi hayotning ikkinchi va uchinchi bosqichida, erkak va ayollarda bir xil kuzatiladi.

### PsA TASNIFI

**J.M.H. Moll, V. Wright me'zonlari (1973 y)**

PsAning klinik variantlari	Ta'rifi
Qo'l va oyoq kafti distal falangalararo bo'g'imining bir-lamchi zararlanishi (distal shakl)	qo'l va / yoki oyoqlarning klassik izolyasiyalangan DFAB zararlanishi PsA kasallarining 5% da kuzatiladi. DFAB ishtiroki boshqa bo'g'implar bilan birga ko'pincha PsA ning boshqa klinik variantlarida kuzatiladi
Assimetrik mono/oligoartrit	PsA bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligida (70% gacha) kuzatiladi. Odatda, qo'l va oyoqlarning tizza, bilak, bilak- tirsak va interfalangeal bo'g'implari ishtirok etib, yallig'langan bo'g'implarning umumiy soni 4 tadan oshmaydi.
Simmetrik poliartrit (revmatoid shakli)	PsA bilan og'rikan bemorlarning 15-20%ida kuzatiladi. RA kabi bog'langan juft bo'g'implarning qo'shilishi bilan xarakterlanadi. Besh va undan ortiq bo'g'implarning assimetrik poliartriti tez-tez kuzatiladi
Psoriatik spondilit	periferik artrit bilan tez-tez (taxminan 50%) birgalikda, kamdan-kam hollarda (2-4%)- izolyasiyalangan spondilit kuzatiladi
Mutilirlangan artrit	5% bemorlarda kuzatilgan PsA ning noyob klinik shakli barmoqlar va/yoki oyoqlarning «teleskopik deformatsiya» shakllanishi bilan, qisqarish, qo'l, oyoq barmoqlarining chiqishlari bilan bo'g'im yuzalarining keng tarqalishi (osteoliz) bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga bo'g'im yuzalarining mahalliy (chegaralangan) osteolizi barcha PsAning klinik variantlarida rivojlanishi mumkin

## KASALLIK DIAGNOSTIKASI

### Psoriaz bilan ogʻrigan bemorlarda PsA rivojlanishiga taʼsir qiluvchi omillar

Xavf omili	Taʼrifi
Tashqi	1. Jarohat 2. Infeksiya 3. Psixoyemosianal zoʻriqishlar. stresslar
Ichki	1. PS va PsA rivojlanishiga irsiy moyillik 2. Neyroyendokrin va immun (sitokin, xemokin) tartibga soluvchi mexanizmlarning buzilishi. 3. Semirish 4. Chekish

Ayniqsa yoshlikda semizlik va tamaki chekish psoriaz bilan ogʻrigan bemorlarda PsA rivojlanish omillari hisoblanadi.

### Klinik diagnostika

#### Shikoyatlar:

qoʻl va oyoq kafti, tizza, boldir-tovon, kam xollarda yelka, tirsak va chanoq-son boʻgʻimlarida ogʻriq va shish, bunda istalgan boʻgʻimlar zararlanishi mumkin.

zararlangan boʻgʻimlardagi karaxtlik

qoʻl yoki oyoq barmoqlaridan birining sosiskasimon shishi axillov payining birikkan joyida, yurganda tovonda ogʻriq. dumba yoki belda yalligʻlanish ogʻrigʻi

umurtqa pogʻonasining har qanday qismida ogʻriq, asosan boʻyin yoki bel-dumgʻaza soxalarida, tunda paydo boʻluvchi. jismoniy mashqlar yoki NYAQVdan keyin kamayadigan ogʻriq.

Anamnezi: Anamnezida psoriaz, tekshiruv vaqtida yoki oilaviy anamnezida psoriaz boʻlsa. 70% bemorlarda psoriatik teri zararlanishi boʻgʻimlar, umurtqa pogʻonasi yoki entezislar

shikastlanishidan avval paydo bo'ladi. 20% ida ular bir vaqtda rivojlanadi. 15-20% ida psoriazning birinchi klinik ko'rinishlaridan oldin PsA paydo bo'ladi. Ammo PS ning yo'qligi PsA tashxisini istisno qilmaydi.

Fizikal tekshiruv ma'lumotlari

Klinik ko'rinishlari	
Teri psoriazi	yozuvchi yuzalar, bukuvchi soxalarda, qo'l kafti, oyoq kafti, boshning sochli qismida, dumba burmalarida qizil qipiqplanuvchi pilakcha. Psoriatik triada: stearin dog'; terminal qobiq; qon shudringi (Auspits fenomeni)
Timoq psoriazi	timoq jarohatlanishi: onixodistrofiya, onixolizis, "uchqun" simptomi, ko'ndalang targ'illik.
Periferik artrit	klinik jihatdan bo'g'imlarda og'riq, shish va harakat chegaralanishi bilan namoyon bo'ladi. Harakterli belgilari: qo'l va oyoq kafti distal falangalararo bo'g'imlar artriti va "rediskasimon" deformasiya, aksial artrit (bir vaqtning o'zida bitta barmoqning 3ta bo'g'imi jaroxatlanishi), daktilit va qo'l-oyoq kafti "sosiskasimon" deformasiyasi.
Daktilit -	bir vaqtning o'zida barmoqlar yig'uvchi va yoziluvchi paylar jaroxatlanishi va falangalararo bo'g'imlar artriti natijasida paydo bo'ladi. Klinik jixatdan og'riq, hamma barmoqlarning bir maromda shishishi teri qoplaminig ko'kimtir rangda bo'lishi, harakatda og'riq, PsA ga harakterli barmoqlarning "sosiskasimon" deformasiyasi tarzida namoyon bo'ladi. Ko'p holatlarda tenosinovit-qo'l va oyoq kafti bukiluvchi va yoziluvchi paylarida yallig'lanish kuzatiladi. Klinik jixatdan tog'ay yo'li-da og'riq va shish kuzatiladi.

## Psoriatik artrit

(barmoq yallig'lanishi)	<p>klirik jixatdan og'riq. ba'zida entez nuqtasida shish paydo bo'ladi. Lokalizasiyasi- tizza usti yuqori soxasi. yonbosh suyagi qirg'og'i (qanotlari), troxanterlar, axillov payi va tovon suyagi yonbosh aponevrozining birikish joyi, yelka suyagi lateral do'mboqchasida. Tovuon soxasi entezitlari ko'pincha bemorlarning funksional qobiliyatini kamaytirishiga sababchi hisoblanadi.</p>
<i>Entezit- PsAning erta belgisi</i>	<p>umurtqa pog'onasi jaroxatlanishi (psoriatik spondilit). ko'pincha periferik artrit bilan birga keladi. Yakkalangan spondilit kam uchraydi (4%). PsAning xohlagan klinik shaklida umurtqa pog'onasining to'liq jaroxatlanishi va ASAS (2009) me'zoniga asosan belda yallig'lanish og'rig'i umurtqa pog'onasining turli soxalarida, asosan bo'yin va bel qismida, karaxtlik, asosan bir xil holatda va ertalabki vaqtda, umurtqa pog'onasining xarakatchanligi chegaralanishi uch satxda (gorizontal, frontal, sagittal), ko'krak qafasi ekskursioniyasi susayishi, nafas olganda ko'krak qafasida og'riq, shuningdek umurtqa pog'onasining o'tkir o'sig'i paypaslanganda og'riq kuzatilishi bir tomonlama yoki assimetrik sakroileit xos.</p>

### **Laborator diagnostikasi:**

Maxsus laborator testlar va biomarkerlar mavjud emas

Umumiy qon taxlili, peshob, SRO, revmatoid omillar (IgM RF), ASSP

QBT: AST va ALT, kreatinin, glyukoza, siydik kislota, gepatit V, S viruslari, OITS markyorlari, xomiladorlik testi, mantu tuberkulin sinamasi va /yoki Diaskin test, qonda lipidlar, HLA-B27 antigeni

### **Yallig'lanish faolligi ko'rsatkichlari**

**ECHT** – tizimli yallig'lanishning yuqori sezuvchan, ammo nospesifik va nostabil markyori.



**SRO** - yallig'lanish faolligini baholash, bo'g'imlar destruksiyasi tezligini bashoratlash uchun qo'llanadi

### **Instrumental diagnostika**

Qo'l va oyoq kafti, tos suyaklari va umurtqa pog'onasi obzor rentgenografiyasi, Bo'g'imlar UTTi, MRT, O'pka rentgenografiyasi, EKG, ExoKG

**Rentgenografiya** -qo'l va oyoq kafti, tos suyaklari va chanoq-son bo'g'imi to'g'ri proyeksiyada va umurtqa pog'onasiga o'tish qismida (ko'krak pastki qismi bel qismi bilan birgalikda yon proyeksiyada) birlamchi tekshiruv maqsadida va bir yilda bir marta o'tkaziladi. Qo'l va oyoq kafti rentgenografiyasida—bo'g'im tirqishi torayishi, suyak remodulyasiyasi, falangalarning rezorbsiyasi, yirik eksentrik eroziyalar, osteoliz xos. «Stakan ichidagi qalam» tipidagi deformatsiya, proliferasiya, periostitlar, suyak ankilozlari xos. Tos va chanoq-son bo'g'imi rentgenografiyasida bir tomonlama yoki assimetrik ikki tomonlama sakroileit xos. Umurtqa pog'onasining o'tuvchi qismi rentgenografiyasida paravertebral ossifikatlar va qirg'oq sindesmoftlari xos.

**UTT energetik dopler xaritalash usuli** bo'g'im yumshoq to'qima strukturalarining o'zgarishlarini aniqlashda, ayniqsa erta PsAni aniqlashda, BYAQV va GIBVlar davolash fonida remissiya saqlanishini bashoratlashda muxim afzalliklarga egadir. UTT PsA bemorlarda sinovit (yallig'lanish) va entezit, tenosinovitni aniqlashda maxsus usul xisoblanadi.

Bo'g'imlar UTT sida quyidagi parametrlar baxolanadi: sinovial qobiqning qalinlashishi, bo'g'imda shish bo'lishi, bo'g'im yuzasining konturi buzilishi (eroziya), bo'g'im oldi to'qimalarining o'zgarishi (tenosinovit)

## Psoriatik artrit

UTT energetik dopler xaritalash usulida yallig'lanish yaqqoliligini ko'rsatuvchi signal lokalizatsiyasi, tarqalishi va intensivligi aniqlanadi.

**MRT**- standart ultratovushga qaraganda kengroq. suyak va tog'ayning yumshoq to'qimalarini aniq tasvirlashga imkon beradi. MRT umurtqa pog'onasining (spondilit) va ileosakral bitishmada (sakroileit), pay-bog'lam apparatida (entezit, tendinit) va bo'g'imlarda (sinovit) yallig'lanish o'zgarishlarini erta aniqlashga mo'ljallangan.

Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi bemorlarda o'pkaning yondosh jarohatlanishini aniqlashda, birlamchi tekshiruvda, BYAQV va GIBV tavsiya qilishdan oldin so'ng har yili o'tkaziladi.

**EKG** kamida bir yilda bir marta yurak-qon tomir kasalliklarini aniqlash uchun o'tkaziladi.

**ExoKG**- qon-tomir patologiyalariga shubxa bo'lganda amalga oshiriladi.

### **PsA CASPAR Tasniflash mezonlari**

(CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006).

PsA diagnostikasi CASPAR tasnifi mezonlariga asoslanadi. CASPAR mezonlariga ko'ra, bemorlarda yallig'lanish kasalligi (artrit, spondilit yoki entezit) va 3 yoki undan ortiq nuqta belgilari bo'lishi kerak:

	Ball
1 Psoriaz:	
- psoriaz ko'rik vaqtida	2
- psoriaz anamnezida	1
- psoriaz oila anemnezida	1
2. Psoriatik timoq distrofiyasi:	
Nuqtali chuqurchalar, onixolizis, giperkeratoz	1
3. Salbiy revmatoid omil (lateks usulidan boshqa)	1

4. Daktilit: - tekshirish vaqtida butun barmoqning shishi - daktilit anamnezda	1 1
5. Qo'l va oyoq rentgenogrammalarida qirralarda suyak o'sishi tipidagi (osteofitlardan tashqari) bo'g'imdan tashqari suyak proliferasiyasi belgilari	1

### PsAda spondilit tashxisi

<b>PsAda spondilit tashxisi (sinonim: psoriatik spondilit) quyidagi 4ta belgilardan 2tasi asosida qo'yiladi.</b>	Belda yallig'lanish og'rig'i uchun (2009) ASAS me'zonlari.
1. ASAS (2009) me'zoniga asosan belda yallig'lanish og'rig'i, shuningdek dumbada og'riq.	Beldagi og'riq yallig'langan hisoblanadi, agar bemorda og'riq surunkali bo'lsa, davomiyligi 3 oydan ko'p bo'lsa.
2. umurtqa pog'onasining sagittal va frontal sathida bo'yin, ko'krak yoki bel qismida xarakat cheklanishi. 3. tos obzor rentgenogrammasida bir tomonlama sakroileit II bosqich belgilari. umurtqa pog'onasida sindes-mofitlar. 4. MRTda faol sakroileit aniqlanishi 5. (STIR- yoki T1 – rejimida ileo-sakral bitishma soxasida suyak to'qimasi shishi/osteit)	quyidagi 5ta belgidan 4tasi bo'lsa: 1. kasallik 40 yoshdan boshlanadi 2.sekin-astalik bilan boshlanishi 3. jismoniy mashqdan keyin yaxshilanish 4. tinch holatda yengillik bo'lmaslik 5. tungi og'riq

### Kasallik faollik darajalari

- 0 - remissiya (DAS <1,6, ECHT va SRO –norma)
- I - past (1,6 ≤ DAS <2,4, ECHT va SRO 20 gacha)
- II - o'rta (2,4 ≤ DAS ≤ 3,7, ECHT va SRO 20-40)
- III - baland (DAS >3,7, ECHT va SRO >40)

*DAS indeksi periferik artrit faoliyatini baholash uchun asosiy usul sifatida tavsiya etiladi.*

*DAS Hisoblash uchun formula:*

$$DAS=0,54 \text{ ÖIR}+0,065 \text{ SHBS}+0,330 \ln(ECHT)+0,072 \text{ BKB}$$

Bu yerda, SHBS – quyidagi shishgan bo‘g‘imlarning soni 28: yelka, tirsak, bilak-kaft, kaft-falangalar, proksimal falangalarga, tizza.

*IR-indeks Richi –har bir bo‘g‘imning palpasiyasida og‘riqning yaqqollik darajasi (tos-son bo‘g‘imida faqatgina passiv harakatda og‘riq bo‘lishi)*

*ECHT – Vestergren usulida eritrositlar cho‘kish tezligi,*

*BKB – bemorning kasallik faoliyatini mmda 100 millimetrli vizual analogli shkalada umumiy baxolash*

*Faoliyatni hisoblashning boshqa usullaridan foydalangan ma‘qul, buning uchun DAS bilan yaxshi taqqoslanuvchanlik isbotlangan*

Spondilit faolligi Bat faollik indeksi BASDAI yordamida aniqlanadi (anketaning o‘zi 6 ta savoldan iborat, ilovaga qarang)

*BASDAI <4 – funksiya buzilmagan, PsA faolligi past;*

*BASDAI >4 – funksiya buzilmagan va BASDAI <4 funksiya buzilishi bilan birga– o‘rtacha faollikda:*

*BASDAI >4 funksiya buzilishi bilan birga – yuqori faollik;*

*Klinik tashxislarga misollar:*

Psoriatik artrit, asimmetrik monooligoartrit, daktilit, faollik III. R III bosqich, FS II.

Psoriatik artrit, poliartrit, daktilit, faollik III. R III-bosqich, FS II. Tarqalgan vulgar psoriaz, progressirlanuvchi bosqich.

Psoriatik artrit, spondilit, tizimli jaroxat (aortit, chap tomonlama oldingi uveit). faollik III. R II-bosqich. ikki tomonlama sakroileit, ko‘plab sindesmofitoz. FS III. Kaft tovon pustulyoz psoriazi, progressiv bosqich.

Psoriatik artrit, distal falangalar bo'g'imi shikastlanishi bilan, faollik II. R III bosqich. FC I. Chegaralangan vulgar psoriasis, stasionar bosqich.

**Qiyosiy tashxis**

<b>Klinik ko'rinishlari</b>	<b>Psoriatik artrit</b>	<b>Revmatoid artrit</b>	<b>Ankilozlovchi spondilit</b>	<b>Reaktiv artrit</b>
Jinsi	Ikkala jinsdagi bemorlarda bir xil sonda	Ko'pincha ayollarda	Ko'pincha erkaklarda	Ko'pincha erkaklarda
Distal falangalararo bo'g'im	Juda tez-tez	Kamdan kam	Kuzatilmaydi	Kuzatilmaydi
Daktilit	tez-tez	Kuzatilmaydi	Kamdan kam	Tez-tez
Entezit	O'rtacha chastota	+	Tez-tez	o'rtacha chastota
Spondilit	o'rtacha chastota	-	Juda tez-tez	+
Sakroileit	asimmetrik	-	simmetrik	asimmetrik
Ko'z, teri va urogenital soxaning shikastlanishi	Kamdan-kam hollarda old uveit, psoriatik kafti	Kamdan kam	Ko'pincha oldingi uveit, iridosiklit	Ko'pincha o'tkir konyunktivit, uretrit, servitsit
Artrit tipi	Asimmetrik oligo-, poliartrit	Simmetrik poliartrit	Oyoq bo'g'imlari artriti, spondilit	Oyoq bo'g'imlari oligoartriti
RF	Yo'q	Juda tez-tez	Kuzatilmaydi	Kuzatilmaydi

Psoriatik artrit

**Bo'g'im sindromining qiyosiy tashxisi**

Tashxis	Qiyosiy tashxis uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxis mezonlari
Reaktiv artrit	Oyoq bo'g'imlarining shikastlanishi, dumg'aza yonbosh bitishmaning shikastlanishi	Urogenital infeksiya uchun, ichak infeksiya IFA, tos suyaklari rentgenografiyasi	Terida psoriatik pilakchalarning bo'lmasligi, siydikda jinsiy yoki ichak infeksiyasining musbat bo'lishi
Revmatoid artrit	Mayda kaft bo'g'imlarining jaroxatlanishi	RF, ASSP	Qo'l bo'g'imlarining simmetrik artriti, ertalabki karaxtlik. Qo'l kafti rentgenogrammasida: Epifizar osteoporoz, bo'g'im tirqishining torayishi, xoshiyalar
Podagra		qo'l bo'g'imlarining rentgenografiyasi.	Asosan erkaklar, o'tkir artrit mavjudligi anamnezida (ko'pincha monoartrit oyoqning I-bosh barmog'i) giperurikemiya.
Ankilozlovchi spondilit	I-bosh falanga bo'g'imining jarohatlanishi		kasallikning asta-sekin boshlanishi, asosan yallig'lanish belda og'riq, ertalabki karaxtlik mavjudligi,

## DAVOLASH

PsA ni davolashning hozirgi strategiyasi “maqsadga erishgunga qadar davolash” (“Treat to target”) tamoyiliga asoslanadi. Davolash maqsadi muntazam ravishda kasallik faolligini baholash va shunga ko‘ra davolashni tashkillashtirish, kasallikning remissiyasiga (yoki past faolikka) erishishdir. Bazis yallig‘lanishga qarshi dori vositalarni “imkoniyat oynasi” (window of opportunity) jadvali ichida – PsA birinchi belgilari rivojlangan vaqtdan boshlab birinchi 3 oy ichida iloji boricha erta boshlash kerak.

### **Umumiy tamoyillar.**

PsA-ko‘p tarmoqli davolanishni talab qiladigan geterogen, potensial og‘ir kasallik shuning uchun, psoriatik artrit bilan og‘rigan bemorlarni davolash revmatolog va dermatologning birgalikdagi qaroriga asoslangan bo‘lishi kerak. Bemorlarni davolashda tizimli ko‘rinishlarni (teri, ko‘zlar va oshqozon-ichak trakti) va yondosh kasalliklar metabolik sindrom, yurak-qon tomir kasalligi va depressiya kabi kasalliklarni hisobga olish kerak.

### **Nomedikamentoz davolash:**

Diyeta shirin, achchiq va yog‘li ovqatlarni chegaralash. Muntazam jismoniy faoliyat va mashqlar bilan shug‘ullanish funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ishlash qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi; Yengil jismoniy tarbiya va mashqlar PsA li bemorlarga foydali hisoblanadi. PsA li bemorlarga hayot turmush tarzini keskin o‘zgartirish ayniqsa, chekishdan voz kechish va vaznni kamaytirish tavsiya etiladi

## Psoriatik artrit

### Medikamentoz davvo

PsAni davolashda asosiy dori vositalar:

**NYAQV, glyukokortikoidlar (bo'g'im ichiga)**

**Bazis yallig'lanishga qarshi sintetik standart vositalar (BYAQV)**

**Bazis yallig'lanishga qarshi gen-injener biologik vositalar (GIBV)**

PsAni davolashda nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar, glyukokortikoidlar, bo'g'im ichi, bazis yallig'lanishga qarshi vositalar va gen-injener biologik vositalar qo'llaniladi

### Yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar

Dori vositasi (halqaro patentlanmagan nomi)	Farmokologik guruhi	Chiqarish shakli	Qo'llash usuli	Bir marta-lik doza	Qabul qilish soni, kuniga
<b>Noselektiv ingibitorlar SOG-1 i SOG-2</b>					
Diklofenak	Feniluksus kislota unumi	tabletka 25mg, 50mg	ichishga	25 mg, 50 mg	kuniga 2-3 mahal
		tabletka, kapsula 100 mg	ichishga	100 mg	kuniga 1 mahal
		ampula 3ml 25mg/ml	m/o	75 mg	kuniga 1-2 mahal
Aseklofenak	Feniluksus kislota unumi	tabletka 100 mg	ichishga	100 mg	kuniga 2 mahal



Indometasin	Indoluksus kislota unumi	tabletka 25mg	ichishga	25-50 mg	kuniga 2-3 mahal
Ketorolak	Ariluksus kislota unumi	tabletka 10mg	ichishga	10 mg	kuniga 1-4 mahal
		ampula 30mg/ml	v/i, m/o	30 mg	1-3 mahal
Ibuprofen	Propion kislota unumi	tabletka 200 mg	ichishga	200-400 mg	kuniga 3-4 mahal
		tabletka 400 mg	ichishga	400 mg	kuniga 2-3 mahal
		tabletka 800 mg	ichishga	800-1600 mg	kuniga 1 mahal
Naproksen	Propion kislota unumi	tabletka 250mg, 500mg	ichishga	500-1000 mg	kuniga 2 mahal
		tabletka 275mg, 550mg	ichishga	550 mg	kuniga 1-2 mahal
Ketoprofen	Propion kislota unumi	kapsula 50 mg	ichishga	50 mg	3-4 mahal
		tabletka 100mg	ichishga	100 mg	1-2 mahal
		tabletka va kapsula 150 mg	ichishga	150 mg	1 mahal
		ampula 2 ml 50mg/ml	m/o, v/i	100 mg	1-2 mahal

Psoriatik artrit

Deksketo- profen	Propion kislota unumi	tabletk 12.5-25mg. paket 2.5 gr granula ichishga suyuqlik tayyorlab 25mg	ichishga	25 mg	1-3 mahal
		ampula 2 ml 25mg/ml	m/o yoki v/i	50 mg	1-2 mahal
Tenoksikam	Oksikamlar	tabletk 20mg	ichishga	20 mg	1 mahal
		liofilizir- langan kukun va erituvchi flakon 20mg	m/o, v/i	20 mg	1 mahal
Lomo- ksikam	Oksikamlar	tabletk 4mg	ichishga	4 mg	2-3 mahal
		tabletk 8mg	ichishga	8 mg	1-2 mahal
		liofilizat suyuqlik tayyorlash uchun v/i va m/oga yuborishga flakon 8 mg	v/i, m/o	8 mg.	1-2 mahal

Piroksikam	Oksikamlar	kapsula, tabletk 10mg, 20mg	ichishga	20 mg	1 mahal
		ampula 20mg/ml		20- 40mg	1 mahal
Amtolmetil- guasil	Uksus kislota va o'xshash birikma unumi	tabletk 600mg	ichishga	600mg	1-2 mahal
<b>Selektiv ingibitorlar SOG-2</b>					
Meloksikam Nimesulid	Oksikamlar Sulfonanilid unumi	tabletk 7,5-15mg	ichishga	7,5mg	2 mahal
		ampula 15mg/ 1.5ml	m/o	15mg	1 mahal
Etodolak	Indoluksus kislota unumi	tabletkalar 100mg, Granula tayyorlash uchun. susp. t/ uchun ichishga 100 mg/2 g:	ichishga	100 mg	2 mahal
Meloksikam	Oksikamlar	tabletk 400mg, 600 mg	ichishga	400mg- 600mg	2 mahal

## Psoriatik artrit

Yuqori selektiv ingibitorlar SOG-2					
Etorikoksib		tabletka 60mg, 90mg, 120mg	ichishga	60-120 mg	1 mahal

NYAQVlar suyak-mushak belgilari va simptomlarini yengillashtirish uchun qo'llaniladi. NYAQVlar artrit, spondilit, daktilit, entezit simptomlarini kamaytirish uchun qo'llaniladigan birinchi qator vositalaridir. NYAQV teri psoriaziga qarshi yaqqol samara bermaydi. Spondilit yoki entezitda NYAQV bilan davolash to'rt haftada yengillik bersa davomiyligi 12 haftagacha uzaytirilishi mumkin. NYAQVlar ayniqsa glyukokortikoidlarning mahalliy ineksiyalari bilan birgalikda qo'llanganda yengil sinovit yoki spondilit uchun samaralidir. Kerak bo'lsa NYAQVlarni GK, BYAQV, GIBVlar bilan birgalikda buyuriladi. Oshqozon-ichak trakti va yurak qon-tomir tizimidagi salbiy reaksiyalar xavfini ulardan foydalanish bo'yicha tavsiyalarga muvofiq hisobga olish kerak.

### Glyukokortikoidlar

#### Glyukokortikoidlar (mahalliy va bo'g'im ichi)

Dori vositasi (xalqaro patentlan- magan nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqa- rilish shakli	Qo'l- lash usuli	Bir mar- talik doza	Qabul qilish soni, kuniga
prednizolon	glyukokortikoid	tabletka 5 mg	ichish- ga	5mg	sxema bo'yicha

prednizolon	glyukokortikoid	ampula, 1 ml /30mg	v/i, tom- chilab	30 mg- 120 mg	1 mahal
metilpred- nizolon	glyukokortikoid	tabletk 4 mg, 16mg	ichish- ga	4mg	sxema bo'yicha
betametazon dipropionat/ natriy fosfat	glyukokortikoid -depo shakli	suspen- ziya ineksiya uchun 7mg/ml- 1.0ml	bo'- g'im ichiga	1,0 ml gacha	sxema bo'yicha
triamsinolon asetonid	glyukokortikoid -depo shakli	suspen- ziya ineksiya uchun 40 mg/ ml- 1.0ml	bo'- g'im ichiga	1,0 ml gacha	sxema bo'yicha

Bo'g'im ichiga GK larni yuborish PsA uchun qo'shimcha davolash yo'li hisoblanadi. Tizimli GKlar periferik artritda qisqa vaqt davomida, eng kam samarali dozada ehtiyotkorlik bilan foydalanish mumkin. Mono-oligoartrit, poliartrit, daktilit, tenosinovit, entezitning turli lokalizasiyasida (tovon, tirsak soxasida) bo'g'implarga, payning suyakka birikish joyiga, shuningdek pay yo'liga maxalliy GKlar yuboriladi. Ba'zan tizimli GKlarni to'xtatish PSni xurujiga olib kelishi mumkin. Psoriatik spondilitni davolash uchun tizimli GK ni buyurish tavsiya etilmaydi

Psoriatik artrit

**Bazis yallig'lanishga qarshi vositalar**

**Sintetik standart bazis yallig'lanishga qarshi vositalar (metotreksat, leflunomid, sulfasalazin, siklosporin A):**

Dori vositasi (xalqaro patentlan- magan nomi)	Farmo- kologik guruxi	Chiqarilish shakli	Yubo- rish usuli	Bir mar- talik doza	Qabul qilish soni, kuniga
Metotreksat	o'smaga qarshi vo- sita, anti- metabolit	tabletki 2,5 mg, 5 mg.	ichishga	10- 15mg	hafta- da 1-2 mahal
		to'ldirilgan shprislar 10mg-1ml; 15 mg-1,5ml; 20 mg-2 ml.	teri os- tiga	10- 20mg	haftada 1 mahal
Leflunomid	immuno- depressant	tabletki 20 mg	ichishga	10-20 mg	kuniga 1 mahal
Sulfasalazin	sulfanila- midli preparat	tabletki 500mg.	ichishga	500- 1000 mg	kuniga 2-3 ma- hal
Siklosporin A	immuno- depressant	kapsula 50 mg, 100mg	ichishga	2,5 -5 mg/ kg/sut	kuniga 2 mahal
<b>Vitamin</b>					
Folij kislota	vitamin	tabletki 1 mg va 5 mg	ichishga	5 mg dan kam emas /xaf- tada	kuniga 2-3 maxal

**Metotreksat** birinchi qator vosita. Metotreksat bilan davolashda 10-15 mg/haftasiga dozasidan boshlab, 5mg dan xar 2-4xaftada oshirib borish kerak (25mg/xaftasiga oshmasligi kerak). MTning teri osti shaklini yuqori dozada ( $\geq 15$  mg/xaftasiga) tabletka buyurilganda yoki tabletka shaklini ko'tara olmaslikda buyuriladi. Metortreksatning parenteral shakli (mushak ichiga yoki teri ostiga) yuqori so'rilishga va nojo'ya ta'sirlarning kam namoyon bo'lishiga ega. MT o'rta va og'ir darajali periferik artrit va teri zararlanishining klinik yaqqoligida qo'llaniladi. MTning qarshi ko'rsatmasida yoki dorini ko'tara olmaslikda psoriazning va artritning og'irlik darajasini xisobga olib, boshqa BYAQV (Leflunamid, sulfosalazin) qo'llaniladi. Metotreksatni qabulidan 24 soat o'tgach albatta foliy kislotasi kamida 5mg haftasiga tavsiya qilinadi.

**Leflunomid** ushlab turuvchi davo 10-20 mgdan kuniga 1 maxal. Jigar faoliyati va qon nazorati. Teri jaroxatlanishida kam samara beradi.

**Sulfasalazin** vositasini dozasini oshirib borib qo'llanadi. Davolash kuniga 500mgdan boshlanadi, xar hafta kuniga 500mgdan 2g davolash dozasi qo'shiladi. Dorining samarasi 6-8 xaftadan so'ng, eng yaxshi samara 12-16 xaftadan so'ng boshlanadi. Samara bo'lmaganda dorining dozasini kuniga 3g gacha ko'tarish mumkin. SULF qabul qilinganda suyuqlikni yetarli miqdorda ichish kerak.

**Siklosporin A** boshlang'ich sutkalik dozasi 2,5 mg/kg 2maxal 3oydan kam bo'lmagan davomiylikda, samarasi yetarli bo'lmasa sutkalik dozasini sekin-astalik bilan 3—5 mg/kg/sutgacha oshirish mumkin. Dori vositaning klinik samarasiga erishilgandan so'ng sekin astalik bilan kamaytirib to'xtatiladi. PSning doimiy residivlanuvchi kechishida va preparatni to'liq to'xtatishning iloji bo'lmaganda minimal samaradorlik dozasini

uzoq muddat davomida tavsiya qilinadi, ammo 2 yildan ko'p emas, sababi nefrotoksik, gepatotoksik va kardiovaskulyar xavfi mavjud.

BYAQVlarning samaradorligini baxolash davolash boshlanishidan boshlab 3 va 6 oy davomida o'tkaziladi va keyinchalik ushbu davolashning davomiyligi xaqida bir to'xtamga kelinadi.

### **Psoriatik artrit va suyakdan tashqari klinik belgilari asosida davolash tanlovi**

BYAQV va GIBV davosini tanlaganda bemorlar klinik ko'rinishida – periferik artrit, daktilit, entezit, spondilit, teri va tirnoq psoriazi shuningdek artrit va psoriaz faolligi, salbiy oqibat omillari xisobga olinadi. PsA faolligi bor bemorlarda va salbiy oqibat omillarida BYAQV-metotreksat, leflunomid, sulfasalazin yoki siklosporin A-imkon boricha erta bosqichda (PsA davomiyligi bir necha xaftadan 1 yilgacha) boshlash kerak. Salbiy oqibat poliartrit (5 dan ortiq bo'g'imlarning shikastlasa), bo'g'imlar eroziyasi, shifokorga birinchi tashrifida faol davolash uchun ehtiyoj, kasallik keksalikda boshlanishi (60 yoshdan yuqori), salbiy oqibat omillari ECHT va CRO kabi klinik omillarining ortishini o'z ichiga oladi.

Monoartrit yoki oligoartritli bemorlarda, ayniqsa salbiy oqibat omillari bo'lganda, qaysiki struktur jaroxatlanishda, eritrosit cho'kish tezligi/ S-reaktiv oqsil oshishi, daktilit yoki timoqlarning jarohatlanishida BYAQV (metotreksat, sulfasalazin yoki leflunomid)ni xisobga olish kerak.

Periferik artritli kasallarda va bitta BYAQVga nisbatan davo samara bermasa GIBV boshlash kerak; ingibitor IL-17 ili ingibitor IL-12/23 sababli terining yaqqol jarohatlanishida hisobga olinadi. Kasallikning yengil kechishida va bitta BYAQV samara bermaganda GIBVni ham, JAK ingibitori ham to'g'ri kelma-



ganda fosfodiyesteraza ingibitori (PDE4) xaqida o'ylab ko'riladi. Bemorda entezit va NYAQV yoki maxalliy bo'g'im ichi glyukokortikoidlariga yetarli javob bo'lmaganda GIBV tavsiya qilish mumkin.

Faol psoriatik spondilitli bemorlarda funksional buzilishda, NYAQV 4xafta mobaynida samara bermaganda FNO- $\alpha$  ingibitori yoki teri jarohatlanishi bilan birga kelganda IL-17 ingibitorini tavsiya qilish kerak bo'ladi.

**GRAPPA (2021y tavsiyalari)**

<b>Klinik ko'rinishlari</b>	<b>Dori vositalari</b>
<b>periferik artrit</b>	NYAQV, BIGK, BYAQV, FNO $\alpha$ , IL-17, IL-12/23, IL-23 ingibitorlari, PDE4, iJAC
<b>daktilitda</b>	FNO $\alpha$ , IL-17, IL-12/23, IL-23 ingibitorlari, PDE4, JAC
<b>entezitlarda</b>	FNO $\alpha$ , IL-17, IL-12/23, IL-23 ingibitorlari, PDE4, JAC
<b>spondilitda</b>	NYAQV, fizioterapiya, oddiy analgeziya, FNO $\alpha$ , IL17ingibitorlari, iJAC
<b>psoriazda</b>	Mahalliy davo uchun vositalar, fototerapiya, BYAQV, FNO $\alpha$ , IL-17, IL-12/23, IL-23 ingibitorlari, PDE4, iJAC
<b>tirnoq psoriazi</b>	FNO $\alpha$ , IL-17, IL-12/23, IL-23 ingibitorlari, PDE4, JAC
<b>uveitda</b>	FNO $\alpha$ ingibitori (ETS emas), IL-12/23, iJAC
<b>IYAK</b>	FNO $\alpha$ ingibitori (ETS emas).

**Biologik bazis yallig'lanishga qarshi vositalar**

**Gen-injener biologik vositalar**

Dori vositasi (xalqaro patentlan- magan nomi)	Farmo- kologik guruxi	Chiqarilish shakli	Yubo- rish usuli	Bir marta- lik doza	Qabul qilish soni, kuniga
Etanersept	FNO- $\alpha$ ingibitori	shpris-ruch- ka 25mg va 50mg	teri ostiga	25mg va 50mg	25mg 2 maxal
Sekukinu- mab	IL-17 ingibitori	flakon poroshok 150 mg	teri ostiga	150- 300mg	xaftasiga yoki 50 mg 1 maxal xaftasiga.

TNF- $\alpha$  yoki IL-17 ingibitorlarini biologik davolashni boshlashdan oldin qo'llash mumkin. IL-12 / 23 ni TNF- $\alpha$  yoki IL-17 ga nisbatan yetarli samara bo'lmasa foydalanish mumkin. Biologik monoterapiya PcAda tavsiya qilinadi, ammo metotreksat bilan adalimumab, infliksimab yoki golimumab kompleks ravishda qo'llanilishi doriga nisbatan antitananing hosil bo'lishini susaytiradi. GIBV bilan davolash tajribali revmatolog nazorati ostida amalga oshiriladi. GIBVlarni tavsiya qilishdan oldin silga skrining (Mantu sinamasi va Diaskin test) va o'pkani rentgenografiyasi yoki ko'krak qafasini KTsi, har 6 oy davolash davomida qaytarilishi kerak.

**FNO- $\alpha$  ingibitori** MT bilan birgalikda yoki monoterapiya rejimida qo'llaniladi.

**IL-17 ingibitorlari.** Periferik artritli bemorlarda bitta BYAQV samarasi bo'lmaganda GIBV bilan davolashni boshlash kerak. **FNO- $\alpha$  ingibitori** mos tushmasa IL-17 qo'llanilishi mumkin. Sekukinumab 150 mg dozada tavsiya qilinadi.

Klinik javobga qarab preparat dozasini 300mg gacha ko'tarish mumkin. FNO- $\alpha$  va IL-17 ingibitorlari artrit, entezit, daktilit, spondilit va psoriaz faolligini kamaytiradi, bo'g'imlarning jarohatlanishini jadallanishini rentgenologik va bemorlar ahvolini funksional yaxshilaydi. Terining yaqqol jarohatlanishida IL-17 sababchi xisoblanadi. FNO- $\alpha$  ingibitori samarasizligida IL-17 o'tishga tavsiya etiladi. GIBV bilan davolanish vaqtida birlamchi va ikkilamchi samarasizlik kelib chiqishi mumkin. Birlamchi samarasizlik- davolashdan 3 oydan so'ng samara bo'lmasligi, irsiy omil, PsA faolligi, bemorning vazni ortishi, chekish, BYAQVning kompleks qabul qilinmasligi bilan bog'liqligidir. Ikkilamchi samarasizlik- bu neytrallovchi antitananing hosil bo'lishi. Bemorlarning uzoq vaqtli remissiyasida 6 oy ichida preparatlarning dozasini extiyotlik bilan kamaytirish mumkin.

Periferik artritli bemorlarda bitta BYAQV yoki bitta GIBV samara bermasa yoki GIBV to'g'ri kelmaganda JAK ingibitoridan foydalaniladi. Bemorlar GIBVni ko'tara olmasa yoki ta'sir qilmasa boshqa GIBVga yoki target sintetik BYAQVga o'zgartirishga to'g'ri keladi. Bemorlarda turg'un remissiya bo'lsa BYAQVni extiyotkorlik bilan ko'rib chiqiladi.

**Davolash samaradorligining indikatorlari:**

remissiyaga erishish yoki kasallikning minimal faolligi;  
rentgenologik jadallashuvning sekinlashishi yoki ogoxlan-

tirish;  
davomiyligi va xayot sifatini oshirish.

**Jarroxlik davo**

Zamonaviy biologik dorilar samaradorligini ko'rsatgan so'nggi tadqiqotlarni hisobga olgan holda, jarrohlik davolash

cheklangan. An'anaviy yondashuvlar muvaffaqiyasiz bo'lsa jarrohlik yordami kerak bo'ladi. Og'ir deformatsiya, oddiy odatiy harakatlarni ham bajarishda qiyinchilik bo'lsa, doriga rezistentlik paydo bo'lsa operativ davoga ko'rsatma bo'ladi.

**Jarrohlik davo turlari:**

Bo'g'imlarni protezlash; Davolash artroskopiya, sinovekto-miya; artrodez.

**Qarshi ko'rsatma:** O'tkir miokard infarkti ( 3 oydan kam bo'lmagan);

BMQAO·B (3 oydan kam bo'lmagan); yurak va buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichi. Istalgan jarroxlik amaliyoti— bu organizmga stress, stress esa — psoriazni keltirib chiqaruvchi omilidir.

**REABILITASIYA**

Remissiya bosqichida DJT (davolovchi jismoniy tarbiya), fizioterapiya va sanator-kurort davo (balneodavo) ko'rinishida o'tkaziladi. Fizioterapiya: issiq va sovuq muolajalar, ultratovush, iglorefleksoterapiya, magnito i lazeroterapiya;

SNG xududlarida radonli suvli quyidagi kurortlar birmuncha mashxur: Belokurixa, Pyatigorsk, Xmelnik, Sxaltubo. Oltingugurtli maskanlar Sochi-Masesta i Pyatigorska. Mineral suvlar va balchiqli kurortlar (Saki, Yevpatoriya). Naftalan – balneologik kurort (Azerbaydjan) naftalanli neft bilan davolash. O'lik dengizining dengiz vannalari (Izrail).

O'zbekistonda radonli maskanlar: Sanatoriyalar "O'zbekiston" (Nagorniy, Samarqand viloyati), "Altinsay" (Navoiy viloyati). Oltingugurt maskani "Chimyon" sanatoriyasi (Farg'ona viloyati), "Djeyran-xana" (Surxandaryo viloyati), mineral, yo-

dobromli sanatoriya «M. Topvoldiyev» (Farg'ona viloyati, Rishton), yodobromli maskan "Chortoq" (Namangan viloyati)

## **PROFILAKTIKA VA DISPANSER KUZATUV**

### **Birlamchi profilaktika:**

PsAli bemorlar barchasi sog'lom turmush tarziga rioya qilishi kerak, muntazam jismoniy tarbiyani kompleks davolovchi jismoniy tarbiya bilan haftasiga 30 minutdan 5 maxal shug'ullanish kerak, tana vazni indeksini nazorat qilish (TVI 18,5-24,5), spirtli ichimlik va chekishni tashlash kerak.

Og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilish. PS bilan bo'g'im shikoyatlari mavjud bo'lgan barcha bemorlar revmatolog tomonidan PsA ni erta tashxislash, bo'g'imlar destruksiyasi rivojlanishini va funksional kasalliklarni oldini olish maqsadida teks-hirilishi kerak. PS bilan og'rikan bemorlarni davolaydigan va kuzatadigan tibbiy mutaxassislar PsA ni rivojlantirish imkoniyatidan xabardor bo'lishlari kerak. PS bilan og'rikan bemorlarda PsA diagnostikasi yallig'lanish bo'g'imi kasalligi belgilari CASPAR mezonlari asosida amalga oshiriladi: semizlik va tamaki chekish-psoriaz bilan og'rikan bemorlarda PsA rivojlanish omillari.

PsAli bemorlarda komorbid kasalliklar rivojlanishiga xavf oshadi: arterial gipertenziya, metabolik sindrom, giperlipidemiya, yurak ishemik kasalligi, semizlik, qandli diabet 2-tip, depressiya. PsAda osteoporoz kuzatilishi mumkin, o'z vaqtida bemorni mutaxassisga yo'naltirish kerak.

### **Dispanser kuzatuv**

Dispanser kuzatuvini faoliyatni kamaytirish, bo'g'im va umurtqa pog'onasining funksional qobiliyatini saqlab qolishga

qaratilgan., oldini olish yoki rentgenologik rivojlanishini sekinlashtirishga qaratilgan.

Bemor monitoringi revmatolog va zarur bo'lganda dermatolog tomonidan amalga oshirilishi kerak va shifokor hamda bemor o'rtasidagi yaqin hamkorlikka asoslangan bo'lishi kerak. PsA klinik va laboratoriya faoliyatini diqqat bilan kuzatish; revmatologga har 2 oyda kamida 3 marta tashrif buyurish; har 3 oyda: umumiy qon va siydik tahlillari, biokimyoviy qon taxlillari (ALT, AST, kreatinin); har yili: lipid profilini o'rganish (aterosklerozning oldini olish uchun), densitometriya (osteoporoz tashxisi), tos suyaklarining rentgenografiyasi yiliga 1 marta ko'rsatmalarga muvofiq tor mutaxassisliklar maslahati; tavsiyalarga rioya qilmaslik va davolanishning mustaqil uzilishi-kasallikning noqulay prognozining mustaqil omillari;

Chekish, semizlik, giperlipidemiya, gipertoniya, va diabet uchun skrining: PsA bilan bemorlar muntazam ravishda yurak-qon tomir kasalliklari uchun an'anaviy xavf omillar uchun skrining bo'lishi kerak. Yurak-qon tomir xavf omillarini tuzatish umumiy aholi uchun milliy tavsiyalar asosida amalga oshirilishi lozim

## TIBBIY YORDAMNI TASHKIL ETISH

**Rejalashtirilgan gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar:** Erta tashxis qo'yish va tashxisni asoslash. PsAning xuruji (ambulator bosqichda davolashni korreksiya qilib bo'lmasa); Bazis yallig'lanishga qarshi vositalarni tanlash (BYAQV); Gen-injener biologik davoni I va II infuziyalarini rejali amalga oshirish; Dorilarning nojo'ya ta'siridan rivojlanuvchi o'rta og'ir va og'ir (xayotga xavf solmaydigan) holatlar

### **Bemorlarni shifoxonadan chiqarish mezonlari**

DAS-28 indeksining kamayishi: ogʻriqli va shishgan boʻgʻinlar soni, bemorga koʻra faolligini umumiy baholash, 100 mm boʻyicha VASH va ECHT, oʻtkir faza koʻrsatkichlari (ECHT, SRO) ning 20% yoki undan ortiq kamayishi.

**Shoshilinch gospitalizasiya uchun koʻrsatmalar:** Kasallikning yuqori faollik darajasi; Kasallikning tizimli paydo boʻlishi; Interkurrent infeksiyasini, kasalliklarning ogʻir asoratlarini yoki davolashni rivojlantirish.

### **Mutaxassislar maslahati uchun koʻrsatmalar:**

dermatolog bilan maslahatlashish-psoriazni tashxislash va davolash; travmatolog-ortoped maslahati-boʻgʻimlarning destruksiyasining rivojlanishida jarrohlik davolash taktikasini aniqlash; okulistning maslahati - koʻz shikastlanganda (koʻruv aʼzolarini jaroxatlanishini aniqlash, maxalliy davoni buyurish); fizioterapevt maslahati –gen-injener biologik vositalar bilan davolashni oʻtkazishdan oldin, bazis dori vositalar fonida sil infeksiyasini rivojlanishini aniqlash; ginekolog maslahati-homiladorlik davrida birgalikda nazorat; jarrox maslahati- oshqozon-ichakdan qon ketishiga shubxa boʻlgan hollarda; fizioterapevt bilan maslahatlashish – nomedikamentoz davolash usullarini tanlash; davolovchi jismoniy tarbiya va sport boʻyicha shifokor maslahati-boʻgʻimlarning faoliyatini yaxshilash uchun davolovchi mashqlarni tanlash. psixolog maslahati - psixologik qoʻllab-quvvatlash uchun.

Revmatolog va dermatolog - PsA bilan bemorlarni kuza-tib komorbid kasalliklarni rivojlantirish holatlaridan xabardor boʻlishi kerak va ular rivojlansa zudlik bilan maxsus mutaxassislariga yoʻnaltirish kerak.

## ANKILOZLOVCHI SPONDILIT (BEXTEREV KASALLIGI)

**Ankilozlovchi spondilit (Bexterev kasalligi)**—noaniq etiologiyali, surunkali yalligʻlanishli, birinchi navbatda tayan-ch-xarakat tizimining-dumgʻaza-yonbosh boʻgʻimi va umurtqa pogʻonasining yuqori qismlarini shikastlaydigan, aksariyat xollarda 45 yoshgacha boshlanuvchi va HLA-B27 (80-90% xollarda aniqlanadi) gistomoslik kompleksi I tip antigeni bilan bogʻliq kasallikdir.

Seronegativ spondiloartritlar tarkibiga AS, reaktiv artrit, psoriatik artrit, yalligʻlanishli ichak kasalliklaridagi spondiloartritlar (Kron kasalligi va nospesifik yarali kolit), xamda differensiallanmagan spondiloartritlar kiradi.

AS tarqalganligi 0,1% dan 1,4% gacha boʻlib, baʼzi populyasiyalarda odam leykositar antigeni (HLA) -B27 bilan kasallikning aniq bogʻliqligi isbotlangan. ASning dunyoda tarqalganlik chastotasi: Yevropada-0,24%, Osiyoda— 0,17%, Shimoliy Amerikada— 0,32%, Lotin Amerikasida— 0,1% va Afrikada- 0,07% ga teng. AS bilan kasallanishning eng yuqori darajasi 25-35 yosh oraligʻida uchrasa, kasallikning boshlanishi 18 yoshgacha 10-20% xolatlarda uchraydi. Kasallikning uchrash nisbati kuyidagicha boʻlib, erkaklar ayollarga nisbatan 3-6 marta koʻp kasallanadi, biroq oxirgi yillarda bu koʻrsatkich 2:1 nisbatga yaqinlashib bormoqda va xattoki, kasallikning erta bosqichlarida 1:1 nisbatda xam uchraydi. Butun dunyoda kasallikning dastlabki bosqichlarida tashxis qoʻyish qiyinchilik tugʻdiradi

**Aksial spondiloartrit** — asosan umurtqa pogʻonasi va periferik boʻgʻimlarning shikastlanishi bilan kechadigan spondiloartrit. Aksial spondiloartritlar guruxi ikkita klinik kategoriyaga taqsimlanadi: norentgenologik aksial spondiloartrit va ankiloz-



lovchi spondiloartrit. Kasallikning tashxisi spondiloartritlarni o'rganish bo'yicha xalqaro guruxning 2009 yildagi tasnif mezonlari-ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) asosida o'ratiladi.

**Norentgenologik aksSpA-aksSpA**, AS bilan o'xshash klinik ko'rinishga ega bo'lib, sakroileitning, dumg'aza-yonbosh bo'g'imining rivojlanib boruvchi shikastlanishi va umurtqa pog'onasining ankilozi kabi ishonchli rentgenologik belgilari mavjud bo'lmasligidir.

**Ankilozlovchi spondilit (AS)** – spondiloartritlar guruxidagi surunkali yallig'lanishli kasallik bo'lib, dumg'aza-yonbosh bo'g'imi va/yoki umurtqa pog'onasining ankilozi, xamda patologik jarayonga entezlar va periferik bo'g'imlar xam jarayonga qo'shilishi bilan kechadi.

AS multifaktorial kasallik bo'lib, ya'ni nasliy moyillikga ega, genetik va tashqi muxit omillari ta'sirida yuzaga keladi. Kasallikning etiologiyasi hozirgacha noma'lum. Asosiy o'rinni HLA-B27 geni egallaydi (80–90% xollarda aniqlanadi). Bir qator omillar AS paydo bo'lishi bilan bog'liq, jumladan nasliy fon, immun reaksiyalar, mikroob infeksiyalar va endokrin buzilishlar. Mikroob infeksiyalar tug'ma immun tizimini qo'zg'atuvchi omil bo'lib xizmat qiladi. Kasallikning patogenezida ikkita-yallig'lanish va sindesmofitlar paydo bo'lishi kabi asosiy patofiziologik jarayonlar muxim rol o'ynaydi. Kasallikning rivojlanishi birinchi navbatda suyak to'qimasi proliferasiyasi (revmatoid artritdagi eroziyadan farqli o'laroq), sindesmofitlarning (va/yoki entezofitlarning) o'sishi va umurtqa pog'onasi va bo'g'imlarning ankilozi bilan namoyon bo'ladi.

**Entezit-pay tolalarining suyakka birikish nuqtasining yallig'lanishi.**

## Ankilozlovchi spondilit

**Daktilit-qo'l** va oyoq barmoqlarining aloxida chegaralangan yallig'lanishi.

**Tenosinovit**- pay atrofida joylashgan biriktiruvchi to'qimali pardaning yallig'lanish jarayoni.

### Ankilozlovchi spondilit tasnifi

**Asosiy tashxis:** Ankilozlovchi spondilit (M 45)

### Klinik bosqichlari:

Erta (norentgenologik) bosqich - MRT ma'lumotida ishonarli sakroileit belgilarining mavjud bo'lishi.

Rivojlangan bosqich: ishonarli sakroileit belgilarining mavjudligi, biroq sindesmofit ko'rinishida umurtqa pog'onasida aniq struktur o'zgarishlarning mavjud emasligi.

Kechki: ishonarli sakroileit belgilarining mavjudligi va umurtqa pog'onasida aniq struktur o'zgarishlarning (sindesmofitlar) mavjudligi.

### Kasallik faolligi:

faollik ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) ko'rsatkichi bo'yicha aniqlanadi.

faollik BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) ko'rsatkichi bo'yicha aniqlanadi (ilovaga qarang)

### Ankilozlovchi spondilit faolligi

Faollik	ASDAS	BASDAI
Past faollik	<1.3	(raqamli reytingli shkala 0-10)
O'rtacha fallik	>1,3 dan <2,1 gacha	<2,0
Yuqori faollik	>2,1 dan <3,5 gacha	>2,0 dan <4,0 gacha
Juda yuqori faollik	>3,5	>4,0 dan <7,0 gacha

Kasallik faolligini baxolashda BASDAI ko'rsatkichiga qaraganda ASDAS ko'rsatkichi ishonchliroq

**Ekstraaksial (vne aksial) namoyon bo'lishi:** Artrit (koksit aloxida qayd etiladi). Entezit. Daktilit

**Skeletdan tashqari o'zgarishlar:** Uveit. Ichakning yal-  
lig'lanish kasalliklari (Kron kasalligi, yarali kolit). Psoriaz.  
IgA- nefropatiya. AV o'tkazuvchanlik buzilishi, aortit

**Qo'shimcha immunogenetik xarakteri – HLA-B27.**  
HLA-B27 – musbat.

HLA-B27 – manfiy

**Funksional sinf:**

I – to'liq saqlanib qolgan: o'z-o'ziga xizmat qilish, professi-  
onal va professional bo'lmagan faoliyatlari

II – saqlanib qolgan: o'z-o'ziga xizmat qilish, professional  
faoliyati cheklangan: professional bo'lmagan faoliyatlari

III – saqlangan: o'z-o'ziga xizmat qilish, cheklangan: profes-  
sional va professional bo'lmagan faoliyatlari

IV – cheklangan: o'z-o'ziga xizmat qilish, professional va  
professional bo'lmagan faoliyatlari

**Asoratlar:** Ikkilamchi tizimli amiloidoz, osteoporoz (tizim-  
li), yurakning aortal nuqsoni, aortit, yurak ritmining buzilis-  
hi, sindesmofitning sinishi, atlanto-oksipital bo'g'imning ya-  
rim chiqishi, umurtqa bo'yin soxasining nostabilligi, periferik  
bo'g'imlarning kontraktura va ankilozi, tos-son bo'g'imi funk-  
siyasining buzilishi (to'piqlar orasidagi masofa 70 smdan kam),  
bo'yin-ko'krak soxasi kifozi (ensa-devor masofasi 5 smdan  
ko'p).

## TASHXIS

**Klinik tashxis**

**Shikoyatlar va anamnez**

Bel soxasidagi og'riq: kasallikning boshlang'ich davrida  
qisqa vaqtli va residivlanuvchi, davomiyligi 3 oy va undan

## Ankilozlovchi spondilit

ortiq davom etuvchi og'riq; jismoniy yuklamadan keyin yoki NYAQVdan keyin kamayuvchi tungi og'riqlar, dam olgandan keyin og'riq va karaxtlik intensivligining ortishi, jismoniy yuklamadan keyin yoki NYAQVdan so'ng 24-48 soatdan keyin kamayuvchi og'riq; bo'g'imlardagi va/yoki umurtqa pog'onasidagi ertalabki karaxtlik; dumg'azadagi davriy og'riq; sonning orqa qismiga og'riqning uzatilishi.

Fizikal tekshiruv	Ta'rif
bemorning tashqi ko'rinishiga baxo berish	Tana massa defisiti, terlash, teri qoplamalari, timoq, konyunktivaning xolati, limfa tugunlarining kattalashganligi
Bemorning qad-qomatini baholash	Qad-qomat- umurtqa pog'onasidagi fiziologik egilmalarning kuchayishi yoki to'g'irlanishi-so'rovchi pozasi yoki kekkaygan xolati, ko'krak kifozi fiksasiyasini, skolioz borligini va paravertebral mushaklarning xolatini (tonusning ortishi, gipotrofiya, palpasiyada og'riqlilik) aniqlash.
Bemorning yurishini baholash	Bemorning yurishida cho'loqlik, o'rdak yurish borligini (tayoqcha yoki qo'ltiq tayoqdan
	foydalanish), yurishning buzilishi sababini (dumg'aza-yonbosh bo'g'imida, tos-son bo'g'imida yoki oyoqlarida, tovon soxasida og'riqlarning borligi, ildizchali shikastlanish sababli oyoq mushaklarining xolsizligi yoki atrofiyasi, xaqiqiy yoki skolioz sababli bitta oyoqning qisqarishi) aniqlash. Umurtqa pog'onasidagi harakatlar cheklanganligini aniqlash uchun funksional testlar (buning uchun hozirgi vaqtda faqatgina beshta testdan foydalaniladi).

<p>Bo'g'imlarning ko'rigi, palpasiyasi va xarakatlar xajmini aniqlash. 44ta bo'g'imni sanash.</p>	<p>Bo'g'imlarning ko'rigi, palpasiyasi va xarakatlar xajmini aniqlash artrit, daktilit, bo'g'imlarning deformatsiyalari va yarim chiqishlari, bo'g'imlarning giperxarakatchanligini aniqlashga yordam beradi. ASda 44 ta bo'g'imlardan (o'ng va chap ko'krak-o'mrov, o'mrov-akromial, yelka, tirsak, bilak-kaft, tizza, boldir-tovon, 10 ta kaft-falangalari, 10 ta proksimal falangalararo bo'g'imlar va 10 ta oyoq-kaft bo'g'imlari) foydalaniladi.</p>
<p>Entezlarning ko'rigi va palpasiyasi</p>	<p>o'ng va chap ko'krak-o'mrov, o'mrov-akromial, yelka, tirsak, bilak-kaft, tizza, boldir-tovon, 10 ta kaft-falangalari, 10 ta proksimal falangalararo bo'g'imlar va 10 ta oyoq-kaft bo'g'imlari entezlarining ko'rigi va palpasiyasi</p>
<p>Umumiy terapevtik ko'rik.</p>	<p>teri, OIT, o'pkalar, yurak qon-tomir patologiyalarini aniqlash uchun umumiy terapevtik ko'rik o'tkaziladi</p>
<p>umurtqa pog'onasidagi xarakatlar chegaralanganligini aniqlash: modifikatsiyalangan Shober testi</p>	<p>umurtqa pog'onasi bel qismining xarakatlari cheklanganligini saggital tekislikda aniqlash uchun modifikatsiyalangan Shober testidan foydalaniladi. Bemor tik turgan xolda o'tkaziladi: 1- nuqta yonbosh suyagining orqa-yuqorigi o'sig'ini birlashtiradigan o'rta chiziqni aniqlash va belgilash. 2-nuqta belgilangan o'rta</p>
	<p>chiziqdan yuqoriga 10 sm o'lchab belgilanadi. Bemordan tizzalarini bukmasdan maksimal oldinga egilish so'raladi va 1- va 2-nuqtalar oralig'idagi masofa tasma yordamida o'lchanadi. Normada ushbu masofa 15 smdan ortiq chiqishi lozim. Test ikki marta takrorlanadi va eng yaxshi ko'rsatkich olinadi.</p>

## Ankilozlovchi spondilit

<p>Yonga egilishni o'lchash</p>	<p>Umurtqa pog'onasi bel qismining xarakatchanligini frontal tekislikda aniqlash uchun ushbu qismda yonga egilishni o'lchashdan foydalaniladi. Bemor tik turgan xolda tovoni, dumg'aza soxasi va kuraklari devorga tegib turgan xolatda, santimetrli lenta yordamida dastlab qo'l o'rta barmog'i va pol o'rtasidagi masofa o'lchanadi, keyin bemordan yonga yegilish so'raladi va masofa qayta o'lchanadi. Dastlabki va keyingi o'lchangan masofa baxolanadi. Normada ushbu masofa 10 smdan kam bo'lmasligi lozim. Test ikkala tomonda ikki marta o'lchanadi va eng yaxshi ko'rsatkich olinadi</p>
<p>Quloq mochkisi-devor va ensa-devor oralig'i masofasini o'lchash</p>	<p>Bemordan tik turgan xolda tovoni, dumg'aza soxasi va kuraklari devorga tegib turgan xolatda turishi so'raladi. Daxan odatiy xolatda. Bemor boshini orqaga egmasdan (ensa soxasini) maksimal xolatda, devorga tekkizishga xarakat qiladi. Santimetrli lenta yordamida quloq mochkisi-devor va ensa-devor oralig'i o'lchanadi. Test ikkala tomonda ikki marta quloq mochkisi-devor va ensa-devor oralig'i o'lchanadi va eng yaxshi ko'rsatkich olinadi.</p>
<p>Bo'yin qismi xarakatchanligi rotasiyanini baxolash</p>	<p>Umurtqa pog'onasi bo'yin qismi xarakatchanligini baxolash uchun bo'yin soxasining rotasiyasi goniometr yordamida o'lchanadi va normada bo'yinning burilish burchagi 70 gradusdan kam</p>
	<p>bo'lmasligi lozim. Test ikki marta takrorlanadi va eng yaxshi ko'rsatkich olinadi.</p>

To'piqlar orasidagi maksimal masofani o'lchash	Tos-son bo'g'imi xarakatchanligini baxolash uchun to'piqlar orasidagi maksimal masofa o'lchanadi. Buning uchun bemor chalqancha yotgan xolatida, bemordan yooqlarini maksimal ochishi so'raladi va medial to'piqlar orasidagi maksimal masofa o'lchanadi. Normada ushbu masofa 100 sm va undan ortiq. Test ikki marta takrorlanadi va eng yaxshi ko'rsatkich olinadi
Ko'krak qafasi nafas ekskursiyasini baxolash	Ko'krak qafasi nafas ekskursiyasini baholash alohida o'tkaziladi. Ko'krak qafasi nafas olish ekskursiyasi chuqur nafas olinganida va chiqarilganida ko'krak qafasi aylanasi 4-qovurg'a oralig'ida o'lchanadi. Normada ushbu o'lcham 5 smdan kam bo'lmasligi lozim. Test ikki marta takrorlanadi va eng yaxshi ko'rsatkich olinadi.

AS debyutidagi artrit: asosan mono- ili oligo-; ko'pincha oyoq bo'g'imlari asimmetrik ravishda shikastlanadi; qon plazmasida revmatoid omilining bo'lmasligi; HLA-B27 aniqlanishi yoki oilaviy anamnez; entezlarning yallig'lanishi (entezit) ko'pincha tovon, tos bo'g'imlarining shikastlanishi; Skeletdan tashqari ko'rinishlar.

ASda noxush oqibat omillariga: Kasallikning bolalikdan boshlanishi; Koksit (tos-son bo'g'imining yallig'lanishi); Erta rivojlangan umurtqa pog'onasi bo'yin soxasining kifozi. laborator faollikning turg'un yuqoriligi (ECHT, SRO ning balandligi); YAQNP larning nosamaradorligi yoki ko'tara olmaslik. dastlabki yillarda ASda umurtqa pog'onasining funksional buzilishlari ko'p uchraydi (asosan bo'yin soxasi). NYAQV, sulfasalazin va maxalliy ineksiyalar bilan davolashga qaramasdan turg'un periferik artrit va entezitlar. Yaqqol tizimli namoyon bo'lishi (ko'pincha residivlanuvchi uveit, aortit, yurak o'tkazuvchi tizimi shikastlanishi)

**Laborator tashxis.** AS uchun xos bo'lgan spesifik diagnostik laborator testlar yo'q. UQT, UPT, SRO. Kon bioximik tahli-li: AST va ALT, mochevina, kreatinin, koptokchalar filtrasiyasi tezligini xisoblash bilan, glyukoza, gepatit V, S, virusi markyorlari, VICH, xomiladorlikni aniqlash uchun test, tuberkulinli Mantu sinamasi va/yoki Diaskin test.

AS biomarkeri HLA-B27

ASning tashxisida HLA-B27 ni aniqlash yordamchi axamiyatga ega, maxsus test emas.

Yallig'lanish faolligini ko'rsatkichlari

SOYe – yuqori sezgir, lekin spesifik bo'lmagan va tizimli yallig'lanishning nostabil markyori.

SRO -yallig'lanish faolligini aniqlash maqsadida ishlatiladi, AS ning tez struktur progressirlanish prediktori xisoblanadi.

Instrumental tashxislash. Toya suyaklari standart rentgenografyasi MRT, KT, UZI, ko'krak qafasi rentgenografyasi, EKG, ExoKG, EGFDS.

Rentgenografiya tos suyaklari va chanoq son bo'g'imi bilan old orqa va yon proyeksiyalarda dumg'aza-yonbosh bitishmasidagi (sakroileit) va umurtqa pog'onasidagi (umurtqa pog'onasi-ning kvadratizasiyasi, yara-eroziya, osteoskleroz yoki «gullab turgan burchaklar», sindesmofitlar) struktur o'zgarishlarni va rivojlanish monitoringi uchun asosiy aniqlash usuli. Rengenologik rivojlanish tezligikasallikning faolligiga bog'liq. ASga shubha qilingan bemorlarda instrumental tekshiruv chanoq suyaklarining standart rentgenografyasini o'tkazishdan boshlash tavsiya etiladi.

MRT tekshiruv usuli sakroileitni, sinovitni va entezitni tashxislash uchun qo'llaniladi. Klinik ko'rsatma bo'lganda (belning pastki qismida yallig'lanish xarakteridagi og'riq va kasallikni nisbatan uzoq bo'lmagan davri 2-3 yilgacha) va rentge-



nogrammada sakroileitning isbotlangan belgilari aniqlanmasa dumg'aza-yonbosh bitishmasi MRT tavsiya etiladi va u sakroileitning asosiy diagnostik usuli sanaladi. MRT tekshiruvi dumg'aza-yonbosh birikmasida T1 va T2 FatSat (yoki STIR) impulsi izchillikda yarimkoronar tekislikda kesimi 4 mmdan oshmaydigan rejimda o'tkazish tavsiya etiladi. Dumg'aza-yonbosh birikmasining MRT tekshiruvida kamida ikkitadan kam bo'lmagan soxada yoki bir vaqtning o'zida bitta soxada lekin ketma-ket ikkita yoki undan ortiq MR bo'laklarida subxondral suyak iligi shishining bo'lishi ishonchli sakroileit belgisidir. MRT tekshiruvida suyak iligi shishi STIR—yoki T1-rejimida tomogrammalarda yog' to'qimasida signalning kamligi (fat-saturated) va kontrast kuchaytirilgan giperintensiv signaldir. Giperintensiv signal qanchalik kuchli bo'lsa, katta extimollik bilan yallig'lanish faolligini shunchalik aks ettiradi. Shikastlangan suyak iligi soxasi periartikulyar joylashadi.

Sinovit-T1-rejimda dumg'aza-yonbosh birikmasining sinovial soxasida (qon-tomirlarning signaliga o'xshash) tomogrammalarda yog' to'qimasida signalning kamligi (fat-saturated) va kontrast kuchaytirilgan giperintensiv signal. STIR rejimda yallig'langan sinovial qobiqni bo'g'im bo'shlig'idagi suyuqlikdan farq qilib bo'lmaydi;

Entezit-boylam va paylarning suyakka birikkan soxasining, xamda bo'g'im orti soxasi (suyaklararo boylamlar)ning STIR rejimda yoki T1-rejimda tomogrammalarda yog' to'qimasida signalning kamligi (fat-saturated) va kontrast kuchaytirilgan giperintensiv signali. Signal yumshoq to'qimalar va suyak iligiga tarqalishi mumkin

**Kompyuter tomografiya AS** tashxisida yordamchi ahamiyatga ega. Dumg'aza-yonbosh birikmasida rentgenologik ma'lumotlar shubxali bo'lganda va MRTda sakroileitning isho-

narli belgilari bo'lmagan xolatda KT o'tkazish tavsiya qilinadi. KT odatiy rentgenografiya ma'lumotlari interpretasiyasida kuzatiladigan qiyinchiliklarni (erta bosqichda, 21 yoshgacha bo'lganlarda o'sish nuqtasi to'liq yopilmaganda, Forest kasalligida va boshqalar) yengishga yordam beradi.

**UTT (ultrasonografiya)** bo'g'imlar yallig'lanishi va entezitlarni aniqlashda qo'llaniladi. Chanoq-son bo'g'imlarining UTT tekshiruvi- bo'g'imning yallig'lanishida informativ usul hisoblanadi. AS bilan kasallangan bemorlarda bo'g'imda yallig'lanish xisobiga og'riq va xarakat cheklanishi kuzatilsa UTT o'tkaziladi. Agar son suyagi bo'yinchasi yuzasi va bo'g'im kapsulasi orasidagi masofasi 7 mm dan ortsa tos-son bo'g'imida suyuqlik bor deb tashxislanadi. Muhim tomoni shundaki, qarama-qarshi bo'g'imlarning tekshiruvida bo'g'im-kapsula bo'shlig'ida 1,5 mmdan ortiq asimmetriyaning bo'lishi patologiya belgisidir.

**Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi** BYAQV va GIBV lar bilan davolashdan oldin o'tkazilishi va keyinchalik GIBT fonida xar 6 oyda takrorlanishi tavsiya etiladi. **EKG** – o'tkazuvchanlik buzilishlarini aniqlash mumkin. **ExoKG** – yurak va aorta nuqsonlari aniqlanadi. **EFGDS** – oshqozonning eroziv, yarali shikastlanishlarini istisno qilish maqsadida va NYAQV larni uzoq vaqt qo'llaganda xavfsizligini nazorat qilish maqsadida qo'llaniladi.

### **Aksial spondiloartritlarning ASAS tashxis mezonlari (2009)**

Kasallikning erta (norentgenologik) bosqichi ASAS tasnif mezonlari (2009) asosida qo'yilishi mumkin.

Tashxis sakroileit bo'lganida va kamida bitta spondiloartritning belgisi yoki HLA-B27 geni va spondiloartritning boshqa 2ta belgisi bo'lganda qo'yilishi mumkin

Aksial spondiloartrit (norentgenologik, erta AS)		
45 yoshgacha bo'lgan kamida 3 oy davomida bel og'rig'i bo'lgan spondiloartritli bemorlar uchun		
MRT yoki rentgen bo'yicha sakroileitning belgisi + $\geq 1$ spondiloartritning belgisi	yoki	HLA-B27 + SpAning boshqa $\geq 2$ belgisi
SpA belgilari Yallig'lanishli bel og'rig'i* Artrit Entezit (tovon soxasida) Uveit Daktilit Psoriaz Kron kasalligi/yarali kolit NYAQVlarga yaxshi samara Oilaviy anamnez SpA bo'yicha HLA B-27 SRO miqdorining balandligi		Sakroileitning MRT yordamida aniqlangan (ileosakral birikma soxasidagi suyak to'qima shishi/osteit) aktiv yallig'lanish belgilari Rentgenologik tasdiqlangan sakroileit belgilari modifisirlangan Nyu-York tasnifiy mezonlariga asosan (2-daraja bilateral yoki 3-4-daraja unilateral) Bu mezonlarning sezgirligi 82.9%, o'ziga xosligi 84,4%

\* Yallig'lanishli bel og'rig'i ASAS mezoni (2009) (umurtqa pog'onasidagi surunkali og'riq) bel og'rig'i quyidagi 5 ta belgilardan kamida 4 tasi bo'lganida yallig'lanishli sanaladi

1. Boshlanishi 40 yoshdan oldin
2. Bosqichma-bosqich boshlanishi
3. Jismoniy mashqlarni bajargandan so'ng yaxshilanish
4. Tinch holatda yaxshilanishning yo'qligi
5. Tungi og'riqlar

ASning rivojlangan va kechki bosqichi tashxisi modifikatsiyalangan Nyu-York (1984) mezonlariga mos keladi.

## Ankilozlovchi spondilit

### Ankilozlovchi spondilit modifisirlangan Nyu-York mezonlari (1984y.) qo'yiladi:

Klinik mezonlar	Rentgenologik mezonlar.
<p>3 oy davomidagi, jismoniy mashqlardan keyin kamayuvchi, dam olganda o'tib ketmaydigan bel soxasidagi og'riqlar</p> <p>Umurtqa pog'onasining bel qismida ham sagittal ham frontal tekislikda harakatlar cheklanishi</p> <p>Ko'krak qafasi nafas olish ekskursiyasining ma'lum yoshga va jinsga nisbatan normal xajmiga nisbatan kamayishi</p>	<p>Sakroileit: ikki tomonlama (II - IV bosqich) yoki bir tomonlama (III-IV bosqich).</p>

### Sakroileitning rentgenologik bochqichlari (Kellgren, 1965y)

Bosqich	Ta'rifi
0 bosqich – (norma).	Bo'g'im tirqishi-bir xil, normada; Bo'g'im yuzasi-aniq tekis; Subxondral osteoskleroz aniqlanmaydi
I bosqich shubhali o'zgarishlar:	subxondral osteoskleroz: sust ko'rinishda ko'pincha bo'g'imlarning markaziy qismida aniqlaniladi; Bo'g'im tirqishi: odatda, butun yuzasi bo'ylab bir tekis; Bo'g'im yuzasi: noaniq va/yoki bo'g'im yuzasi suyaklari notekisligi aniqlaniladi; Patologik o'zgarishlarning tarqalganligi: o'zgarishlar dumg'aza va/yoki yonbosh suyaklarining ahamiyasiz sohalari bo'ylab, chegaralangan sohalarida, ko'pincha dumg'aza-yonbosh bitishmasining pastki va markaziy sohalarida aniqlaniladi.
II bosqich – minimal o'zgarishlar.	subxondral osteoskleroz: ikkala tomonda bo'g'im tirqishi aniqlanishi, ahamiyasiz yoki o'rtacha daraja tarqalgan osteoskleroz:

<p>boshlang'ich sakroileit:</p>	<p>bo'g'im tirqishi: bo'g'im tirqishi kengaygan soxalarining toraygan soxalar bilan navbatlashishi; bo'g'im yuzasi: butun bo'g'im yuzasi bo'ylab konturlarning notekis va noaniqligi (yemirilishi) patologik o'zgarishlarning tarqalganligi:- o'zgarishlar dumg'aza-yonbosh birikmasi bo'g'im yuzasining katta qismida markaziy va pastki soxalarida dumg'aza suyagi tomonga va yonbosh suyagi tomonga tarqalgan o'zgarishlar aniqlanadi.</p>
<p>III bosqich – o'rtacha destruktiv o'zgarishlar</p>	<p>subxondral osteoskleroz: ushbu bosqich uchun odatiy bo'lgan, ikkala tomondan bo'g'im tirqishida keng tarqalgan osteoskleroz aniqlanadi; yaqqol ifodalangan osteoskleroz belgilari bo'lmasligi xam mumkin, lekin bo'g'imlarda eroziv jarayonlar yaqqol ifodalangan bo'ladi; bo'g'im tirqishi: bo'g'im tirqishining kengaygan soxalari toraygan soxalari bilan navbatlashishi (qisman yoki bo'g'im tirqishining barcha soxasi bo'ylab kengayishi, bo'g'imda yaqqol ifodalangan destruktiv o'zgarishlar borligini ko'rsatadi), ba'zi xolatlarda yaqqol ifodalangan subxondral osteosklerozda bo'g'im tirqishi aniqlanmasligi mumkin, lekin bo'g'imning pastki soxasi tos xalqasi yopiq plastinasi bilan bitta suyak blokiga qo'shilmaydi; bo'g'im yuzasi: bo'g'im yuzasi bo'ylab ko'plab eroziyalar aniqlanadi; bo'g'im yuzasida notekis konturlar aniqlanib, notekislik va ko'pincha noaniqlik («loyqa konturlar») aniqlanadi; patologik o'zgarishlarning tarqalganligi: o'zgarishlar dumg'aza-yonbosh birikmasi bo'g'im yuzasining katta qismida markaziy va pastki soxalarida dumg'aza suyagi tomonga va yonbosh suyagi tomonga tarqalgan o'zgarishlar aniqlanadi. Ba'zan dumg'aza-yonbosh birikmasining subxondral soxasida katta o'lchamli kistalar aniqlanadi.</p>

## Ankilozlovchi spondilit

	evolyusiya jarayonida sakroileitning kechki bosqichlarida osteoskleroz odatda regressiyaga uchraydi: subxondral ostoyesklerozning ifodalanishi va tarqalishi kamayadi (dumg'aza suyagi va yonbosh suyagi), yagona yoki ko'plab turlicha ifodalangan suyak ko'priklari (bo'g'imlarda qisman suyak ankilozi) paydo bo'lishi mumkin. bo'g'im tirqishi saqlangan ko'pincha toraygan. kam xollarda kengaygan bo'ladi
IV bosqich – yaqqol ifodalangan (terminal bosqich) o'zgarishlar	subxondral osteoskleroz: dumg'aza-yonbosh birikmasi bo'g'im tirqishining aloxida soxalarida ifodalangan va/ yoki bo'lmasligi mumkin bo'g'im tirqishi va bo'g'im yuzasi: bo'g'imlarning to'liq suyak ankilozi; bo'g'im yuzasi markaziy soxalarida aniq ifodalanmagan bo'lishi mumkin. Bo'g'im tirqishining pastki yarmi to'liq ankilozlangan bo'ladi

Aksial spondiloartritlarda R-progressirlanish prediktorlari quydagilar: SRO miqdori yuqoriligi, struktur o'zgarishlar mavjudligi, suyak iligi shishi, erkak jinsi, HLA-B27 aniqlanishi, chekish, tana massa indeksining yuqoriligi.

### Klinik tashxisni shakllantirishga misollar

AS, erta bosqich, juda yuqori faollik (BASDAI-7.8; ASDAS SRO-3.7), ekstraaksial (tovon enteziti, artrit) va skeletdan tashqari ko'rinishlar (uveit) bilan HLA B-27 musbat, FS II.

AS, ifodalangan bosqich, yuqori faollik (BASDAI-5.8; ASDAS SRO-2.5), ekstraaksial ko'rinishlar: ikki tomonlama koksit, HLA B-27 musbat, FS II.

AS, kechki bosqich, o'rtacha faollik (BASDAI-3.8; ASDAS SRO-2.0), HLA B-27 musbat, FS II.

Bo'yin-ko'krak kifozi (ensa-devor masofasi-10 sm).

Belgilari	Ankilozlovchi spondilit	Psoriatik artrit	Reaktiv artrit
Kasallik boshlanish yoshi	yoshlar, o'spirinlar	35-45 yosh	yoshlar
Erkak va ayol nisbati	3:1	1:1	5:1
HLA -V27	HLA -V27	HLA- V27	HLA- V27 (aksial jarohat)
Artrit	asosan asimmetrik, pastki xarakat bo'g'imlari	(aksial jaroxat)	asosan asimmetrik, pastki harakat bo'g'imlari
Entezit	kuzatiladi	asosan asimmetrik, xar qanday bo'g'inlar	ko'p hollarda
Daktilit	xarakterli emas		ko'p hollarda
Teri jarohati	xarakterli emas	ko'p hollarda	sirkulyar balanit, keratodermiya
Ko'z jarohati	uveit	ko'p hollarda	irit, konyuktivit
Peshob tanosil tizimi	net	teri va timoqlar psoriazi	uretrit, servisit
Sakroileit	ikki tomonlama	xarakterli emas	bir tomonlama
Sindesmofitlar	kichik, chekkada joylashgan	net	dag'al, yakka paravertebral
Bo'g'im rentgenografiyasi		bir tomonlama	boylamlarning suyakka birikish joyida destruktiv o'choq ko'rinishidagi entezopatiyalar
Ishlatishdan samara	GIBV	massiv, chekkada emas	Antibakterial terapiya

## DAVO

Davolash bemorni butun xayoti davomida vrach revmatologlar tomonidan amalga oshiriladi. Zamonaviy davo strategiyasi "Maqsadga erishish uchun davolanish" tamoyiliga asoslanadi (Treat to Target – T2T). Davo maqsadi -bemorning funksional imkoniyatlarini barqarorlashtirish, xayot sifati va mexnat qobiliyatini saqlashni ta'minlash maqsadida turg'un klinik, laborator va MRT remissiyasiga yoki (muqobil) kasallikning doimiy ravishda past darajadagi faolligiga erishish. ASDAS  $\leq$  1.3. maqsadga erishish (T2T) strategiyasida davolashning asosiy maqsadi sifatida tan olingan.

MRT remissiya – umurtqa pog'onasi, dumg'aza-yonbosh bitishmasi, chanoq son bo'g'imida (koksit mavjudligida) o'tkir yallig'lanishli o'zgarishlarning to'liq yo'qolishi.

### **Davolash tamoyillari**

Davolash shifokor bilan bemor o'rtasidagi o'zaro bog'liqlikka asoslangan bo'lishi lozim. AS bemorlari optimal olib borish revmatolog tomonidan boshqa mutaxassislar bilan muvofiqlashtirilgan multidissiplinar va individual terapevtik yondashuBNI talab qiladi. ASning optimal terapiyasi nofarmakologik va farmakologik davolash usullarini birgalikda olib borishga asoslangan. AksSpAli bemorlar terapiyasining asosiy maqsadi xayot sifatini maksimal darajada yaxshilashga qaratilgan.

### **Nofarmakologik terapiya**

Kasallik xaqida va sog'lom turmush tarzi xaqida ma'lumot («AS maktablari» da). ASning nofarmakologik davolash usullarining ichida bemorlarni o'qitish (bemorlar maktabi) va munozam jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish-davolovchi jismo-



niy tarbiya (DJT) asosiy o'rinni egallaydi. Tizimli DJT bilan shug'ullanish kasallikning oqibatini va kechishini yaxshilaydi. Fizioterapiya yordamchi usul sifatida xar xil turdagi gidroterapiya, manual terapiya, teri orqali neyrostimulyasiyasi, akupunktura ko'rinishida amalga oshiriladi..

### **Medikamentoz terapiya**

**NYAQV, analgetiklar, glyukokortikoidlar sintetik bazis yallig'lanishga qarshi preparatlar (c-BYAQV)**

**$\alpha$ -o'sma nekroz omilining ingibitorlari (iFNO- $\alpha$ )  
interleykin 17 ingibitorlari (iIL17)**

**Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar (SOG-1 va SOG-2)** AS tashxisi qo'yilganida, kasallikning qaysi bosqichidaligidan qat'iy nazar, NYAQVlar darhol buyurilishi shart. NYAQV larni orasida tanlov preparati yo'q. AS bemorlarida og'riq va karaxtlik mavjud bo'lganida NYAQV birinchi qator tanlov preparati hisoblaniladi.

Birinchi NYAQVga samarasizlik yoki noto'liq samara kuza-tilganida, dorini boshqasiga almashtirishga ko'rsatma bo'ladi. Bir vaqtning o'zida ikkita va undan ortiq NYAQVi qo'llash tavsiya etilmaydi (ishonchlilik darajasi D).

Klinik laborator va MRT remissiyadan so'ng NYAQV ning sutkalik dozasi kamaytirilishi yoki bekor qilinishi mumkin. Tavsiya etilmaydi: bir vaqtning o'zida ikkita va undan ortiq NYAQVi qo'llash, NYAQV sintetik BYAQV va GIBV qo'llaganda bekor qilish, NYAK, OIT eroziya va yaralarida, qon ketish va boshqa asoratlarda NYAQV qo'llash.

**Kardiovaskulyar asoratlarda xavfi juda yuqori bo'lganda (SCORE  $\geq 5\%$ ). SCORE 1-4% bo'lganda naproksen, selekoksib, ketoprofen, ibuprofena  $\leq 1200$  mg/sut tavsiya etiladi; Qa-**

chonki, og'riq NYAQV bilan davolanilganida samarasiz, qo'llashga qarshi ko'rsatma bo'lsa va/yoki dorini ko'tara olmaganida, parasetamol va tramadol kabi analgetiklar qo'shimcha qisqa muddatli simptomatik davo sifatida, qo'llanilishi mumkin.

**Oshqozon-ichak asoratlari xavfi yuqori bo'lganda:** noselektiv NYAQVlar bilan birga proton pompa ingibitorlari yoki SOG-2 selektiv NYAQVlarni PPI bilan birga yoki PPIsiz buyurish tavsiya etiladi. Oshqozon-ichak asoratlari xavfi o'rta bo'lganda: selektiv NYAQV (SOG-2) qo'shimcha profilaktikasiz; noselektiv NYAQV (SOG-1) PPI bilan profilaktika. Xavf omili past bo'lganda istalgan NYAQV qabul qilish mumkin. Qachonki, og'riq NYAQV bilan davolanilganida samarasiz, qo'llashga qarshi ko'rsatma bo'lsa va/yoki dorini ko'tara olmaganida, parasetamol va tramadol kabi analgetiklar qo'shimcha qisqa muddatli simptomatik davo sifatida, qo'llanilishi mumkin.

**Asetaminofen** (analid guruxining nonarkotik analgetigi, **parasetamol** 500 mg tabletkada) 1-2 ta tabletkadan sutkasiga 3 marta buyuriladi, lekin 4 martadan ko'p emas.

**Tramadol** (analgetik opioid vosita, 50 mg kapsula) yordamida og'riqlar NYAQV bilan davolanganda davo samarasiz bo'lganda yoki NYAQVga qarshi ko'rsatma va/yoki yomon o'zlashtirilgan xollarda qisqa muddatga simptomatik davo sifatida qo'llanilishi mumkin.

### Glyukokortikoidlar

Dori vositalari (xalqaropatient nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqarilish shakli	Qo'llash usuli	Bir marta-lik dozasi	Qabul qilish soni
Betametazon dipropionat/natriya fosfat	glyukokortikoid-depo shakli	7mg/ml-1.0 ml ineksiya uchun suspenziya	bo'g'im ichiga	1.0 ml gacha	sxema bo'yicha
Triamsinolon asetonid	glyukokortikoid-depo shakli	40 mg/ml-1.0ml ineksiya uchun suspenziya	bo'g'im ichiga	1.0 ml gacha	sxema bo'yicha

AS ning aksial shaklida glyukokortikoidlar tizimli (ichishga) qo'llash tavsiya etilmaydi. Periferik artritlarda, sakroileit va entezitlarda GKni mahalliy qo'llash mumkin.

**Bo'g'im ichi ineksiyasi depo forma shaklida sinovitlarda yallig'lanishga qarshi tez samara olish uchun qo'llash mumkin (3 oyda bitta bo'g'imga bir marta)**

Yuqori dozali (puls-terapiya) GKni qo'llash qisqa samaralidir va alohida klinik holatlarda qo'llash mumkin. Uveitda GKni mahalliy qo'llash samaralidir. GK paylarga yuborish tavsiya etilmaydi.

**Sintetik bazis yallig'lanishga qarshi preparatlar  
(sulfasalazin, metotreksat, leflunomid).**

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Farmakologik guruhi	Chiqarilish shakli	Yuborish usuli	Bir martalik doza	Qabul qilish soni, kuniga
Metotreksat	<i>O'smaga qarshi vosita, antimetabolit</i>	2,5 mg, 5 mg tabletkalar.	ichishga	10-15 mg	Haftada 1-2 marta
Metotreksat	<i>O'smaga qarshi vosita, antimetabolit</i>	oldindan to'ldirilgan shprislar	teri ostiga	10-20 mg	Haftada 1 marta
Leflunomid	immunodepressant	20 mg tabletkalar	ichishga	10-20 mg	Kuniga 1 marta

Sulfasalazin

Sulfanilamidli vosita

500mg tabletkalar.

ichishga

500-1000mg

Kuniga 2-3 marta

AS ning aksial shaklida BYAQV jumladan sulfasalazin va metotreksat xam samarali ekanligi xaqida ma'lumotlar yo'q. Sulfasalazin va metotreksat yaqqol periferik artrit bo'lganda yoki FNO alfa ingibitorlarini qo'llash imkoniyati bo'lmaganda ishlatiladi.

**Sulfasalazin** (500mg tabletkalar, sulfanilamid unumi) ekstraaksial namoyon bo'lganda sutkasiga 2 gr dan kam bo'lmagan dozada buyuriladi. SSZ samarasiz bo'lganda yoki ekstraaksial (artrit, daktilit) namoyon bo'lganda preparatni ko'tara olmagan-

da **metotreksat** haftasiga 15 mg dan kam bo'lmagan dozada tavsiya etiladi. BYAQV (sulfasalazin, metotreksat, leflunomid) faqat aksial skelet shikastlanganda samarasiz.

### Gen-injener biologik preparatlar

Dori vositasi (xalqaro patentlan- magan nomi)	Farmo- kologik guruhi	Chiqa- rilish shakli	Yubo- rish usuli	Bir mar- talik doza	Qabul qilish soni, kuniga
<b>Etanersept</b>	FNO- $\alpha$ ingibitori	shpris- ruchka 25mg va 50mg	Teri ostiga	25mg va 50mg	Haftasi- ga 25 mg 2 mahal yoki 50 mg 1 mahal
<b>Sekukinumab</b>	ingibitor IL-17	flakon poroshok 150 mg 1ml ineksiya uchun suv	Teri ostiga	150- 300mg	0, 1, 2, 3, 4 xafta- lari, ke- yin har oyda ushlab turuvchi doza sifatida

NYAQV qo'lanishiga qaramay sekukinumab AS davolashda tavsiya etilgan.

NYAQV qo'lanishiga qaramay o'sma nekrozi omili ingibi-  
torlari ASni davolashda qo'llaniladi. Ular ichida ustunligi jixa-  
tidan tanlov preparati ko'rsatilmagan. Aksial spondiloartritda  
o'sma nekrozi omili ingibitorlari bilan bemorlarni davolaganda,

BYAQV oldin yoki keyin birga qo'llash muximligi to'g'risida isbotlovchi dalillar yo'q.

GIBV «birinchi qator» - **iFNO- $\alpha$**  va **IL-17A**. Barcha GIBV (infliksimab, adalimumab, etanersept, golimumab, sertolizumaba pegol, sekukinumab) ASda o'xshash samaradorlikka ega. Ro'yxatga olingan: etanersept, sekukinumab.

**$\alpha$ -o'sma nekroz omili ingibitorlari iFNO- $\alpha$**  (etanersept 50 mg xaftasiga 1 marta t/o). Kasallikning dastlabki bosqichlarida kechki bosqichlariga nisbatan yuqori samaradorlikka ega. Preparatlar tez va yaqqol ifodalangan simptomatik samaradorlik berishadi. Kasallikka modifikasiyalovchi ta'siri preparatni uzoq muddat (4 yildan ortiq, keyingi kuzatuv talab etiladi) qo'llanilganda erishiladi.

**Interleykin 17 ingibitorlari IL-17 A** (monoklonal antitelo) (sekukinumab 150 mg/ml teri ostiga kiritiladigan eritma) tizimli va maxalliy yallig'lanishni yengillatadi va struktur rivojlanishni to'xtatadi. Tavsiya etilgan dozasi 150 mg bo'lib, dastlab 0, 1, 2 va 3, 4 xaftalarda boshlang'ich dozasi teri ostiga ineksiya qilinadi, so'ngra xar oyda buyuriladi.

GIBV larga ko'rsatmalar: yuqori faollik (BASDAI >4 yoki ASDAS >2,1), kamida 4 xafta davomida to'liq dozada 2 ta turli NYAQV ketma-ket, qo'llanilganida samarasizligi. Kamida 2 ta turli NYAQV 2 oy davomida qo'llanilganida noto'liq samaraga erishilganda. BASDAI > 4 yoki ASDAS >2,1, periferik artritlarda sulfasalazin 2-3 g/sutkasiga dozada 3 oy davomida qo'llanilganida samarasizligi, kamida 2ta bo'g'im ichiga GK ineksiyasi samarasizligida, residivlanuvchi yoki surunkali uveitda (iFNO- $\alpha$ ); tez rivojlanuvchi koksitda.

iFNO- $\alpha$  samaradorligi yo'qotilganida boshqa iFNO- $\alpha$  yoki iIL-17 ga o'tish tavsiya etiladi. Agar 12 xaftalik davo kursi davomida ASDAS  $\geq$ 1,1 i BASDAI  $\geq$ 2 gacha natijaga erishilmasa,

boshqa iFNO- $\alpha$  yoki iIL-17 ga o'tish tavsiya etladi. GIBV terapiya fonida kamida 3 oy davomida barqaror remissiyaga erishilganda, dozani kamaytirmasdan ineksiyalar oralig'ini uzaytirish tavsiya etiladi. Kasallikning aksial shaklida GIBV terapiyadan oldin yoki bir vaqtda BYAQV qo'llash samarasizdir.

**GIBVga qarshi ko'rsatmalar:** Faol infeksiyalar. Oqsil birikmalariga yuqori sezuvchanlik. Immunodefisit xolatlar. Yurak yetishmovchiligi. Buyrak yetishmovchiligi. Yaqqol ifodalangan gematologik buzilishlar. Tarqoq skleroz. Onkologik kasalliklar. Chekish ASning rivojlanishida xavf omili bo'lib, iFNO- $\alpha$  samaradorligini kamaytiradi va letallik xavfini oshiradi. Postinfesion reaksiyalar xavfini kamaytirish maqsadida dori vositalarini teri ostiga kiritish texnikasiga (muntazam ineksiya soxasini almashtirish, sovuq eritmani kiritmaslik va boshqalar) qat'iy rioya qilish zarur, lozim bo'lganda antigistamin preparatlarini, maxalliy GKni, ineksiya joyiga muz qo'llash tavsiya qilinadi.

**Davo samaradorligining ko'rsatkichlari:** Yallig'lanish jarayonlari faolligining kamayishi. Klinik jixatdan sezilarli yaxshilanish-ASDAS  $\geq 1,1$  gacha kamayishi. Klinik jixatdan sezilarli yaxshilanish-ASDAS  $\geq 2,0$  gacha kamayishi. Rentgenologik o'zgarishlar rivojlanish tezligining kamayishi.

### **Jarrohlik davo**

Turg'un og'riq yoki nogrinlik yoki rentgenologik struktur jaroxatlar kuzatilganda yoshiga bog'liq bo'lmagan xolda chanoq son bo'g'imini total endoprotezlash amaliyotini o'tkazish mumkinligini ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Jarroxlik davo turlari: bo'g'imlarni endoprotezlash; davolovchi artroskopiya, sinovektomiya; artrodez; vertebrotomiya. Jarroxlik davoga ko'rsatmalar: bo'g'imlarni endoprotezlash yoki artrodez: yaqqol ifoda-

langan og'riqli struktur o'zgarishlar va xarakat funksiyalarining doimiy buzilishi

Davolovchi artroskopiya: turg'un sinovit va konservativ terapiyaning samarasizligi. Jarroxlik davo: kifozdagi og'ir kifotik deformatsiya va gorizontal ko'rish qobiliyatining yo'qotilishi. Jarroxlik davoga qarshi ko'rsatmalar: o'tkir miokard infarkti (3 oydan kam); o'bmqao'b (3 oydan kam); yurak va buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichi

### **REABILITASIYA**

Kasallikning remissiya davrida barcha bemorlar reabilitasiyaga muxtojdir. Uch tamoyilga asoslaniladi:

- 1) kompleks va multidissiplinar yondoshuv;
- 2) barcha bosqichlarda uzluksizlik
- 3) jarayonning faolligini, funksional sinfning darajasini xisobga olgan xolda reabilitasiya dasturi individual yondoshgan xolda tashkil etiladi. Reabilitasiya dasturi tarkibida: muntazam preparatlarni qabul qilish fonida davolovchi jismoniy tarbiya, fizioterapiya va sanator-kurort davo kabilarni tutadi. Davolovchi jismoniy tarbiya (kundalik nafas mashqlari 30 daqiqa davomida kuniga 1-2 marta bajariladi va umurtqa pog'onasi, yirik bo'g'imlarning xarakatchanligi va mushaklarni mustaxkamlovchi mashqlar), orqaning regulyar massaji. Umurtqa pog'onasida xarakatchanlik keskin chegaralanganda va uning qayta tiklanishiga umid bo'lmaganda DJT bilan bemor muntazam ravishda shug'ullanishi lozim. DJT umurtqa pog'onasi-qovurg'a va to'sh-qovurg'a birikmalarining shikastlanishi tufayli o'pkalardagi kamaygan ventilyasiyani yaxshilaydi. Kundalik DJT yordam beradi: ankiloz rivojlanishining kamayishiga; deformatsiyalarning profilaktikasi va davosiga; mushaklar kuchining o'rtishiga; mushak spazmining kamayishiga; og'riq sindromining



kamayishiga; o'pkalarning nafas olish qobiliyatini oshirishga; xayot sifatini yaxshilashga.

Fizioterapiya quyidagi: gidroterapiya, manual terapiya, teri orqali elektroneyrostimulyasiya ko'rinishda qo'llaniladi. Kasallikning remissiya davrida bemorlarga sanator-kurort davo buyuriladi. o'rta Osiyo xududida quyidagi taniqli radonli suvlar: Belokurixa, Pyatigorsk, Xmelnik, Sxaltubo va vodorod sulfidli Sochi-Masest va Pyatigorsk kabi sanator-kurort maskanlar mavjud. Yevpatoriyaning mineral suvlari va shifobaxsh balchiqlari, Naftalan kurortida naftalan yog'lari bor. o'zbekistonda radonli suv manbaalari: "o'zbekiston" sanatoriyasi (Nurbuloq, Samarqand tumanida), "Oltinsoy" (Navoiy tumanida). Vodorod sulfidli suvlar "Chimyon" (Farg'ona tumanida), mineral, yodbrom manbali sanatoriyalar «M. Topvoldiyev» (Farg'ona tumani, Rishton), "Jayronxona" (Surxondaryo tumani), yodbrom manbali sanatoriya "Chortoq" (Namangan tumani).

## PROFILAKTIKA VA DISPANSER KUZATUVI

**Profilaktika:** sog'lom turmush tarziga rioya qilish. Ushbu kasallikning profilaktik skrining chora-tadbirlari 30 yoshdan kichik, surunkali bel og'rig'i bo'lgan kasallikning paydo bo'lish xavfi yuqori (yaqin qarindoshlari orasida AS yoki SpA guruxidagi boshqa kasalligi bo'lishi va boshqalar) shaxslar o'rtasida o'tkazilishi kerak. Tug'ma kasal bo'lib tug'ilgan bolada AS paydo bo'lish xavfini aniqlash uchun tibbiy-genetik maslaxat olinishi lozim.

**Dispanser kuzatuv** quyidagilarga qaratilgan: kasallik xurujining profilaktikasi; davoning muntazam korreksiyasi; konservativ terapiya asoratlarning profilaktikasi; muntazam

revmatolog kuzatuvi; 3 oyda 2 martadan kam bo'lmagan revmatolog ko'rigi; RA faolligini muntazam kliniko-laborator monitoringi; xar 3 oyda: qon va peshob umumiy taxlili, qon bioximik taxlili (ALT, AST, kreatinin, SRO); Koksit bo'lmaganda 2 yilda 1 martadan ko'p bo'lmagan rentgenografiya tekshiruvi; Ankilozlovchi spondilit rivojlanishi uchun minimal davr-2 yil; GIBV fonida tekshiruvlar xar 6 oyda 1 marta o'tkaziladi; Dori vositalarining nojo'ya ta'sirlarini oldini olish va kasallikning xurujiga olib keluvchi omillarni bartaraf qilish zarur.

### **TIBBIY YORDAMNI TASHKIL qilish**

Bemorlar revmatolog tomonidan kuzatilishi va davolanishi lozim va zarurat tug'ilgandagina boshqa tor soxa (ortoped, fizioterapevt, kardiolog, nevropatolog va boshqalar) mutaxassislari jalb qilinishi, xamda shifokor va bemor o'rtasidagi yaqin xamkorlikka asoslangan bo'lishi kerak.

**Rejali gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:** Erta tashxislash, tashxisni asoslash; Davoni korreksiya qilish uchun yuqori va o'rtacha faollikdagi ASAS; Komorbid kasalliklar va ularning asoratlari bilan qo'shib kelgan AS; Ambulator davodan samara bo'lmasligi; Interkurrent infeksiyaning, konsarvativ terapiyaning yoki kasallik asoratlarning rivojlanishi; Dastlabki 1-2ta GIBV infuziyasini o'tkazish uchun.

**Shoshilinch gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:** aksial va ekstraaksial lokalizatsiyali xamda ekstraaksial namoyon bo'lishlarining kuchli intensivlikdagi og'riq sindromi bilan yuqori va juda yuqori darajadagi faollik bilan kechishida; GK va YaqBV bilan davolaganda bemorda og'ir interkurrent infeksiyaning rivojlanishi; Konservativ davoda og'ir asoratlarning rivojlanishi;

To'liq atrioventrikulyar blokadalar (sun'iy ritm boshqaruvchisini o'rnatish maqsadida)

**Kasalxonadan chiqarish ko'rsatkichlari sifatida quyidagilarga e'tibor beriladi:** og'riqli bo'g'imlar sonini kamida 20% dan kamaysa; shishgan bo'g'imlar sonini kamida 20% dan kamaysa; kasallik faolligining (BASDAI) sonli reyting shkalasi (CHRS) bo'yicha 1 taga kamayishi; umurtqa pog'onasida va/ yoki bo'g'imlarda og'riq intensivligining CHRSH bo'yicha 1 taga kamayishi; shifokor fikriga ko'ra kasallik faolligining CHRSH bo'yicha 1 taga kamayishi;

**Tor mutaxassislar maslaxatiga ko'rsatmalar:** oftalmolog konsultasiyasi – uveit diagnostika va davosi; kardiolog konsultasiyasi – aortal klapan yetishmovchiligi yoki atrioventrikulyar blokadalar o'tkazuvchanligining buzilishlarida diagnostika davo; nefrolog konsultasiyasi – nefropatiyalarda; gastroenterolog konsultasiyasi – oshqozon-ichak yallig'lanishli kasalliklarida YaqBV ni buyurishdan oldin, YaqBV-gastropatiyalar rivojlanishida; ortoped konsultasiyasi – tos-son bo'g'imi yoki tizza bo'g'imlaridagi yaqqol ifodalangan funktsiya buzilishlari, kifoz, umurtqa pog'onasidagi osteoporotik sinishlarida; urolog/ ginekolog konsultasiyasi – urogenital infeksiyalarni istisno qilish maqsadida; ftiziatr konsultasiyasi – GIBV terapiyadan oldin silni istisno qilish maqsadida;

## PODAGRA

Podagra kasalligi bilan kasallanish turli populyatsiyalarda yiliga erkaklar orasida 5 tadan 70 tagacha 1000 aholi uchun va ayollar orasida 1-10 tani tashkil qiladi. Kattalar orasida podagraning tarqalishi rivojlangan mamlakatlarda 0,9 dan 3,9% o'rtasida. Kasallik avj olishi erkaklarda – 40-50 yosh, ayollarda - 60 yoshdan keyin (postmenopauza davrda) uchraydi. Podagra erkaklar orasida 6-7 marotaba, keksa yoshdagilarda 3 marotaba ko'p uchraydi. Podagrani davolash bemorning butun hayoti davomida amalga oshiriladi, uning asosini uratni kamaytiruvchi dori vositalari bilan davolash tashkil qiladi. Davolaning maqsadi artrit xurujlarini oldini olish uchun peshob kislotasining me'yoriy (maqsadli) ko'rsatkichlariga erishish, natriy monourat kristallari to'planagan joylarida ularni eritish va artritni (yuzaga kelganda) bartaraf etish hisoblanadi.

### **Atamalar va ta'riflar**

**Podagra** – tizimli tofus kasallik bo'lib, turli to'qimalarda monourat natriy kristallarining (MUN) to'planishi bilan tavsiflanadi, buning natijasida tashqi muhit va/yoki genetik omillar tufayli yuzaga kelgan giperurikemiyali insonlarda yallig'lanish rivojlanadi.

**Giperurikemiya** – qonda peshob kislotasining zardobdagi miqdori oshishi. **Tofus** – to'qimalarda peshob kislota kristallarining tugun shaklidagi o'choqli to'planishi.

**Kasallik yoki holatning tasnifi.** Podagraning asosiy klinik ko'rinishlari: o'tkir artritning davriy hujumlari, to'qimalarda

(bo'g'imlarda, yumshoq to'qimalarda, turli a'zolarida) urat kristallarining tofus shaklidagi o'choqli to'planishi, nefrolitiaz, podagra nefropatiyasi.

Podagra rivojlanishida to'rtta bosqich farqlanadi:

1. MUN cho'kmalarining yo'qligi bilan kechadigan simptomtsiz giperurikemiya;

2. MUN cho'kmalari mavjud bo'lgan simptomtsiz giperurikemiya, biroq podagra belgilarisiz yoki anamnezida podagra ning yo'qligi (tofuslar va artrit xurujlarining yo'qligi);

3. Hozirgi (o'tkir podagrik artrit) yoki oldingi podagrik artrit huruji bilan MUN cho'kmalari (hozirgi vaqtda artrit belgilarining mavjudmasligi, xurujlar orasidagi davr);

4. Surunkali tofusli podagra (tofusli, surunkali artritli, radiologik usullarning natijalari bo'yicha eroziya aniqlangan eroziyalar, funksional buzilishlari bo'lgan bemorlar). **Tasniflash mezonlari.**

Podagrada o'tkir artritni tasniflash mezonlari Amerika revmatologlar assosiasiyasi tomonidan ishlab chiqilgan va amaliyotda foydalanish uchun JSST tomonidan tasdiqlangan.

### **O'tkir podagra artritining tasniflash mezonlari.**

A. Bo'g'im suyuqligida xarakterli MNU kristallarining mavjudligi.

B. Kimyoviy yoki polyarizasiya mikroskopi bilan tasdiqlangan peshob kislotasi kristallaridan iborat tofuslarning mavjudligi.

V. Quyidagi 12 ta belgilardan kamida 6 tasining mavjudligi.

1. Anamnezda bittadan ortiq o'tkir artrit huruxi.

2. Yallig'lanish faolligi birinchi kun eng yuqori

3. Monoartrit.

4. Zararlangan bo'g'im terisining giperemiyasi.

## Podagra

5. I plyusnefalang bo'g'imida shish va og'riq.
6. I plyusnefalang bo'g'imining bir tomonlama zararlanish.
7. Oyoq panja bo'g'imlarining bir tomonlama zararlanishi.
8. Tofuslarga shubha.
9. Giperurikemiya.
10. Bo'g'imalarning assimetrik shishi.
11. Eroziyasiz subkortikal kistlar (rentgenografiya).
12. Sinovial suyuqlikni ekishda salbiy natijalar.

Podagraning tashxisi uchun sinovial suyuqlikda yoki tofuslarda (tavsiyalarning A va B bandlari) MUN kristallarini aniqlash kifoya; agar ushbu tekshirishni o'tkazishning imkoniyati bo'lmasa, tashxis klinik, laborator va instrumental belgilar majmuasining (tavsiyalarning B bandi) mavjudligi bilan asoslanishi kerak.

2015 yilda, Amerika revmatologlar assosiasiyasi (ACR) va Yevropa revmatizmga qarshi ligasi (YeULAR) tomonidan podagraning yangi tasnif mezonlari qabul qilindi, bemorni klinik tekshirishda ushbu mezonlarni qo'llash tavsiya etiladi. Ushbu mezonlar bo'g'inlar ultrasonografiyasini va ikki energiyali KTni qo'llashni nazarda tutadi.

### Podagra diagnostikasining tasniflash mezonlari (ACR/EULAR, 2015)

Qadamlar	Toifalar	Ballar
<b>1-qadam. Kiritma mezon</b> (quyida keltirilgan mezonlar faqat ushbu mezonga ega bo'lgan bemorlarga nisbatan qo'llaniladi)	Periferik bo'g'im yoki bursada shish, og'riq yoki yuqori sezuvchanlikning kamida bitta epizodi mavjud	
<b>2-qadam. Yetarli mezon</b> (agar aniqlansa, quyidagi mezonlardan foydalanmasdan podagra deb tasniflanishi mumkin)	Zararlangan bo'g'im/bursa (masalan, sinovial suyuqlikda) yoki tofusda NMU kristallarining mavjudligi	

<p><b>3-qadam. Klinik va laborator mezonlar</b> (agar yetarli mezonlar aniqlanmagan bo'lsa, ulardan foydalanish kerak).</p> <p><b>Klinik</b> Bo'g'im/bursa bilan bog'liq bo'lgan odatiy simptomlar epizodlari I.</p>	<p>Oyoq to'piq-kaft bo'g'imi yoki oyoq kaft o'rta qismining bo'g'imlari (I barmoq bo'g'imi ishtirokisiz, mono- yoki oligoartrit epizodining bir qismi sifatida). I barmoq bo'g'imi ishtiroki (mono- yoki oligoartrit epizodning bir qismi sifatida).</p>	<p>1</p>
<p><i>Qachonlardir bo'lib o'tgan epizodning simptomlari xususiyatlari:</i> Zararlangan bo'g'im yuzasida eritema (bemor yoki kuzatayotgan shifokor tomonidan bildirilgan); Zararlangan bo'g'imga tegish va bosimga chiday olmaslik; Yurishda katta qiyinchilik yoki zararlangan bo'g'imni ishlata olmaslik. <i>Ilgarigi epizodning vaqtinchalik tavsifi.</i> Yallig'lanishga qarshi terapiyadan qat'iy nazar, ikki va undan ko'p belgilarning mavjudligi: 24 soatdan kam vaqt ichida maksimal darajada og'riq yuzaga kelishi; · ≤14 kun ichida simptomlarni bartaraf etish; · Epizodlar orasida simptomlarning to'liq regressiyasi (dastlabki darajagacha). · <i>Klinik aniqlanadigan tofuslar.</i> Shaffof teri ostida ajralmali tugun, bo'g'imlar, quloqlar, tirsak</p>	<p>Bitta tavsif.</p> <p>Ikkita tavsif.</p> <p>Uchta tavsif.</p> <p>Bitta tipik epizod.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>

## Podagra

<p>o'simtasining bursasi, barmoqlar yostiqchalari, paylar (masalan. axillov) kabi tipik joylar joylashadigan vaskulyarizasiya</p>	<p>Takrorlanuvchi tipik epizodlar.</p>	<p>2 4</p>
<p><b>Laborator ko'rsatkichlar</b>                  Peshob kislotasining zardob darajasi – urikaz usul bilan o'lchash.                  Ideal holda, tahlil qilish bemorda uratni kamaytiruvchi terapiya olmagan va epizod boshlanishidan 4 haftadan ko'p vaqt o'tgach (ya'ni oraliq davrda) amalga oshirilishi kerak. Agar iloji bo'lsa, tahlil qilish ushbu shartlarga muvofiq amalga oshirilish kerak. Tekshirish vaqtidan qat'iy nazar, eng yuqori ko'rsatkich tanlanishi kerak<sup>2</sup>.                  Zararlangan bo'g'im yoki bursadan olingan sinovial suyuqlikni tahlil qilish (malakali mutaxassis tomonidan o'tkazilishi kerak)<sup>3</sup>.  <b>Vizualizasiya usullari<sup>4</sup></b>                  Qachonlardir zararlangan bo'g'im yoki bursa depozitlarining vizual belgilari: ikkilamchi konturning ultratovush belgisi 5 yoki ikkiyenergetikli KT yordamida urat depozitlarining namoyishi<sup>6</sup>.                  Kaft yoki barmoqlarning an'anaviy rentgenografiyasi bo'yicha: kamida bitta eroziyani namoyish qilish<sup>7</sup>.</p>	<p>&lt;4 mg/dl (&lt;0.24 mmol/l).                  6-&lt;8 mg/dl                  (0,36-&lt;0,48 mmol/l).                  8-&lt;10 mg/dl                  (0,48-&lt;0,60 mmol/l).                  ≥10 mg/dl (≥0,60 mmol/l).</p> <p>MUN kristallari aniqlanmagan</p> <p>Taqdim etilgan (har qanday usulda)</p>	

1 Og'riq, shish, periferik bo'g'in yoki bursada palpasiya paytida og'riqni o'z ichiga olgan, ilgari ro'y bergan simptomlar epizodlari.



2 Agar peshob kislotasining zardob darajasi  $<4$  mg/dl (0,24 mmol/l) bo'lsa, 4 ballni olib tashlash kerak; agar peshob kislotasining zardob darajasi  $\geq 4-6$  ml/dl ( $\geq 0,24 - <0,36$  mmol/l) bo'lsa, ushbu punkt 0 ballga teng deb hisoblanadi.

3 agar o'qitilgan mutaxassislar tomonidan, qachonlardir zararlangan bo'g'imdan olingan sinovial suyuqlik polyarizasion mikroskoplanganda, NMU kristallari aniqlanmasa, 2 ball olib tashlanadi. Sinovial suyuqlik baholanmagan bo'lsa, ushbu punkt 0 ballga teng deb hisoblanadi.

4 agar usullarni o'tkazish imkoni bo'lmasa ushbu punkt 0 ballga teng deb hisoblanadi.

5 gialin tog'ay yuzasi bo'ylab giperexogen uzlukli chiziq, tekshirish burchagidan qat'iy nazar (tog'ay yuzasida ikkilamchi konturning yolg'on musbat belgisi paydo bo'lishi mumkin, ammo tekshirish burchagi o'zgarganda yo'qolishi kerak).

6 bo'g'imlar yoki periartikulyar sohada uratlarning kodigamos keladigan rangning mavjudligi.

7 eroziya sklerotik chegara va osma qirralar bilan kortikal nuqson sifatida aniqlanadi, distal barmoqlararo bo'g'inlar va "chayka qanoti" belgisi bundan mustasno.

### **KXT – 10. Tashxis / tashxislar guruhi**

Podagra (M10 kichik bo'limlari bilan, M 10. 9 dan tashqari).

M10. 9. Ehtimoliy podagra.

## **TASHXISLASH**

MUN kristallarini sinovial yoki tofus tarkibida aniqlash podagraning aniq tashxisini qo'yishga imkon beradi. Kristallarning namoyishi uchun polyarizasion mikroskoplash usulining maxsusligi juda yuqori (100% ga yaqin), shuning uchun usul podagra diagnostikasining "oltin standarti" deb hisoblash im-

konini beradi. Sinovial suyuqlikda MUN kristallarining yo'qligi podagra tashxisini butunlay istisno qilishga imkon bermaydi (usulning sezuvchanligi 70%). Aniq tashxisi bo'lmagan bemorlarda yallig'lanishli bo'g'imdan olingan har qanday sinovial suyuqlikda kristallni izlash tavsiya etiladi. Diagnostik maqsadlar uchun bo'g'inlarni punksiya qilish nafaqat o'tkir, balki xurujlar orasidagi davrda ham bo'lishi mumkin (bu holda ilgari yallig'langan bo'g'im punksiyasini amalga oshirish maqsadga muvofiqdir). Yallig'lanmagan bo'g'imdan MUN kristallarini aniqlash xurujlar orasidagi davrda podagra tashxisini qo'yishga imkon beradi, zero bu holatda ularni aniqlash ehtimoli biroz kamroq bo'lsada. Podagra va sepsis mavjud bo'lishi mumkin, shuning uchun septik artritga shubha qilinganda, hatto MUN kristallari aniqlangan taqdirda ham sinovial suyuqlik kulturasini tekshirish va Gram bo'yicha bo'yash amalga oshirilishi lozim. Polyarizasiya mikroskopi mavjud bo'lmaganda, podagra tashxisi klinik simptomlar, laboratoriya tadqiqotlari natijalari va nur diagnostikasi usullarining kombinasiyasiga asoslangan bo'lishi mumkin.

Podagruga shubha qilish imkonini beruvchi asosiy klinik ko'rinish – o'tkir artrit hisoblanadi. o'tkir hujum kuchli og'riq va yallig'lanishning tez rivojlanishi bilan kechadi, 6-12 soat ichida yuqori darajaga yetadi, ayniqsa, eritema bilan birga kechadi, podagra uchun xos bo'lmasa-da, mikrokristalli yallig'lanishga nisbatan yuqori shubhali. agar o'tkir artritning odatiy hujumi oyoq bo'g'imlariga, ayniqsa, 1 barmoqqa ta'sir qilsa va o'tkir artrit xurujlari soni bittadan ko'p bo'lsa, podagra tashxisi ehtimolligi sezilarli darajada oshadi. podagruga shubha qilingan barcha bemorlarda qon zardobidagi peshob kislotasi miqdorini aniqlash kerak. Biroq, giperurikemiya podagra uchun eng muhim xavf omili bo'lishiga qaramay, zardobdagi peshob kislotasi

podagrani istisno qilish yoki tasdiqlash omili emas: giperurikemiya bo'lgan ko'p odamlarda podagra rivojlanmaydi va podagra artritining o'tkir hujumi paytida zardobdagi peshob kislotasi darajasi normal bo'lishi mumkin. Oilaviy, erta boshlanadigan podagra tarixiga ega bo'lgan bemorlarda, 25 yoshdan erta podagra debyutida, anamnezida peshob tosh kasalligi bo'lgan bemorlarda peshob kislotasining buyrak orqali ajralib chiqishini aniqlash lozim.

Bo'g'imlarning ultratovush tekshiruvi, hatto kasallikning preklinik bosqichida ham podagrani erta tashxislashda muhim diagnostika usuli bo'lishi mumkin, chunki giperurikemiya bo'lgan ayrim bemorlarda podagranning tipik ultratovush belgilari "ikki kontur", sinovial suyuqlikda "qor bo'roni", anexogen chegaralar bilan o'ralgan giperexogen geterogen zararlanishlar (tofuslar) artrit o'tkir hujumining namoyon bo'lishidan oldin aniqlanishi mumkin. Sinovial suyuqlikning polyarizasiya mikroskopiyasini amalga oshirish ilojisi bo'lmasa, bu usul instrumental diagnostika uchun muqobil usul bo'lishi mumkin. Nur tashxisining boshqa usullariga nisbatan ultratovush tekshiruvining sezuvchanligi va maxsusligi yuqori. Bo'g'imlarning rentgenologik tekshiruvi differensial tashxisga yordam beradi va surunkali podagranning odatdagi belgilarini ko'rsatishi mumkin, ammo podagranning erta tashxisida informativ emas. suyakichi tofuslarning shakllanishi ko'pincha teri osti tofuslari bilan bir vaqtda sodir bo'ladi, shuning uchun rentgenologik tekshiruv tofus zararlanishining og'irligini aniqlash uchun ishlatiladi.

O'tkir podagra artritida rentgenologik o'zgarishlar odatda podagra debyutidan 7-10 yildan keyin aniqlanadi va uning kech namoyon bo'lishiga kiradi. rentgenogrammani amalga oshirish jarohatlanishlar, mushaklar-skelettizimining boshqa kasallikla-

ri va h.k.lar uchun differensial tashxis qo'yishda juda mos keladi. Tofuslarning atipik joylashishi KT yordamida aniqlanishi mumkin oraliq zichlikdagi yumshoq to'qimalar depozitlari, suyakichi eroziyalari (tofuslar) va MRT (T1 - yoki T2-ketma-ket tasvirlarda yumshoq to'qimalar depozitlari mavjudligi).

Har bir bemorda podagraning xavf omillarini va yondosh kasalliklarni, shu jumladan metabolik sindrom belgilarini (semizlik, giperglikemiya, giperlipidemiya, gipertenziya) aniqlash kerak. Podagra uchun ahamiyatli xavf omillariga ayrim dori-larni qabul qilish (diuretiklar, SsA, salisilatlar), buyrak yetishmovchiligi, spirtli ichimliklarni ko'p ichish, shakar saqlovchi (fruktoza saqlovchi) ichimliklar va oziq-ovqatlarni iste'mol qilish kiradi.

**Bemorlarni yuritishni belgilaydigan salbiy oqibatlarning xavf omillarini baholash.** Podagraning prognozi ko'pincha ijobiydir, ammo qon zardobida peshob kislotasining optimal darajasini nazorat qilmaslik, podagrada o'limning asosiy sababchisi bo'lgan SBK va YUQTK rivojlanishi uchun xavf omili bo'lishi mumkin.

### **Bemor modellari**

Podagra ehtimoli bo'lgan bemor - ambulatoriya sharoitida va/yoki kunduzgi stasionar sharoitda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam.

Podagra bilan og'rigan bemorda surunkali yoki cho'zilgan o'tkir artrit, tofus shakli - ixtisoslashgan shifoxonada ixtisoslashgan tibbiy yordam, so'ngra ambulator va/yoki kunduzgi davolanish bosqichiga o'tiladi.

O'tkir artritli podagra bilan og'rigan bemor - ambulatoriya sharoitida va/yoki kunduzgi stasionar sharoitda ixtisoslashgan tibbiy yordam.

Xurujlar oralig'idagi davrda podagra bilan og'riqan bemorlar - ambulatoriya va/yoki kunduzgi stasionar sharoitda ixtisoslashgan tibbiy yordam, zaruriyat bo'lganda – ortoped-jarrohlik yordamini qo'llab, reabilitasiya qilish.

### **Davolash usullari**

**Umumiy tavsiyalar** Podagrani optimal davolash uchun farmakologik bo'lmagan va farmakologik yondashuvlar talab etiladi (A darajadagi dalil) va quyidagilarni e'tiborga olinishi kerak.

maxsus omillar (qon zardobidagi peshob kislotasining darajasi, oldingi hujumlar soni, rentgenografiya) (V darajadagi dalil);

kasallikning bosqichi (asimptomatik giperurikemiya, NMU depozitlarining yo'qligi / mavjudligi, o'tkir artrit /xurujlar oralig'idagi davr, surunkali tofusli podagra) (A darajadagi dalil);

Umumiy xavf omillari (yoshi, jinsi, semizlik, giperurikemik dorilarni qabul qilish, yondosh kasalliklar, polipragmaziya, genetik omillarning mavjudligi) (A darajadagi dalil);

Davolashning asosiy tarkibiy qismi - bu bemorni to'g'ri hayot tarziga o'rgatish (semirishda vaznni kamaytirish, hayvonlardan olingan purinlarni cheklab, parhez qilish, spirtli ichimliklar, ayniqsa pivo, shakar qo'shilgan ichimliklarni iste'mol qilishni kamaytirish). Ovqatlanish rasionida purinlarga boy hayvon mahsulotlarini cheklash va tana vaznini kamaytirish zardobdagi peshob kislotasi miqdorini pasaytirishga yordam beradi (V darajadagi dalil); Spirtli ichimliklar, ayniqsa pivo, podagrani mustaqil xavf omili hisoblanadi (dalillar darajasi C). Yog'i kam bo'lgan sut mahsulotlari bilan boyitilgan parhez zardobdagi peshob kislotasi miqdorini va artrit hujumlarining chastotasini pasayishiga olib keladi (dalillar darajasi C). Podagra kasalligi bilan og'riqan bemorlarni davolashning

muhim tarkibiy qismi giperlipidemiya, arterial gipertoniya, giperqlikemiya va semizlikni korreksiya qilish va chekishni tashlash hisoblanadi (A darajadagi dalil).

### **Podagra artritining o'tkir xurujini davolash.**

NYAQV va kolxisin, shuningdek GK, artritning o'tkir xurujini davolashda samarali bo'lishi mumkin va terapiyaning "birinchi chizig'i" hisoblanadi (A darajadagi dalil). Muayyan preparatni tanlash, dorilarning o'zaro ta'sirini hisobga olgan holda, qo'llashga qarshi ko'rsatmalarning mavjudligi va yo'qligiga qarab belgilanishi kerak. NYAQV va kolxisin bilan davolashni imkon qadar artrit xurujining boshlanishidan oldin boshlash tavsiya etiladi. Har bir bemor o'tkir artritning dastlabki belgilari paydo bo'lganda ushbu dorilarni mustaqil ravishda qo'llashga o'rgatilishi kerak.

Kolxisinning yuqori dozalari deyarli har doim dorilarning nojuya ta'siriga olib keladi, ko'p bemorlarda past dozalar birinchi kunida 1,5 mg (1 mg va bir soatdan keyin yana 0,5 mg) va keyingi kunlarda 1 mg yetarli bo'lishi mumkin (A darajadagi dalil). Sinovial suyuqlikni olib tashlash (D darajadagi dalil) va yondosh kasalliklar va salbiy reaksiya xavfining borligiga ko'ra, GKni bo'g'im ichiga yoki mushak orasiga yuborish mumkin. Yoki o'rtacha dozadagi GK dozasini ichishga buyurish va tezda bekor qilish (PRED bir kunda 30-35 mg bir necha kun (4-6) davomida, shundan so'ng tezda to'liq bekor qilinadi) samarali bo'lishi va NYAQV qaraganda davolashga nisbatan xavfsiz bo'lishi mumkin (V darajadagi dalil). Mutlaq qarshi ko'rsatmalar bo'lganda va/yoki NYAQV, kolxisin va GK samara bermaganda o'tkir xurujni bartaraf qilish uchun, IL-1a (kanakinumab) ga qarshi monoklonal antitelolardan foydalanish mumkin (A darajadagi

dalil). yuqumli kasalliklar mavjud bo'lganda kanakinumabni qo'llamaslik kerak.

### **Uratni kamaytiruvchi terapiya**

Uratni kamaytiruvchi terapiya turg'un giperurikemiya va artiritning o'tkir xurujlari (shu jumladan anamnezida), surunkali artrit va tofuslar mavjud bo'lgan bemorlarga buyuriladi (joylashtirilgan joyi va aniqlash usulidan qat'iy nazar (tekshiruv vaqtida, radiasion diagnostika usullari bilan).

Podagra birinchi marta uchragan 40 yoshdan kichik bo'lgan bemorlarda buyrak patologiyasi, komorbid kasalliklar mavjud bo'lsa, artiritning birinchi xurujidan so'ng darhol uratni kamaytiruvchi terapiyani boshlash tavsiya etiladi.

Boshqa holatlarda (asorasiz podagra) uratni kamaytiruvchi terapiya davolashning nofarmakologik usullari samarasiz bo'lganda o'tkaziladi. Terapiyani o'tkazish to'g'risida qaror foyda va potensial xavflar o'rtasidagi muvozanatni hisobga olgan holda individual qabul qilinishi va bemor bilan kelishilgan bo'lishi kerak (D darajadagi dalil).

Uratni kamaytiruvchi terapining maqsadi mavjud MUN kristallarining hosil bo'lishi va tarqalishini oldini olishdir. Bunga peshob kislota miqdorini zardobdagi urat bilan super to'yinganlik darajasidan (<360 mkmol/l) (S darajadagi dalil) past darajada ushlab turish orqali erishiladi. Og'ir tofusli podagra bo'lgan bemorlarda qon zardobidagi peshob kislota miqdorini 300 mkmol/l dan kam darajada ushlab turish kerak (V darajadagi dalil). Qon zardobidagi peshob kislotasi miqdorini 180 mkmol / l dan past darajada uzoq muddat ushlab turish tavsiya etilmaydi.

Allopurinol - surunkali podagra bilan og'rigan bemorlarni uzoq muddatli davolashda samarali vosita va buyrak me'yorda

ishlaganda birinchi darajali preparat (A darajadagi dalil) hisoblanadi, uning zardobdagi peshob kislotasini pasayishiga nisbatan samarasi dozaga bog'liq (V darajadagi dalil). Preparat dastlab past dozada (kuniga 50-100 mg) buyuriladi, keyinchalik har 2-4 haftada 100 mg dan oshirib boriladi (zarur bo'lganda), bu buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda ayniqsa muhimdir (D darajadagi dalil). Buyrak yetishmovchiligi mavjud bo'lganda, allopurinolning dozasi o'zgartirilishi kerak. Allopurinolga qarshi desensibilizatsiyalovchi terapiya faqat allergik reaksiyaning kuchsiz teri alomatlari mavjud bo'lganda o'tkazilishi mumkin (D darajadagi dalil).

Allopurinolni qo'llanganda doriy vositalarining salbiy reaksiyasi yuzaga kelsa, shuningdek buyrak funksiyasining pasayishi kuzatilsa ksantinoksidaza ingibitorlarini (febuksostatni) buyurish maqsadga muvofiq.

Febuksostat buyrak yetishmovchiligining yengil yoki o'rtacha darajasida bo'lgan bemorlarda qo'llanilishi mumkin, o'rtacha dozada qo'llanganda uning zardobdagi peshob kislota darajasiga ta'sir samarasi allopurinolning ta'sir samarasidan yuqori (A darajadagi dalil). Zardobdagi peshob kislota darajasining pasayishiga allopurinolning samarasi bo'lmagan taqdirda febuksostatni qo'llash maqsadga muvofiqdir (A darajadagi dalil).

Podagra bilan og'rikan bemorlarda diuretik vositalarni istisno qilish maqsadga muvofiq (dalillar darajasi IV), hayotiy ko'rsatmalar bundan mustasno. Alternativ sifatida boshqa gipotenziv dorilarni qo'llash mumkin. Surunkali yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda kaliy saqlovchi diuretiklarni qo'llash afzalroqdir. Lozartan (V darajadagi dalil) va fenofibrat (A darajadagi dalil) kuchsiz urikozurik ta'sir ko'rsatadi, bu ularni allopurinol yoki urikozurikka chidamli yoki yomon ta'sir qiladigan



bemorlarda, AG yoki gipertrigliseridemiya bo'lganda, shu jumladan ksantinoksidaza ingibitorlari (allopurinol, febüksostat) bilan birgalikda qo'llash imkonini beradi.

Ayrim urikozurik vositalar (probenesid, sulfinperazon) buyrak funksiyasi me'yorda bo'lgan bemorlarda allopurinolga alternativ sifatida ishlatilishi mumkin, ammo urolitiaz bo'lgan bemorlar uchun mumkin emas. Zardobdagi peshob kislotasi miqdorini pasaytirish samarasi allopurinolga qaraganda pastroq. Ular buyrak funksiyasi buzilgan bemorlarda qo'llanilmasligi kerak (V darajadagi dalil).

### **Artrit xurujlarini oldini olish**

Har qanday uratni kamaytiruvchi dorilar buyurilgandan so'ng, artrit qaytalanishi mumkinligi haqida bemorni ogohlantirish lozim.

Artrit xurujlarining oldini olish uchun uratni pasaytiradigan terapiya boshlanganidan keyingi birinchi oylarda kolxisin (dozani bosqichma-bosqich oshirib yuborish bilan 0,5 /0,6 - 1,0/1,2 mg /sutka) (A darajadagi dalil) va/yoki NYAQV dan (ko'rsatma bo'lganda gastroproteksiya bilan) foydalanish mumkin (V darajadagi dalil). Antigiperurikemik terapiyaning dastlabki oylarida artrit xurujining oldini olish uchun NYAQV va kolxisinni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda va / yoki samara bermaganda kanakinumab buyurilishi mumkin (A darajadagi dalil).

### **REABILITASIYA**

Podagrada rehabilitasiya choralari ishlab chiqilmagan va o'tkazilmaydi.

## **PROFILAKTIKA**

Podagraning medikamentoz profilaktikasi (urat miqdorini kamaytiruvchi vositalar yordamida) faqatgina havfli o'smasi mavjud bo'lgan, ximioterapiya olayotgan bemorlarda qo'llaniladi, asosan, limfoproliferativ kasalligi mavjud bemorlarda.

## **DISPANSER NAZORATI**

### **Bemorlarning davriy ko'rigi:**

Har 3-6 oyda ko'rik. Davolashning boshlang'ich davrida siydik kislota miqdorini har 2-4 haftada, so'ngra har 6 oyda aniqlash. Umumiy siydik va qon tahlili-har 6 oyda. Qon bioximik tahlili (kreatinin, SKFni hisoblash, MK, glikemiya, XS, LPNP, LPVP)-har 3-6 oyda. Shikastlangan bo'g'imlarning rentgenografiyasi-har yili. Buyrak UTTsi-har yili. ExoKG (diastolik disfunktsiya)-har yili.

## **TIBBIY YORDAMNI TASHKILLASHTIRISH**

### **Tor mutaxassislar maslahati**

**Revmatolog maslahati:** Differensirlanmagan yallig'lanishli artrit.

Podagra tashxisini tasdiqlash. Septik artritga shubha. O'tkazilgan terapiyaning samarasizligi. Kasallikning boshlang'ich davrlarida (tofussiz podagra) antigiperurikemik vositalarni tanlash va to'g'irlash maqsadida **Urolog maslahati:** Buyrak sancig'i, urolitiazni davolashda terapiya usulini tanlashni hal etish maqsadida. O'tkir siydik kislota blokadasi. **Nefrolog maslahati:** Surunkali intersisial nefrit rivojlanishiga shubha bo'lganda. Surunkali buyrak yetishmovchiligi paydo bo'lishi va rivojlanishi. **Kardiolog maslahati:** Rezisten (turg'un) arterial gipertenziya. Surunkali yurak yetishmovchiligi. Aritmiyalar. YUIK. **Endokrinolog maslahati:** Qandli diabet. Gipotireoz. Semizlik

### **Gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:**

Chuqurlashtirilgan tekshiruvni talab qiladigan, murakkab diagnostik holatlarda, tashxisni tekshirish maqsadida. Ambulator sharoitda o'tkazilgan terapiyaning samarasizligida. Yondosh kasalliklari mavjud bemorlarda dori vositalarini tanlash maqsadida. Hayot uchun xavfli asoratlarda

### **Dalillarning ishonchlilik darajalari va tavsiyalarning ishonchlilik darajalari.**

#### **Dalillarning ishonchlilik darajalari**

<b>Ishonchlilik darajalari</b>	<b>Ta'rifi</b>
1a	Yuqori sifatli meta-tahlillar, tizimli sharhlar randomizirlangan nazoratli tadqiqotlar (RKI) yoki tizimli xatolar xavfi juda past bo'lgan RKI
1b	Yuqori sifatli meta-tahlillar, tizimli, yoki tizimli xatoliklar past xavfi bilan kamida bir marta o'tkazilgan RKI
2a	Randomizasiyasiz kamida bir marta o'tkazilgan RKI, xatolik past darajasi
2b	Aralashish samarasi o'rtacha xavfi yoki tizimli xatolar va sabab munosabatlarning o'rtacha ehtimoli bilan yaxshi o'tkazilgan hodisa-nazorat yoki kogort izlanishlar
3	Noanalitik tadqiqotlar (masalan: hodisalar tavsifi, hodisalar ketma-ketligi, hodisa-nazorat tadqiqotlari)
4	Ekspert xulosasi / klinik tajriba, kuzatishlar

#### **Tavsiyalarning ishonchlilik darajalari**

<b>Ishonchlilik darajalari</b>	<b>Ta'rifi</b>
A	Yuqori sifatli meta-tahlil, RKI tizimli sharhlar yoki tizimli xatolik ehtimoli juda kam bo'lgan yirik RKI, ularning natijalari tegishli o'zbek populyasiyasiga mos kelishi mumkin

## Podagra

V	Yuqori sifatli sharhlar yoki kogort yoki hodisa-nazorat tadqiqotlar tizimli sharhi yoki tizimli xatolar xavfi juda past bo'lgan yuqori sifatli kogort yoki hodisa-nazorat tadqiqotlari yoki tizimli xatolari xavfi juda yuqori bo'lmagan RKI, ularning natijalari tegishli o'zbek populyasiyasiga mos kelishi mumkin.
S	Kogort yoki hodisa-nazorat tadqiqotlar yoki tizimli xatolari xavfi juda yuqori bo'lmagan randomizatsiyasiz nazoratli tadqiqotlar, ularning tegishli o'zbek populyasiyasiga mos kelishi mumkin yoki tizimli xatolar xavfi juda past bo'lgan yoki xavfi juda yuqori bo'lmagan RKI, ularning natijalari bevosita tegishli o'zbek populyasiyasiga mos kelishi mumkin.
D	Bir qator hodisalar tavsifi yoki nazoratsiz tadqiqotlar yoki ekspertlar xulosasi.

## TIZIMLI QIZIL BO'RICHA

**KXT-10 bo'yicha kodlar:**

**M32 Tizimli qizil bo'richa**

**M32.0 Dorilar sababli yuzaga kelgan tizimli qizil bo'richa**

**M32.1 Boshqa a'zolar yoki tizimlar shikastlanishi bilan kechuvchi tizimli qizil bo'richa**

**M32.8 Tizimli qizil bo'richa boshqa farmalari**

**M32.9 Aniqlanmagan tizimli qizil bo'richa**

### TA'RIF VA TASNIF

**Tizimli qizil bo'richa** – keng spektrdagi klshinik ko'rinishlar va kutilmagan kechishi, turli a'zo, tizimlarning zararlanishi bilan xarakterlanadigan noaniq etiologiyali tizimli autoimmun kasallik. Xo'jayra yadrosining turli komponentlariga organspesifik autoantitelalarning ko'plab xosil bo'lishi sababli to'qima va ichki a'zolarning immun yalig'lanishli zararlanishiga olib keladi. TQB – inson autoimmun patologiyasi prototipi bo'lib, kasallik geterogenligi, klinik ko'rinishlari, genetik moyilligi, ushbu kasallikni tashxislashda va personifisirlangan terapiya o'tkazishda qiyinchilik yaratadi.

**Epidemiologiya:** Mualliflarning ta'kidlashicha TQB 2.7 – 50 nafar xolat 100.000 aholiga to'g'ri keladi, ayollar va erkaklar nisbatani 9:1ni tashkil etadi. Kasallik boshlanishi reproduktiv yoshga to'g'ri keladi. TQB oqibatida nogironlik 50% -75%da saqlanib turipti. 10-yillik yashash davomiyligi 93% ni tashkil qiladi, bu ham kasallik kechishi xarakteri, patogenetik terapiyaning o'z vaqtida bajarilishi va faollik monitoringiga bog'liq.

**TQB tasnifi:** TQB ning xarakterli xususiyati – kasallikning klinik ko'rinishlari va kechishining xilma-xilligi hisoblanadi. TQB kechishining uchta shakli mavjud.

1. Qaytalanauvchi -remitirlovchi kechishi – bir yil davomida SLEDAI 2K yoki Selena SLEDAI indeksiga ko'ra, TQB kasalligini 2 yoki undan ko'p marotaba qaytalanishini anglatadi.

2. Surunkali faol kechishi – kasallikning persistirlovchi faolligi bir yil davomida kuzatiladi (SLEDAI 2K yoki Selena SLEDAI > 0 indeksning klinik va immunologik tarkibiy qismlari hisobiga).

3. TQB ning remissiyasi – bir yil davomida TQB klinik ko'rinishlarining butunlay uchramasligi, antiDNK antitelar darajasining biroz ko'tarilishi, komplementning C3- yoki C4- tarkibiy qismlarining pasayishi (indeksning immunologik tarkibiy qismlari hisobiga SLEDAI 0-4 ball).

**SLEDAI 2K yoki Selena SLEDAI indeksiga ko'ra kasallik faolligining 5 ta darajasi mavjud:** Faollik yo'q (SLEDAI 0 ball), Faollik past (SLEDAI 1-5 ball), Faollik o'rtacha darajada (SLEDAI 6-10 ball), Faollik yuqori darajada (SLEDAI 11-19 ball), Faollik juda yuqori darajada (SLEDAI 20 balldan yuqori).

TQB ning qaytalanishi (qo'zishi) - SLEDAI 2K yoki Selena SLEDAI indeksining ikki tashrif orasida 3-12 ballga ko'payishi o'rtacha qaytalanish deb, 12 balldan oshganda yaqqol qaytalanish deb baholanadi.

## KASALLIKNI TASHXISLASH

### Klinik diagnostika

**Shikoyatlar:** bo'g'imlarda og'riq, tana harorati ko'tarilishi, ozish, soch to'kilishi, yonoq va burun sohalari qizarishi "kapalak" simptomi, hayajonlanishda dekolte sohasi qizaris-

hi, quyosh nurlari ta'sirida, shamol va sovuq havo ta'sirida kuchayadi: terida toshmalar bo'lishi; lablar, og'iz bo'shlig'i, burun-tomoqda yaralar paydo bo'lishi; ishtaha pasayishi, tez charchash, holsizlik, uyqu buzilishi; ko'krak qafasida og'riq, yo'tal, qon tupurish, hansirash- o'pka va plevra zararlanishida; shishlar, diureza kamayishi, tez chanqash; migrensimon bosh og'rig'i, tutqanoq tutishi, emosional labillik, kayfiyat buzilishi, xotira pasayishi, ko'rish o'tkirligi pasayishi, qo'rquv, psixoz, paresteziya, depressiya, xoreya – asab tizimi shikastlanganda; to'sh ortida og'riq, yurak urib ketishi – yurak qon-tomir tizimi jaroxatlanishida;

**Kasallik anamnezi:** homiladorlik, tug'ruq, abort; virus infeksiya, vaksinasiya o'tkazilishi; quyoshda yurish; emosional stress; infesion kasallik; allergiya - medikamentoz va oziq-ovqatlarga; kontraseptivlar, gormonal preparatlar; TQB yoki boshqa autoimmun kasalliklarning yaqin qarindoshlarda bo'lishi.

### **Fizikal tekshiruvlar**

**Teri zararlanishi:** yonoqlarda eritema - "kapalak" ko'rinishida, ko'krak qafasining yuqori uchdan bir sohasida, bo'yinda; bullez toshmalar; fotosensibilizasiya; o'tkir osti teri bo'richasi (tangasimon papuloskvamoz (psoriazofor-mali) yoki anulyar polisiklik toshmalar); diskoid o'choqlar (giperemirlangan, infiltrasiyali, chandiqli atrofiya va markaziy depigmentasiya hamda teleangiyektaziyalar bilan kuzatilishi); pannikulit (zich tugunlar, terisi o'zgarmagan, vaqt o'tishi bilan chuqurchalar hosil bo'ladi); alopesiya (lokal yoki diffuz soch to'kilishi); og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi (stomatit, oshqozon yarasi, qattiq va yumshoq tanglayning enantemasi); qon tomirlarining

shikastlanishi, vaskulit (kapillyarit, Reyno sindromi, to'rsimon livedo).

**Bo'g'imlarning shikastlanishi:** eroziv bo'lmagan artrit odatda simmetrik bo'lib, qo'l panja bo'g'imlari, bilak, tizza bo'g'imlarini jaroxatlaydi. surunkali bo'richa artriti, doimiy deformatsiyalar va kontrakturalar bilan kechadi, bo'g'imlarning RA bilan zararlanishini eslatadi (oqqush bo'yni, lateral deviasiya). aseptik nekroz, ko'p xollarda kuzatiladi.

**Buyrakning shikastlanishi:** yuzda tez-tez uchraydigan shish, ayniqsa ko'z qovoqlarida (rangpar, yumshoq).

**Laborator diagnostika:** Umumiy qon tahlili; Peshob umumiy tahlili; Sutkalik proteinuriyani aniqlash; Koptokcha filtratsiyasi tezligi; CRO darajasi; Qon bioximik taxlili: AST va ALT umumiy bilirubin, mochevina, kreatinin, glyukoza, umumiy oqsil, albumin; Koagulogramma; lipid profil; tuberkulin mantu probasi va / yoki Diaskin testi; gepatit V, C, OIV viruslarining markerlari.

**Immunologik tadqiqotlar:** antinuklear antitanalar (ANA, indikator ANF deb ataladi); nativ ikki spiralli DNKga antitanalar (anti-dsDNA); Smit yadro antigeniga antitanalar; C3, C4 komplement komponentlari; Fosfolipidlarga antitanalar: Vaserman reaksiyasi RW, kardiolipinga antitanalar, bo'richa anti-koagulyanti, anti- $\beta$ 2glikoprotein I.

**TQB asosiy diagnostik laborator biomarkerlari:** antinuklear antitanalar, nativ ikki spiralli DNKga antitanalar, Smit yadro antigeniga antitanalar (bemorlarning 10-30%da aniqlanadi).

Antinuklear antitanalar (ANF), nativ ikki spiralli DNK (a-DNA), Smit antigeniga antitanalar (a-Sm)-TQBning asosiy laborator tashxis biomarkerlari bo'lib, tekshirish muxim xisoblanadi. Ib, A. Bu ko'rsatkichlar TQB tasnifi mezonlariga kiritilgan va kasallikning faolligini aks ettirishi mumkin. Inson epite-



liy hujayralari (NEr-2) bilan bilvosita immunoflyuoressensiya usulida ANFni aniqlash "oltin standart" hisoblanadi.

### **Umumiy qon tahlili.**

Kumbs reaksiyasi ijobiy bo'lgan autoimmun gemolitik anemiya (bemorlarning 10% dan kamrog'ida kuzatiladi) tasniflash mezonlariga kiritilgan. IV D.

Leykopeniya,  $4,0 \times 10^9$  dan kam, limfopeniya  $< 1,0 \times 10^9$  TQB tasnif mezonlariga kiritilgan kasallik faollik darajasi bilan bog'liq. I a A

Autoimmun trombositopeniya ( $< 100 \times 10^9/l$ ) TQB tasnif mezonlariga kiritilgan kasallik faollik darajasini aks ettiradi (AFS bo'lgan bemorlarda kuzatiladi). I a, A.

TQBda ECHTning oshishi interkurent infeksiyaning alomati bo'lishi mumkin, lekin TQB faolligining belgisi bo'lmaydi. IV D.

**Har tashrif paytida peshob tahlili tayinlanishi kerak.**

Umumiy peshob tahlilini o'tkazish, sutkalik proteinuriya va koptokcha filtrasiya darajasini o'rganish tavsiya etiladi. Proteinuriya  $> 0,5$  g / 24 soat va/yoki eritrosituriya, leykosituriya  $> 5$  yoki silindrlar (bo'richali nefritning tashxislash mezonlari). I a, A. Proteinuriyani baholash uchun uning kunlik peshobdagi darajasini yoki peshobning ertalabki qismidagi umumiy oqsil / kreatinin miqdorini aniqlash kerak. Glomerulyar gematuriya yoki silindruriya yaqinlashib kelayotgan buyrak yetishmovchiligining belgisidir. Qon tomirlarining aterosklerotik shikastlanishi tufayli yurak-qon tomir asoratlari bo'lgan bemorlarda qon lipidlari spektrining ko'rsatkichlarini (xolesterin, TG, YUZLP, xolesterin) aniqlash kerak.

**S3, S4 komplement fraksiyasi.** Komplementning past darajasi (C3, C4, SN50) faollik darajasini aks ettiradi, vaskulit va buyrak shikastlanishi bilan bog'liq hisoblanadi. IV D

**Antifosfolipid antitanalar.** Soxta musbat Vasserman reaksiyasi (RW), bo'richa antikoagulyanti, kardiolipinga va  $\beta$ 2glikoprotein I ga antitelalar TQB ning tasnifiy mezonlariga kiritilgan va birgalikda antifosfolipid sindromining ko'rinishi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. I a, A. TQBli bemorlar, ayniqsa, buyragi zararlanishiga shubxa bo'lgan bemorlar AFS antitanalar mavjudligiga tahlildan o'tishi kerak, chunki buyrakdagi trombotik mikroangiopatiya sifatida buyrakda namoyon bo'luvchi antifosfolipid sindromi, prognostik oqibatlariga olib kelishi mumkin.

**Instrumental tashxislash:** Jaroxatlangan bo'g'imlar rentgenografiyasi, Zararlangan bo'g'imlar MRTsi, Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, Kompyuter tomografiya va / yoki o'pka MRT, EKG, EXO EKG, Buyrak ultratovush tekshiruvini, Buyrak biopsiyasi. Bosh, bo'yin, yuqori va pastki tomirlarning UTTi, Bosh miya MRTsi, Densitometriya, EFG-DS-asoratlarni aniqlash uchun.

**Jaroxatlangan bo'g'imlar rentgenografiyasi va MRTsi** bo'g'im yuzasi jaroxati, kasallik asoratlari o'tkazilayotgan terapiya natijalari (aseptik nekroz) ni bilish maqsadida, ortopedik va jarrohlik davolash hamda orteziyadan oldin qo'llaniladi. Bemorlarning tegishli shikoyatlari yoki artrit mavjudligida bo'g'imlarning rentgen tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi. IIb B.

**Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi,** dastlabki tekshiruvda, so'ngra har yili o'tkaziladi. TQB bilan og'rikan barcha bemorlarga plevrit, pnevmonit, perikardit, shuningdek, o'pkaning yondosh kasalliklarini aniqlash GIBP tayinlanishidan oldin ko'krak qafasi rentgenogrammasini o'tkazish tavsiya etiladi. IV D.

**O'pka KT/MRT si** mavjud zararlanishlarni aniqlash uchun.

terapiya tanlashda ta'sir qilishi mumkin bo'lgan boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazishda qo'llaniladi. (o'pka tuberkulezi, O'SOK va bshq.)

**EKG va Exo KG** yurak-qon tomir tizimining shikastlanishini tashxislash uchun bajariladi (perikardit, endokardit, kardit, o'pka gipertenziyasi, yurak nuqsonlari).

Diagnostik maqsadlar uchun buyrak biopsiyasi faol bo'richa nefritining klinik belgilari bo'lgan barcha bemorlar uchun ko'rsatma xisoblanadi (jiddiy qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa).

**MAT zararlanganda** EYeG (tirishish bilan bog'liq holatlarni aniqlash uchun), bosh miya MRT titayinlanadi.

**TQB diagnostikasi tasniflash mezonlari asosida amalga oshiriladi:**

**ACR (1997y.) bo'yicha** – 11 tadan 4 ta mezon talab qilinadi

**SLICC (2012y.) bo'yicha** – 4 mezon: 1 klinik va 1 immunologik (Ilovaga qarang).

**EULAR/ACR (2019y.) bo'yicha** - agar 10 yoki undan ko'p ball bo'lsa, qo'shilish mezonini bo'lsa.

### **TQB tasnifi mezonlari (ACR, 1997)**

<b>Belgilar</b>	<b>Tavsifi</b>
Yonoqdagi toshmalar	Yonoqda yassi yoki ko'tariluvchi shaklda namoyon bo'ladigan, burun va lab sohasida tarqalish xususiyatiga ega bo'lgan aniq eritema
Diskoid toshmalar	ko'zga ko'rinadigan ko'tarilib turuvchi po'stli, teri bo'laklari va follikulyar tiqinli toshmalar; eski toshma o'rinlarida atrofik chandiqlar bo'lishi mumkin
Fotosensibilizasiya	quyosh nuri ta'siri natijasida yuzaga keladigan teri toshmasi
Og'iz bo'shlig'ida yaralar	og'iz bo'shligi yoki burun tanglay qismidagi yaralar; odatda og'riqsiz

## Tizimli qizil bo'richa

Noyeroziv artrit	ikki yoki undan ortiq periferik bo'g'imlar jaroxati bilan namoyon bo'ladi og'riq, shish va ekssudat paydo bo'ladi
Serozit	plevrit (plevral og'riq, yoki plevra ishqalanish shovqin, yoki plevrada suyuqlik mavjudligi), yoki perikardit (auskultasiya paytida exokardiografiya yoki perikardial ishqalanish shovqini bilan tasdiqlangan)
Buyraklarning yallig'lanishi	doimiy proteinuriya $> 0.5$ g / kun, va / yoki silindruuriya (eritrositar, gemoglobinli, donador yoki aralash)
MAT zararlanishi	tirishish yoki psixoz (dori-darmonlar qabul qilmasa yoki metabolik kasalliklar bo'lmasa)
Gematologik buzilishlar	gemolitik anemiya retikulositoz, yoki leykopeniya $< 4.0 \times 10^9/l$ ( $\geq 2$ marta qayd qilingan), yohud trombositopeniya $< 100 \times 10^9/l$ (preparatlar qabuli buyurilmagan bo'lsa) bilan kechganda
Immunologik buzilishlar	dezoksiribonuklein kislot (DNK)ga, Smit antigeniga, fosfolipidga antitelalar, bo'richa antikoagulyantining (VA) ijobiy testi, turg'un soxta ijobiy Vasserman testi ( $\geq 6$ mes), laborator tekshiruvlarda sifilis tekshiruvi manfiyligi tasdiqlanishi.
ANF titrlarining ko'tarilishi	bo'richaga o'xshash sindrom yuzaga keltiruvchi dori vositalarini qabul qilmaganda

Jami: 11 kriteriydan ||| tasi

ACR mezonlari bo'yicha **bo'richali nefrit diagnostikasi:**

Doimiy proteinuriya  $> 0,5$  g/kun

va / yoki 5 eritrositlar, 5 leykositlar yoki silindrlar, peshob yo'llari infeksiyalarisiz

qo'shimcha, immunokompleks nefritni tasdiqlovchi nefrobiopsiya ma'lumotlari

**TQB ning tasniflash mezonlari (Yevropa Revmatizmga qarshi ligasi / Amerika revmatologlar kollegiyasi – EULAR/ACR, 2019g)**

Sezuvchanlik va o'ziga xosligi jihatidan, ular ACR 1997 va SLICC (Systemic Lupus Collaborating Clinics) 2012 tomondan ilgari ishlab chiqilgan mezonlardan ustun turadi. Yangi mezonlar o'rtasidagi muhim farqlardan biri autoimmun kasallik sifatida TQB uchun asosiy tasniflash mezon sifatida antinuklear omilga ko'ra "pozitivlik" ni ajratish olinadi, uni aniqlash natijasida TQB tashxisi mavjud emasligi tasdiqlanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, TQB uchun yangi mezonlar diagnostika emas, balki tasniflash hisoblanadi va klinik tadqiqotlardan ko'ra ilmiy tadqiqotlarga ko'proq mo'ljallangan.

### **Qabul qilish mezonlari**

Antinuklear antitanalar (ANA)  $\geq 1:80$  titrida HEP-2 xujayralar qo'llanganda yoki ekvivalent usullarning pozitiv natijalari. Mezon bo'lmasa, kasallik TQB sifatida tasniflana olmaydi. Aniqlanganda – qo'shimcha mezonlarni qo'llang

### **Qo'shimcha mezonlar**

Agar aniqlangan mezon TQB dan boshqa tibbiy holat bilan izohlansa, mezonlar hisobga olinmaydi. Bir martagina mezonlarni aniqlanishi xam yetarli. Hech bo'lmaganda bitta klinik mezon yetarli. Mezonlarning hammasi bir vaqtning o'zida bo'lishi shart emas. Har bir belgi ichida faqat maksimal "ball" ga ega bo'lgan mezon umumiy ballga kiritiladi. Har bir toifadan eng yuqori ball to'plagan bitta mezon hisobga olinadi.

<i>Klinik belgilar va mezonlar</i>	<i>ball</i>	<i>Immunologik belgilar va mezonlar</i>	<i>ball</i>
<b>Konstitusional</b>		<b>Antifosfolipid antitanalar</b>	
Isitma	2	Kardiolipin, yoki $\beta 2$ -glikoprotein I ga antitanalar	2
teri-shilliq qavat		yoki bo'richa antikoagulyanti	

Tizimli qizil bo'richa

Alopesiya	2	<b>Komplement oqsillari</b>	3
Og'iz bo'shlig'ida yaralar	2	C3 yoki C4 pasayishi	4
O'tkir osti	4	C3 va C4 pasayishi	
yoki diskoid bo'richa	6	<b>Yuqori xoslikka ega antitanalar</b>	6
<b>Artrit</b>		Ikki spiralli DNK (anti-dsDNA) ga antitanalar	6
yoki sinovit, bo'g'imlar shishi $\geq 2$ , yoki bo'g'imlar og'rig'i $\geq 2$ ertalabki xarakterlik $\geq 30$ min bilan namoyon bo'ladi	6		
<b>Neyro-psixiatrik</b>			
Deliriy	2		
Psixoz	3		
Tutqanoq	5		
<b>Seroz shilliq-qavat</b>			
Plevral yoki perikardial suyuqlik	5		
O'tkir perikardit	6		
<b>Gematologik</b>			
Leykopeniya	3		
Trombositopeniya	4		
Autoimmun gemoliz	4		
<b>Buyrak</b>			
Proteinuriya $\geq 0.5$ g 24 soatda	4		
Buyrak biopsiyasi:	8		
nefritning II yoki V sinfi			
Buyrak biopsiyasi:	10		
nefritning III yoki IV sinfi			
<b>Umumiy hisob</b>			
Agar qabul qilish mezonlari mavjud bo'lsa, 10 yoki undan ortiq ball to'planganda kasallikni TQB sifatida tasniflash			

### **Tashxisni shakllantirishga misollar:**

Tizimli qizil bo'richa o'tkir boshlanishi teri shikastlanishi bilan (kapalak eritemasi, oyoq terisida, dekolte, ko'krak va bel sohasida yaqqol eritematoz toshmalar), bo'g'imlar, buyraklarning zararlanishi (lyupus nefrit), gematologik o'zgarishlar (leykopeniya, trombositopeniya) va immunologik o'zgarishlar (DNKga antitanalarining ko'payishi, C3, C4, komplementining kamayishi, ANF +) III faollik (SLEDAI 28). Yondosh kasalliklar: ikkala ko'z kataraktasi. O'ng chanoq son bo'g'imining aseptik nekrozi. Tizimli qizil bo'richa, o'tkir osti boshlanishi teri ("kapalak", kapillyaritlar), bo'g'imlar (artralgiya), yurak (mitral klapaning birinchi darajali yetishmovchiligi), buyraklar (subklinik protei-nuriya, surunkali buyrak kasalligi, C1 bosqich) zararlanishi bilan. faollik II (SLEDAI 8).

### **Qiyosiy tashhis**

<b>Tashhis</b>	<b>Qiyosiy tashxislash uchun asos</b>	<b>Tekshiruvlar</b>	<b>Tashhislash mezonlari</b>
Revmatoid artrit	Asosan ayollarda kuzatiladi, qo'llardagi kichik bo'g'imlarining simmetrik poliartriti, visseral ko'rinishlar (Digital arteriit, poliserozit, buyrak shikastlanishi). RA bilan og'rigan bemorlarning 25% da ANF testi ijobiv	ASSP, RO, qo'l panja bo'g'imlari, rentgenografiyasi bilak bo'g'imlari bilan birga	Bo'g'imlarning zararlanishi turg'un, progressiv xarakterga ega. Yaqqol ertalabki karaxtlik. Kasallik rivojlangan sari bo'g'im yuzalarining destruksiyasi va bo'g'im deformasiyasi rivojlanadi. Rentgenogrammalarda tipik eroziv o'zgarishlar. Ichki organlarning og'ir shikastlanishi nisbatan kam kuzatiladi.

Tizimli qizil bo'richa

Kattalarda Still sindromi	Bo'g'im zararlanishi, mialgiya, yuqori isitma, makulo papulyoz toshmalar, limfadenopatiya, splenomegaliya, serozit	Qonda ferritinni aniqlash	Faollik davrida — neytrofil leykositoz (TQB dagi kabi leykopeniya emas). ANA testi salbiy. Teri o'zgarishlar qisqa muddatli tabiatga ega.
Tizimli vaskulitlar	Isitma, terining, bo'g'imlarning, buyraklarning, markaziy asab tizimining, o'pkaning shikastlanishi	Qorin bo'shlig'i a'zolari UTT	Ko'pincha erkaklarda kuzatiladi (nospesifik aortoarteritdan tashqari). Ko'pincha, infeksiya (virusli, bakterial) qo'zg'atuvchi bo'lib xizmat qiladi.
Tizimli sklerodermiya	Simmetrik poliartrit, Reyno sindromi, poliserozit, konstitusional o'zgarishlar	Immunologik tadqiqotlar (ANSA). bo'g'imlar UTTi	Qon tomir devorining yallig'lanishi va nekrozi tufayli, a'zolar va to'qimalardagi ishemik o'zgarishlar, klinik simptomlarni belgilaydi. Asab tizimining zararlanishi asosan ko'p sonli mononevrit shaklida bo'ladi. Leykositoz, trombositoz, ijobiy ANSA
Dori vositalari sababli bo'richa sindromi	Poliartrit, teri sindromi, fotosensibilizasiya, gepatosplenomegaliya, poliserozit, isitma, leykopeniya, ANF va LE-xo'jayralarga ijobiy test.	Immunologik tadqiqotlar: antisentromer antitana, ANF, Scl-70 ga	Teri va teri osti to'qimalari (qalinlashish, atrofiya, pigmentasiyaning buzilishi), bo'g'inlar (fibroz o'zgarishlarning ustunligi), oshqozon-ichak tizimida xos o'zgarishlar. Rentgenologik belgilar (osteoliz, oxirgi



		antitanalar. teri-mushak qismi biop- siyasi	falangalarning rezorbsi- yasi), yumshoq to'qima- larning kalsinozi
--	--	--	--

## DAVOLASH

### Asosiy tamoyillar

1. Terapiyaning maqsadi-uzoq muddatli remissiyaga erishish, a'zolarning qaytmas shikastlanishining oldini olish va hayot sifatini yaxshilash.

2. Davolash revmatolog tomonidan amalga oshiriladi, kasallikning tabiati boshqa mutaxassislarni (nefrolog, dermatolog, gematolog, kardiolog, nevropatolog va psixiatr) jalb qilgan holda va shifokor bilan bemorning yaqin o'zaro ta'siriga asoslangan holda fanlararo yondashuni talab qiladi. Bemorga kasallikning tabiati, kasallikning kechishi va davolash haqida ma'lumot berish kerak.

3. TQBni davolash klinik ko'rinishga va kasallik faolligiga bog'liq. Davolashda boshlang'ich davr- yuqori intensiv immunosupressiv terapiya, remissiya va kasallik avj olishini oldini olish uchun -ushlab turuvchi terapiya davri mavjud.

Tavsiyalar: Davolashdan maqsad:

TQBni davolashning maqsadi remissiya yoki kasallik faolligi [2b / B]ni past darajada ushlab turish va barcha a'zolarida kasallik avj olishining oldini olish, bu esa GKSning eng past dozasida erishilgan bo'lishi kerak. IIb/B. TQB avj olishini, a'zolarning shikastlanish darajasiga qarab, qabul qilingan dorilar (GKS, immunosupressiv dorilar) dozasini oshirish, ularni almashtirish yoki yangisini qo'shish orqali davolash kerak. IIb/S. Terapiya samarasini baholash ichki a'zolar va tizimlarning shikastlanishining klinik va laborator belgilarini

o'z ichiga olgan standartlashtirilgan SLEDAI 2K indeksiga asoslangan bo'lishi kerak. Ib/B.

**Remissiya** GKS va immunosupressiv preparatlardan foydalanmasdan kasallikning klinik va laborator belgilarining uzoq vaqt bo'lmasligi.

**Kasallikning past faolligi** gidroksixloroxin bilan davolash paytida SLEDAI  $\leq 3$  bo'lganda yoki SLEDAI  $\leq 4$  va GKS  $\leq 7.5$  mg/kun (prednizon [prednizolon] asosida) davomida ich-ganda shifokorning umumiy bahosi PGA (physician global assessment) PGA  $\leq 1$  va yaxshi ko'tara olgan immunosupressiya sifatida belgilangan.

**Qisman buyrak remissiyasi** - proteinuriyaning  $\geq 50\%$  bilan subnefrotik darajalarga kamayishi va kreatininemiya, 6-12 oy uchun 10% dan oshmasligi kerak; agar proteinuriya  $< 500$  mg/kun bo'lsa, buyrak remissiyasi to'liq hisoblanadi, ammo unga erishish uchun uzoq muddatli davolanish talab etiladi, ba'zan 12-24 oy davomida. Buyrak funksiyasini monitoring qilinganda 6-12 oy davomida bo'richa nefriti terapiyasi o'tkazgandan so'ng gematuriya mavjudligidan ko'ra proteinuriya  $\leq 0,8$  g/kun ko'rsatkichlari muhimroq.

### **Medikamentoz davolash**

TQBni davolashda asosiy o'rinni quyidagilar egallaydi.

**Glyukokortikoidlar**

**Immunodepresantlar**

**Kalsinevrin ingibitorlari**

**GIBP (rituksimab, belimumab)**

**Gidroksixloroxin**

**Qo'shimcha dori vositalari**

### Glyukokortikosteroidlar

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Chiqarilish shakli	Qabul qilish shakli	dozasi	Qo'lla- nilishi
prednizolon	tabletk 5 mg	peroral	0,3-0,5 mg / kg / sutkasiga	sxema bo'yicha
prednizolon	ampula, 1ml /30mg	v/i, tomchi	30mg-120mg	sutkasiga 1 marta
metilprednizolon	tabletk 4 mg, 16mg	peroral	0,3-0,5 mg / kg / sutkasiga	sxema bo'yicha
metilprednizolon	flakon 250, 500, 1000mg	v/i, tomchi	250-500- 1000mg	sutkasiga 1 marta

GKSni yuborish dozalari va usullari a'zolarning faoliyati va shikastlanishiga bog'liq. IIb/S. Prednizolonning boshlang'ich dozasi kuniga 0,3-0,5 mg / kg ni tashkil qilishi mumkin, 3-6 oy davomida  $\leq 7,5$  mg gacha kamaytiriladi. TQBni faolligi past bo'lgan va hayotiy a'zolarga zarar yetkazmagan holda davolash uchun past dozali GKS va / yoki aminoxinolin dorilarini qo'llash tavsiya etiladi. IID. GKning yuqori dozalari (prednizolon kuniga 0,5-1 mg / kg) 2 oydan ko'p bo'lmagan muddatga buyuriladi, terapiyaga qisman yoki to'liq erishilganda asta-sekin minimal dozalarga kamaytirildi. Klinik yaxshilanish, faollikning pasayishiga erishilganda, GKS dozasi kuniga 7,5 mg gacha (prednizolonga teng) yoki undan kam miqdorga tushirilishi kerak va iloji bo'lsa, gormonal terapiya to'xtatilishi kerak (xolatga ko'ra). IIb/V. Immunosuppressiv dorilardan foydalanish GKS dozasini tezda kamaytirish yoki GKSni bekor qilish imkonini beradi. IIb/V. MP puls terapiyasi (odatda 250-1000 mg / kun 1-3 kun) tez terapevtik ta'sir ko'rsatadi va GKS ning pastroq boshlang'ich dozasini peroral qo'llashga imkon beradi. IIIb/C. GKSni past dozalar-

## Tizimli qizil bo'richa

da (kuniga  $\leq 7,5$  mg) uzoq muddat peroral qabul qilish organlarning tuzalmas shikastlanishining rivojlanishiga olib keladi. Bemorlarga GKSni uzoq vaqt qabul qilish bilan osteoporoz, qandli diabet, ateroskleroz, giperlipidemiya, arterial gipertenziya, oshqozon -ichak trakti shikastlanishi, katarakta, glaukoma va boshqalarni kuzatish hamda oldini olish kerak.

**Immunodepressantlar:** Siklofosfamid, azatioprin, mikofenolat mofetil, kalsinevrin ingibitorlari (siklosporin, takrolimus)

Dori vositasi (xalqaro patentlanma- gan nomi)	Chiqarilish shakli	Qabul qilish shakli	Qabul qilish shakli
Siklofosfamid	eritma tayyorlash uchun kukun, 200 mg	v/i tomchilab, m/o	v/i tomchilab, m/o
Azatioprin	tabletka, 50mg	peroral	peroral
Metotreksat	tabletka, 2.5-5 mg	peroral	peroral
Mikofenolata mofetil	Tabletka 250 mg, 500mg	peroral	peroral
Siklosporin A	kapsula 50 mg, 100mg	peroral	peroral
Takrolimus	kapsula 1. 2mg	peroral	peroral

Gidroksixloroxinga javob bermaydigan bemorlarda (monoterapiyada yoki GKS bilan birgalikda), shuningdek, GKS dozasi ushlab turuvchi terapiya uchun maqbul darajaga tushirish mumkin bo'lmagan bemorlarda (ya'ni, kuniga  $< 7,5$  mg), immunosupressiv dori - MT [1b / B], AZA [2b / C] yoki MFM [2a / B] yoki SF qo'shish variantini ko'rib chiqish. 1b/B. Hayotiy a'zolarining shikastlanishida immunosupressiv dori vositalar terapiyaga kiritilishi kerak. 2b/C.

**Metotreksat** teri jaroxatida va bo'richa nefritida GK mono-terapiya sifatida ta'sir ko'rsatmagan xollarda (refrakter) haftasiga kamida 15 mg dozada, foliy kislotasi bilan 5 mg / haftada tavsiya etiladi. MT alopesiya va plevritda ham samarali ekanligi isbotlangan. Bemorlarning yarmida kunlik GK dozasini kamaytirish imkoniyatini beradi.

**Azatioprin** bo'richa nefriti remissiyasini ushlab turish uchun, autoimmun gemolitik anemiya va trombositopeniya va terini zararlanishdan saqlash uchun ishlatiladi. Standart terapeutik doza-kuniga 2-3 mg / kg tana vazniga to'g'ri keladi, davolash fonida maksimal ta'sir 6-9 oydan keyin paydo bo'ladi.

**Mikofenolat mofetil** TQB ning buyrakdan tashqari va buyrak bilan bog'liq ko'rinishlarida (anemiya, trombositopeniya, terining shikastlanishi, alveolit, "prodromal" laborator o'zgarishlari bo'lgan bemorlarda) samarali bo'ladi. Fertillikni saqlamoqchi bo'lgan yosh ayollarda bo'richa nefriti remissiyasiga erishish (induksiyasi) odatda mikofenolat mofetil bilan erishiladi va u samarasiz bo'lsa, uni siklofosfamidga almashtirish kerak. BNda siklofosfamid va mikofenolat mofetilning samaradorligini bir necha oydan keyin baholash mumkin. MFMning afzalligi-selektiv immunosupressiya, yuqumli va gematologik asoratlarning past uchrashi, mutagen va gonadotoksik ta'sirlarining mavjud emasligi tufayli uzoq muddat foydalanish imkoniyati va boshqalar. MFM remissiyaga erishish va kasallik kuchayishini kamaytirishda azatioprindan ustundir. MFM teratogen xususiyatlarini hisobga olgan holda, homiladorlikdan 6 hafta oldin to'xtatilishi kerak

### **Siklofosfamid**

Siklofosfamid ichki a'zolar, ayniqsa buyraklar, asab tizimi shikastlanganda va boshqa immunosupressantlardan foydala-

nish samarasi bo'lmaganda og'ir TQB uchun ishlatilishi mumkin. 2b/C. Odatda, bu preparat bo'richali nefrit remissiyasiga erishish uchun Euro Lupus rejimida qo'llaniladi - har 2 haftada 500 mg dan 3 g umumiy dozagacha yoki har oyda 1000 mg tomir ichiga 6 oy davomida yuboriladi. SF potensial teratogen (homiladorlikdan 6 hafta oldin to'xtatilishi kerak)

**Kalsinevrin ingibitorlari (siklosporin, takrolimus)** MFM bilan birgalikda BN ning "ko'p maqsadli" terapiyasining asosini tashkil etadi. Turli xil (ehtimol "sinergik") mexanizmlarga ega dori vositalarini birgalikda qo'llash ularni past dozalarda qo'llash va shu bilan terapiya xavfsizligini oshirish imkonini beradi. BNni davolashda, MFMdan tashqari, SF samaradorligidan kam bo'lmagan (yoki undan oshib ketadigan) va nojuya ta'sirlari bo'yicha nisbatan xavfsizroq bo'lgan kalsinevrin ingibitorlari muhim o'rin egallaydi. BN bilan og'rikan bemorlarda takrolimus (4 mg / kun), MFM (1 g / kun) va SF bilan kombinasiyangan terapiyaning samaradorligi SF monoterapiyasi (0,5-1,0 g / m<sup>2</sup>) bilan solishtirganda yuqori ekanligini ko'rsatdi. Takrolimus va MFMning past dozalarda birgalikda qo'llash, BNli bemorlarning 2/3 qismida proteinuriyani GKni qo'llamagan xolda kamaytirish imkonini beradi. "Multitarget" terapiya indusion bosqichida alohida ahamiyatga ega bo'lishi mumkin, ammo uning foydasi qo'llab-quvvatlash (ushlab turuvchi) terapiyasida kamroq kuzatiladi.

### GIBP gen injener biologik preparatlar

Dori vositasi (xalqaro patentlan- magan nomi)	Farma- kologik guruhi	Qo'llash shakli	Bir martalik doza	Qo'lla- nilishi
Rituksimab –	monoklonal antitana- nalar guruhi- dan o'smaga, V-hujayra- larga qarshi preparat	v/i tomchilab yuboriladi, flakonlarda infuziya uchun eritma tay- yorlash uchun konsentrat	500mg/50 ml	Qo'llanish- dan oldin premedika- siya o'tkazi- ladi.

Agar standart terapiya (immunosupressantlar bilan yoki ularsiz GX va GKS kombinasiyasi) ta'siri bo'lmasa va / yoki kasallikning tez-tez qo'zishida, GK dozasini kamaytirishning iloji bo'lmasa, Belimumab (BLM) dan foydalanish kerak. 1a/A. TQB yuqori klinik faolligida, teri, shilliq pardalar, bo'g'imlarning shikastlanishi, gematologik va immunologik buzilishlar, kasallikning tez-tez qo'zishi va GKning o'rta va yuqori dozalarda qabul qilishga muxtojlik, shuningdek terapiya asoratlari (a'zolar shikastlanishi), infeksiya xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda, BLM dan foydalanish tavsiya etiladi. Buyrak va MATning shikastlanishi bo'lgan bemorlarda BLM samaradorligi to'g'risida ma'lumotlar yetarli emas. Preparatning ta'sirini 4-6 oy qo'llagandan keyin kutish kerak. Bemorlarda hayotiy muhim a'zolarning shikastlanishi, terapiyaga refrakter va tahdidli xolatlarda mavjud bo'lgan yoki standart immunosupressantlarga nisbatan rezistentlik / qarshi ko'rsatmaga ega bemorlarga RTMdan foydalanish tavsiya etiladi. 2b/C.

**Rituksimab** buyrak yoki buyrakdan tashqari (asosan gematologik va neyropsixik) kasallikning og'ir ko'rinishlarida, sitostatik (SF va MFM) samaradorligi bo'lmagan bemorlarda,

## Tizimli qizil bo'richa

shuningdek ulardan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda "off label" ishlatiladi. RTM og'ir autoimmun trombotopeniya yoki gemolitik anemiyada shubhasiz foydali ta'sir ko'rsatdi.

### Malyariyaga qarshi preparat

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Qo'llanish shakli	Bir martalik doza	Qo'llanilishi
Gidroksikloroxin	peroral	Tabletka 200mg	kuniga 1-2 marta

**Gidroksikloroxin** yallig'lanishga qarshi, antiagregant, gipolipidemik, fotoprotektiv, antioksidant, mikroblarga qarshi, gipoglikemik va og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega. Gidroksikloroxin TQB bilan og'riq barcha bemorlar uchun qarshi tavsiyalar bo'lmasa, < 5 mg/kg / kun dozasida tavsiya etiladi. 3b/C. Agar bemorda ko'zning to'r pardasi shikastlanishi uchun xavf omillari bo'lmasa, 5 yildan so'ng, keyin esa har yili oftalmologik tekshiruv (ko'rish maydonini tekshirish va / yoki optik kogerent tomografiyasi) o'tkazilishi kerak. 2b/V. Dozani korreksiyalash (50%ga kamaytirish) va boshidan ko'zni xar yil monitoringini o'tkazish buyrak ko'ptokcha filtratsiyasi SKF <30 ml / min bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. GX uzoq muddatli foydalanish kasallik kuchayishining oldini oladi, yurak-qon tomir asoratlari faoliyatini va xavfini kamaytiradi, ichishga qabul qilinadigan GK dozasini kamaytirish uchun yordam beradi.

**Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar.** TQB sababli yuzaga kelgan isitmada ko'pincha NYAQVlar yoki parasetamol yordam beradi. Agar bu dorilar bilan davolanishga qaramay isitma davom etsa, kasallikning xuruji, yuqumli yoki dori-darmonli etiologiyaga shubha qilish kerak. Surunkali isitmasi bo'lgan



barcha bemorlar simptomlarga ko'ra infeksiyaga tekshirilishi kerak. NYAQV lar qisqa vaqt davomida va faqat nojo'ya ta'siri rivojlanish ehtimoli past bo'lgan bemorlarda qo'llaniladi. IID.

### Qo'shimcha terapiya shakllari:

**Vena ichi immunoglobulini** trombositopeniya, markaziy asab tizimining shikastlanishi (konvulsiv sindrom, koma, ko'ndalang miyelit), antifosfolipid sindrom va nefrit, hayot uchun xavfli bo'lgan holatlarda qo'llaniladi. Ta'siri yetarlicha tez (bir necha kun ichida), lekin qisqa muddatli. Qo'llash sxemasi standartlashtirilmagan; VIIGning odatdagi dozasi 4-5 kun davomida 0.4 dan 2 g / kg tana vazniga.

Dori vositasi (xalqaro patentlanmagan nomi)	Chiqarilish shakli	Qabul qilish shakli	dozasi	Qo'llanish davomiyligi
Vena ichi immunoglobulini	1g/20 ml, 2.5g/50 ml, 5g/100ml, 10 g/200 ml	infuziya uchun eritma flakon	0.4 dan 2 g/ kg gacha	4-5 kun
Plazmaferez			Infuziya bi- lan plazma vaznining 20-30 ml/kg	Har kuni va kun ora, sxema bilan

**TQB bo'lgan bemorlarda salbiy natijalar uchun xavf omillari:** o'smirlik davrida kasallikning rivojlanishi; erkak jinsi. o'tkir kechishi, yuqori faollik, kasallik boshlanganidan boshlab birinchi 3-6 oy ichida nefrit rivojlanishi, buyrakning progressiv yetishmovchiligi; Markaziy asab tizimining shikastlanishi, trombositopeniya; komorbid kasalliklar (infeksiyalar, aterosklerotik tomirlar shikastlanishi).

**Ushlab turuvchi (qo'llab-quvvatlovchi) terapiya:** TQB ni ushlab turuvchi davolash, agar iloji bo'lsa, kasallikning faolligini nazorat qilish uchun zarur bo'lgan (faolik nazoratida) GKS dozasini minimal dozaga kamaytirish yoki imkon bo'lsa to'liq olib tashlashga qaratilgan bo'lishi kerak. TQB farmakoterapiyasi sharoitida zamonaviy revmatologiyaning eng muhim "tendensiyalaridan" biri bemorlar uchun "hech bo'lmaganda remissiyani saqlab qolish uchun" glyukokortikoidlarsiz "davolash dasturlarini ishlab chiqishdir. BN bilan og'riqan bemorlarda indusion terapiyani qo'llaganda yaxshi klinik va laborator samaraga erishilgandan so'ng, ta'sirini saqlab qolish va uzoq muddatli prognozni yaxshilash uchun MFM kuniga 2 g yoki AZA 2 mg / kg dozada buyuriladi. Agar homiladorlikda gumon qilinsa yoki MFMning yuqori narxi muammo bo'lsa, azatiopringa ustunlik beriladi. Kalsenevrin ingibitorlari BNdagi V sinfida eng kam samarali dozada qo'llanilishi mumkin, chunki bu preparatlarni surunkali ishlatish buyrakda nojo'ya ta'sirlar xavfini oshirishi mumkin. Bo'richa nefritida indusion terapiyadan so'ng kamida 3 yillik immunosupressiv parvarishlash terapiyasi tavsiya etiladi. To'liq buyrak remissiyasiga erishilgandan so'ng, avval glyukokortikoidlarni kamaytirish kerak. Immunosupressantni bosqichma -bosqich kamaytirish tavsiya etiladi, to'liq to'xtatguncha. Davolashning uzoq davom etishi ham, remissiyaning ham uzayishi, 6 yillik davolanishdan so'ng immunosupressiv terapiyani to'xtatgan bemorlarda buyrak jaroxati qo'zishi xavfining kamayishi bilan bog'liq edi. Shu maqsadda, immunosupressiv terapiya davomiyligi, javob vaqti va darajasi, TQB buyrakdan tashqari faolligi va bemorning xohishiga qarab individual ravishda belgilanishi kerak.

**Asosiy preparat bilan birga ko'rsatmalarda quyidagilar qo'llaniladi:** Antibiotiklar, qon prepartlari, virus va zambu-

rug'larga qarshi dorilar, antikoagulyantlar, dezagregantlar, yurak glikozidlari, diuretiklar, gipotenziv dorilar, statinlar. TQB bilan og'riqan bemorlar odatda ko'plab antibakterial dorilarga, ayniqsa sulfanilamid preparatlariga allergik reaksiyalar rivojlanish tendensiyasiga ega.

**Plazmaferez** (bu usul maxsus membrana orqali bemor qonining suyuq qismi plazmani filtrlashga asoslangan) sitopeniya, krioglobulinemiya, vaskulit, markaziy asab tizimining shikastlanishi, trombotik trombositopenik purpura uchun ko'rsatma. Plazmaferez, o'ta og'ir bemorlarda, hayotiy organlarning disfunktsiyalarida (pnevmonit, markaziy asab tizimining shikastlanishi, buyrak yetishmovchiligi bilan tez rivojlanayotgan qizil bo'richa nefriti) SF va GKS faol terapiyasi bilan birgalikda qo'llaniladi.

**Davolash samaradorligi indikatori:** Qisman klinik remissiya - TQB bilan og'riqan bemorlarda GKSning past dozalarini ( $\leq 5$  mg / kun) qabul qilishda alomatlar, belgilar, peshob va qon taxlillarida o'zgarishlar bo'lmasligi. Klinik remissiya - TQB bilan og'riqan bemorlar GKS qabul qilmaganlarida klinik belgilar, peshob va qon taxlillarida o'zgarish kuzatilmassligi. GKSni qabul qilish paytida bemorda TQB alomatlari bo'lmagan holatlar to'liq klinik remissiyaga kirmaydi, chunki ular davoli tibbiy nazoratga muhtoj. To'liq remissiya - TQB bilan og'riqan bemorlarda dori qabul qilmasligi fonida klinik va serologik remissiya.

### **Jarrohlik (shu jumladan revmoortopedik) davolash**

Hozirgi vaqtda bemorlarning kichik qismidagina buyrak transplantasiyasi amalga oshirilmoqda. Transplantasiya buyrakni almashtirishning boshqa variantlariga qaraganda afzalroq bo'lishi mumkin va buyrakdan tashqari bo'richa kamida 6 oy klinik (ideal holatda serologik) faol bo'lmagan hollarda ko'rib

chiqilishi kerak. Hozirgi vaqtda bemorlarning faqat kichik bir qismi transplantasiya qilinadi, garchi bu strategiya eng qulay natijaga ega bo'lsa-da (10 yillik bemorlarning omon qolish darajasi 94%, peritoneal dializ va gemodializda mos ravishda 76% va 42%). TQB uchun jarrohlik davolash amalga oshirilmaydi. Jarrohlik amaliyoti suyak-mushak tizimining jiddiy buzilishlarida (son suyagi boshchasiining aseptik nekrozi) funksional holatini yaxshilaydi. Bo'g'imlar endoprotezlash amalga oshiriladi. MT, AZA va SF operasiyadan 2 hafta oldin bekor qilinadi va yaraning to'liq chandig'i va asoratlari bo'lmaganidan keyin tiklanadi. GIBPni bir muddat to'xtatib turish kerak, tanaffus davomiyligi individualdir. GK bir xil dozada davom etadi. Jarrohlik kuni o'rin bosuvchi terapiyani buyurish kerak (metilprednizolonni tomir ichiga yuborish - operasiyaning og'irligiga qarab 250-500 mg).

### **Reabilitasiya**

**Ta'lim dasturlari:** Bemorga kasallik, terapiya tamoyillari va natijalari, kundalik hayotda jismoniy faollik haqida ma'lumot berilishi kerak. Tashxis qo'yilgan paytdan boshlab yaqinlari qo'llab quvatlashi va kasallikni o'zi boshqarish asosiy tamoyillariga o'rgatish zarur. Fizioterapiya - bu dori terapiyasiga qo'shimcha. Jismoniy mashqlar terapiyasi hayotiy organlarning shikastlanishiga olib kelgan TQB yuqori faolligida nefrit, markaziy asab tizimining shikastlanishi, YUQT, trombositopeniyada bajarilmaydi. Ba'zi hollarda ular nafas olish mashqlari bilan chegaralanadi. Faoliyati past yoki remissiya holatida - bemorning ehtiyojlari va imkoniyatlariga moslashtirilgan dinamik va ayerob mashqlar bajariladi. Teri shikastlanganda, basseyynda suzish, quyoshga ta'sir qilishdan saqlanish kerak. Quyoshdan himoyalovchi, soyabon, bosh kiyimlardan foydalanish kerak.

Stressni cheklashga harakat qilish, yetarlicha dam olishni rejalashtirish lozim. Muvozanatlangan diyetani qo'llash kerak. Ushbu kasallik uchun maxsus ovqatlanish rejimi yo'q. Faqat buyraklar shikastlanganda (nefrit va nefrotik sindromning rivojlanishi) ma'lum miqdorda oqsillar, yog'lar va suv-tuz yuklamasi bo'lgan diyetaga rioya qilish kerak. Yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega bo'lgan ovqatlar antioksidantlarga boy meva va sabzavotlarni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, baliq, yong'oq, zig'ir urug'i, kanol va zaytun moyi kabi omega-3 yog'kislotalari bo'lgan ovqatlar yallig'lanishni kamaytirishga yordam beradi. TQB bilan og'rigan ayollar uchun kontrasepsiya vositalarining eng xavfsiz usuli - bu "to'siqli", ya'ni prezervativlardan, har xil qopqoqlardan, kontraseptiv gelli diafragmalardan foydalanishdir. Ba'zi hollarda ayollar per os ichish uchun kontraseptiv vositalardan foydalanishlari mumkin, lekin yuqori dozalarda estrogen saqlovchi yoki ayol jinsiy gormonlarini o'z ichiga oladiganlardan hayz davrining birinchi bosqichida ishlatish mumkin emas. Bachadan spirallaridan xam foydalanish mumkin, ammo bu holda TQB bilan og'rigan bemorlarda sog'lom ayollarga qaraganda ikkilamchi infeksiya xavfi yuqori ekanligini esda tutish kerak. Homiladorlikni rejalashtirish kasallikning barqaror remissiyasi boshlanganidan va homila uchun xavfli dori-darmonlar (siklofosamid, mikofenolat mikofenolat, metotreksat) bekor qilinganidan 6 oy o'tgach va homila uchun xavfsiz dori-darmonlarni qabul qilib, remissiyani saqlaydigan dorilar ichib, chekishni tashlash va normal tana vaznini saqlashi kerak.

### **PROFILAKTIKA VA DISPANSER NAZORATI**

Profilaktika sog'lom turmush tarziga rioya qilish. Dispanser kuzatuvi. Barcha bemorlar dispanser kuzatuvidan o'tadilar.

Kuzatishning maqsadi: TQB ning klinik va laborator faolligini aniqlash, monitoring qilish va dori terapiyasining nojo'ya ta'sirini oldini olish, dori terapiyasining asoratlari aniqlash. Revmatolog tomonidan doimiy kuzatuv va umr bo'yi davolanish. GKlar va sitostatiklarning yuqori dozalarini indusion fazasida buyurilganda, oyiga 2 marta (hech bo'lmaganda) asosiy klinik va laborator taxlillarni (UQT, UPT, QBT) kuzatish zarur. Samaraga erishilganda va ushlab turuvchi terapiya buyurilganda - 2 oyda 1 marta (kamida). Remissiyaga yetganda - yiliga bir marta. Yiliga bir marta bo'g'imlarning rentgenogrammasi. Har

yili lipid profilini o'rganish, densitometriya, oftalmologik tekshiruv, AFL titrlarini aniqlash (ikkilamchi AFS va homiladorlikni rejalashtirish holatida), tos rentgenografiyasi (son suyagi boshining aseptik nekrozini aniqlash). Bemorning har bir tashrifida o'tkaziladigan SELENA /SLEDAI indeksidan foydalanilgan holda TQB faoliyatini nazorat qilish. Osteoporozning oldini olish uchun kalsiy va D vitamini ko'p bo'lgan taomlarni iste'mol qilish, jismoniy mashqlar qilish tavsiya etiladi. Ateroskleroz, qandli diabetning oldini olish uchun kam yog'li va xolesterinli diyetani, chekishni tashlashni, tana vaznini nazorat qilishni va jismoniy mashqlarni bajarish tavsiya etiladi.

**Dori terapiyasi asoratlarning oldini olish.** Xavfi yuqori bo'lgan bemorlar maxsus mutaxassislar bilan birgalikda kuzatuv va tekshiruvdan o'tkaziladi. Immunosupressantlar bilan uzoq muddatli terapiya olib borishda NTning mumkin bo'lgan rivojlanishini (infeksiya, sitopeniya, teratogen ta'sir va boshqalar) diqqat bilan kuzatib borish kerak. TQB bilan og'riq bemorlarda trombozning oldini olish uchun past dozali aspirin tavsiya etiladi. TQB bilan og'riq bemorlar odatda ko'plab antibakterial dorilarga, xususan, sulfanilamid preparatlariga allergik reaksiyalarni rivojlanish tendensiyasiga ega.

## **TIBBIY KO'RIKNI TASHKIL ETISH**

Kasallikning klinik ko'rinishi va faolligiga qarab, davolanish imkon qadar individual bo'lishi kerak. TQB bilan og'rigan bemorlarni davolash muntazam kuzatuv va terapiya korreksiyasini talab qiladi

**Emlash.** Emlash autoimmun revmatik kasalliklar uchun ishlab chiqilgan EULAR tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi. Gripp virusi va pnevmokokk infeksiyasiga qarshi mavsumiy emlash (PVC13, PPSV23 vaksinalari) TQB kasalligi qo'zima-gan va kasallik faolligi yuqori bo'lmagan bemorlarga tavsiya etiladi. Bemorlarga tirik bo'lmagan vaksinalar bilan to'g'ri emlash kerak. BYAQV va GIBP olayotgan TQB bemorlarga emlash tavsiya etiladi:

**Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:** TQBni erta tashxisi, qiyosiy tashxis va terapiyani tanlash; bir nechta a'zolarning shikastlanishi bilan kechgan yuqori darajadagi faollik; hayotiy muxim a'zolarning shikastlanishi - buyraklar (faol bo'richa nefriti), MAT (konvulsiv sindrom, psixoz, ko'ndalang miyelit, polinevropatiya, ko'z nervi nevriti), bo'g'imlar (poliartrit), teri va shilliq pardalar (tana yuzasining 18% dan ko'prog'i zararlanganda), o'pka (pnevmonit, ekssudativ plevrit), yurak (endo-miokardit), gematologik o'zgarishlar (trombositopeniya  $\leq 100.000$ , anemiya  $Nv \leq 90$  g / l, leykopeniya  $\leq 2000$ ).

Dasturlashtirilgan pulsli terapiyani remissiyaga erishish uchun qilish, GK va sitostatiklarning dozalarini tanlash va tuzatishga erishish uchun (yuqori dozali GK, sitostatiklar bilan intensiv terapiya), GIBP tayinlash to'g'risida qaror qabul qilish.

Rejalashtirilgan I va II plazmaferez infuziyalari, VVIG infuziyalari. Interkurent infeksiyaning rivojlanishi yoki kasallikning yoki dori terapiyasi boshqa og'ir asoratlari. TQB yoki dori za-

harlanishi bilan bog'liq asoratlarning rivojlanishi, homiladorlik paytida TQBning kuchayishi, TQB bilan og'riqan bemorlarni boshqarish taktikasini belgilaydigan salbiy natijalar uchun xavf omillarini baholash

**Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:** Bo'g'imlarda kuchli og'riq va bo'g'imdan tashqari jaroxatlar bilan yuqori darajadagi faollik; Buyrak yetishmovchiligi, insult, tromboz, YUQT va nafas yetishmovchiligi; dori terapiyasining asoratlari (og'ir gematologik va gemorragik asoratlari, pnevmonit, OITning shikastlanishi, toksik gepatit);

**Mutaxassis maslahatiga ko'rsatmalar:** kardiolog - agar bemorda YUQT shikoyatlar bo'lsa, YUQT patologiyasini tashxislash, kardioprotektiv terapiyani tayinlash yoki davom etish, shuningdek, YUQT yetishmovchiligi belgilari bo'lgan bemorlar uchun GIBP tayinlanishidan oldin tekshiruv. endokrinolog - endokrin tizim kasalliklarini, asosan, qandli diabetni tashxislash, bu TKB uchun terapiyani tanlashga ta'sir qilishi mumkin. gastroenterolog / endoskopist - yuqori OIT holatini baholash uchun NYAQVlar buyurilganda, EFGDS buyuriladi, bunda NYAQV keltirib chiqaradigan gastropatiya uchun xavf omillarini va gastroprotektiv terapiya zarurligini baholash talab qilinadi. ftiziatr - yashirin sil infeksiyasi borligiga shubha qilingan taqdirda GIBPlar tayinlashdan oldin. psixiatr - bemorning ruhiy holatini baholash va mumkin bo'lgan buzilishlarni tuzatish. dermatolog - o'ziga xos teri kasalliklarini istisno qilish. gematolog - qon onkologik kasalliklari shubha qilingan taqdirda.



### TIBBIY XIZMAT SIFATINI BAHOLASH MEZONLARI

Mezon	Asoslanganlik darajasi	Tavsiyalar darajasi
ECHT o'rganish	1a	A
2 Qon zardobidagi CROni o'rganish miqdoriy usul bilan olib borildi	1a	A
3 OBS va SHBS taxminiy soni	1a	A
4 OBS va SHBS sonining boshlang'ich darajasiga nisbatan 20% ga kamayishiga erishildi.	1a	A
5 BYAQV va / yoki tsBYAQV va / yoki GIBP bilan davolash	1b	A
6 VASH bo'yicha OOZP 20% pasayishiga erishildi	1a	A

## TIZIMLI SKLERODERMIYA

**KXT-10 bo'yicha kodlar:**

**M34. Tizimli skleroz**

**M34.0. Progressirlanuvchi tizimli skleroz**

**M34.1. CREST sindrom**

**M34.2. Kimyoviy birikmalar va ximik dori preparatlari oqibatida yuzaga kelgan tizimli skleroz**

**M34.8. Tizimli sklerozning boshqa turlari**

**J 99.1 o'pka zaralanishi bilan**

**G 73.7 miopatiya bilan**

**M34.9. Aniqlanmagan tizimli skleroz**

**M35.1. Boshqa perekrest sindromlar**

**M 35. Quruq sindrom (Shegren)**

### TA'RIF va TASNIF

Tizimli sklerodermiya yoki avj oluvchi tizimli skleroz bu – o'choqli sklerodermiya, diffuz eozinofil fassiit, Bushke sklerodermiyasi, sklerodermiyaning indusirlangan formalari, psevdosklerodermik sindromlarni o'z ichiga oluvchi, sklerodermik kasalliklar guruxining a'zosi. TSD yoki avj oluvchi tizimli skleroz – asosida immun buzilishlar, Reyno fenomenini tipidagi vazospastik tomir reaksiyalari yotuvchi, fibrozlanish va xujayradan tashqari matriks(kollagen)ning ortiqcha yig'ilishi bilan kechuvchi poliorgan kasallik.

TSD avj olib kechishi qaytmas diffuz fibroz o'zgarishlar, a'zolar faoliyatining buzilishiga olib keladi, bu esa bemorlardagi yuqori nogironlik va kasallik umumiy oqibati salbiyligini belgilaydi. Kasallanish - 1 mln aholiga 1 yilda 3-20 ta, tarqal-

ganlik - 1 mln aholiga 30-300 ta to'g'ri keladi. TSD ayollarda ko'p uchraydi (nisbat 5-7:1), kasallik debyuti 30-60 yoshlarga to'g'ri keladi. TSD davosi kasallik shakli, avj olish tezligi, a'zolar patologiyasiga bog'liq holda, iloji boricha erta va kompleks holda o'tkazilishi kerak. Davo uzoq muddatli, ba'zi hollarda bir umrli bo'lishi mumkin.

## TASNIFI

### **TSD klinik shakllari.**

Diffuz shakli - o'tkir boshlanib, tez avj olib kechadi. Teri zararlanishi barmoqlardan boshlanib, tirsak va tizza bo'g'imlaridan yuqorigacha ko'tariladi va yuz, ko'krak, qorin terisini qamrab oladi. Kasallik debyutida asosan artrit, miozit, isitma, tana vaznining yo'qotilishi kuzatiladi. Erta bosqichlarda yurak, o'pka, buyrak, oshqozon ichak trakti zararlanadi. Topoizomeraza I (Scl-70)ga antitanalarning topilishi xos. 5 yillik hayot davomiyligi 50-60%. Limitirlovchi shakli - Reyno fenomeni bilan boshlanadi, teri zararlanishi belgilari (bilak, tovon, yuz qismida) o'rtacha 5 yil ichida paydo bo'ladi. Barmoq tomirlarida ishemik o'zgarishlar (chandiqlik va yaralanishlar, distal falangalar yumshoq to'qimasining kamayishi) ustunlik qiladi. Ichki a'zolar sklerozlanishi o'rtacha namoyon bo'ladi, taxminan 6-10% hollarda O'AG si kuzatiladi. Antisentromer antitanalar aniqlanishi xos. Kechishi sekin avj oluvchi va nisbatan yaxshi sifatli. 5 yillik yashovchanlik 85-90%. TSD ning sklerodermasiz yoki visseral shakli - teri zichlashishidan tashqari hamma belgilar namoyon bo'ladi. Asosan Reyno fenomeni, o'pka va yurakda fibrozlanish jarayoni kuzatiladi. Yuvenil TSD - 10% kasallanish bolalarga to'g'ri keladi. Reyno fenomeni, ichki a'zolar zararlanishi kuzatiladi, skleroderm o'choqli yoki chiziqli zararlanishlar, gemiformalar tarzida namoyon bo'ladi. TSD uchun xos immunologik

markerlar bemorlarni faqat yarmida aniqlanadi. Kasallik rivojlanish natijasi 16 yoshdan katta bemorlarnikiga nisbatan ijobiy. Kesishgan shakli - TSD bilan bir vaqtda bemorda boshqa RK belgilari kuzatiladi. Ular quyidagi tashxislarga mos keladi: RA, dermatomiozit (DM) / polimiozit, TQB va boshqalar.

**Kechish turlari:** Avj olish tezligini belgilab beruvchi kechish turlari davolash usulini tanlashda muhim ahamiyat kasb etadi. O'tkir, tez avj oluvchi - kasallikning 1-2 yillarida teri va ichki a'zolarida tarqalgan fibrozlanish jarayoni a'zo (o'pka, yurak, buyrak, oshqozon-ichak)lar yetishmovchiligiga olib keladi. O'tkir osti - o'rtacha tezlikda avjlanib, immun yallig'lanish (terida shish, miozit, artrit) va kesishgan shakllarda namoyon bo'ladi. Surunkali - sekin avj oluvchi kechib, tomirlar patalogiyasi, periferik ishemik o'zgarishlar (yara, nekroz), teri o'zgarishlari (sklerodakteliya, "sklerodermik yuz"), visseral patalogiya (o'pka interstisial zararlanishi, oshqozon ichak zararlanishi) bilan xarakterlanadi.

**Kasallik faolligi:** Yuqori - ekssudativ, interstisial, eritema, kapillyarit, teri indurasiyasi shaklidagi tomir patalogiyalari, ekssudativ poliartrit, plevrit, interstisial pnevmoniya, miokardit, ezofagit, buyrak patalogiyalari (o'tkir sklerodermik nefropatiya) ustun turadi. ECHT, S reaktiv oqsil miqdorining oshishi, gipergammaglobulinemiya, kompliment komponentlarining pasayishi aniqlanadi. O'rtacha - proliferasiya ustunlik qiluvchi fibroz o'zgarishlar: teri indurasiyasi, indurativ-proliferativ poliartrit, adgeziv plevrit, kardioskleroz, sklerodermik ezofagit, duodenit, subklinik nefropatiya. Past - turli lokalizasiyadagi funksional, distrofik va sklerotik o'zgarishlar, tomir o'zgarishlari.

**Bosqichlari:** Juda erta (yokt preklinik)- Reyno fenomeni bo'lgan bemorda ijobiy ANF (NRIFda > 1:160) va/yoki "sklerodermik" autoantitelalar, shunipngdek kapilyaroskopiyada sk-

leroderma tipidagi o'zgarishlar aniqlansa; Boshlang'ich- Reyno fenomenidan tashqari qachonki kasallikning 1-3 klinik aniqlangan joylashuvi bo'lsa: qo'l panjasi shishi yoki sklerodaktiliya, qizilo'ngach gipotoniya, teleangioyektaziya, digital chandiqlar va b.; Ifodalangan bosqich- klinik ko'rinishlar yaqqol, jarayonning tizimli, polisindrom xususiyatini aks etishi; Kechki (terminal) – xayot uchun muxim a'zolarning qaytmas yetishmovchiligi.

**Asoratlari:** Yaqqol ifodalangan Reyno sindromi: digital yaralar, nekrozlar; Infisirlangan yara, osteomyelit rivojlanishi; Yurak qon tomir tizimi: aritmiyalar, surunkali yurak yetishmovchiligi, to'satdan o'lim; O'pka fibrozi, o'pka arterial gipertenziyasi (O'AG)-nafas yetishmovchiligi; Me'da-ichak tizimi: qaytalanuvchi yarali jaroxatlar tufayli chandiqli o'zgarishlar natijasida qizilo'ngach pastki uchinchi qismi strikturalari, me'dadan qon ketish – me'da shilliq qavatining ko'p teleangioyektaziyasi tufayli; anorektal yetishmovchilik – najas usha olmaslik (kam xollarda); Surunkali buyrak kasalligi (kam xollarda); O'tkir gipertenziv ensefalopatiya (juda kam xollarda); Tunnel sindromlar - karpal kanal sindromi, tirsak, tirsak, tibial nervlar siqilish sindromi (kam xollarda).

## **KASALLIKNI TASHXISLASH**

**Shikoyat:** xolsizlik, tez charchash, tana vazni yo'qolishi, subfebril xarorat va b. kasallik debyutida kuzatiladi (asosan kasallikning tarqalgan shaklida) va xarakterli bo'lgan teri, visseral o'zgarishlar yuzaga kelguncha diagnostik qiyinchiliklarga olib keladi

**Reyno fenomeni** – sovuq yoki emosional zo'riqish ta'siriga javoban vazospazm, TSD dastlabki va xarakterli belgilaridan (oqarish, ko'karish, qizarish) biridir. TSDda Reyno fenomeni-

ning belgilari quydagilar: sovuqda yoki emosional zoʻriqishda barmoqlarning, baʼzan burun uchining, quloqlarning oqarishi va/yoki koʻkarishi; vazospazm epizodlari paytida qoʻl barmoqlarida sanchiq, sezmaslik yoki ogʻriq; barmoq uchida yoki tirnoq atrofida yaralar yoki yoriqlar paydo boʻlishi.

**Teleangioyektaziyalar** “tomir yulduzchalari” koʻrinishi, terining kichik tomirlarini kengayishi natijasida qoʻl bilan bosganda yoʻqoladigan kichik, bir nechi millimetr diametrli yumaloq qizil dogʻlar shaklida koʻrinadi.

**Barmoqlarning shishi:** dastlab vaqtinchalik boʻlishi mumkin va faqat ertalab paydo boʻladi. Shu bilan birga, teri choʻzilgan va yaltiraydi, barmoqlarni musht qilish qiyin boʻladi; Terining qalinlashishi va qattiqlashishi, ayniqsa barmoqlar va yuzlarda. Terining qattiqlashishi (skleroderma) doimo barmoqlardan boshlanadi (sklerodaktiliya). TSD teri jaroxatining bosqichlari mavjud: shish, indurasiya, atrofiya. Teri qattiqlashuvining yaqolligi turli bemorlarda farq qiladi va kasallikning dastlabki 3-4 yilida maksimal darajaga yetadi. Teri qattiqlashuvi visseral jaroxat bilan korrelyasiylanadi va TSD yomon oqibati xisoblanadi. “Kiset” – simptomi ogʻiz aperturasi, lab qizil chegarasining yupqalashishi va ular atrofida radial chiziqlar (burmalar) paydo boʻlishi. Quruq gangrena – teri va yumshoq toʻqimalar nekrozi distal falangalardan boshlanadi va oʻrta falangalarga tarqalishi va keyinchalik demarkasiya va oʻzi amputasiyalanishi mumkin. Giperpigmentasiya- cheklangan yoki tarqoq, gipo yoki giperpigmentasiya joylari (tuz va murch koʻrinishi). Digital chandiqlar – barmoqlarning distal falanga teri atrofida nuqta koʻrinishida jaroxat (kalamush tishlashi). Soch folikulalari, teri va yogʻ bezlari atrofiyasi tufayli teri ishqalanish joylari quruq, qoʻpol boʻladi.

**Bo'g'imlarning yallig'lanishi** va mushaklarning kuchsizligi.

Teri va suyak mushak simptomlari bilan qatorda tizimli sklerodermiyaning erta bosqichlarida ichki a'zolarning zararlanish belgilari paydo bo'ladi.

**Oshqozon ichak tizimini shikastlanishi**, quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi: yutinish qiyinligi (disfagiya), shu sababli qattiq ovqatlarni suv bilan ichishga majbur bo'ladilar. Yotish, oldiga egilish yoki og'ir narsalarni ko'tarish bilan kuchayadigan doimiy jig'ildon qaynashi. Oshqozonda tez to'yinganlik va to'qlik xissi. Qorin dam bo'lishi va ich qotishi.

**O'pka zararlanishi** bu turli darajadagi nafas siqishiga sabab bo'lishi mumkin va doimiy quruq yo'tal.

**Yurak yetishmovchiligi**. Yurakdagi notekis urishlar, yurak urib ketishi, kam xollarda yurak soxasida og'riq.

**Buyrak jarohati**. Kasallikning eng jiddiy asoratlari sklerodermik kriz. Bu to'satdan paydo bo'lishi va tez rivojlanishi bilan, qisqa vaqt ichida qaytarilmas buyrak disfunktsiyasiga olib keladi. Sklerodermik buyrak krizi deyarli xar doim arterial gipertenziya rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, og'ir kechadi. Shu sababli bemorlarda bosh og'rig'i, ko'z ko'rishi buzilishi, yaqqol xolsizlikga olib keladi.

**Laborator tashxislash**: umumiy qon taxlili; umumiy peshob taxlili; qon bioximik taxlili: umumiy bilirubin, ALAT, AsAT, mochevina, kreatinin, glyukoza, xolesterin, umumiy oqsil va fraksiyalari; koptokchalar filtrasiyasi tezligi, peshobda sutkalik proteinuriya; koagulogramma, normallashtirilgan nisbatni aniqlash (MNO), qon ivish vaqti; antinuklear faktor, antinuklear antitelalar (ANA); sklerodermik autoantitelalar (anti Scl-70, antisentromer antitelalar. RNK-polimeraza III ga); yaradan ekma mikroflora va antibiotik sezuvchanligiga; 25-(OH)-D3;

**Instrumental tashxislash:** Kapillyaroskopiya; qon tomirlarini dupleks skanirlash; qon tomirlari ultratovushli doplerografiyasi; elektrokardiografiya; exokardiografiya; ko'krak qafasi rentgenografiyasi; ko'krak qafasi a'zolarining multisperal kompyuter tomografiyasi; spirometriya, o'pkanining diffuzion xolatti; fibrogastroskopiya yoki oshqozon ichak tizimi rentgenografiyasi; bo'g'imlar rentgenografiyasi;

**TSD ( sistemali skleroz) klassifikasion mezonlari ACR/ EULAR 2013 y.**

*(American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Systemic Sclerosis classification criteria)*

Belgilar	Belgi turlari	Ballar
Proksimal skleroderma: ikkala qo'l kaft falanga bo'g'imlaridan yuqorida zichlashish va qalinlashish (indurasiya)	Skleredema	9
Barmoqlar terisining zichlashishi va qattiqlashishi	Barmoq kaft falanga bo'g'imlari	2 4
Distal ishemiya	Yaralar	2 3
Teleangiyektaziyalar	-	2
Kapillyaroskopik o'zgarishlar	-	2
O'AG va/yoki O'IZ	-	2
Reyno fenomeni	-	3
Sklerodermik autoantitana (anti Scl-70, antisentromer, RNK polimeraza III)	-	3

TSDning erta yoki klinik oldi bosqichlari diagnostikasi. Shifokor bemor anamnezida Reyno fenomeni, kaft bo'g'imlari shishi bilan birgalikda kuzatilishini aniqlashi. TSDning erta



bosqichlarini asoslashda yordam beradi. Bunday bemorlarning qon zardobida ANA tekshirish lozim. Bemorda triada (Reyno fenomenini, kaftlar shishi, musbat ANA testi) aniqlanishi, uni tajribali revmatolog konsultasiyasiga yuborish uchun asos bo'la oladi.

**Klinik tashxis shakillantirish uchun misollar:**

TSD o'tkir kechishi, diffuz shakli, erta bosqichi, faollik III daraja: Reyno fenomenini (digital yaralar, III o'ng barmoq timoq falangasining nekrozi), sklerodaktiliya, O'IZ, kardiopatiya ritm va o'tkazuvchanligining buzilishi), qizilo'ngach gipotoniyasi, eroziv ezofagit. Scl-70 antitanalari bo'yicha seropozitivlik. I daraja nafas yetishmovchiligi.

TSD, o'tkir osti kechishi, limitirlovchi shakli, II daraja faollik: Reyno fenomenini, sklerodaktiliya, poliartrit, miopatiya, yurak zararlanishi (miokardit?), ANA musbat (yuqori titrlarda).

TSD, surunkali kechishi, limitirlovchi forma, faollik minimal: Reyno fenomenini, skleredema (panja shishi), teleangiyektaziyalar, O'AG, ezofagit. Antisentromer antitanalar manfiy.

TSD, ilk davri: Reyno fenomenini, immunologik va kapillya-rooskopik o'zgarishlar bilan.

**Taqqoslama tashxis**

<b>Tashhis</b>	<b>Qiyosiy tashxislash uchun asos</b>	<b>Tekshiruvlar</b>	<b>Tashhislash mezonlari</b>
Revmatoid artrit	Asosan ayollarda kuzatiladi. qo'l-panja bo'g'imlarining simmetrik poliartriti, visseral ko'rinishlar (digital arteriit.	ASSP, RO, qo'l panja bo'g'imlari, rentgenografiyasi bilak	Bo'g'imlarning zararlanishi turg'un, progressiv xarakterga ega. Yaqin ertalabki karaxtlik. Kasallik rivojlangan sari bo'g'im yuzalarining destruksiyasi va

## Tizimli sklerodermiya

	poliserozit, buyrak shikastlanishi). RA bilan ogʻrigan bemorlarning 25% da ANF testi ijobiy	boʻgʻimlari bilan birga	boʻgʻim deformasiyasi rivojlanadi. Rentgenogrammalarda tipik eroziv oʻzgarishlar. Ichki organlarning ogʻir shikastlanishi nisbatan kam kuzatiladi.
Kattalarda Still sindromi	Boʻgʻim zararlanishi, mialgiya, yuqori isitma, makulopapulyoz toshmalar, limfadenopatiya, splenomegaliya, serozit	Qonda ferritinni aniqlash	Faollik davrida — neytrofil leykositoz (TQB dagi kabi leykopeniya emas). ANF testi salbiy. Teri oʻzgarishlar qisqa muddatli tabiatga ega.
Tizimli vaskulitlar	Isitma, terining, boʻgʻimlarning, buyraklarning, MAT, oʻpkaning shikastlanishi	Qorin boʻshligʻi organlari ultratovush tekshiruvi	Koʻpincha erkaklarda kuzatiladi (nospesifik aortoarteritdan tashqari). Koʻpincha, infeksiya (virusli, bakterial) qoʻzgʻatuvchi boʻlib xizmat qiladi.
Tizimli qizil boʻricha	Poliartrit, teri sindromi, fotosensibilizasiya, poliserozit, isitma, leykopeniya, ANF ga ijobiy test.	Immunologik tadqiqotlar (ANSA). boʻgʻimlar UTT	Qon tomir devorining yalligʻlanishi va nekrozi tufayli, aʼzolar va toʻqimalardagi ishemik oʻzgarishlar, klinik simptomlarni belgilaydi. MAT zararlanishi asosan koʻpsonli mononevrit shaklida boʻladi. Leykositoz, trombositoz, ijobiy ANSA

## DAVOSI

### **Avj oluvchi tizimli sklerodermiyani davolash usullari:**

**Farmakoterapiyaning asosiy maqsadlari:** Kasallik rivojlanishi va faolligini kamaytirish. Reyno fenomeni va tomirli asoratlarning profilaktika va davosi. Kasallik visseral belgilarining profilaktika va davosi. Qon-tomir, yallig'lanishiga qarshi, immunodepressiv va antifibroz dori vositalari TSD davosida asosiy o'rinni egallaydi.

**Avj olishning profilaktikasi:** Bemorlarga chekishdan xalos bo'lish, kofe va vazospazmni keltirib chiqazuvchi dori vositalaridan cheklanish, issiq kiyinish, sovuq va vibrasiyadan saqlanish, psixoyemosional zo'riqishlardan uzoq bo'lish maslaxat beriladi (isbotlanganlik darajasi S). Qo'zg'alish davri va jarayon tarqalishini oldini olish uchun kasallikni erta aniqlab stasionar va ambulator sharoitlarda davo olishi zarur. Umumiy ahvol yomonlashishi bilanoq shifokorga murojaat qilish, optimal 6 oyda 1 marta. Diyeta va davo rejimiga amal qilish, dori vositalar miqdorini shifokor nazoratisiz o'zgartirmaslik. Reabilitasion davo, tanani tizimlashtirilgan DJT orqali chiniqtirish, takroriy massaj kurslari, toza havoda sayr qilish muxim ahamiyat kasb etadi. Kasallik o'tkir va o'tkir osti kechishida bemor nogironlikga olinadi, surunkali formalarida og'ir jismoniy yuklamalardan ozod qilinadi.

### **Reyno fenomeni va ishemik digital yaralar**

Reyno fenomeni xujumlari davomiyligi, chastotasi, yaqqol namoyon bulishini kamaytiruvchi kalsiy kanallari blokatorlari, 5-tip fosfodiyesteraza ingibitorlari (FDE5), prostonoidlar. Birinchi qator preparatlari bulib digidropiridin qator kalsiy kanal blokatorlari hisoblanadi (isbotlanganlik darajasi A). Nifidipin

20-60 mg\kuniga 2-3 mahal. FDE5 preparatlarini kalsiy kanallari blokatorlari samaradorligi kam bo'lgan xollarda qo'llaniladi. Sildenafil 50-100 mg/kuniga tavsiya etiladi, optimal 20-25 mg-dan 3 mahal qabul qilinadi. Reyno fenomeni og'ir kechib, kalsiy antagonistlari va FDE5 foyda bermagan xollarda, tomir ichiga prostanoid - iloprost (isbotlanganlik darajasi A) va prostoglandin analogi alprostadil (isbotlanganlik darajasi S). Iloprost Reyno fenomeni hujumlarini chastotasi va namoyon bo'lish kuchini kamaytiradi, hamda regenerasiyaga ijobiy tasir kilib, faol digital yaralarni bitishiga yordam beradi. Iloprost vena ichiga 0,5-2,0 ng/kg minutiga 20(bazida 50mkg) tomchi ko'rinishida (davomiylik  $\geq 6$  soat) 3-5 kunlik kurslar bilan yiliga 2- martadan buyuriladi. Alprostadil 10-15 kunlik kurslar bilan yiliga 2-3 martadan, 20-30 mkg tomir ichiga tomchi ko'rinishida (davomiylik 3soatgacha) tavsiya etiladi. Og'ir xollarda prostanoidlar boshqa vazoaktiv preparatlar bilan kombinasiyada qilinishi mumkin. Reyno fenomenini davolashda qo'shimcha serotonin qayta ushlanish qayta ingibitori fluoksetin (isbotlanganlik darajasi S) tabletkalarda buyuriladi (20mg/sut). Ishemik trofik yaralarni bitishi uchun, peroral vazodilatatorlar foyda bermaganda iloprost yoki FDE5 ingibitorlari qo'llaniladi. Sildenafil 100mg (200mg gacha oshirilishi mumkin) sutkasiga buyuriladi. Tadalafilning 20 mg/kuniga qo'llanishi yuqori samaradorligka egaligi xaqida malumotlar bor, lekin ular keng tajribada qo'llash uchun yetarli emas. Yuqoridagi davolarga qaramay qaytalanuvchi trofik yaralar davosi va yangi yaralar oldini olish uchun 1-tip endotelin reseptorlari noselektiv ingibitor bozentan (isbotlanganlik darajasi A) qo'llaniladi. Bozentan tabletkalarda 62,5 mg 2 maxal 4 hafta davomida, so'ng 125 mg 2 maxal 12-20 hafta davomida ichiladi. Vazodilatatorlar bilan bir vaqtda trombositlar agregasiyasi ni susaytiruvchi (kam dozalarda aspirin) dori vositalari tavsiya

etiladi. Digital yaralarda og'riqni kamaytirish uchun NYAQV, parasetamol va kuchsiz opioid (tramadol) adekvat dozalarda buyuriladi. Yaralar infeksiyalanishi xolatlarida maxalliy yoki umumiy keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi.

### **O'pka arterial gipertenziyasi**

**O'AG** – tinch xolatda o'pkada arterial qon oqimini oshishi bilan bog'liq, o'pka arteriyasi bosiminining 25 mm simob ustunidan yuqori bo'lishi. O'AG davosi o'z ichiga diuretik va yurak glikozidlarini oladi. Yaqqol namoyon bo'lgan gipoksemiya xolatida kislorod terapiya buyuriladi. Antikoagulyantlar faqat trombotik asoratlari bor xolatda qo'llaniladi. O'AG da  $\beta$ -adrenoblokatorlar, angiotenzin aylantiruvchi ferment (APF) ingibitori, angiotenzin II reseptori antagonistlari tavsiya etilmaydi. O'AG- maxsus terapiyasi faqat aniq tashxis va etiologiya aniqlangandan so'ng xalqaro standartlarga mos ravishda o'tkaziladi. O'AG davosidan so'ng bemor fizik yuklamalarni yaxshi qo'tarishiga imkon bo'ladi, kasallik rivojlanishini kechiktiradi, bemor xayot sifati va yashovchanligi ortadi (isbotlanganlik darajasi V). O'AG maxsus davosi uchun mo'ljallangan preparatlar vazodilatatsiya orqali o'pka arteriyasida bosimni tushiradi va endotelin reseptori antagonistlari (bozentan, masitentan, ambrizentan), FDE5 (sildenafilafil, tadalafil) ingibitori va riosigvatni o'z ichiga oladi. Endotelin-1 reseptori antagonistlari A- va V- tip yoki faqat A- tip reseptorlar bilan bog'lash orqali uni vazokonstriktiv xususiyatini so'ndiradi. Bozentan va masitentan noselektiv, ambrizentan esa selektiv antagonist hisoblanadi. Bozentan start dozasi 62,5 mg 2 maxal. Yaxshi qabul qilinsa 4 haftadan keyin 125mg ga 2 maxaldan buyuriladi. FDE5 ingibitorlari xujayralardagi siklik guanozinmonofosfatni inaktivatsiyasi-

ni soʻndiradi. Sildenafil kunlik dozasi 50-200 mg. Kuniga 3 maxal 20 mg dan tavsiya etiladi. Tadalafil FDE5 selektiv ingibitori boʻlib, 2,5-4,0 mg dan 3 maxal qabul qilinadi. Vardenafil (selektiv) 20 mg dan 2 maxalga buyuriladi. Eruvchandan guanozinmonofasfat stimulyatorlari guanozinmonofasfat sintezini kuchaytiradi. Riosiguat 1 mg dan (maksimal kunlik doza 7,5mg) 3 maxalga buyuriladi. Bu sinf preparatlarni FDE5 ingibitorlari bilan arterial gipotenziya va boshqa nojoʻya tasirlar boʻlgani uchun qoʻllash mumkin emas. Oʻpka arterial gipertenziyasini davolash uchun prostasiklin analoglari qoʻllaniladi (Asoslanganlik darajasi V). Oʻpka arterial gipertenziyasini davolash uchun vena ichi infuziyasi, peroral va ayerozol shaklida iloprost qoʻllanilishi mumkin. Ingalyasion iloprost oʻpka arteriyasida bosim pasaytirishi samaradorligi aniqlangan. Stabil samara berishi uchun sutkasida 6-12 ingalyasiya bajarish kerak boʻladi. Iloprost yarim ajralish davri 20-25 daqiqaga teng, 45-60 daqiqa davomida taʼsir koʻrsatadi. Ultratovushli nebulayzer qoʻllanilganda ingalyasiya davomiyligi 5 daqiqani tashkil qiladi. Prostasiklin analoglari epoprostenol (infuziya formasi) va treprostini (vena ichi, teri osti, ayerozol formasi) hisoblanadi. Davolash choralarini tanlash kasallik klinik va JSST boʻyicha funksional bosqichiga qarab tasniflanadi. I FS ga simptomsiz bemorlarni yoki umumiy jismoniy faollikni minimal chegaralovchi holatlarni, IV funksional sinfga esa umumiy jismoniy faolligi koʻp darajada cheklangan holatlarni (tinch holatda ham hosil boʻluvchi) kiritish mumkin. I- III FS da birinchi navbatda bozentan va sildenafil qoʻllanilishi maqsadga muvofiq. Bundan tashqari III FS bemorlarda ingalyasion iloprost qoʻllanilishi mumkin. IV FS rivojlanganda yuqoridagi dori vositalari kombinasiyada qoʻllanilishi lozim.

### **Teri zararlanishi**

TSD da teri zararlanishini farmakoterapiyasidan asosiy maqsad teri zichlashishi namoyon bo'lishi va tarqalishini kamaytirish. Erta diffuz TSD davosi uchun MT 10-15mg/kun (isbotlanganlik darajasi A) Teri indurasiyasini MMF, SF, AZA fonida kamayishi xaqida malumotlar bor. Erta davrdarda penisillamin (250-500mg/kun) tavsiya qilinadi (kasallikning birinchi 3-5 yil-ligida, yoki diffuz tizimli sklerodermiyada teri qalinlashishining tarqalishida). (Asoslanganlik darajasi S). Progressivlanuvchi teri zararlanishi xolatlarida GK monoterapiya yoki yuqoridagi preparatlar bilan birgalikda qo'llaniladi.

### **O'pkaning interstisial zararlanishi**

Davo choralari O'IZ og'irlik darajasi va progressivlanish xavfiga qarab belgilanadi. Davo samaradorligi 6 oyda bir mar-ta o'tkaziluvchi o'pkaning forsirlangan tiriklik sig'imini aniqlash usuli orqali baxolanib boriladi (isbotlanganlik darajasi V). O'pkaning forsirlangan tiriklik sig'imining oshishi yoki stabi-lashishi davo choralari yaxshi samara berayotganini qo'rsata-di. Davo sifatida GK 10-15mg/sut immunosupressantlar bilan birga (isbotlanganlik darajasi S) beriladi. GK katta dozalarda qabul qilinishi va o'pka funksiyasining yaxshilashishi o'rtasi-dagi bog'liqlik xaqida aniq malumotlar yo'q. TSD da O'IZ ning asosiy davosi bo'lib SF GK bilan birga qo'llanishi xisoblanadi (isbotlanganlik darajasi A). SF tomir ichiga 500-750mg/m<sup>2</sup> oyi-ga yoki 1-2mg/kg kuniga, davo samaradorligi va dori vositasini yaxshi qabul qilishiga qarab. Davomiylik individual yondas-huv orqali aniqlanadi (isbotlanganlik darajasi A), 6 oydan kam bo'lmasligi maqsadga muvofiq. Bemor yaxshi qabul qilganda davomiylik 1 yilni tashkil qilishi mumkin. SF yuborish yo'li (ic-hishga yoki vena ichiga) davo samaradorligiga ta'sir qilmaydi.

MMF ning ta'sir kuchi SF ta'sir kuchi bilan barobar. Preparat SF fonida indusion yoki ushlab turuvchi davo sifatida beriladi. MMF 1000mg/kuniga (2 maxal ) 2-4 xaftaga beriladi, yaxshi qabul qilinganda 2000-3000mg/kunigacha doza oshirilishi mumkin (isbotlanganlik darajasi S). SF va MMF ni ko'tara olmaslik yoki samaradorsizlik xolatida AZA (100mg/kuniga) yoki SsA (2,5mg/kg kuniga) 12-18 oy davomida (isbotlanganlik darajasi S). Autologik gematopoyetik o'zak xujayralar transplantasiyasi organ yetishmovchiligini rivojlantirmagan xolatda teri va o'pka funksiyasini yaxshilaydi va yashovchanlikni oshiradi. TSD ning og'ir, tez rivojlanuvchi xolatlarida qo'llaniladi, davo samaradorligi SF samaradorligidan ustun turadi (isbotlanganlik darajasi A). A'zolar zararlanishiga olib kelmaydi. O'lim xolatlari 10%. Davo maxsus stasionarlarda o'tkaziladi. Immunosuppressiv davo noyeffektiv va fibrozning rivojlanish xolatlarida o'pka transplantasiyasi o'tkaziladi (boshqa azolarda patalogiya va kuchli gastroyezofageal reflyuks bo'lmagan xolatdagina, isbotlanganlik darajasi S).

### **Buyraklar zararlanishi**

Sklerodermik buyrak krizi tipidagi o'tkir nefropatiya TSD dagi og'ir xolat bo'lib xisoblanadi. Asosiy belgisi buyrakning o'tkir zararlanishi va yomon sifatli AG, o'lim xolatlari 40-50%gacha.

**Buyraklar o'tkir zararlanishi mezonlari:** 48 soat ichida kreatinning  $\geq 26,5$ mmol/l ( $\geq 0,3$  mg\dl) yoki zardob kreatinning  $\geq 1,5$  marta oshishi. 7 kun ichida rivojlanganligi. 10-20% xollarda normotenziv o'pka krizi tashxislanadi. GK ning 15 mg/kuniga dan ko'p dozalarda qo'llanilishi sklerodermik buyrak kriziga olib keladi. Angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari sklerodermik buyrak krizida birinchi qator preparatlar



bo'lib xisoblanadi. Davo kaptoprildan boshlanadi, 12.5-25.0 mg AQB tushgunicha maksimal dozagacha (50mg 3 maxal) titr-  
lanadi. AQB 2-3 kun davomida, katta tebranishlarsiz tushiriladi.  
AQB ning tez tushishi, buyrakda perfuziyani tushishiga, bu esa  
kalsiyli nekrozga olib kelishi mumkin. Monoterapiyaning ta'siri  
bo'lmagan xolatda boshqa gipotenziv preparatlar bilan kombi-  
nasiyada qo'llaniladi (Sa kanallari blokatori, moksonidin, nit-  
roprussid). Diuretiklar renin ishlab chiqarishini oshirishi tufayli,  
faqat absolyut qo'rsatma (dimlanish bilan kechuvchi yurak ye-  
tishmovchiligi) bo'lgan xollardagina ishlatiladi.  $\beta$ -adrenoblo-  
katorlarning qo'llanilishi mumkin emas. AQB stabillashgandan  
so'ng uzoq tasirli angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorla-  
riga o'tish mumkin. O'rin bosuvchi buyraklar terapiyasi o'tka-  
zilishi mumkin. SBK dan so'ng buyraklar 2 yilda o'zini tiklay-  
di, shu vaqtdan keyin xam gemodnalizga extiyoj bo'lsa, buyrak  
transplantasiyasi masalasi o'rta qo'yiladi. Buyraklar funksi-  
yasini baxolash uchun CKD-EPI formulasidan foydalaniladi.

### **Oshqozon ichak tizimi zararlanishi**

Oshqozon ichak tizimi zararlanishi, oshqozon ichak reflyuk-  
si va gastroyezofageal reflyuks ko'rinishida kuzatiladi. Medi-  
kamentoz terapiya antisekretor preparatlar va prokinetiklarni  
qo'llashni o'z ichiga oladi. Oshqozon ichak reflyuksi va gast-  
royezofageal reflyuksda proton pompa ingibitorlari qo'llaniladi.  
OIT motorikasi buzilganda (disfagiya, erta to'yinish, kekirish)  
prokinetiklar metoklopramid, domperidon qo'llash tavsiya eti-  
ladi. Eritromisin (100-150 mg/sut 2 maxal) va azitromisin 400-  
500mg kuniga 1 maxal 4 hafta davomida qo'llash prokinetik  
samara ko'rsatadi va ko'ngil aynash, epigastral soxada og'riq,  
qayt qilishni kamaytiradi. Malabsorbsiya sindromida ortiqcha  
bakterial o'sish bo'lganda quydagi prepartalar qo'llaniladi: tet-

rasiklin 250 mg 4 maxal sutkasiga, doksisisiklin 100 mg 2 maxal sutkasiga, amoksiklav, sefaleksin 250 mg 4 maxal, siprofloksasin 500 mg 2 maxal, metronidazol 250 mg 3 maxal. Davolash davomiyligi 10 kun, samara bermaganda 3-4 xaftagacha.

### **Yurak zararlanishi**

TSK dagi kardial patologiya bevosita yurakning sklerodermik zararlanishi xamda, O·AG, AQB, buyrak zararlanishi, kasallikning gipertoniya va yurak ishemik kasalliklari bilan kombinasiyada kelishi bilan bog·liq. Yallig·lanish belgilari bo·lganda (perikardit, miokardit) davo GK va immunosupressantlar bilan o·tkaziladi. Shu bilan birga yurakning kislorodga bo·lgan talabini kamaytiruvchi, antiaritmik, vazodilyatator, yurak zarb xajmini pasaytirmasdan diastolik funksiyani yaxshilovchi, jismoniy yuklamalarga tolerantlikni oshiruvchi dori vositalari qo·llaniladi.

### **Bo·gimlar zararlanishi**

TSD da bo·g·imlar davosi RA ga o·xshash. Artritning namoyon bo·lish darajasiga qarab GX, o·pka zararlanishi bilan birga kelgan bo·lsa extiyotlik bilan MT yoki leflunomid, kasallikning past faollikda kechishida SULF monoterapiyada yoki GK bilan birga qo·llaniladi.

### **Yallig·lanishli miopatiya**

Miopatiya rivojlanish xolatlarida GK monoterapiya yoki MT bilan birga qo·llaniladi. TSDda miopatiyani davolashda, ayniqsa PM/Scl-antitana bo·yicha pozitiv bemorlarda GK dozalari idiopatik yallig·lanishli miopatiyalardan ko·ra kamroq bo·ladi. TSD da yuqori dozalarda GK ni qo·llanilishi sklerodermik buyrak kriziga olib kelishi mumkinligini hisobga olish lozim. GK

monoterapiyada yaxshi natija bermasa MT yoki vena ichi immunoglobini bilan birga qo'llaniladi (0,5-1,0g/kg). Natija bo'lmaganda metilprednizalon 250-500 mg/xaftasiga tomir ichiga infuziya kurslari buyuriladi.

**Gen injener biologik preparatlarni qo'llanilishi.** TSD da RTM, ABS, FNO- $\alpha$ ,  $\beta$ 1 o'sish omilini transformirlovchi antiternalarni (frezolizumab) qo'llanilishi yaxshi natija bermoqda. Eng katta tajriba V-limfositlarning SD20-antigeniga qarshi monoklinal antitela-RTM borasida to'plangan. RTM teri va o'pkadagi fibrozlanishlarga ijobiy tasir qo'rsatadi (isbotlanganlik darajasi S). RTM standart terapiya foyda bermagan, kasallikning yuqori faolligida kechish xolatlarida qo'llaniladi. 2 g tomir ichiga buyuriladi. 6-12 oydan so'ng dovo samaradorligida doza 1,0-0,5 g ga kamaytiriladi. Davo 2-4 yil davom etadi.

### **Reabilitasion tadbirlar**

**Reabilitasiyaning asosiy maqsadi** – tomir asoratlari va fibrozlanish jarayonini kamaytirish, asoratlarni oldini olish. Reabilitasiya barcha surunkali va o'rtacha faollikda kechish formalarida buyuriladi. Reabilitasiya rejasi reanimatolog, fizioterapevt, davolovchi jismoniy tarbiya shifokori tomonidan tuziladi.

**Faol reabilitasiya** kasallikning surunkali kechishida, minimal faollikda buyuriladi (vazospastik va trofik o'zgarishlar ECHT 20mm/soatgacha). Faol reabilitasiya o'z ichiga massaj, davolovchi jismoniy tarbiya, fizioterapiya refleksoterapiya, mexnat terapiyasi va shakillantiruvchi programmalardan iborat bo'ladi. DJT nafas mashqlari, yuz, bilak, barmoqlar mashqlaridan iborat bo'ladi. Fizioterapiya elektrofarez va ionofarezda antioksidant, antifibroz, yallig'lanishga qarshi, tomir preparatlari bilan amalga oshiriladi. 15-25%li dimetilsulfoksil applikasiyalari zararlangan soxalarga, 10-20 applikasiya 30-40 minut-

dan buyuriladi. Yaxshi qabul qilinganda 2-3 oydan so'ng kursni takrorlash mumkin. **O'rtacha reabilitasiya** kasallik o'tkir osti, o'rtacha faollikda kechganda amalga oshiriladi (artrit, adgeziv plevrit, kardioskleroz, ECHT 20-35mm/s). DJT nafas a'zolari, yuz mimkasi, qo'l oyoq bo'g'imlariga va mexnat terapiyasi buyuriladi. **Passiv reabilitasiya** kasallikning o'tkir kechishi va yuqori faolligida buyuriladi. Psixokorreksiya va yotoq rejimida DJT.

## IDIOPATIK YALLIG'LANUVCHI MIOPATIYALAR

**KXT-10 bo'yicha kodlar:**

**M 33.1 – birlamchi idiopatik dermatomiozit**

**M 33.2 - birlamchi idiopatik polimiozit**

**M 33.6 – xavfli o'smalar bilan birga keluvchi miozit**

**M 33.9 – sababi aniqlanmagan polimiozit/dermatomiozit.**

### TA'RIFI VA TASNIFI

Idiopatik yallig'lanuvchi miopatiyalar – sababi noma'lum bo'lgan, kam uchraydigan, klinik immunologik va morfologik ko'rinishlari bo'yicha geterojen autoimmun kasalliklar guruhi bo'lib, uning asosiy ko'rinishi ko'ndalang-targ'il mushaklarning yallig'lanishi bilan xarakterlanuvchi progressiv mushaklar xolsizligi rivojlanishi bilan kechadi. Bularga polimiozit, dermatomiozit, yuvenil dermatomiozit; biriktiruvchi to'qimaning tizimli kasalliklari bilan birga keluvchi miozit (ko'ndalang kesimli sindrom); o'smalar bilan birga keluvchi miozit; hujayra ichidagi kiritmalari bo'lgan miozit va boshqa ba'zi noyob kasalliklar kiradi. To'rtta asosiy turlari mavjud: DM, PM, autoimmun nekrotik miopatiya va kiritmalar bilan sporadik miozit.

**Epidemiologiyasi:** Tarqalganligi turli populyasiyalarda turli xil o'zgaradi. Idiopatik yallig'lanish miopatiyalari xar 100 ming kishidan 1,4-5,9 tada uchraydi, ayollar ko'proq kasallanadi (3: 1) va bimodal yosh taqsimoti mavjud 5-15 va 45-55 yosh. DM har qanday yoshda, PM asosan hayot-

ning ikkinchi o'n yilligidan keyin paydo bo'ladi. Turli manbalarga ko'ra. IYAM holatlarining 7–20% da [DM (23,5%), PM (3,8%)], miozit assosiasiv yomon sifatli xosilalar bilan bog'liq.

**Kiritmalar bilan bo'lgan miozit** 50 yoshdan oshgan erkaklarda eng ko'p tarqalgan turi hisoblanadi.

**O'smalar bilan birga kelgan DM (kamroq PM)**, yallig'lanish miopatiyalarining taxminan 20% ini tashkil etadi. O'smalar idiopatik yallig'lanish miozit belgilari paydo bo'lishidan oldin, ular bilan bir vaqtda yoki paydo bo'lgandan keyin rivojlanishi mumkin. PM/DM da xavfli o'smalarning uchrash chastotasi aholiga nisbatan 12 marotaba yuqori hisoblanadi. Xavfli o'smalar fonida DM, PM ga qaraganda ko'proq rivojlanadi. Erkaklar va ayollarning nisbati 1:1.

### **Atamalar va tushunchalar:**

Idiopatik yallig'lanish miopatiyalar - bu klinik, immunologik va morfologik xususiyatlarga ega bo'lgan noyob autoimmun kasalliklar guruhidir, ular progressiv ko'ndalang targ'il mushaklarning zaiflashishi (xolsizligi) va progressiv mushak sustligi bilan tavsiflanadi va quyidagi kichik tiplarni o'z ichiga oladi. Polimiozit - bo'yin, faringeal mushaklar, yutqin, ovoz boylamlari mushaklari (disfagiya, disfoniya) va qo'l oyok proksimal mushaklarining simmetrik zaifligi bilan xarakterlanib, o'tkir osti boshlanadi. Dermatomiozit - mushaklarning zararlanishi, terining o'zgarishi bilan bir qatorda: paraorbital geliotrop toshmalar, bo'g'imlarning bukuvchi yuzalarida eritemalar/Gottron papulalari, yumshoq to'qimalarning kalsifikatlari bilan xarakterlanadi. Yuvenil dermatomiozit - 18 yoshgacha rivojlanadi. Katta yoshdagi shakldan farqli o'laroq, o'tkir kechishi, konstitusional o'zgarishlar

va yaqqol ifodalangan teridagi o'zgarishlar (yarali-nekrotik vaskulitlar va boshqalar) bilan xarakterlanadi.

**Klinik tasnifi.** Dermatomiozit, shu jumladan:

1a - klassik DM, shu jumladan biriktiruvchi to'qima tizimli kasalliklari va xavfli o'smalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin;  
1b – yuvenil DM; 1s - klinik idiopatik DM;

Polimiozit, shu jumladan: 2a - klassik PM;

2b – nospesifik va kesishgan (overlap) biriktiruvchi to'qima tizimli kasalliklari bilan bog'liq miozitlar; Statinlar qo'llanilishi, o'smalar yoki biriktiruvchi to'qima tizimli kasalliklari bilan bog'liq autoimmun nekrotik miopatiyalar; Kiritmalar bilan sporadik miozit.

### **Idiopatik yallig'lanish miopatiyalarining tasnifi**

(Miller modif. 1994)

1. Birlamchi idiopatik polimiozit (PM)
2. Birlamchi idiopatik dermatomiozit (DM)
3. Boshqa BTTK bilan kelgan miozit
4. Yuvenil dermatomiozit (YUDM)
5. Xavfli o'smalar bilan birga keluvchi miozit
6. Kiritmalar bilan bo'lgan miozit (inclusion-body myositis)
7. Granulematoz miozit
8. Eozinofil miozit
9. Vaskulitlardagi miozit
10. Orbital miozit (ko'z mushaklarining mioziti)
11. Fokal (tugunli) miozit
12. O'qsimon miozit

PM/DM ni tashhishlash asosan klinik, anamnestik tekshiruv, gistologik- mushaklarni biopsiya qilish, shuningdek, laboratoriya va elektromiografik (i-EMG) tadqiqotlarning natijalariga asoslangan. Yallig'lanish miopatiyasi simmetrik ravishda prok-

simal mushaklarning kuchsizligi bo'lgan bemorlarda terida toshma yoki toshmasiz paydo bo'lishi mumkin.

**PM/DM, Antisintetaz sindrom va kiritmalari bo'lgan miozitning tashhisiy mezonlari**

Klassik PM/DM	Antisintetaz sindrom	Kiritmalari bo'lgan miozit
Bohan, Peter 1975	(dastlabki mezonlar) Solomon, 2011	Askanas R.C., Di Mauro 1995
<p>1. Bir necha haftadan bir necha oy davomida progressirlanuvchi yelka va tos kamar mushaklarining simmetrik xolsizligi</p> <p>2. Dermatomiozitga xos teri toshmalari</p> <p>3. Yallig'lanishli miopatiyalariga xos elektromiografik belgilar: qisqa, past amplitudali, xarakat birliklarining ko'p fazali potensiallari va bo'shash holatida mushak tolalarining o'z-o'zidan faolligi – potensial fibrillyasiyalar va musbat o'tkir to'lqinlar.</p> <p>4. Gistologik o'zgarishlar (morfologik): mushak tolalarining yallig'lanuvchi infiltrasiyasi va nekrozi</p> <p>5. Qon zardobidagi mushak fermentlarining ko'payishi: kreatin</p>	<p><b>Katta mezonlar:</b></p> <p>1. Atrof-muhit ta'siri, kasbiy faoliyat, dori-darmonlarni qabuli bilan bog'liq bo'lmagan o'pkaning interstisial jaroxati (O'IJ)</p> <p>2. Bohan i Peter, 1975 mezonlariga ko'ra polimiozit yoki dermatomiozit</p> <p><b>Kichik mezonlar:</b></p> <p>1. Artritlar</p> <p>2. Reyno fenomeni.</p> <p>3. «Mexanik qo'li»</p>	<p><b>1. Klinik:</b> davomiy-ligi 6 oydan ortiq, boshlanish yoshi- 30 yoshdan katta, barmoqlar bukuvchilarining xolsizligi, bilak-kaft va barmoqlar bukuvchilarining kuchi <math>\geq</math> yozuvchilarning kuchiga</p> <p><b>2. Laborator:</b> KFK ning biroz o'sishi;</p> <p><b>3. Morfologik:</b> nekroz bo'lmagan mushak tolalarini mononuklear yallig'lanish hujayralari tomonidan invaziyasi, elektron mikroskopda vakuollashgan mushak tolalari yoki hujayra ichidagi amiloid depozitlari yoki 15-18 nm tubulofilamentlar;</p>



fosfokinaza (KFK), laktatdehidrogenaza, ACT, ALT.		<b>4. Elektromiografik:</b> yallig'lanish miopatiyasining belgilari, ammo nevrogen turdagi potentsiallarning oshishi bo'lishi mumkin
---	--	--

### Qiyosiy tashxis

Tashhis	Qiyosiy tashxis uchun asos	Tekshiruvlar	Tashhishlash mezonlari
Revmatoid artrit	Asosan ayollarda kuzatiladi, qo'llardagi kichik bo'g'imlarning simmetrik poliartriti, visseral namoyishlar (Digital arterit, poliserozit, buyrak shikastlanishi). RA bilan og'rigan bemorlarning 25% da ANF uchun ijobiy test tahlili olinadi	ASSP, RF, qo'l qiftlari, bilak bo'g'imlari rentgeni	Bo'g'imlarning zararlanishi qat'iy, progressiv xarakterga ega. Ertalabki karaxtlik xos. Kasallik rivojlangan sari bo'g'im yuzalarining yemirilishi va bo'g'im deformasiyasi rivojlanadi. R-urammada tipik eroziv o'zgarishlar. Ichki organlarning og'ir shikastlanishi nisbatan kam kuzatiladi.
Kattalarda Still sindromi	Bo'g'im zararlanishi, mialgiya, yuqori isitma, makulo papulyoz toshmalar, limfadenopatiya, splenomegaliya, serozit	Qonda ferritinni aniqlash	Faollik davrida neytrofil leykositoz (TQB dagi kabi leykopeniya emas). ANF testi salbiy. Teridagi o'zgarishlar qisqa muddatli tabiatga ega.

## Idiopatik yallig'lanuvchi miopatiyalar

Tizimli vas- kulitlar	Isitma, terining, bo'g'imlar-ning, buyraklar-ning, MATning, o'pkaning shikastlanishi	Qorin bo'shlig'i a'zolari UTTi	Ko'pincha erkaklarda kuzatiladi (nospesifik aortroarteritdan tashqari). Ko'pincha, infeksiya (virusli, bakterial) qo'zg'atuvchi bo'lib xizmat qiladi.
Tizimli sk- lerodermiya	Simmetrik poliartrit, Reyno sindrom, poliserozit, konstitusional o'zgarishlar	Immunologik tadqiqotlar (ANSA). bo'g'imlar UZD si	Klinik alomatlar qon tomir devori-ning yallig'lanishi va nekrozi tufayli a'zo va to'qimalarda ishemik o'zgarishlar bilan aniqlanadi. MAT zararlanishi asosan ko'p sonli mononevrit shaklida bo'ladi. Leykositoz, trombo-sitoz, ijobiy ANSA
Dori vosita- lari sabab- li bo'richa sindromi	Poliartrit, teri sindromi, fotosensibilizasiya, gepatospleno-megaliya, poliserozit, isitma, leykopeniya, ANFga ijobiy taxlil).	Immunologik tadqiqotlar: antisentromer antitanalar, ANF, Scl-70 ga antitanalar, te-ri-mushak qis-mi biopsiyasi.	Teri va teri osti to'qimalarida odatiy o'zgarishlar (qalinlashish, atrofiya, pigmentasiyaning buzilishi), bo'g'imlar (fibrotik o'zgarishlar-ning tarqalishi), oshqozon -ichak trakti. Rentgenologik belgi-lar (osteoliz, terminal oxirgi falangalarning rezorbsiyasi), yumshoq to'qimalarning kalsinozi.

**Laborator- instrumental tekshiruv usullari:** Umumiy qon taxlili, peshob taxlili; Biokimyoviy taxlil; KFK, ALT, ACT, laktat degidrogenaza, aldolaza; Kreatinin miqdori; Antinuklear antitanalar; Miozitga xos bo'lgan (anti-Jo-1 anti-Mi-2, anti-RNP, anti-Scl-70, Smit antigeniga karshi antitana, anti Ro (SSA) anti-Lo antitanalar); Ignali elektromiografiya; KT, MRT, Funksional o'pka testlari; Morfologik tadqiqotlar;

**Umumiy qon taxlili.** O'zgarishlar nospesifik, ECHTning oshishi kamdan-kam kuzatiladi (asosan tizimli o'zgarishlarda).

**Peshob taxlili.** Proteinuriya kam uchraydi. Massiv rabdomiolizning natijasi sifatida peshob rangining o'zgarishi (qizil, jigar rang) mioglobinuriya bilan bog'liq bo'lishi mumkin - (dalillik darajasi B).

**Biokimyoviy taxlil.** KFK - mushaklarning nekrozining eng sezgir va o'ziga xos markyori bo'lib, mushaklarning xolsizligi bilan bog'liq holda oshadi. ALT, ACT, laktat degidrogenaza, aldolazani aniqlash ham katta diagnostik ahamiyatga ega. Ignali elektromiografiya o'tkazishdan oldin fermentlar faolligi aniqlanishi kerak, chunki mushak to'qimalari shikastlanishi tufayli fermentlar konsentrasiyasining nospesifik o'sishi kuzatilishi mumkin. Mushaklarning massiv shikastlanishida qon zardobidagi kreatinin miqdorining pasayishi kuzatilishi mumkin.

**Immunologik taxlillar.** Antinuklear antitanalar DM bilan og'rigan bemorlarning 24-60%, PM - 16-40% va kiritmalari bo'lgan miozitli bemorlarning 20% da uchraydi. ANA-ning titrlari juda yuqori bo'lsa, biriktiruvchi to'qimaning boshqa tizimli kasalliklari bilan o'zaro aloqadorlik ehtimoli mavjud bo'lishi mumkin. Miozitga xos bo'lgan [anti-Jo-1 anti-Mi-2, signalni aniqlash zarralari (SRP) va boshqalar] va miozit assosirlangan (anti-RNP, anti-Scl-70, antisentromer, Smit antigeniga qars-

hi antitanalar, anti Ro (SSA) va anti-Lo antitanalarni aniqlash muxim ahamiyatga ega.

**Morfologik tekshiruv.** Proksimal mushakning morfologik tekshiruvi IYAM ning muhim belgisidir, chunki mushak namunalari IYAMning har bir tipining aniq o'ziga xos gistologik belgilarini aniqlash mumkin (A dalillik darajasi). Bioptat olish joyini to'g'ri tanlash esa juda muhimdir. Muskul MRTsi bioptat olish joyini tanlashni optimallashtirishga yordam beradi. Yaqoligi va xarakteri bo'yicha turlicha bo'lgan yallig'lanish o'choqlarini aniqlash uchun yetarlicha katta namunani olishga ochiq mushak biopsiyasi afzalroqdir.

### **Instrumental tadqiqotlar.**

**Igna elektrodlari yordamida elektromiografik tekshirish** (igna elektromiografiyasi). Birlamchi mushaklarning yallig'lanishli jarayoni uchun uchlik simptomlar xarakterlidir: 1 – xarakatlar birliklari va ularning amplitudalari o'rtacha potensialining pasayishi; 2 - polifaziya, soxta psevdopolifaziya; 3 - bo'shashish holatida mushak tolalarining o'z-o'zidan faolligi (fibrilyasiya potentsiallari va ijobiy o'tkir to'lqinlar). Hech qachon GKni qabul qilmagan bemorlarda normal elektr faollik tashxisni istisno qilishga imkon beradi, kasallikning amiopatik shakllari bo'lgan bemorlar bundan mustasno sanaladi. Davo samaradorligini baholash uchun ignali elektromiografiya ham qo'llaniladi.

**Mushak MRTsi** - mushak to'qimasi shishini baholashning sezgir usuli, bu miozitning mavjudligini va og'irligini aniqlashga imkon beradi, shuningdek kiritmalari bo'lgan miozitni yuqori aniqlikda tashxislash va boshqa miopatiyalar, shu jumladan bel va qo'l-oyoq mushaklarning distrofiyalari bilan differensial tashxis o'tkazadi.

**Ultrasonografiya.** Mushaklarni ultratovush tekshiruvi - bu nerv-mushak patologiyasining boshqa diagnostik tadqiqotlari uchun yordamchi invaziv bo'lmagan usul. U mioziti aniqlashda ham, differensial tashxis qo'yish uchun ham qo'llaniladi, masalan, bel va qo'l-oyoq mushaklari distrofiyalari, amiotrofik lateral skleroz (patognomonik fassikulyasiyalarni vizualizatsiyasi) kabilar.

**Yuqori aniqlikdagi o'pkaning rentgenografiyali kompyuter tomografiyasi.** U miozit bilan bog'liq O'IZda o'pka shikastlanishini tashxislash uchun ishlatiladi. Xarakterli: tartibsiz chiziqli soyalar, kistoz yoriqlar, o'pka maydoni tiniqligining pasayishi "shaffof oyna" tipidagi fokusli o'choqlar, bronxial devorlarning qalinlashishi kiradi. Eng katta o'zgarishlar bazal va sub plevral bo'limlarida aniqlanadi.

**Tashqi nafas olish funksiyasini tekshirish.** Miozit bilan bog'liq O'IJ o'pkaning umumiy hajmining pasayishi, funksional qoldiq hajmi, forsirlangan o'pkaning tiriklik sig'imi, birinchi daqiqada forsirlangan nafas chiqarish hajmining pasayishi bilan tavsiflanadi. O'IZ ni tashxislashning invaziv bo'lmagan usullari orasida funksional o'pka testlari eng qulay va informativ hisoblanadi. O'IZ da funksional manzara ventilyasiya buzilishlarining restriktiv turi aniqlanadi. Spirometriya-funksional tashhisotning eng sodda va keng tarqalgan usuli bo'lib, turli nafas olish (ham tinch, ham forsirlangan) da o'pka hajmlarini o'lchash uchun mo'ljallangan. Usul ventilyasiya funksiyasining buzilishlari mavjudligini, ularning turini aniqlash (restriktiv, obstruktiv, aralash) va kasallikning kechishini kuzatish imkonini beradi. Spirometriyaning eng muhim xususiyatlari bo'lib forsirlangan o'pkaning tiriklik sig'imi va birinchi daqiqada forsirlangan nafas chiqarish hajmi hisoblanadi. O'pkaning tiriklik sig'imi - inson eng chuqur nafas olganidan keyin nafas chiqarishi mumkin

bo'lgan maksimal havo hajmi. Obstruktiv va restriktiv buzilishlarni farqlashga imkon beruvchi muhim spirometrik ko'rsatkich bo'lib, odatda foizlarda ifodalangan forsirlangan o'pkaning tiklik sig'imi va birinchi daqiqada forsirlangan nafas chiqarish hajmiga nisbati, Tiffno indeksining modifikatsiyasi hisoblanadi. Mushak kuchini baholash usullari mavjud.

### **DAVOLASH**

**Umumiy tavsiyalar:** IYAM bo'lgan bemorlarni davolash shifokor-revmatologlar tomonidan, kerak bo'lganda boshqa mutaxassislarni jalb qilgan xolda amalga oshirilishi kerak. Bemorlarga GKli terapiya qo'llanilganda dorining nojuya ta'siri xavfini oshiradigan omillarni istisno qilish tavsiya etiladi: tarkibida uglevod tutgan oziq-ovqatlarni, shu jumladan asal va shirin mevalarni (steroid diabet xavfi), o'tkir taomlarni iste'mol qilish (yara kasalligi asoratlarini oldini olish). Glyukokortikoidli so-teoporozni profilaktikasi va davolash. Kasallikning kuchayishiga olib keladigan omillarni oldini olish tavsiya etiladi, masalan insolyasiya, yuqumli bemorlar bilan muloqot qilish, emlashlar (faqat sog'liq uchun), jismoniy va emosional zo'riqishlar. Mushak ichi ineksiyasi qilishdan saqlanish kerak, bu ineksiyadan keyingi kalsifikatsiyani rivojlanishiga olib keladi va kreatinfos-fakinaza natijalarini noto'g'ri-ijobiy bo'lishiga sabab bo'ladi.

#### **Farmakoterapiyaning asosiy maqsadlari:**

To'liq klinik javobga erishish (terapiya paytida  $\geq 6$  oy davomida klinik- laborator faollik yo'qligi) yoki kasallikning remis-siyasi.

#### **Idiopatik yallig'lanishli miopatiyalar uchun glyukokortikoid terapiyasining asosiy tamoyillari.**

IYAM davolash GK qo'llanilishiga asoslangan bo'lib, asosiy tamoyillari quyidagicha:

Davolashni erta boshlash (kasallikning ilk boshlanishidan birinchi 3 oy davomida). GKning boshlang'ich dozasi – sutkasiga 1 mg/kg dan kam emas. GK ning kunlik dozasini davolash boshida uch bosqichga bo'lish kerak (ko'tara olishini baxolash) 2-4 s. oraliq bilan, soat 12 gacha qo'llanilishi maqsadli, keyinchalik bir marta naxorda, ertalabki soatlarda qabul qilish lozim. GK bilan davolash samaradorligi GK terapiyasi boshlangandan 2-4 hafta o'tgandan so'ng baxolanadi (KFK pasayishi, teri jaroxatining yaqolligi kamayishi, mus-hak kuchini oshishi, igna elektromiografiyasida yallig'lanish faolligini pasayishi ). 4 hafta ichida ijobiy dinamika yo'qligi, tashxisni qayta ko'rib chiqishni talab qiladi. GK dozasi kamaytirish- 3 oydan kam bo'lmagan muddatda, KFK normal-lashuvi, igna elektromiografiyasida spontan faollik yuqolishi kuzatilganda kamaytiriladi. Ushlab turuvchi dozaga yetgun-gacha 7-10 kun davomida boshlang'ich dozaning  $\frac{1}{4}$  qismi (o'rtacha 0,5 yoki 0,25 tabletka) oyiga kamaytiriladi. Og'ir komorbid kasalliklar (infeksiyalar, qandli diabet, AG va bos-hq.) mavjud bo'lsa, GK dozasini tezroq kamaytirish mumkin (3-5 kun davomida 2,5-5,0 mg). GK ni ushlab turuvchi do-zasi individual, ammo kuniga 10 mg dan oshmasligi kerak. GK ning puls terapiyasi asosan, kasallikning og'ir, rezistent turida disfagiya va tizimli belgilarning rivojlanishida (mio-kardit, O'IZ fibrozlovchi alveolit bilan) qo'llaniladi. Katta yoshdagi bemorlarda GK ning puls terapiyasi PM/DM uchun asosiy bo'lib hisoblanmaydi va kasallikning o'tkir davrida ham, uning kuchayishi davrida ham ichishga buyuriladigan kichik (yetarli bo'lmagan) GK ning dozalarni qo'llash uchun sabab bo'lmaydi

**Bazis yallig'lanishga qarshi quyidagi dori vositalar qo'llaniladi.**

MT dozasi 15-25 mg/haft. (tabletkaga yoki teri osti shakli) steroid saqlovchi ta'sirga ega. Azatioprin kuniga 100-250 mg dozada, samaradorlik va ta'sir tezligi nuqtai nazaridan MT dan pastroq. SF oyiga 800-1000 mg dozada yoki oyiga 400 mg. 2 hafta oralatib, O'IJ va yarali nekrotik vaskulitda vena ichiga tomchilab yuborish ko'rsatma xisoblanadi. MMF boshlanishiga 500 mg dozada kuniga ikki maxal, so'ngra dozani titrlash orqali, terining rezistent jaroxatida 1000 mg dozada 2 maxal kuniga tavsiya etiladi. Terining rezistent jaroxatlanishida gidroksilokloroxin 200-400 mg / kuniga. GKning past dozasi bilan birgalikda ushlab turuvchi terapiya uchun ishlatilishi mumkin. Vena ichi immunoglobulini 4-6 oy davomida oyiga 1 g / kg miqdorida buyuriladi. Vena ichiga yuboriladigan immunoglobulinga asosiy ko'rsatma og'ir disfagiya, og'ir miozit, yuvenil DM hisoblanadi. Qabul qilishdan oldin - bemorning qon zardobida IgA nazorat qilish lozim. Plazmaferez, asosan, og'ir va IYAM boshqa davolash usullariga chidamli bo'lgan bemorlarda GK va MT bilan birgalikda qo'llanishi kerak. Hozirgi kunda PM/DM ni davolashda biologik terapiyaning o'rni va roli faol o'rganilmoqda. PM/DM ni davolashda  $\alpha$  TNF-a (INF) o'sma nekroz omili ingibitorlarini qo'llash kutilayotgan natijalarga olib kelmadi: bu u kasallik faolligini nazorat qilish imkoniyatiga ega emas, shu jumladan O'IJ, va shuningdek, opportunistik infeksiyalar xavfini oshiradi. Steroidsaqlovchi davolash sifatida etanerseptni muvaffaqiyatli qo'llash haqida ma'lumotlar mavjud (Dalillik D daraja). Yarali-nekrotik vaskulit va progressirlovchi kalsinoz bilan YUDMda natriy tiosulfat bilan birga T-limfositlarning ko-stimulyasiya blokatorlarini (ABSni) qo'llash musbat samara ko'rsatdi. Bu mushak kuchining oshishi, teri qoplamlarinnig



butunligini tiklanishi, kalsinoz rivojlanishining pasayishi bilan namoyon bo'lib, GK ning ushlab turuvchi dozasini kamaytirish imkonini berdi (Dalillik D daraja). Hozirgi vaqtda PM/DM da ishlatiladigan biologik preparatlar orasida alohida o'rinni V-hujayraga qarshi terapiya egallaydi. RTM prognoztik jixatdan yomon omillar mavjud bo'lganda (masalan, antisintetaz sindrom, og'ir O'IZ va boshidan o'pkaning tiriklik sig'imi va is gazinig diffuzion qobiliyati past), miozitga xos bo'lgan antitanalarning yuqori miqdori va rezistent turlari bo'lgan SRP assosirlangan autoimmun nekrotik miopatiyalarda qo'llaniladi. Rituksimab bilan davolash fonida (GK bilan birgalikda) ijobiy klinik-laborator dinamika (teri sindromi namoyon bo'lishining pasayishi, mushak kuchining oshishi) kuzatilgan. ASS da RTM dan foydalanish holatida, ijobiy ta'sir tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarining ortishi shaklida bemorlarning 70%dan ortig'ida kuzatildi: o'pkaning tiriklik sig'imi va DLCO (o'pkaning diffuzion qobiliyati) ko'rsatkichlarining ortishi, shuningdek ko'krak qafasi KTsga ko'ra infiltratlarning kamayishi. Maksimal samara birinchi infuziyadan so'ng 12 hafta o'tgach kuzatilgan va CD20+V hujayralarining kamayishi bilan bog'liq bo'lgan.

**Kasallikning surunkali kechishi kuzatilgan bemorlarni, shu jumladan, boshlang'ich GK dozasi yetarli bo'lmagan yoki erta va tez kamaytirilgan bemorlarni davolash.**

Bemorni boshqarishning murakkabligi mushak to'qimasining tolali va yog'li involyusiyasi rivojlanishi bilan bog'liq (mushaklarning MRTsida tasdiqlanadi). Klinik jihatdan, bu bemorlarda proksimal mushaklarning xolsizligi saqlanib qoladi, ammo kasallik faolligi ko'rsatkichlari (KFK, igna elektromiografiyasi, mushak to'qimasi biopsiyasi) hozirgi yallig'lanish jarayonini ko'rsatmaydi, ya'ni GK ni davolash uchun substrat yo'q. Bunday hollarda, quyidagilar maqsadga muvofiqdir. Miopatiya

kuchayishining kamida minimal belgilari bo'lsa, GK dozasini oshirish lozim. MT, CSZ, MMF, AZA qo'llanishi kerak.

### **Jaroxatlar ko'rinishiga ko'ra davo.**

*Disfagiya.* Disfagiya aspirasion pnevmoniyada xavf omili hisoblanadi, uning kechishi va davolashi: yuqori dozalarda GK va sitostatiklar bilan davolash bilan bog'liq bemorlarning immunokompromizasiyasi bilan asoratlanadi. Yetarli dozada GK ni og'iz orqali ichish bilan birga GK bilan puls-terapiya (metipred 1000mg) 1-3 marotaba o'tkazish tavsiya etiladi. Og'ir disfagiya VIIG uchun potensial ko'rsatma hisoblanadi. PM/DM bo'lgan bemorlarda disfagiya mavjudligi yana-da faol saratonni qidirish (dalillikning D darajasi) uchun sabab bo'lib xizmat qiladi.

*Yarali-nekrotik vaskulit.* Yarali-nekrotik vaskulitning mavjudligi 500-1000mg metilprednizolon bilan birgalikda oyiga 600-800-1000 mg dozada siklofosamid bilan puls-terapiyani o'tkazishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

*Teri sindromi.* Teri sindromi proksimal mushaklar zaifligi bilan kelgan DM da kasallikning faolligini aks ettiradi va odatda kasallikning o'tkir davrida GK yetarli dozalarda nazorat qilinadi. Mushak kuchini tiklash fonida davom etuvchi rezistent teri sindromida malyariyaga qarshi preparatlarni (gidroksixloroxin 200-400 mg/kun), MMF, mahalliy steroidlarni qo'llash tavsiya etiladi. PM / DM bo'lgan bemorlarda rezistent teri sindromi va/ yoki yarali-nekrotik vaskulit mavjudligi yana-da faol saratonni qidirish (dalillikning S darajasi) uchun sabab bo'ladi.

*Isitma* yoki subfebrillik kam uchraydi, asosan kasallikning o'tkir boshlanishi bilan antisintetaz sindromda (ASS) kuzatiladi. GK nazorat qilinadi va qo'shimcha davolashni talab qilmaydi (dalillikning V darajasi). Klinik va laborator ijobiy dinamikasi davrida GK bilan davolash fonida bemorlarda subfebrillik (yoki

isitma) paydo bo'lganda - hamroh infeksiya qo'shilishi istisno qilinadi. Immunosupressiv davolash fonida yuqumli asoratlarning kechishining atipikligini hisobga olish kerak.

*Bo'g'imlarning zararlanishi.* IYAMda artritning mavjudligi kasallikning boshlanishida kuzatilishi mumkin. Artritlar ASS majmuasining tarkibiga kirib, GK bilan yaxshi nazorat qilinadi va qo'shimcha davolashni talab qilmaydi. Bukuvchi kontrakturalar, odatda, tirsak bo'g'imlarining, ba'zan tizza bo'g'imlarining kontrakturalari IYAM ning o'tkir davrida rivojlanadi va bo'g'imlarning bevosita zararlanishi bilan emas, balki mushak to'qimasining yallig'lanishidan kelib chiqadi. Qo'shimcha dori vositalari bilan davolash talab qilinmaydi (dalillikning S darajasi).

*Yumshoq to'qimalarning kalsinozi.* Yumshoq to'qimalarning kalsinozi ko'pincha YUDM da (va juda agressiv) kuzatiladi. Ko'plab kalsifikatlarning paydo bo'lishi, odatda, PM/DM o'tkir kechishiga hamroh bo'ladi. Kalsinatlar klinik va laborator remissiyasiga erishilganda va YUDM yaqqol namoyon bo'lganda ham kasallik faolligining pasayishi fonida saqlanadi. YUDM da kalsinoz rivojlanishi va uning tarqalish xavfini kamaytirish maqsadida sutkasiga 1-2 mg/kg dozada GK bilan puls-terapiya qo'llaniladi. Jarrohlik yo'li bilan davolash kam samarali, chunki u ikkilamchi infeksiya qo'shilish xavfini oshiradi va yangi kalsifikatlar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Dori vositalari bilan davolash sifatida bisfosfonatlar (fosamaks, fosavans, va boshqalar.) ishlatiladi, lekin geterotopik kalsiy hosil bo'lish jarayoni ustidan to'liq nazoratga erishilmaydi. Kalsinozni davolash uchun etilendiaminotetrauksus kislotaning dinatriyli tuzidan ( $\text{Na}_2\text{YeDTA}$ ) ham foydalaniladi, ular turli kationlar, jumladan  $\text{Ca}^{2+}$  ionlari bilan murakkab birikmalar hosil qiladi va ularning siydik bilan ajralishini ta'minlaydi. VIIG ni har oyda

2 kun davomida metilprednizolon bilan birgalikda qo'llaganda kalsinozning rivojlanishini samarali oldini olish haqida ma'lumotlar mavjud (dalillikning S darajasi).

### **Reabilitasiya choralari.**

Harakatlanishni optimallashtirish, kontrakturalar paydo bo'lishining oldini olish, shuningdek, yuqori dozali GK va immobilizasiya tufayli OP ni rivojlanish xavfini kamaytirishga yo'naltirilgan reabilitasiya choralari muhim ahamiyatga ega. Jismoniy yuklama kasallikning bosqichiga qarab o'tkaziladi. O'tkir bosqichda bemorlar tomonidan "kuch orqali" bajariladigan jismoniy yuklamalar va davolovchi jismoniy tarbiya mumkin emas. Kasallikning o'tkir davrida (2 - 3 xaftadan boshlab) haftada 2 marta passiv mashqlar buyuriladi. Og'ir holatlarda, passiv mashqlar 3 oy davomida mushaklar kuchining ko'payishiga qadar amalga oshiriladi. Tiklanish bosqichida - izometrik, so'ngra izotonik mashqlar. Surunkali bosqichda - anayerob mashqlar. Nafas ventilyasion mashqlarini bajarish kerak (ayniqsa O'IZ da).

### **Kasallik profilaktikasi**

Profilaktik choralari quyidagicha: umumiy tibbiy ko'rikdan kamida 3 oyda bir marta o'tish, har 2-3 oyda KFK ni aniqlash. 6 oy ichida kamida 1 marta igna elektromiografiyasini o'tkazish, remissiyada- yiliga bir marta o'tkazish tavsiya etiladi. Davolash xavfsizligini monitoring qilish uchun laborator tekshiruvlar o'tkaziladi. Bemorlarga kasallikning kuchayishiga olib keladigan omillardan (insolyasiya, davriy infeksiya, stress, travma va boshqalar) chetlanish tavsiya etiladi. Kasallikning dastlabki 5 yilida, yiliga 1 martadan kam bo'lmagan xolda onkologik jarayonni istisno qilish uchun skrining tekshiruvini o'tkazish lozim.

## TIZIMLI VASKULITLAR

**KXT-10 bo'yicha kodlar:**

**M 30.0 Tugunli poliarteriit**

**M 30.1 Eozinofil granulematoz poliangiit**

[Cherdj-Stross]

**M 30.3 Kawasaki kasalligi**

**M 31.0 Gudpascher sindromi**

**M 31.3 Granulematoz poliangiit bilan (GPA, Vegener granulematozi)**

**M 31.4 Nospesifik aortoarteriit [Takayasu arteriiti]**

**M.31.5 Revmatik polimialgiya va yirik xujayrali arteriit (GKA, Xorton kasalligi)**

**M 31.8 Mikroskopik poliangiit**

**M 35.2 Bexchet kasalligi**

**D69.0 IgA- assosiirlangan vaskulit (gemorragik vaskulit, Shenleyn – Genox purpurasi)**

### TA'RIFI VA TASNIFI

**Tizimli vaskulitlar (TV)** – asosiy morfologik belgi bo'lib qon-tomir devorlari yallig'lanishi xisoblanadi, klinik ko'rinishi jaroxatlangan qon-tomirlarning turi, kalibri, lokalizatsiyasi va immun yallig'lanish o'zgarishlarining og'irligi bilan xarakterlanadigan, guruh kasalliklari xisoblanadi.

**Epidemiologiya.** TV ni kam uchraydigan kasalliklar turiga kiritish mumkin: kasallanish yilida har 100.000 aholi soniga 4.2 ming bemorlar nisbatini tashkil qiladi, ammo oxirgi vaqtlarda jahonda kasallik tarqalishining ortib borishi tendensiyalari kuzatilmoqda. IgA-vaskuliti (Shenleyn-Genox) bolalarda ko'proq

uchraydi. Qariyalar esa ko'proq gigant hujayrali vaskulitlar bilan kasallanadi.

### **Tizimli vaskulitlar klassifikatsiyasi**

TV zamonaviy klassifikatsiyasida zararlangan qon-tomirlar kalibri va asosiy patogenetik mexanizmlar inobatga olinadi. TV zamonaviy nomenklatura va klassifikatsiyasi KXT-10 ga to'g'ri kelmasligi mumkin.

### **TV klassifikatsiyasi**

(Chapel Hill Consensus Conferencye, 2012)

**Katta kalibrli qon-tomirlarning zararlanishi bilan kechuvchi vaskulitlar:**

Takayasu arteriiti (nospesifik aortoarteriit) – M 31.4;

Gigant hujayrali arteriit (GHA, Xorton kasalligi) va RP – M 31.5;

**O'rta kalibrli qon-tomirlarning zararlanishi bilan kechuvchi vaskulitlar:**

Tugunchali poliarteriit – M 30.0;

Kavasaki kasalligi – M 30.3;

**Kichik kalibrli qon-tomirlarning zararlanishi bilan kechuvchi vaskulitlar** *A) Antineytrofil sitoplazmatik antitelolar (ANCA) bilan assosirlangan vaskulitlar:*

Mikroskopik poliangiit – M 31.8;

Granulematoz poliangiit bilan (GPA, Vegener granulematozi) – M 31.3;

Eozinofil GPA (Cherdj-Stross) – M 30.1;

*B) Immunokompleks vaskulitlar:*

BMK (koptokchalar bazal membranalari)ga antitelolar bilan assosirlangan kasalliklar (Gudpascher sindromi) – M 31.0;

Krioglobulinemik vaskulit – D 89.1;

IgA – assosirlangan vaskulit (gemorragik vaskulit, Shenleyn-Genox purpurasi) – D 69.0;

Gipokomplementemik urtikar vaskulit (anti-C1q-vaskulit) – M 31.8;

**Variabelli vaskulitlar:**

BB – M 35.2;

Kogan sindromi – N 16.3, N 90.3;

**Alohida bir organnig qon tomirlari zararlanishi bilan kechuvchi vaskulitlar:**

Teri leykositoklastik angiit – L 95.8;

Teri arteriiti – L 95.9;

Markaziy asab tizim birlamchi vaskuliti;

Izolirlangan aortit;

Boshqalar;

**Tizimli kasalliklar bilan assosirlangan vaskulitlar:**

TQB da vaskulit – L 93.2;

Revmatoid vaskulit – M 05.2;

Sarkoid vaskulit – D 86.8;

Izolirlangan aortit;

Boshqalar;

**Ayrim etiologik omillar bilan assosirlangan vaskulitlar:**

Virusli gepatit S bilan assosirlangan krioglobulinemik vaskulit – D 89.1;

Virusli gepatit V bilan assosirlangan vaskulit – M 30;

Sifilis bilan assosirlangan aortit – I 79.1;

Medikamentoz immunokompleks vaskulit – D 69.0;

Medikamentoz ANSA-assosirlangan TV (ANSA-TV) – M 31;

Paraneoplastik vaskulit;

Boshqalar;

**TV asosiy terminlari va nozologik formalari**

<b>Terminlar va nozologik formalar</b>	<b>Asosiy tushunchalari</b>
Katta qon-tomirlar vaskuliti	Ko'pincha katta kalibrdagi arteriyalarning zararlanishi bilan kechadi (aorta va uning tarmoqlari). Boshqa kalibrdagi arteriyalar ham ushbu jarayonga qo'shilishi mumkin.

## Tizimli vaskulitlar

Takayasu arteriiti	Ko'pincha aorta yoki uning tarmoqlari granulematoz zararlanishi bilan kechadi. Asosan 50 yoshga yetmagan bemorlarda kuzatiladi.
GHA gigantxo'jayrali aortit	Ko'pincha aorta yoki uning tarmoqlari, uyqu va umurtqa pog'onasi arteriyalari hamda chakka arteriyalari granulematoz zararlanishi bilan kechadi. Asosan 50 yoshdan o'tgan bemorlarda kuzatiladi va revmatik polimialgiya (RP) bilan qo'shilib keladi.
O'rta kalibrdagi qon-tomirlar vaskuliti	Ko'pincha o'rta kalibrdagi arteriyalarning zararlanishi bilan kechadi (asosiy visseral arteriyalar va ularning tarmoqlari). Boshqa kalibrdagi arteriyalar ham ushbu jarayonga qo'shilishi mumkin, bunda tipik yallig'lanishli anevrizmalar hamda stenoz kuzatilishi mumkin.
Tugunchali poliarteriit	Nekrotik arteriit bo'lib, o'rta va kichik kalibrdagi arteriyalarni zararlaydi. Kasallik glomerulonefrisiz, arteriolalar, kapillyarlar, venulalar vaskulitisiz, ANSA bilan assosirlanmagan shaklda kechadi.
Kavasaki kasalligi	Ko'pincha o'rta va kichik kalibrdagi arteriyalarning zararlanishi bilan kechadi, teri, shilliq qavatlar, va limfatik tugunlar zararlanishi sindromlari bilan qo'shilib keladi.
Kichik kalibrdagi qon-tomirlar vaskuliti	Ko'pincha kichik kalibrdagi arteriyalarning zararlanishi bilan kechadi (intraparenximal arteriyalar, arteriolalar, kapillyarlar va venulalar). O'rta kalibrdagi arteriya va venalar ham ushbu jarayonga qo'shilishi mumkin.
ANSA-TV	Immun depozitlar kuzatilmasligi (yoki kam miqdorda kuzatilishi bilan), ko'pincha kichik kalibrdagi arteriyalarning (arteriolalar, kapillyarlar, venulalar va kichik arteriyalar) zararlanishi, ANSA bilan assosirlanishi, miyeloperoksidaza va proteinaza-3 ga spesifligi bilan kechadigan nekrotik arteriit hisoblanadi.



Revmatik kasalliklar

Mikroskopik poliangiit	Immun depozitlar kuzatilmasligi (yoki kam miqdorda kuzatilishi bilan), ko'pincha kichik kalibrdagi arteriyalarning (arteriolalar, kapillyarlar, venulalar) zararlanishi bilan kechadigan nekrotik arteriit hisoblanadi. O'rta va kichik kalibrdagi arteriyalar zararlanishi mumkin. Nekrotik glomerulonefrit rivojlanishi kuzatiladi. Kuchincha gemorragik alveolit qo'shib keladi. Granulematoz yallig'lanish kuzatilmaydi.
GPA (Vegener) granulematoz poliangiit	Nekrotik granulematozli yallig'lanish bo'lib, yuqori va pastki nafas yo'llari hamda kichik va o'rta kalibrdagi qon-tomirlar (arteriola, venula, kapillyarlar, arteriya va venalar) nekrotik zararlanishi qo'shib kelishi bilan kechadi.
Eozinofil GPA (Cherdj-Stross)	Eozinofil va granulematoz yallig'lanish bo'lib, ko'pincha kichik va o'rta kalibrdagi qon-tomirlar nekrotik zararlanishi qo'shib keladi. Bronxial astma va eozinofiliya bilan assosirlanadi. Glomerulonefrit kuzatilganda ko'pincha ANSA aniqlanadi.
Immuno-kompleks vaskulit	Asosan kichik kalibrdagi qon-tomirlar (arteriolalar, kapillyarlar, venulalar va kichik arteriyalar) devorida o'rtacha yoki ko'p immunoglobulinlar depozitlari va/ yoki komplement komponentlari bilan kechadigan vaskulit. Ko'pincha glomerulonefrit kuzatiladi.
Anti BMK bilan assosirlangan kasalliklar	Koptokchalar va/ yoki o'pka kapillyarlarini zararlaydigan vaskulit bo'lib, koptokchalar bazal membranasida BMKga antitelolar depozitlari bo'lishi bilan kechadi. O'pka zararlanishi o'pkadan qon ketishi bilan, buyraklar zararlanishi glomerulonefrit (yarimoylar bilan) bilan kuzatiladi.
Krioglobulinemik vaskulit	Krioglobulinemik immun depozitlar bilan kechuvchi vaskulit. Kichik kalibrdagi qon-tomirlarni (arteriolalar, kapillyarlar, venulalar) zararlaydi va zardobli krioglobulinemiya bilan kechadi. Ko'pincha teri, buyrak koptokchalari va periferik nervlar zararlanadi.

## Tizimli vaskulitlar

<p>IgA-vaskulit (Shenleyn-Genox)</p>	<p>IgA immun depozitlari bilan kechuvchi vaskulit. Kichik kalibrdagi qon-tomirlarni (arteriolalar, kapillyarlar, venulalar) zararlaydi. Ko'pincha teri, me'da-ichak tizimi va buyrak zararlanadi hamda artrit bilan qo'shilib keladi. IgA – nefropatiyadan farqlanmaydigan glomerulonefrit rivojlanishi mumkin.</p>
<p>Gipokomplementemik urtikar vaskulit (anti-C1q-vaskulit)</p>	<p>Anti-C1q bilan assosirlangan, eshakem va gipokomplementemiya bilan kechuvchi kichik kalibrdagi qon-tomirlarning (arteriolalar, kapillyarlar, venulalar) zararlanishi. Asosan glomerulonefrit, artrit, o'pkalarning obstruktiv kasalligi, ko'zlarning yallig'lanishi bilan kechadi.</p>
<p>Variabel vaskulit</p>	<p>Qon-tomirlarning barcha kalibrlari (kichik, o'rta va katta) hamda turlari (arteriya, venalar va kapillyarlar) zararlanishi mumkin.</p>
<p>BB (Bexchet kasalligi)</p>	<p>BB bilan bemorlarda vaskulit arteriya yoki venalarda kuzatilishi mumkin. BB og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida va jinsiy a'zolarida residivlovchi aftozli yaralar hosil bo'lishi, yuqoridagi belgilarga teri, ko'z, bo'g'imlar, me'da-ichak trakti, nerv tizimi zaralanishi qo'shilishi bilan xarakterlanadi. Kichik qon-tomirlar vaskuliti, trombangiit, trombozlar, arteriit, arteriyalar anevrizmalari kuzatilishi mumkin.</p>
<p>Kogan sindromi</p>	<p>Kogan sindromi ko'zlarning yallig'lanishli zararlanishi (interstisial keratit, uveit, episklerit) va eshitish organlari kasalliklari (neyrosensor karlik, vestibulyar buzilishlar) bilan xarakterlanadi. Arteriit (kichik, o'rta yoki katta arteriyalar zararlanishi bilan), aortit, aorta anevrizmasi hamda aortal va mitral klapanlar zararlanishi kuzatilishi mumkin.</p>

Revmatik kasalliklar

Yagona organ vaskuliti	TV belgilarisiz yagona bir organnig hoxlagan ka-librdagi arteriyalar yoki venalarning vaskuliti bilan kechadi. Organ ichida vaskulit tarqalishi chegaralangan yoki multifokal (diffuz) bo'lishi mumkin. Nomlanishda zararlangan organ nomi va qon-tomirlar turi ko'rsatilishi kerak (masalan, teri kichik qon-tomirlari vaskuliti, urug'don arteriiti, MNT vaskuliti).
Tizimli kasalliklar bilan assosirlangan vaskulit	Tizimli kasalliklarga nisbatan ikkilamchi vaskulit. Nomlanishda prefiksda tizimli kasallik nomi ko'rsatilishi kerak bo'ladi (masalan, revmatoidli vaskulit, lyupus-vaskulit).
Aniq bir etiologiya bilan assosirlangan vaskulit	Aniq bir etiologiya bilan assosirlangan vaskulit. Nomlanishda prefiksda assosiasiya ko'rsatilishi kerak bo'ladi (masalan, gidralazin assosirlangan mikroskopik poliangiit, virusli gepatit V bilan assosirlangan vaskulit, virusli gepatit S bilan assosirlangan krioglobulinemik vaskulit).

“Tez progressirlanuvchi glomerulonefrit” TV asosiy formalaridan biri hisoblanadi, bunda qon zardobida kreatinin miqdori ko'tarilishi bilan kechuvchi buyrak funksiyalarining tezlik bilan yomonlashishi (3 oy davomida) faol siydik cho'kmasidan farqli 2 baravardan ortiq oshishi kuzatiladi. Pauci-immun nomlanuvchi (kam immunli) yarimoylar bilan kechuvchi glomerulonefrit “tez progressirlanuvchi glomerulonefrit” sabablardan biri hisoblanib, bunda buyrak to'qimalarida immun depozitlar bo'lmaydi va ko'pchilik holatlarda ANSA-TV bilan bog'liq bo'ladi.

## Tizimli vaskulitlar

### Tez progressirlanuvchi glomerulonefrit turlari

Turi	Tavsifnoma	Klinik variantlari	Chas- totasi, %
I	BMKga antitelolar – buyrak to'qimalarida IgG chiziqli yig'ilishi	Anti BMK bilan assosirlangan kasalliklar	5
II	Immunokompleks – buyrak koptokchalarida granulyar immunoglobulinlarning yig'ilishi	Postinfesion, poststreptokokkli, visseral absesslarda, lyupus-nefrit, IgA-vaskulit (Shenleyn-Genox), IgA-nefropatiya, aralash krioglobulinemiya, membranaproliferativ glomerulonefrit.	30-40
III	ANSA-TV – rauci-immun glomerulonefrit, kam miqdorda yoki immun qoldiqlarisiz.	GHA, mikroskopik poliangiit, eozinofil GHA.	50
IV	I va III turlarning qo'shilishi	-	-
V	ANSA – buyraklar negativ vaskuliti - rauci-immun glomerulonefrit, immun qoldiqlarisiz	Ideopatik glomerulonefrit	5-10

### TIZIMLI VASKULITLAR DIAGNOSTIKASI

TV tashxisi kasallikning klinik belgilariga hamda laborator tekshiruvlar xulosasi asosida qo'yilishi kerak. Biopsiya ma'lumotlarining musbatligi vaskulitni tashxislashda katta rol o'ynaydi. TV diagnostikasi asosan patognomonik simptomlarni aniqlash bilan chuqur klinik tekshiruvlar asosida o'tkaziladi.

**Laborator tekshiruvlar:** UQT; UPT; bilirubin, ALT, AST, mochevina, kreatinin, glyukoza, umumiy oqsil va fraksiyalari, xolesterin; SRO, RO, ASLO; ko'tokchalar filtrasiyasi tezligi, peshobda sutkalik proteinuriya; lipid spektri; antineytrofil sitoplazmatik antitelalar (ANSA); krioglobulinlar; fosfolipidga antitelalar AFL, (bo'richali antikoagulyant), kardiolipinga IgA, IgM/ IgG,  $\beta$ 2 glikoprotein I ga antitelalar); ANA, Anti-dsDNA; proteinaza-3 (PR-3) va miyeloperoksidazaga (MPO) antitelalar; qon zardobida IgG, IgA; KFK; qon bakteriologik tekshiruvi; komplement S3, S4, SN50; RW ga qon taxlili; koagulogramma, normallashtirilgan nisbatni aniqlash (MNO), qon ivish vaqti; gepatit V, S virusi markyorlari va OITV; mantu sinamasi yoki diaskin-test.

**Instrumental tekshiruvlar:** qon tomirlarini dupleks skanirlash; qon tomirlari ultratovushli doplerografiyasi; qon tomirlar angiografiyasi; elektrokardiografiya; exokardiografiya; bronxoskopiya; o'pkala rentgenografiyasi; suyaklar rentgenografiyasi; gaymor bo'shlig'i rentgenografiyasi; buyrak, jigar, oshqozon osti bezi UTT; EFGDS, kolonoskopiya; to'qima biopsiyasi morfologik tekshiruv; buyrak biopsiyasi; o'pka va paranazal sinuslar kompyuter tomografiyasi; magnet-rezonans tomografiya; spirometriya.

### **Takayasu arteriiti**

Takayasu arteriitiga shubha qilinganda arterial (yo'nalish) tomirlar klinik va instrumental tekshiruvi tavsiya etiladi. Takayasu arteriiti diagnostikasi shikoyatlar va anamnez, umumiy ko'rik, bilak arteriyalari va boshqa qon tomirlar pulsatsiyalarini tekshirish, ularning auskultasiyasi, ikkala qo'l va oyoqlarda AQBni o'lchash, qon-tomirlarni kontrast angiog-

rafik tekshiruv va dupleks ultratovush skanirlash bilan o'tkaziladi.

### Takayasu arteriiti klassifikasion mezonlari

Mezon	Tasnifi
40 yoshgacha bo'lgan yosh	40 yoshgacha bo'lgan yoshda kasallik boshlanadi
Ko'chuvchi oqsoqlik	Harakatda oyoqlar mushaklarida kuchsizlik va noqulaylik aniqlanadi
Yelka arteriyalarida puls sustlashishi	Bitta yoki ikkala yelka arteriyalarida pulsasiya sustlashishi
Chap va o'ng qo'lda AQB 10 mm.sim.ust. dan ko'proq farq qilishi	Ikkala yelka arteriyalari qon bosimi o'lchanganida, sistolik AQB 10 mm.sim.ust.dan ko'proq farq qilishi
O'mrov osti va qorin arteriyalarida shovqinlar bo'lishi	Ikkala o'mrov osti arteriyalari va qorin aortasi auskultasiyasida shovqinlar aniqlanishi
Angiografiyada o'zgarishlar	Aorta torayishi yoki aorta okklyuziyasi, aorta katta tarmoqlari, qo'l va oyoqlar proksimal sohasi arteriyalarining torayishi (ateroskleroz va fibromuskulyar displaziya bilan bog'liq bo'lmagan holatlarda)
Yuqoridagilardan 3 va undan ortiq mezonlar aniqlanishi sezgirligi 90.5% hamda spesifligi 97.8% tashxis qo'yishda imkon beradi.	

Takayasu arteriiti tashxisini asoslash hamda patologik jarayon dinamikasini baholashda angiografiya tekshiruv usuli qon-tomirlar torayishi yoki dilatasiya darajasini aniqlashda muhim o'rin tutadi. Noinvaziv usullar (dupleks ultratovush skanirlash, KT, MRT, pozitron-emission tomografiya) kasallikning erta bosqichlarida, qon-tomirlar devori qalinlashishini aniqlashda yordam beradi. Takayasu arteriiti faol bosqichi uchun ECHT va SRO konsentrasiyasi ko'tarilishi, normoxrom normositar anemiya, o'rtacha trombositoz xarakterli hisoblanadi.

### **Gigant hujayrali arteriit**

40-60% GHA bilan bemorlarda revmatik polimialgiya simptomlari uchraydi. 50 yoshdan katta bo'lgan bemorlarning barcasida kuchli bosh og'rig'i, ko'rish buzilishi, RP simptomlari, ECHT ko'tarilishi kuzatilganda GHA tashxisini aniqlash zaruriyati tug'iladi. GHA tashxislash asosiy usullaridan biri chakka arteriyasi biopsiyasi hisoblanadi, lekin GHA da qon-tomirlar o'choqli segmentar zararlanishini inobatga olgan holda biopsiya natijasi manfiyligi, tashxisni to'liq inkor etishni ko'zda tutmaydi. Biopsiya o'tkazilishi, terapiyani boshlashni to'xtatishga sabab bo'lmaydi.

### **GHA ning 4 ta asosiy klinik kechish variantlari tavsiflanadi:**

Kranial simptomlar bilan; Revmatik polimialgiya; Kranial simptomlar va RP; Tana harorati ko'tarilishi va boshqa yallig'lanish faolligining umumiy belgilari boshqa lokal simptomlarsiz.

### **GHA klassifikasion mezonlari**

<b>Mezon</b>	<b>Tasnifi</b>
50 yoshdan katta bo'lgan bemorlar	50 yoshdan katta bo'lgan bemorlarda simptomlar rivojlanishi
Yangi bosh og'riqlar paydo bo'lishi	Bundan oldin kuzatilmagan bosh og'riqlar yoki og'riq xarakteri va/yoki lokalizasiyasi o'zgarishi
Chakka arteriyalari o'zgarishi	Uyqu arteriyasi aterosklerozi bilan bog'liq bo'lmagan holda chakka arteriyasi palpasiyasida og'riq aniqlanishi va pulsasiyasi kamayishi
SOYe ko'tarilishi	SOYe 50 mm/s dan ko'proq

## Tizimli vaskulitlar

Chakka arteriyalari bi-opsiyasida o'zgarishlar	Ko'p yadroli gigant hujayralar aniqlanishi bilan birga – vaskulit, qon-tomir teshigi torayishi, intima zararlanishi, diffuz yallig'lanish, mononuklear infiltrasiya.
Yuqoridagi 5 ta mezonan kamida 3 tasi aniqlanishi kerak	

### Tugunchali poliarteriit

Tugunchali poliarteriit tashxisini qo'yish uchun bemorlarni chuqur tekshirish va patognomonik simptomlarni aniqlash kerak bo'ladi.

### Tugunchali poliarteriit klassifikasion mezonlari

Mezon	Tasnifi
Tana massasi kamayishi	Ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmagan tana massasini 4 kg va undan ortiq vaznga kamayishi
To'rsimon livedo	Tanada va qo'l-oyoqlar terisida dog'simon, to'rsimon o'zgarishlar
Urug'donlarda og'riq	Infeksiya, travma va boshqa holatlar bilan bog'liq bo'lmagan urug'donlardagi og'riq
Boldirda holsizlik yoki og'riqlar	Oyoq mushaklarida diffuz mialgiyalar (yelka hamda bel sohasidan tashqari), mushaklar holsizligi yoki og'riqliligi
Nevropatiya	Mononevropatiya, ko'p sohalarda mononevrit va polinevropatiya
Diastolik AQB >90 mm.sim.ust.	AG diastolik AQBning 90 mm.sim.ust.dan ko'tarilishi bilan
Qonda mochevina yoki kreatinin miqdori ko'tarilishi	Degidratasiya yoki siydik ajralishi buzilishi bilan bog'liq bo'lmagan mochevinaning 40 mg/dl yoki kreatininning 15 mg/dl dan ko'tarilishi
Gepatit V virusi bilan infisirlanish	Qon zardobida HbsAg yoki hepatit V virusiga qarshi antitelolar aniqlanishi



Arteriografiyada o'zgarishlar	Angiografiyada ateroskleroz, fibromuskulyar displaziya va boshqa yallig'lanishsiz kechuvc-hi kasalliklar bilan bog'liq bo'lmagan visseral arteriyalar anevrizmalari yoki okklyuziyasi
Biopsiya ma'lumotlari	Biopsiyada kichik va o'rta kalibrli arteriyalar-da neytrofillar bilan infiltrasiya kuzatiladi
Yuqoridagilardan 3 va undan ortiq mezonlar aniqlanishi sezgirligi 82.2% hamda spesifikligi 86.6% tashxis qo'yishda imkon beradi.	

Hayot uchun muxim a'zolarning jaroxati rivojlanishini oldini olish va agressiv terapiyani boshlash maqsadida, kasallikni erta bosqichlarda aniqlash zaruriyati tug'iladi. Tugunchali poliarteriit tashxisiga shubha qilinganida gistologik tekshiruvlar o'tkazilishi maqsadga muvofiq; skelet mushaklari biopsiyasi ko'proq informativ usul hisoblanadi. Tugunchali poliarteriit tashxisiga shubha qilinganida, ichki a'zolar biopsiyasini o'tkazishda ichki qon ketish asorati kuzatilishi mumkin. Ultratovush doplerografiyada buyraklar arteriyalarida o'zgarishlar (birinchi navbatda stenoz) aniqlanadi. Angiografiyada ko'proq buyraklar, charvi, jigar o'rta kalibrli arteriyalarida ko'p mikroanevrizmalar va stenoz aniqlanadi. Virusli gepatit V bilan assosirlangan tugunchali poliarteriitda ishqoriy fosfataza, AST, ALT faolligi oshishi, HbsAg va virusli gepatit Vning DNK si aniqlanadi. Qon zardobi immunologik tekshiruvda SRO ko'tarilishi, ayrim vaqtlarda RO aniqlanishi, krioglobulinemiya kuzatiladi.

### **ANSA-assosirlangan tizimli vaskulitlar**

ANSA-TV tashxisini qo'yish uchun bemorlarni chuqur tekshirish, ANSA-TV alohida nozologik formalari klassifikatsion mezonlarni va patognomonik simptomlarni aniqlash kerak bo'ladi. Nekrotik vaskulit yoki granulematoz yallig'lanishda patologik prosesning klinik ekvivalentlarini aniqlash uchun bir

qator usullar mavjud. Nekrotik vaskulit yoki granulematoz yallig'lanish yo'qligi ANSA-TV boshqa formalarini mikroskopik poliangiitdan farqlash imkonini beradi. Bularga granulematoz va vaskulitning surrogat mezonlari kiradi.

**ANSA-TV alohida nozologik formalarining klassifikasion mezonlari.**

Nozologik forma	Mezon	Tasnifi
GPA (Vegener)	Burun va og'iz bo'shlig'i yallig'lanishi	Og'iz bo'shlig'ida yaralar, burundan yiringli yoki qonli ajralmalar aniqlanishi
	Rentgenologik tekshiruv	O'pkalarda tugunlar, infiltratlar yoki bo'shliqlar kuzatilishi
	da o'pkalarda o'zgarishlar	Gematuriya (>5 eritrositlar ko'rish maydonida) yoki siydik cho'kmasida eritrositar silindrlar
	Siydik tahlilida o'zgarishlar	Arteriya devorida yoki perivaskulyar va ekstravaskulyar bo'shliqlarda granulematoz yallig'lanish
	Yuqoridagilardan 2 va undan ortiq mezonlar aniqlanishi sezgirligi 88% hamda spesifligi 92% tashxis qo'yishda imkon beradi.	
Eozinofil GHA	Bronxial astma	Nafas olish qiyinlashishi yoki nafas olishda diffuz xirillashlar
	Eozinofiliya	Eozinofiliya umumiy leykositlar miqdoridan 10% dan ortiq
	Mono- yoki polinevropatiya	Mononevropatiya, ko'p mononevropatiyalar yoki polinevropatiya "qo'lqop" yoki "paypoq" tipida
	O'pka infiltrasiyasi rentgenologik belgilari	Rentgenologik tekshiruvda aniqlanadigan migrasiyalovchi yoki o'tuvchi o'pka infiltratlari

**Revmatik kasalliklar**

	Gaymor bo'shliqlari patologiyasi	Og'riq yoki rentgenologik o'zgarishlar
	Biopsiya ma'lumotlariga ko'ra ekstravaskulyar eozinofiliya	Qon-tomirlardan tashqari bo'shliklarda eozinofillar yig'ilishi
	Yuqoridagilardan 4 va undan ortiq mezonlar aniqlanishi sezgirligi 85% hamda spesifligi 99%da tashxis qo'yishda imkon beradi.	
Mikroskopik poliangiit	Klassifikasion mezonlari ishlab chiqilmagan	

**Vaskulit va granulematozning surrogat mezonlari**

Granulematoz surrogat mezonlari	Vaskulit surrogat mezonlari
<p>Biopsiyada granulematoz yalig'lanish.</p> <p>O'pkalarda turg'un (&gt;1 oy) infiltratlar/tugunlar, keyinchalik parchalanishi oqibatida bo'shliqlar va/yoki stenozlovchi endobronxit hosil bo'lishi.</p> <p>LOR-a'zolari, ko'zlar zararlanishi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Burun bo'shliqlari shilliq qavatining polipsimon qalinlashishi, mastoidit (<math>\geq 3</math> oy).</li> <li>- Burun to'sig'i perforasiyasi, destruktiv sinusit.</li> <li>- Traxeya va hiqildoq stenozini.</li> </ul> <p>Orbita psevdotumori</p>	<p>Glomerulonefrit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemtauriya yoki proteinuriya bilan qo'shib kelgan gematuriya.</li> <li>- Fokal segmentar kam immunli yarimoylar bilan kechuvchi glomerulonefrit gistologik belgilari.</li> </ul> <p>Ekstrarenal vaskulit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teri vaskuliti.</li> <li>- Episklerit.</li> </ul> <p>Ko'p mononevrit.</p>
Maksimal – 3 ball	Maksimal – 2 ball

Musbat biopsiya xulosasi ANSA-TV tashxisini tasdiqlashda katta rol o'ynaydi (asoslanganlik darajasi S). Qon zardobida ANSA aniqlanishi kasallik debyutida diagnostik marker sifatida ahamiyatga ega, klinik faollik bo'lmaganida ANSA sezgirligi 60-70% gacha kamayadi. ANSA sitoplazmatik tipda immunoflyuoresent yoritish bilan yoki proteinaza-3 ga antitelolar GPA uchun yuqori sezgir va spesifik hisoblanadi (>90%). 70% eozinofiliyaligacha GPA li bemorlarda ANSA perinuklear yoritish tipi aniqlanadi, lekin har doim ham miyeloperoksidazaga spesifiklik bo'lmaydi. Mikroskopik poliangiitda proteinaza-3/ANSA antitelolar sitoplazmatik tip immunoflyuoresent yoritish va miyeloperoksida/ANSA perinuklear yoritish bilan deyarli bir xil chastota bilan aniqlanadi. ANSA to'liq klinik remissiya davrida xam qon zardobida aniqlanishi sababli, uni kasallik faolligini monitoring qilishda aniqlash diagnostik ahamiyat kasb etmaydi. ANSA-TV ning faol bosqichi ECHT ko'tarilishi, SRO konsentrasiyasi oshishi, normoxrom normositar anemiya, o'rtacha trombositoz bilan kechadi.

### **IgA-vaskulit (Shenleyn-Genox)**

IgA-vaskulit (Shenleyn-Genox) kattalardan ko'ra bolalarda uchraydi va yuqori nafas yo'llari infeksiyasi bilan bog'liq bo'ladi. Kattalarda kamroq nisbatda abdominal sindrom va tana harorati ko'tarilishi; ko'proq – bo'g'imlar zararlanishi, buyraklar og'ir shikastlanishi va SOYe ko'tarilishi kuzatiladi. IgA-vaskuliti diagnostik kriteriyalari 8.9 jadvalda keltirilgan.

### **IgA-vaskuliti (Shenleyn-Genox) tashxislash mezonlari.**

<b>Mezon</b>	<b>Umumiy ma'lumot</b>
Palpasiyalanadigan purpura	Trombositopeniya bilan bog'liq bo'lmagan, teridan o'zgina ko'tarilgan gemorragik o'zgarishlar.
20 yoshdan yoshroq	Kasallik boshlanishi 20 yoshdan yoshroq bemorlarda kuzatiladi.
Qorinda og'riq	Qorinda diffuz og'riqlar, ovqatlanishdan keyin og'riqlar kuchayishi yoki ichaklar ishemiyasidan keyin (ichaklardan qon ketishi mumkin).
Biopsiya ma'lumotlari: granulositlar aniqlanishi	Arteriola va venulalar devorlari granulositlar bilan infiltrasiyasi
Yuqoridagilardan kamida 3 ta belgilarning bo'lishi kerak.	

Buyraklarda morfologik o'zgarishlar har xil bo'ladi – minial o'zgarishlardan og'ir yarimoylar bilan kechuvchi glomerulonefritgacha. 30% bolalarda antistreptolizin-O titrlari ko'tarilishi kuzatiladi. Qon zardobida IgA konsentrasiyasi ko'payishi, 30-40% bemorlarda RO aniqlanadi.

### **TIZIMLI VASKULITLARNI DAVOLASH**

TV davolash taktikasini tanlashda kasallikning og'irlik darajasiga, refrakterli kechish variantlariga e'tibor qaratish kerak bo'ladi. TV klinik baholash maqsadida va davolash samaradorligini oshirish uchun TV Birmingem faollik indeksi (BVAS-Birmingham Vasculitis Damage Index), TV organlar va tizimlar zararlanish indeksi (VDI-Vasculitis Damage Index) dan foydalaniladi, bular TV klinik baholashda qabul qilingan xalqaro usullar hisoblanadi. BVAS klinik tadqiqotlarda baholashning oxirgi nuqtasidir. BVAS hisoblash uchun, bemor umumiy ko'rigi o'tkazilib, oxirgi bir oy ichida klinik simptomlar progresirlanishi inobatga olinadi. Zararlanish lokalizasiyasiga qarab barc-

## Tizimli vaskulitlar

ha klinik belgilar 9 ta guruxga bo'linadi, bunda har bir guruxda yig'ilgan maksimal ball hisobga olinadi (maksimal summar indeks 63 ballni tashkil qiladi). BVAS aniqlik kiritish uchun to'liq laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi.

### Birmingem faollik indeksi (BVAS)

1. Tizimli belgilar	Ball
1. Mialgiya/artralgia/artrit	1
2. Tana harorati ko'tarilishi (<38.50S)	1
3. Tana harorati ko'tarilishi (>38.50S)	2
4. Tana vazni kamayishi (<2kg)	2
5. Tana vazni kamayishi (>2kg)	3

2. Teri qoplamlari	Ball
1. Purpura/teri boshqa vaskuliti	2
2. Yaralar	4
3. Gangrena	6
4. Barmoqlarning ko'p gangrenasi	6

3. Shilliq qavatlar/ko'zlar	Ball
1. Og'iz bo'shlig'i yaralari	1
2. Jinsiy a'zolar yaralari	1
3. Konyuktivit	1
4. Episklerit/sklerit	2
5. Uveit	6
6. Shish/to'rsimon parda gemorragiyalari	6
7. Retroorbital granulema	6

4. LOR a'zolar	Ball
1. Ajralmalar/burun bitishi	2
2. Sinusit	2
3. Burundan qon ketishi	4

4. Burunda qon qobiqlari	4
5. Quloqlardan ajralmalar	4
6. O'rta otit	4
7. Karlik	6
8. Tovush o'zgarishi/laringit	2
9. Xiqildoq stenozi	6

<b>5. O'pkalar</b>	<b>Ball</b>
1. Hansirash/astma	2
2. Tugunlar yoki fibroz	2
3. Infiltrat	4
4. Qon tupurish	4
5. Plevral ekssudat/plevrit	4
6. O'pkadan qon ketishi	6

<b>6. Yurak qon-tomir tizimi</b>	<b>Ball</b>
1. Shovqinlar	2
2. Puls bo'lmasligi	4
3. Aortal yetishmovchilik	4
4. Perikardit	4
5. O'tkir MI	6
6. Qon aylanishi yetishmovchiligi/kardiomiopatiya	6

<b>7. Oshqozon-ichak tizimi</b>	<b>Ball</b>
1. Qorinda og'riq	3
2. Qonli diareya	6
3. Ichaklar infarkti	9
4. Pankreatit/o't pufagi perforasiyasi	9

<b>8. Buyraklar</b>	<b>Ball</b>
1. Diastolik AQB >90 mm.sim.ust.	4
2. Proteinuriya (>1g yoki >0.2g/s)	4
3. Gematuriya (>1 eritrosit yoki >0.2 lml da)	8
4. Kreatinin – 125-249 mkmol/l	8

## Tizimli vaskulitlar

5. Kreatinin – 250-499 mkmol/l	10
6. Kreatinin – >500 mkmol/l	12
7. Tez progressirlovchi glomerulonefrit	12

9. Asab tizimi	Ball
1. Organik buzilishlar, demensiya	3
2. Periferik nevropatiya	6
3. Ko'p harakat mononevritlari	9
4. Tutqanoq	9
5. Insult	9
6. Orqa miya zararlanishi	9
9 ta kategoriyadan har birida maksimal ball aniqlanadi. Summar indeks 63 balldan oshmaydi.	

Klinik faolligiga qarab TV kasallanish fazasi, remissiya (to'liq va qisman) va qo'zish (yengil va og'ir) davrlari jadvalda keltirilgan.

### TV klinik kechishi fazalari

Klinik fa- zasi	Faollik indeksi (BVAS)	Tasnifi
To'liq re- missiya	0-1 ball	SRB normal darajasida, terapiya o'tkazishda ko'rsatmalar bo'lmaganida va klinik aktivlik kuzatilmaganida
Qisman remissiya	Boshlanishdan 50%	Davolash o'tkazish natijasida aktivlik indeksining 50% ga kamayishi
Yengil qo'zishi	<5 ball	Kasallikning klinik belgilari paydo bo'lishi va shuning uchun umumiy ball 5 gacha ko'tarilishi
Og'ir qo'zishi	>6 ball	Yallig'lanish jarayoniga hayot uchun muxim a'zolar va tizimlarning qo'shilishi (o'pka, buyrak, MNS, YUQT) sababli faol patogenetik davolashni talab etadigan holatlar



Refrakter TV tushunchasi – 4 hafta standart indusion terapiya o'tkazilishiga qaramasdan yaxshilanish kuzatilmasligi yoki TV faolligi oshishi, 6 haftalik terapiyadan so'ng BVAS 50% dan ko'proq miqdorda kamayishi, 12 haftalik davolashdan keyin 1 ta katta yoki 3 ta kichik belgilarning qolishi faollik persistensiyasini bildiradi. Zararlanish indeksi VDI - Kasallik boshlanishidan turli a'zolarining potensial qaytmas zararlanishini aniqlaydi (ANSA-TV yoki qo'llanilayotgan terapiya oqibatida kelib chiqishini). Lekin ushbu indeks faqat 6 oy va undan ortiq muddat davomida saqlanib kelgan belgilarni aniqlab beradi. VDI 12 tizim a'zolarini o'rganadi, har bir tizim a'zolari 1 balldan 7 ballgacha (maksimal summar indeks 47 ballni tashkil qiladi) baholaydi.

**Tizimli vaskulit oqibatida tizimlar va a'zolarining zararlanish indeksi (VDI).**

<b>Belgilar (davomiyligi &gt;6 oy)</b>	<b>Ball</b>
<b>Ko'rish a'zolarini (har bir ko'z) klinik baholash</b>	
Har xil kataraktalar	1
To'r parda o'zgarishi yoki ko'rish nervi atrofiyasi	1
<b>Asab tizimi</b>	
Kognitiv buzilishlar (xotira pasayishi, hisoblashda adashish, konsentrasiya pasayishi, so'zlashuv yoki yozio'da qiynalish, bajarish darajasi buzilishi) yoki katta psixozlar	1
6 oydan ortiq davolashni talab etadigan tutqanoqlar	1
Anamnezda insultlar (agar >1 bo'lsa, 2 ball hisoblanadi)	1-2
Bosh miya yoki periferik nevropatiyalar (ko'rish nevropatiyasini inkor qilgan holda)	1
Ko'ndalang miyelit	1
<b>Buyraklar</b>	
Koptokchalar filtrasiyasi 50 ml/min dan kam	1
Proteinuriya 3.5 g/24 s dan ko'p	1

## Tizimli vaskulitlar

Yoki buyrak kasalliklarining oxirgi bosqichlari (dializ yoki transplantasiya qilingan bo'lsa ham)	3
<b>O'pkalar</b>	
O'AG (o'ng qorincha kengayishi yoki jarangli 2-ton)	1
O'pka fibrozi (fizikal va rentgenologik)	1
Bujmaygan o'pka (rentgenologik)	1
Plevral fibroz (rentgenologik)	1
O'pka infarkti (rentgenologik)	1
<b>Yurak qon tomir tizimi</b>	
Stenokardiya yoki aortakoronar shuntlash	1
Anamnezda miokard infarkti (agar >1 bo'lsa, 2 ball hisoblanadi)	1-2
Kardiomiopatiya (qorinchalar disfunksiyasi)	1
Klapanlar zararlanishi (diastolik yoki sistolik shovqin)	1
6 oy davomida perikardit (yoki perikardektomiya)	1
<b>Periferik qon-tomirlar</b>	
6 oy davomida ko'chib yuruvchi oqsoqlik	1
Katta bo'lmagan to'qimalar yo'qolishi (barmoq yostiqchalari)	1
Anamnezda ko'p to'qimalar yo'qolishi (barmoq yoki oyoqlarni yo'qotish) (agar >1 bo'lsa, 2 ball hisoblanadi)	1-2
Venoz tromboz – shish, varalanish yoki venoz staz bilan	1
<b>OIT</b>	
Anamnezda ichaklar (12 b.i dan pastda), taloq, jigar yoki o't qopi infarkti, rezeksiyasi (agar >1 bo'lsa, 2 ball hisoblanadi)	1-2
Mezenterial yetishmovchilik	1
Surunkali peritonit	1
OIT yuqori sohasida strikturalar yoki xirurgik operatsiyalar	1
<b>Suyak-mushak tizimi</b>	
Mushak atrofiyasi yoki kuchsizligi	1
Deformatsiyalovchi yoki eroziv artirit (to'g'irlanadigan deformatsiyalar ham bunga kiradi, avaskulyar nekrozlar bundan mustasno)	1
Umurtqalar osteoporozini sinishlar yoki kollaps bilan (avaskulyar nekrozlar bundan mustasno)	1
Avaskulyar nekrozlar (agar >1 bo'lsa, 2 ball hisoblanadi)	1-2
Osteomiyelit	1

Teri	
Surunkali chandiqli alopesiya	1
Tarqoq chandiqlanish yoki pannikulit (barmoqlar yostiqchalari va sochli qismi bundan mustasno)	1
6 oy davomida teri yaralanishi (tromboz mustasno)	1
Jinsiy tizim zararlanishi	1
Qandli diabet (davolashdan qat'iy nazar)	1
Malignizasiya (displaziyalar bundan mustasno) (agar >1 bo'lsa, 2 ball hisoblanadi)	1
<b>Umumiy ball</b>	<b>Maks. 47</b>

### **TV davolashda umumiy tavsiyalar**

TV farmakoterapiyasining asosiy maqsadi – kasallik asosida yotgan immunopatologik reaksiyalarni kamaytirish hisoblanadi. Patogenetik terapiyaga komorbid kasalliklar xavfini kamaytirish va kasallik asoratlarini davolash hamrox bo'lishi kerak.

**Patogenetik terapiya 3 bosqichda o'tkaziladi:** Remissiya induksiyasi; Remissiyani ushlab turish;

### **Residivlarni davolash.**

TV li bemorlar ekspert markazlar yordamida olib boriladi. TV dastlabki belgilari bo'lgan bemorlar barchasi maxsus revmatologik stasionarlarga gospitalizasiya qilinishi kerak, buyraklarning og'ir zararlanishida esa – gemodializ o'tkazishga imkoniyati bor nefrologik bo'limlarga yotqiziladi. Programmali gemodializ o'tkazilishi faol patogenetik terapiyaga to'sqinlik qilmaydi. Undan tashqari, samarali davolash oqibatida keyinchalik gemodializdan voz kechish mumkin. TVli bemorlarni gospitalizasiya qilishga quyidagi ko'rsatmalar mavjud: o'pkadan qon ketish xavfi tug'ilganda, tez progressirlanuvchi buyrak funksiyalari yomonlashishi, 3g/sut dan ko'proq proteinuriya.

nefrotik va nefritik sindromlar shakllanishi, residivlovchi abdominalgiyalar, ko'rish a'zolari zararlanishi, MNT zararlashi belgilari. Davolash vaqtida terapiyaning xavfsizligi va samaradorligi har 1-3 oyda nazorat qilinad. TV bilan xastalangan, kasallikning turg'un remissiyasida bo'lgan bemorlarni yarim yilda bir marta barcha kerakli laborator tekshiruvlardan o'tkazish kerak.

**Patogenetik davolash davrida NT rivojlanish xavfini kamaytirish maqsadida quyidagi zarur profilaktik chora-tadbirlar o'tkazish kerak:** Gemorragik sistit, siydik pufagi o'smasi (SF bilan davolashda NT) – SF qo'llashdan oldin va keyingi 72 soat davomida suyuqlik iste'mol qilishni (sutkasiga 3 litrgacha) ko'paytirish, diurezni ko'paytirish, preventiv vena ichiga 2-merkaptoyetansulfonat natriy qo'llash, gemorragik sistit xavfini kamaytiradi, lekin SF bilan davolash tugaganidan keyin siydik pufagi o'smasi rivojlanishi davom etadi, ushbu holat qiyosiy tashxis o'tkazish maqsadida turg'un sababsiz gematuriya sababini to'liq tekshirishga undaydi (asoslanganlik darajasi V). Pnevmosistli pevmoniya (SF bilan davolashda NMT) – ko-trimaksazol (sulfametaksozol+trimetoprim) 80/400 mg/sut yoki 160/800 mg kun ora buyuriladi. MT toksik effektlari – foliy kislotasi. Gastrit, yara kasalligi (SF bilan davolashda GK) – N2 reseptorlari blokatorlari yoki proton pompa ingibitorlari. OP (SF bilan davolashda GK) – kalsiy va vitamin D, bisfosfonatlar.

### **Kichik va o'rta kalibrili qon-tomirlar**

**TV (GPA, mikroskopik poliangiit, eozinofil GPA, klassik tugunchali poliarteriit)**

Birinchi marta tashxis qo'yilgan kichik va o'rta qon-tomirlar TV remissiyasining induksiyasi uchun, hayot uchun xavfli holatlar yoki hayot uchun zarur a'zolar zararlanish davrida GK bilan SF birga qo'llanilish zarurligi tavsiya etilgan (GPA va

mikroskopik poliangiit uchun – asoslanganlik darajasi A; Eozinofil GPA uchun – asoslanganlik darajasi S; klassik tugunchali poliarteriit uchun – asoslanganlik darajasi V) yoki ANSA-TV da RTM (GPA va mikroskopik poliangiit uchun – asoslanganlik darajasi V; Eozinofil GPA uchun – asoslanganlik darajasi S). ANSA-TV davolash sxemalarida o'zgarishlarni kiritish uchun kompleks klinik tekshiruvlar o'tkazilishi shart, birgina ANSA ko'rsatkichlariga tayanish kerak emas (asoslanganlik darajasi D). SF vena ichiga pulsi kiritish bilan qo'llaniladi: 15 mg/kg ( $\leq 1$ ), 2 haftadan so'ng 1-3 marta, keyinchalik har 3 haftada 2 mg/kg sutkasida ( $\leq 200$  mg/sut), 1,5 mg/kg sut. dozagacha remissiyaga qadar kamaytiriladi. Zardob kreatinini miqdori oshganda yoki katta yoshli bemorlarda SFning kichikroq dozalari qo'llaniladi.

**Bemor yoshidan kelib chiqib hamda zardobda kreatinin darajasiga qarab qo'lliniladigan siklofosamid dozalari modifikatsiyasi.**

Yoshi	Kreatinin <300 mmol/l	Kreatinin 300-500 mmol/l
<60	15 mg/kg/puls	12.5 mg/kg/puls
60-70	12.5 mg/kg/puls	10 mg/kg/puls
>70	10 mg/kg/puls	7.5 mg/kg/puls

SF bilan davolash 2-12 oy davom ettiriladi. Uzoq vaqt davomida SF qabul qilinishi NMR rivojlanishining yuqori xavf omili hisoblanadi, birinchi navbatda infesion asorat rivojlanishi mumkin. Pneumocystis jirovecii infeksiyasi profilaktikasi uchun ko-trimaksozol (sulfametaksozol + trimetoprim) (160/800 mg kun ora, yoki 80/400 mg/sut) qo'llaniladi. SF buyurishdan oldin yoki davolanish vaqtida (har bir venaga kiritilgandan 7-9 kundan keyin, 7 kunda bir marta per os davolanishdan oldin) siydik cho'kmasi, gemoglobin, leykositlar, trombositlar, kreati-

nin, ALT, AST faolligi ko'rsatkichlari monitoring qilinadi. Agar leykositlar miqdori  $2,5 \cdot 10^9/l$ , trombositlar miqdori  $100 \cdot 10^9/l$  dan kamaysa; ALT/AST konsentrasiyasi 3 baravardan ortsa, SF bilan terapiya to'xtatiladi va toksik effektlar davolanadi. Gemorragik sistit rivojlanishi ham SF bilan davolashni to'xtatishni talab etadi. Kombinirlangan terapiya o'tkazish uchun SF bilan birga GK qo'llaniladi. 3 kun davomida metilprednizolon bilan vena ichiga puls terapiya o'tkaziladi (bir martalik dozasi  $\leq 1$  g), keyinchalik per os  $1 \text{ mg/kg}$  sutkasiga ( $\leq 80 \text{ mg}$ ) buyuriladi (asoslanganlik darajasi S). Kasallik boshlanishida remissiya induksiyasi uchun GK bir necha marta qabul qilishga tavsiya etiladi. 7-10 kundan keyin, agar klinik-laborator dinamika yaxshi bo'lsa, GK 1 marta ertalab ichishga buyuriladi. GK dozasini kamaytirish 3 haftadan keyin boshlanadi, har 4 haftada 25% ga kamaytirib boriladi va ushlab turuvchi doza bilan chegaralanadi ( $0.15-0.2 \text{ mg/kg}$  sutkasiga). ANSA-TV debyutida induction terapiya maqsadida RTM qo'llanilishi mumkin (asoslanganlik darajasi V). ANSA-TV refrakter yoki residivlanuvchi formalarida birinchi navbatda RTM qo'llanilishi mumkin (asoslanganlik darajasi V), xuddi shunday GPA lokal formalarida (asoslanganlik darajasi V) va eozinofil GPA da (asoslanganlik darajasi D) qo'llaniladi. Kasallik debyutida SF ga nojo'ya ta'sirlar boshlanganida birinchi navbatda RTM qo'llanishi maqsadga muvofiq. ANSA-TV da RTM qo'llanilishida og'ir infesion asoratlar rivojlanishi chastotasi asoslanmagan. Boshqa nojo'ya ta'sirlar, xuddi boshqa terapiya sxemalaridek namoyon bo'lishi mumkin (asoslanganlik darajasi D). RTM ikki rejimda qo'llanilishi tavsiya etiladi: haftasida  $375 \text{ mg/m}^2$ , terapiya davomiyligi 4 hafta; 2 hafta interval bilan 2 mahal  $1000 \text{ mg}$  dan qo'llaniladi (asoslanganlik darajasi D). RTM bilan davolashda infuzion reaksiyalarni oldini olish maqsadida, premedikasiya uchun  $250 \text{ mg}$  vena ichi-

ga metilprednizolon va antigistamin preparatlar ishlatiladi (20 mg mushak ichiga xloropiramin). ANSA-TV debyutida RTM bilan birga GK qo'llanilishi tavsiya etiladi. Davolash effektivligini oshirish uchun RTM bilan davolash birinchi kursi kursini katta dozada vena ichiga yoki per os GK qo'llaniladi (asoslanganlik darajasi D). Remissiyadan keyin residiv rivojlanganida takroriy RTM bilan davolash kursini o'tkazish tavsiya etiladi, bunda RTM (500-1000mg) kichik dozalarini qo'llanilishi ham yaxshi samara beradi (asoslanganlik darajasi D). Residiv xavfini kamaytirish uchun takroriy RTM kursini qo'llashni ko'rib chiqish lozim bo'ladi. Hayot uchun muxim a'zolarining jaroxati kuzatilmasa ANSA-TV remissiyasining induksiyasi uchun GK ni MT (asoslanganlik darajasi A) yoki MMF bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi. Meningeal sindrom, retroorbital zararlanish, o'pkadan qon ketishi, birinchi marta tashxislangan ko'p mononevrit, yurak patologiyalari va mezenterial arteriyalar zararlanishi bundan mustasno. MMF 1g/sut (ikki mahal qabul qilishga rejalashtirilgan) dozada qo'llaniladi, agar bemorda nojo'ya ta'sirlar bo'lmasa dozani 2 g/sut (1-2 mahal qabul qilishga) gacha oshiriladi va 6 oydan kam bo'lmagan muddatga tavsiya etiladi. MMF renoprotektiv xususiyatlari aniqlanganligi sababli, uni buyrak zararlanishida qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. MT (haftasida 20-25 mg dozada) quyidagi hollarda qo'llaniladi: buyrak zararlanishi belgilari bo'lmaganida, burun va burun yon bo'shliqlari nodestruktiv zararlanishida (hid bilish buzilishisiz va karlik yo'qligida), yarasiz teri zararlanishida, skelet mushaklari miozitada, destruksiya va qon tupurishsiz o'pkadagi tugunlarda, SF yoki RTM ga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan holatlarda. ANSA-TV og'ir buyrak yetishmovchiligi (zardobda kreatinin miqdori  $>500\text{mkmol/l}$ ) bilan kechganda, kasallik debyutida yoki residivida plazmaferez qo'llaniladi (asoslangan-

lik darajasi V), xuddi shunday o'pkalardan qon ketishida ham (asoslanganlik darajasi S). TV buyraklar og'ir zararlanishi bilan kechganda standart patogenetik terapiya va plazmaferezning birga qo'llanilishi terminal buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi xavfini kamaytiradi, ammo bemorlarning umumiy tirik qolishi ko'rsatkichini yaxshilamaydi. To'liq kliniko-laborator remissiyaga erishilgandan keyin ushlab turuvchi terapiyani 24 oydan kam bo'lmagan muddatga buyurish kerak bo'ladi (asoslanganlik darajasi D). ANSA-TV remissiyasini ushlab turish uchun, past dozadagi GK larni AZA, RTM, MMF bilan kombinasiyada qo'llash tavsiya etiladi; o'pka va buyraklar og'ir buzilishlarisiz holatlarda – MT 20-25mg/haftasida qo'llaniladi

(GPA va mikroskopik poliangiit: AZA asoslanganlik darajasi V; RTM - asoslanganlik darajasi V; MT - asoslanganlik darajasi IV; MMF - asoslanganlik darajasi IV; eozinofil GPA: AZA - asoslanganlik darajasi S). Bir yil davolashdan so'ng AZA dozasini 1,5mg/kg gacha pasaytirish mumkin (asoslanganlik darajasi V); quuvatlovchi terapiyadan vaqtli voz kechish, residiv havfining oshishi bilan bog'liq. AZA qo'llanilishiga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda (yoki nojo'ya ta'sirlar), 20-40 mg/sut LF tavsiya etiladi (asoslanganlik darajasi V). GPA buyrak yetishmovchiligi terminal bosqichlarida buyraklar transplantasiyasini o'tkazishda, immunodepressantlar qo'llanilishi fonida, infesion asoratlarda rivojlanish xavfi oshadi va nafas yo'li shilliq qavatlari og'ir atrofiyasiga olib kelishi mumkin.

### **IgA-vaskulit (Shenleyn-Genox).**

IgA-vaskuliti terapiyasining asoslangan bazasi bo'lmaganligi uchun davolashda har bir bemorga individual yondashuv orqali kompleks davolash chora-tadbirlari qo'llaniladi (etiotrop, patogenetik, simptomatik davolash va asoratlarda terapiyasi). Teri



purpurasida, abdominal va bo'g'im sindromlarida harakat rejimi chegaralangan bo'lishi kerak. Anamnezda allergik reaksiyalar kuzatilgan obligat allergenlar va oziq-ovqatlarni parhezdan olib tashlash, vaksinasiyadan voz kechish, bakterial antigenlar bilan sinamalar o'tkazish zarur. Surunkali infeksiyalar o'choqlari sanasiyasi tavsiya etiladi (burun-tomoq, og'iz bo'shlig'i, o't pufagi, oo'qozon va ichaklar). Teri zararlanishi bilan kechishda SSZ (500/1000mg sutkasiga 2 mahal), kolxisin (1-2mg/sut), GK qo'llaniladi (asoslanganlik darajasi D). Vaskulit bilan assosirlangan OIT zararlanishi, intensiv abdominal og'riqlar bilan kechganda, me'da-ichakdan qon ketganida prednizolon dozada 300-500 mg/sut, 3 ta infuziya vena ichiga tomchilab yuboriladi, keyin PRED per os 0,5 mg/kg sutkasiga, 2-3 hafta davomida keyinchalik, preparat tez dozasi kamaytirilib (5 mg dan har 3 sutkada) bekor qilinadi. Og'ir buyrak buzilishlarida GK yuqori dozalari, sitostatiklar (SF, AZA, siklosporin, MMF) va/yoki plazmaferez seanslari, odam immunoglobulini vena ichiga qo'llaniladi (asoslanganlik darajasi D). Prednizolon 1mg/kg sutkasiga, 4-6 hafta, keyinchalik dozasi 2,5 mg/haftasigacha kamaytirish va preparatni bekor qilish yoki metilprednizolon bilan puls terapiya o'tkazish – 15 mg/kg sutkasiga, har kunlik 3 infuziya, har 3-4 haftada qayta takrorlash (6-20 kurslar). SF vena ichiga 15 mg/kg 3-4 haftada 1 marta, 6-20 ta infuziya. Plazmaferez (10-14 seanslar). Vena ichiga immunoglobulin 400-1000mg/kg 1-5 sutka davomida, 1 oyda 1 marta takroriy kurslar bilan, 6 oy davomida qo'llaniladi. Buyraklar og'ir zararlanishida GK bilan AZA, GK bilan SF, antiagregantlar (dipiridamol) va/yoki antikoagulyantlar (geparin, varfarin) bilan kombinasiyada qo'llanilishi maqsadga muvofiq. O'rta darajadagi proteinuriya (0.5-1.0 g/sut) bilan kechuvchi glomerulonefritlarda, buyraklar zararlanishi progressirlanishida noimmunos mexanizmlarga ta'sir

qiladigan dori vositalari qo'llanilishi mumkin: angiotenzin hosil qiluvchi ferment ingibitorlari yoki angiotenzin 2 reseptorlari antagonistlari, statinlar.

### **Katta kalibrli qon-tomirlar TV.**

Takayasu arteriiti va GHA remissiyasi induksiyasi uchun GK bilan monoterapiya o'tkaziladi, bunda remissiyani ushlab turish imkoniyati paylo bo'ladi (asoslanganlik darajasi S). Kichik va o'rta kalibrli qon-tomirlar TV da qo'llanilgandek GK terapiyasi taktikasi va dozalari tavsiya etiladi. Katta kalibrli qon-tomirlar TV og'ir kechganida GK dozalari 60-80mg/sut gacha oshiriladi yoki metilprednizolon bilan puls terapiya buyurilib, prednizolon per os 20-30 mg/sut gacha ushlab turuvchi terapiyaga o'tkaziladi. Ko'rish a'zolari zararlanganida shoshilinch terapiya maqsadida metilprednizolon bilan puls daovlash o'tkazilishi kerak bo'ladi, bunda davolash oqibatida qisman yoki butunlay ko'rish o'tkirligini tiklash imkoniyati bo'ladi. GHA bilan bemorlarga GK alternativ rejimda buyurilmaydi, chunki u residiv xavfini oshirishi mumkin. Agar 6 oy davomida prednizolon 2,5 mg/sut doza fonida, GHA klinik belgilari namoyon bo'lmasa, terapiyani butunlay to'xtatish mumkin bo'ladi (asoslanganlik darajasi D). GK bekor qilinganidan keyin GHA residivi kuzatilsa, ko'rish a'zolari va nerv tizimi zararlanishi simptomlari kuzatilmaganda, redusirlangan prednizolon dozalari (5-10 mg/sut) qo'llanilishi maqsadga muvofiq bo'ladi. GK bilan birga MT qo'llanilishiga ko'rstama kasallikning refrakter kechishi hisoblanadi, bunda MT Takayasu arteriitida 20-25 mg/haftasida va GHAda 10-15mg/haftasida tavsiya etiladi. Metaanaliz ma'lumotlariga ko'ra, GHA bilan bemorlarda MT qo'llanilishi, kasallik residivi xavfini va GK kumulyativ dozasini kamaytiradi. MT qo'llanilishida nojo'ya ta'sirlar kuzatilganda yoki terapiya samarador-

ligi bo'lmaganida AZA (2 mg/kg sut.) tavsiya etiladi. Takayasu arteriiti va GHA refrakter kechishida SF yoki TSZ qo'llanilishi samarali bo'lishi mumkin. GHA bilan barcha bemorlarga sebrovaskulyar va kardiovaskulyar asoratlarni rivojlanishi xavfini kamaytirish maqsadida kam dozalarda (75-150mg/sut) asetilsalisil kislota (Aspirin) buyurish shart (asoslanganlik darajasi S). Takayasu arteriitida rekonstruktiv operatsiyalar o'tkazish restenoz holati rivojlanishi, angioplastika yoki stentlashdan ko'ra xavfi kamligi bilan bog'liq bo'ladi. Jarrohlik amaliyotlarini kasallikning nofaol fazalarida, ushbu operatsiyalarni o'tkazishda katta tajribaga ega bo'lgan markazlarda bajarilishi maqsadga muvofiq hisoblanadi (asoslanganlik darajasi S).

## ILOVALAR

### Kaft OA davosi uchun yangilangan EULAR tavsiyasi, 2019g.

Umumiy tamoyillari		Isbot- lash dara- jasi	Isbot- lash dara- jasi	Isbot- lash darajasi
A.	Qo'llar OAning asosiy maqsadi – og'riq, karaxtlik kabi alomatlarini nazorat kilish va iloji boricha qo'llarning harakatini optimallashtirish, faoliyatini yaxshilash, xayot sifatini oshirish.			9.7 (0.7)
B.	Barcha bemorlarga kasallikning mohiyati va kechishi xakida ma'lumot berish, shuningdek o'zini -o'zi boshqarish prinsiplari va davolash usullari buyicha mashg'ulotlar o'tkazilishi kerak.			9.8 (0.8)
C.	Qo'llar OAni boshqarish uning joylashuvi va og'irlik darajasi, shuningdek yondosh kasalliklarini hisobga olgan holda individual bulishi kerak.			9.9 (0.2)
D.	OAni boshqarish bemor va tibbiyot xodimi o'rtasida o'zaro kelishilgan qarorga asoslangan bo'lishi kerak.			9.6 (1.1)
E.	Qo'l OAsini maqbul boshqarish odatda ko'p tarmoqli yondashuvni talab qiladi. Nofarmakologik holatlardan tashqari, farmakologik imkoniyatlar va jarroxlik amaliyotini ko'rib chiqish kerak.			9.3 (1.2)
Nofarmakologik tavsiyalar				
1.	Har bir bemorga ergonomik prinsiplar, faoliyatni rag'batlantirish va yordamchi vositalardan foydalanish bo'yicha ta'lim berish kerak.	1b	A	9.3 (1,1)

Revmatik kasalliklar

2.	Har bir bemor uchun alohida mushaklarni faoliyatini va kuchini yaxshilashga, hamda ogriklarni kamaytirishga qaratilgan mashqlarni ko'rib chiqish kerak.	1a	A	9,1 (1,6)
3.	Oyokning bosh barmog'i asosida OAsi bor bemorlarga simptomlarni yengillash-tirish maqsadida ortezlarni inobatga olish kerak. Uzoq muddatli foydalanish tavsiya etiladi.	1b	A	9,3 (1,0)
Farmakologik tavsiyalar				
4.	Xavfsizlik nuqtai nazardan tizimli davolanishdan kura maxalliy terapiya afzalroq. NYAKV birinchi qator aktual tanlov vositalar bo'lib hisoblanadi.	1b	A	8,6 (1,8)
5.	Peroral analgetiklar va NYAQV lar simptomlarni yumshatish maqsadida qisqa muddatli vositalar sifatida ko'rilishi kerak.	1a	A	9,4 (0,9)
6.	Xondroitin sulfat OA bor bemorlarda og'riqni kamaytirish va bo'g'in faoliyatini yaxshilash maqsadida foydalanish mumkin.	1b	A	7,3 (2,7)
7.	Glyukokortikoidli bo'g'inlararo ineksiyalarni qul-panja OAli bemorlarda qo'llash tavsiya etilmaydi, lekin bemorlarda falangalararo bo'g'inlarda og'riqlar kuza-tilganda qo'llashni ko'rib chiqsa bo'ladi.	1a † -1b §	A	7,9 (2,4)
8.	Qo'lida OA bor bemorlar odatiy yoki biologik modifisirlangan antirevmatik dori vositalari bilan davolanmasliklari kerak.	1a	A	8,8 (1,8)
9.	Kasallikning strukturasi buzilgan bemorlarda, og'riqni qoldirishga qaratilgan davo choralari ta'sir etmaganda jarroxlik amaliyoti ko'rib chiqilishi kerak.	5	D	9,4 (1,4)

## Ilovalar

10.	Bosh barmoq asosidagi OAli bemorlarda trapeziyektomiya va falangalararo OAli bemorlarda esa artrodezlar yoki artroplastika amaliyotlari inobatga olinishi kerak.	5	D	9,5 (1.7)
-----	--	---	---	--------------

## REVMATOID ARTRIT

**Ilova 1. GIBPni tanlash va GIBP bilan davolash bosqichida laborator tekshiruvlar:** RA bo'lgan bemorlarda TSZ va tofasitinib bilan davolashni rejalashtirishda lipid profilini (xolesterin, YUZLP, PZLP, JPZLP, trigliseridlar, aterogenlik koeffitsiyentini) aniqlash tavsiya etiladi. TNF- $\alpha$  ingibitorlarini tayinlashni rejalashtirishda RA bo'lgan bemorlarda antinuklear omilni aniqlash tavsiya etiladi. Immunitet tanqisligi sharoitini istisno qilish uchun RTM bilan davolashni rejalashtirishda immunoglobulin (Ig) G konsentrasiyasini aniqlash tavsiya etiladi. Sil infeksiyasini istisno qilish uchun Diaskin testini o'tkazish tavsiya etiladi.

### GIBP bilan davolash

Dori vositasi (patentlanmagan xalqaro nomi)	Farmakologik guruhi	Ishlab chiqarilish shakli	Qo'llash usuli	Miqdori	Qo'llash soni
<b>Adalimumab</b>	Immunodepressant FNO- $\alpha$ ga nisbatan rekombinant odam monoklonal antitana-chalari	shpris-ruchka 40 mg	Teri ostiga		2 haftada 1 marta

<b>Golimumab</b>	Immunodepres- sant, FNO- $\alpha$ ga nisbatan rekombinant odam monoklonal antitanachalari	shpris-ru- chka 50 mg/0.5 ml	Teri osti- ga	40 mg	1 oyda 1 mar- ta
<b>Infliksimumab</b>	Immunodepres- sant, FNO- $\alpha$ ga nisbatan ximer monoklonal anti- tanachalari	Flakon 100 mg. eritma tayyorlash uchun lio- filizat	t/iga tom- chila- tib	50 mg	0,2,6 hafta- larda, so'ng har 6 haftada

GIBP bilan davolash samaradorligini oshirish uchun MT bilan birgalikda davolash tavsiya etiladi. MT va boshqa BYAQV-larni tayinlashga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda yoki dorini ko'tara olmaslik holatlarida (shu jumladan, dorining teri osti shaklida) GIBP bilan (birinchi navbatda, TSZ bilan) yoki tofasitinib bilan monoterapi o'tkazish tavsiya etiladi.

*Dalillarning ishonchlilik darajasi - II, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B.* TSZ va tofasitinib tayinlash uchun qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (yoki NTlar rivojlansa), boshqa GIBP bilan monoterapiya (ADA, etanersept, sertolizumab pegol yoki ABS) qilish mumkin. Gepatit V virusi tashuvchilar bo'lgan bemorlarda faol virusga qarshi davolash fonida BYAQV va GIBP buyurish tavsiya etiladi (anti-HBc, anti-HBs, salbiy HBsAg natijalari, normal jigar testlari).

*Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - D.* Gepatit C virusi tashuvchisi bo'lgan va virusga davolangan RA bilan og'riqan bemorlarda metotreksat va leflunomid o'rniga SSZ va GX qo'llash tavsiya etiladi.

*Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – D.* Gepatit C virusi tashuvchisi boʻlgan va virusga qarshi davo olmagan RA bilan ogʻrigan bemorlarda GIBPdan foydalanishga oid maʼlumotlar bir-biriga ziddir. Ximiyaga terapiya va radioterapiya olish davomida har qanday xavfli oʻsmalari boʻlgan RA bilan bemorlar uchun (GX va SSZ bundan mustasno) BYAQV va GIBP bilan davolash tavsiya qilinmaydi. Anamnezida RA boʻlgan bemorlarda terining melanomsiz raki va katta oʻsmalarida BYAQV tavsiya etiladi, ammo GIBPlarni qoʻllashda ehtiyot boʻlish kerak.

*Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – D.* Anamnezida limfoproliferativ kasalliklari boʻlgan RA bilan kasallangan bemorlarda GX, SSZ va RTM olish tavsiya etiladi, ammo ularda FNO-a ingibitorlari bilan davolash tavsiya etilmaydi.

### **GIBP bilan davolashning salbiy reaksiyalari.**

Umuman olganda, GIBP bilan davolash qoniqarli xavfsizlik profili bilan xarakterlanadigan boʻlsa-da, ulardan foydalanish fonida, ehtiyotkorlikni talab qiladigan NR yuzaga kelishi mumkin. GIBP bilan davolashda yuzaga keladigan oʻziga xos NR, sezgirlik reaksiyalari (anafilaksiya) va ogʻir infeksiyalar, jumladan latent sil infeksiyasi, GIBPni teri ostiga yuborgandagi infeksiyadan keyingi nojuyta taʼsirlar. GIBP bilan davolashni yashirin sil infeksiyasi profilaktikasi boshlanganidan keyin 2 oydan soʻng boshlash tavsiya etiladi. *Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – D.*

*GIBP bilan davolash vaqtida latent sil infeksiyasining avj olish xavfi:* yuqori: infliksimab, adalimumab, golimumab va sertolizumab pegol; oʻrtacha: etanersept, abatasept, tosilizumab; past: rituksimab.



**GIBPni tanlash bo'yicha dastlabki tavsiyalar:** TNF- $\alpha$  (adalimumab, golimumab, va sertolizumab pegol) monoklonal antitanachalari RA bilan, RO/ASSP seronegativ bemorlarga (yoki antitanachalar biroz ortganda) va yondosh kasalliklari (shu jumladan psoriaz, ichak yallig'lanish kasalligi, uveit) yoki bo'g'imdan tashqari belgilari bo'lgan bemorlarga buyurish tavsiya etiladi. Autoimmun kasalliklar, xavfli o'smalar, yashirin sil infeksiyasining reaktivasiya xavfi, Markaziy asab tizimi demelinizasiyalanuvchi kasalliklari bilan RA bemorlarga TNF- $\alpha$  ingibitorlari buyurish tavsiya qilinmaydi. RA bilan sil infeksiyaning avj xavfi bo'lgan, homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollar, va gepatit C virusi simptomsiz tashuvchi bemorlarga etanersept buyurish tavsiya etiladi. Gepatit C virusining simptomsiz tashuvchisi bo'lgan bemorlarda etanersept bilan davolashni gastroenterolog bilan maslahatlashish kerak. Qizil bo'richasimon sindrom klinik va serologik belgilari (artrit, plevrit yoki perikardit, teri toshmalari, ANF titri oshganda), Felti sindromi, Sheggen sindromi va SYUYe III - IV bosqichi (Amerika kardiologlar uyushmasi) bo'lgan RA bilan bemorlarda TNF- $\alpha$  ingibitorlari o'rniga ta'sir mexanizmi boshqacha bo'lgan GIBPni (ABS, RTM), buyurish tavsiya etiladi. RA bilan bemorlarga RO/ASSP yuqori ijobiy bo'lganda RTM "birinchi" GIBP sifatida tayinlash tavsiya etiladi.

RA bilan bemorlarga gepatit S tashuvchilik bilan bog'liq krioglobulinemik vaskulitda rituksimabni "birinchi" GIBP sifatida tayinlash tavsiya etiladi. Standart infuzion reaksiyalar rivojlanish xavfi yuqoriligi (ayniqsa dorini birinchi marta yuborilganda) GK bilan premedikasiya qilish (100 mg metilprednizoloni t/iga, RTM infuziyasidan 60 daqiqa oldin), parasetamol (1 g) va antigistamin vosita xlorfenaminni (10 mg t/i) tayinlash talabqilinadi. Samarasini saqlab

turish uchun rituksimabni 6 oydan kam bo'lmagan davrda takror yuborish (kichik miqdorda - 500 mg, tavsiya qilish mumkin) lozim. RTM bilan davolash fonida qon zardobida IgG miqdorini ayniqsa bazal miqdori past bo'lgan va yoshi kattalarda (60 yoshdan katta) dinamikada aniqlab turish kerak. RA bilan bemorlarga RO/ASSP ijobiy bo'lganda abataseptni "birinchi" GIBP sifatida tayinlash mumkin. Shuni hisobga olish kerakki, ABS terapiyasi fonida TNF- $\alpha$  ingibitorlari bilan davolash fonida yuqumli asoratlari, yashirin sil infeksiyasining reaktivlanishi, O'IZ va yurak-qon tomir asoratlari kuchayishi xavfi past. RA va laboratoriya buzilishlarining aniq konstitusional ko'rinishlari mavjudligida RA bo'lgan bemorlarda TSZ "birinchi" GIBP sifatida belgilash tavsiya etiladi. RA konstitusiyaviy belgilari: ko'p bo'g'imlardagi og'riq, uzoq vaqt ertalabgi karaxtlik, holsizlik, vazn yo'qotish, uyqusizlik, isitma va laborator buzilishlar (CRO miqdorining sezilarli ortishi  $>100$  mg/l, giperferritinemiya, surunkali yallig'lanishli og'ir anemiya, amiloidoz aniqlanishi). MT qarshi ko'rsatmalar bo'lgan yoki ko'tara olmaslik holatlarida bemorlarda tosilizumab monoterapiyasi yuqori samarador hisoblanadi. TSZ bilan davolash paytida neytrofillar, trombositlar, jigar fermentlari va lipid profilining mutloq ko'rsatkichini diqqat bilan kuzatish kerak (davolanishning birinchi 6 oy davomida har oyda). Neytrofillar ( $<0,5 \times 10^9/L$ ), trombositlar ( $<50 \times 10^3/L$ ) va jigar fermentlarining ( $>5$  VGN) oshishi kuzatilganda TSZ bilan davolash to'xtatilishi kerak. TSZ "o'tkir bosqich" yallig'lanish javobiga xos klinik va laborator belgilarini (isitma, ECHT va CRO oshishi) kamaytirganligi sababli, ayniqsa shoshilinch jarrohlik aralashuvi paytida, infesyon asoratlarni sinchiklab monitoring qilish lozim.

**Remissiyaga erishgandan keyin davolash taktikasi:** GK to'xtatilganidan so'ng (yoki  $<5$  mg/kun miqdorda davom ettirilganda) remissiyaga erishilganda (davolash fonida kamida 6 oy davomiyligida) GIBP miqdorini nazoratli kamaytirib borish (titrlash) yoki to'xtatish tavsiya qilinadi. GIBP ning to'xtatilishi ehtimoli RA ning erta RO/ASSP salbiy varianti bo'lgan bemorlarda ko'proq kuzatiladi. GIBP miqdori kamaytirilgandan (yoki to'xtatilgandan) so'ng remissiyani saqlab turish uchun metotreksatdan, jumladan teri osti shaklidan foydalanish lozim. GIBP dozasini kamaytirish (yoki to'xtatish) fonida kasallikning avj olishi bilan bir xil dorilarni (yoki boshqa GIBP) standart miqdorda takroran qo'llash ko'pchilik bemorlarda yallig'lanish faoliyatini tez susayishiga olib keladi. GIBP bilan davolanishni to'xtatgandan so'ng uzoq muddatli barqaror remissiyaga (kamida 12 oy) erishishda standart BYAQVni miqdorini kamaytirish yoki to'xtatish imkoniyatini (bemor bilan maslahatlashgan holda) ko'rib chiqish tavsiya etiladi. RAli bemorlarda standart BYAQVni to'xtatib qo'yish ko'p hollarda kasallikning avj olishiga olib keladi.

**Vaksinasiya:** RA bilan barcha bemorlarga BYAQV va GIBPlar bilan davolanishni boshlashda gripp virusi infeksiyasi va pnemokokk infeksiyasiga qarshi emlashni (inaktiv vaktsina) qabul qilish tavsiya etiladi. Yuqori xavf guruhlarida gepatit V virus infeksiyasiga qarshi emlash (tibbiy xodimlar va boshqalar) tavsiya etiladi. 60 yoshdan katta RA bilan kasallangan bemorlarda belbog'simon herpes (herpes zoster) virusi infeksiyasiga qarshi vaksinasiya qilish tavsiya etiladi. RA bilan bemorlar GIBP bilan davolanishida tirik vaktsinalar (qizamiq, qizilcha, parotit, poliomyelit, rotaviruslar, sariq isitma va b.) bilan vaksinasiya qilish tavsiya etilmaydi/taqiqlanadi. GIBPni to'xtatgandan so'ng vaksinasiya tavsiya etiladi: abatasept (3 oydan so'ng).

adalimumab (3 oydan so'ng), etanersept (1 oydan so'ng), inflik-simab (6 oydan so'ng), RTM (12 oydan so'ng), TSZ (3 oydan so'ng).

### **Ilova 2. Homiladorlik va RA.**

Homiladorlik RA rejalashtirilgan bo'lishi kerak. Homiladorlik kutilgan homilador bo'lish muddatidan kamida 3 oydan 6 oygacha davom etgan remissiya yoki kasallikning minimal klinik va laborator faolligi davrida, har qanday ichki a'zo yoki tizimning funksional yetishmovchiligi belgilari bo'lmasa va minimal dori yuklamasi fonida tavsiya etiladi.

**Homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida RA bo'lgan bemorlarda dori terapiyasi:** Parasetamol uzoq muddatli davolanganda bolalarda bronxospazm va astma xavfi biroz os-hirishi tufayli homiladorlik paytida og'riqni kamaytirish maqsa-dida doimiy bo'lmagan holda qabul qilish tavsiya etiladi. Homi-ladorlikning 8-14 haftalik muddatlarida bolalarda kriptorxizm rivojlanish xavfi bo'lganligi sababli parasetamolni doimiy qo'llash tavsiya etilmaydi. Selektiv va noselektiv NYAQVlar ovulyasiyani so'ndirishi mumkinligi sababli fertillik muammosi bo'lgan ayollarda, NYAQVni vaqtinchalik to'xtatish tavsiya etiladi (*ishonchlilik darajasi A*). Noselektiv NYAQVni homila-dorlikning I trimestrida ehtiyotkorlik bilan qo'llash lozim. Se-lektiv NYAQV homiladorlik davrida tavsiya etilmaydi. Barcha NYAQV homiladorlikning 32-haftasidan qo'llash taqiqlanadi. Epidural anesteziya bilan tug'dirishga ko'rsatma bo'lganda asetilsalisil kislota bilan davolanishni tug'ruq muddatidan bir hafta oldin to'xtatish tavsiya etiladi. Kasallik faolligini nazorat qilish lozim bo'lganda butun homiladorlik davomida GK qabul qilib yurish tavsiya etiladi. Qisqa ta'sirga ega GK (prednizolon,

metilprednizolon va b.) larni past va oʻrta miqdorda qoʻllaganda (5-20 mg/sut prednizolon) nisbatan xavfsiz boʻlib, asosan yoʻldoshda metabolizmga uchraydi, homila qon oqimiga kam miqdorda oʻtadi va homilada tugʻma nuqsonlar chaqirmaydi. Ftor saqlovchi GK (betametazon va deksametazon) uzoq taʼsir qiluvchi GK boʻlib, deyarli oʻzgarmagan holda fetoplasentar toʻsiqdan oʻtadi. Katta/oʻrta miqdorda GKlarni qabul qilib yurish preyeklampsiya, gipertenziya, gestasion QD, infeksiya va qogʻanoq suvlarining muddatidan oldin ketishi kuzatilib mumkin. GK bilan uzoq vaqt davolangan ayollarda tugʻruq vaqtida GKning stressli miqdorini qilish tavsiya qilinadi. RA bilan ayollar homiladorlikni rejalashtirayotganda shart boʻlganda gidroksixloroxin bilan butun hoimladorlik davrida ham davolanishlari mumkin.

*Dalillarning ishonchlilik darajasi - I, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A.*

Homiladorlik davrida metotreksat qoʻllash tavsiya etilmaydi tugʻruq yoshidagi ayollarga faqat xavfsiz kontrasepsiya tayinlash mumkin. Metotreksatni homilador boʻlishdan 3 oy oldin toʻxtatish tavsiya etiladi. Homilador boʻlishdan 3 oy oldin kam miqdorda metotreksat qabul qilgan ayollarga homiladorlikdan oldin va homiladorlik davomida foliy kislotasini (5 mg/sut) qabul qilish tavsiya etiladi. Metotreksatni kam miqdorda qabul qilib yurgan ayollarda homiladorlik yuz berganda uni toʻxtatib, foliy kislotasini (5 mg/sut) qabul qilishni boshlash va homila uchun xavfni baholash tavsiya etiladi. Fertil yoshidagi ayollarda homiladorlikni rejalashtirayotganda davolanish talab qilinsa, homiladorlik davrida (foliy kislotasi 5 mg/sut bilan) sulfazalazinni qabul qilish tavsiya etiladi. Chaqaloqda neytropeniyaning oldini olish uchun onada sulfasalazin miqdori 2 g/sut. dan oshmasligi lozim. Homiladorlik davrida leflunomid qabul qilish

tavsiya etilmaydi, fertil yoshidagi ayollarda xavfsiz kontrasepsiya bilan bir vaqtda qo'llash tavsiya qilinadi. Homiladorlik rejalashtirilganda leflunomidni to'xtatish lozim. Leflunomidning faol metabolitlarining organizmda uzoq vaqt (2 yil) davomida aylanishini hisobga olib, uning chiqib ketishini tezlashtirish uchun xolestiramin bilan yuvish muolajasi bajariladi va homiladorlik davrida qo'llash mumkin bo'lgan boshqa dori vositasi tayinlanadi. Agan LF bilan davolanish fonida homiladorlik yuzaga kelgan bo'lsa, leflunomidni to'xtatib, xolestiramin tayinlanadi. Organizmni yuvish muolajalaridan so'ng homilada tug'ma nuqsonlar rivojlanishi kuzatilmagan. - etanersept yoki adalimumab bilan davolanishni homiladorlikning II trimestri oxirigacha davom ettirish mumkin. Agar onada kasallikning yuqori faolligi sababli etanersept yoki adalimumab bilan davolanish ko'rsatilgan muddatdan uzoqroq davom etgan bo'lsa, bolan tirik vaktsinalar bilan vaktsinasiya qilishni 7-oylikkacha kechiktiriladi. Sertolizumab pegol bilan davolashni butun homiladorlik davomida davom ettirish mumkin, chunki bu dori vositasi boshqa TNF-a ingibitorlariga nisbatan yo'ldoshdan kamroq o'tadi. Golimumab bilan homiladorlikning I trimestrida davolash tavsiya etiladi. Rituksimabni homilador bo'lishdan 6 oy oldin to'xtatish tavsiya qilinadi. Tosilizumabni homilador bo'lishdan 3 oy oldin to'xtatish tavsiya qilinadi. Abataseptni homilador bo'lishdan 3 oy oldin to'xtatish tavsiya qilinadi

### Ilova 3.

#### Jarrohlikdan keyingi davrda RA farmakoterapiyasi

Dori vositasi	Izoh
Metotreksat	Xavfsiz
Leflunomid	Tavsiya etilmaydi; yarim chiqish davri uzoq
Gidroksixloroxin	Xavfsiz; trombozlar xavfini kamaytiradi
TNF-a Ingibitorlari	Nisbatan xavfsiz; infeksiyalar xavfini oshiradi
Rituksimab	Nisbatan xavfsiz
Tosilizumab	Ma'lumotlar yo'q; infeksiyon asoratlarni tashxislash qiyin
Abatasept	Ma'lumotlar yo'q; infeksiyalar xavfi past
NYAQV	Qisqa ta'sir qiluvchi vositalarni qo'llash kerak
Aspirin	Jarrohlikdan 7-10 kun oldin to'xtatish lozim
Glyukokortikoidlar	To'xtatmaslik lozim; o'rin bosuvchi davo tayinlash lozim

### Ilova 4. Reabilitasiya chora-tadbirlari.

**RA da bo'g'imlarni himoya qilish va energiya tejaydigan strategiyasi usullari quyidagicha:** - iloji bo'lsa, kichik bo'g'imlarga emas katta bo'g'imlarga yuklama berish kerak; - mushtga va qiyshaygan barmoqlarga tayanishdan saqlanish; - barmoq bo'g'imlariga kuchli bosim bilan biror narsani olishning oldini olish, bosh va boshqa barmoqlar uchi bilan narsalarni olmaslik ("pinset" sifatida olish), barmoqlarning oxirgi falangalarga yuklamani kamaytirish; - barmoqlarning aylanma harakatlaridan saqlanish; - turli xil sanoat va maishiy faoliyatni amalga oshirishda bilak bo'g'imlarini to'g'ri yoki neytral holatda (qo'lning to'g'ri o'qi, bilakning davomi sifatida) saqlang; - turg'un holatlardan saqlanish (tik turgan yoki o'tirgan holda). Har 20 daqiqada bemor dam olish uchun qisqa 1-2 daqiqa tanaffus qilishi kerak, bu ish qobiliyatini va umumiy ahvolini yaxshilaydi. Jismoniy faoliyatni o'z ichiga olgan qisqa tanaffuslar

(masalan, yurish yoki tanani va qo'llarni to'g'rilash kabi) passiv dam olishdan ko'ra foydalidir; - qomatni to'g'ri saqlash: yelkalamni to'g'rilab, umurtqani to'g'ri tutish, kurak uchlarini iloji boricha yaqinlashtirish; - gravitasion kuch bo'g'imlarning to'g'ri holatini saqlashga yordam berganda qulay holatni saqlash va kam energiya sarflash; - ishni eng oddiy usulda bajarish.

**Jismlarni ko'tarish va olib yurish qoidalar:** - obektning og'irligini oldindan tekshirish; - obekt ikki yoki undan ortiq odam tomonidan ko'tarilsa, ularning balandligi taxminan bir xil bo'lishi kerak; - og'ir narsalarni ko'tarishda orqa to'g'rilangan oyoqlar esa bukilgan bo'lishi lozim; - obektni beldan yuqoriga ko'targanda, jarayonni ikki bosqichga aylantirish (avval-stulga o'tirish va obektni ko'tarish, keyin-tizzani ko'tarish va obektni kerakli balandlikka ko'tarish); - jismlarni tanaga yaqinroq ushlab, yuklanish – bilakka beriladi; - iloji bo'lsa, jismni itarish yoki sudrash kerak; - g'ildirakli, orqaga osiladigan yoki yonlama taqiladigan sumkadan foydalanish; - ikkita sumkalar-ga yukni teng taqsimlash; - iloji bo'lsa, ko'pi bilan 3 kg ko'tarish; - og'ir yuklarni ko'tarishda yelka kerilgan orqani (umurtqa pog'onasini) to'g'ri tutish.

**Uyni to'g'ri jihozlashning asosiy tamoyillari va kundalik hayotda yordamchi adaptiv uskunalar va texnik qurilmalardan foydalanish quyidagilar:** - juda past va yumshoq stullar va kreslolarda o'tirishdan saqlanish; iloji bo'lsa, tayanch stulli, stullar va suyanchig'i, qo'l va bosh qo'yiladigan moslamasi bor kreslolardan foydalanish; - kompyuterda ishlash qoidalar (monitorning ko'zdan uzoqligi 50-70 sm, ko'zlar ekranning o'rtasiga qaraydi, klaviatura stolda yoki stol darajasida, qo'llar stulning qo'llar qo'yiladigan joyida turadi); – keng, qalin, konus shaklidagi, sirpanmaydigan tutqichlari bo'lgan jismlardan (pichoq, qalam, ruchka va boshqa asboblardan), imkoni boricha har



doim o'tkir yuzali kesuvchi vositalar, uzun tutqichli jismlardan foydalanish; - maxsus maishiy texnika vositalari (ochqichlar, ergonomik pichoq, oziq-ovqat tozalash mahsulotlari, richag shaklidagi eshik tutqichlari va kranlardan), kir yuvish, ovqat pishirish uchun elektr jihozlari (kir va idish-tovoq yuvish mashinasi, oshxona kombayni va boshqalar);- uyni to'g'ri jihozlash (poldagi notekisliklarni bartaraf etish, yarim qattiq joylarda yotish, bo'yin uchun tirgakli yostiqlar, "g'ujanak" bo'lib uxlamaslik, uyda va ko'chada yiqilishdan saqlanish, oshxona va vanna xonalarida ish joyini kerakli balandlikda moslashtirish).

**RA bilan bemorlarga kaftlar uchun mashqlar majmuasi** (koptok, rezina tuxum, tayoqcha, parolon bo'lagi kabi snaryadlardan) kaftlarning nozik harakatini, kuchini va koordinatsiyasini tiklaydi, barmoqlar bo'g'ilaridagi harakatlar hajmini, ularning teri-bo'g'im sezgirligini yaxshilaydi.

**RA bilan og'rigan bemorlarni reabilitasiya qilishning eng muhim usuli ortozdir**, chunki kasallikning rivojlanishi muqarrar ravishda qo'l va oyoqlarning bo'g'imlarining deformatsiyalari rivojlanishi bilan bog'liq. Qo'l va/yoki bilak bo'g'imlarini ortezlash. Oyoqlarda og'riqni kamaytirish va deformatsiyalarni kamaytirish uchun bemor: 1) oyoq tagliklari, ortezlar, to'g'ri tanlangan yoki maxsus poyabzal kiyishi; 2) oyoqlar uchun muntazam mashqlar qilish; 3) deformatsiyalar kuchli bo'lsa, ortoped bilan tuzatuvchi jarrohlik zarurati va imkoniyatini muhokama qilish kerak. Oyoq ortozi yordamida hal qilinishi mumkin bo'lgan vazifalar quyidagilardan iborat: 1) og'riqli joylarning mahalliy yuklanishini kamaytirish; 2) oyoqning tayanch yuza bilan aloqa qilish sohasini oshirish; 3) oyoq ostida bosimning kamayishi; 4) oyoqni neytral holatda o'rnatish; 5) oyoq kamarlarini qo'llash va shakllantirish; 6) yurganda oyoqning amortizasiya xususiyatlarini oshirish. RA bilan og'rigan bemorlar poyafzal

tanlashning asosiy qoidalari bilan tanishishlari kerak: 1) poyafzal qulay, keng, lekin o'ta "yumshoq" bo'lmasligi; 2) to'mtoq yoki keng uchli bilan yumaloq poyafzal; 3) oyoqning yostiqchalari sohasida 0.5 sm keng va butun oyoq tagligidan 1 sm uzunroq; 4) moslashuvchan, elastik, ammo tagligi mustahkam va yuqorisi yumshoq; 5) tagligi 2-3 sm qalinlikda; 6) 1.5–2.5 sm balandlikdagi keng tovonli (ayollar uchun, maksimal 4 sm); 7) orqasi kuchli bo'lishi; 8) oyoqning deformatsiyasida poyafzal ipli, o'tkazgichli yoki tasmali qulay bo'lib, tovon chiqib turishi uchun yumshoq material bo'lishi lozim; 9) kuchlarni yumshatuvchi orqasi kuchli sport oyoq kiyimlari; 10) ichida oyoq kaftini ushlab turadigan supinatorlari bo'lishi; 11) oyoq muammolarida (bo'g'imlar deformatsiyasi, yassi oyoqlik, suyak o'smalari, oyoq uzunliklari har xilligi) – individual tayyorlangan tagliklar bo'lishi lozim.

### ANKILOZLOVCHI SPONDILIT

#### Ilova 1. Bemorlar uchun ma'lumot.

DJT mashg'ulotlari; DJT kompleks mashqlarini instruktor yordamida o'rgangan ma'kul; Mashg'ulotlar xaftasiga 5 kun 30 daqiqadan kam bo'lmagan davomiylikda o'tkazilishi kerak; Mashqlarni kuch va og'riq bilan bajarish mumkin emas; Xarakatlar xajmi, mashklar miqdori bosqichma-bosqich ko'paytirilib boriladi; Mashqlarni puls sonining maksimal YUUS (MU-YUUS)ning 60-85%igacha ko'tarilishigacha bajarish lozim [soglom odamda MYUUS=220-yosh (yil)]. Shifokor dori vositalarini tavsiya qilishidan oldin quyidagilar xaqida xabar bering. Buyrak, yurak, oshqozon-ichak trakti yondosh kasalliklari xaqida; Dori vositalariga va maxsulotlarga allergik reaksiyaning kuzatilganligi; Shifokor ko'rigiga borilganda qabul qilinayotgan

barcha dori vositalari; O'tkir va surunkali infeksiyalar, asosan sil, geptatit V yoki S; Sil kasalli bemor bilan mulokotda bulganligi; Ilgari yoki xozirda onkologik kasalliklari mavjudligi; Xomilador yoki xomiladorlikni rejalashtirmoqchi bo'lgan, laktasiya davridagi ayollar.

**Davolovchi shifokorga zudlik bilan murojaat qilish lozim bo'lgan xolatlar:** Ilgari kuzatilmagan yangi belgining paydo bo'lishi; Umurtqa pog'onasida va bo'g'imlarda oqriqning ko'chayishi; Umurtqa pog'onasidagi va bo'g'imlardagi ertalabki karaxtlik yaqqolligi va davomiyligining uzayishi; Tunda bezovta qiluvchi umurtqa pog'onasidagi og'riqlar; Dori vositalariga nisbatan noxush reaksiyalar paydo bo'lganda (qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ich ketishi, shish, bosh ogrig'i, qon bosimi ortishi va boshqalar).

**Ilova 2. BASDAI faollik indeksi**

(*Bath AS Disease Activity Index*) - bemorlarning mustaqil o'zlari to'ldirishlariga asoslangan va ularning subektiv xissiyotlarini aks ettiruvchi so'rovnoma (og'riq intensivligi AS faoliyatini subektiv aks ettiradi).

F.I.Sh.	Sana					Natija				
Iltimos quyidagi barcha savollarga kerakli sonni belgilab javob bering. Oxirgi haftadagi umumiy xolsizlik (charchoq) darajasini qanday baxolagan bo'lardingiz?										
Bo'lmadi					juda kuchli					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Oxirgi haftadagi bo'yindagi, umurtqa pog'onasidagi va chanoq-son bo'g'imlaridagi og'riq darajasini qanday baxolagan bo'lardingiz?										
Bo'lmadi					juda kuchli					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Oxirgi haftadagi bo'g'imlardagi ( bo'yindagi, umurtqa pog'onasidagi va chanoq-son bo'g'imlaridan tashqari) og'riq (yoki shish) darajasini qanday baxolagan bo'lardingiz?										
Bo'lmadi					juda kuchli					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Har qanday og'riqli soxaga tegish yoki ularga bosib ko'rilgandagi noqulaylik xissini qanday baholaysiz (Oxirgi haftadagi)?										
Bo'lmadi					juda kuchli					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Uyg'ongandan keyin paydo bo'luvchi ertalabki karaxtlik darajasini qanday baholagan bo'lardingiz (Oxirgi haftadagi)?										
Bo'lmadi					juda kuchli					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Uyg'ongandan keyin paydo bo'luvchi ertalabki karaxtlik davomiyligi qancha (Oxirgi haftadagi)?										
Bo'lmadi					juda kuchli					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**BASDAI indeksi quyidagi formula yordamida xisoblanadi:**  $BASDAI \text{ indeksi} = [n.1 + n.2 + n.3 + n.4 + (n.5 + n.6)/2]/5$ ; Indeks birligi 0 dan 10 gacha. Agar BASDAI indeksi  $> 4$  bulsa ASA aktivligi juda yuqori,  $< 4$  bo'lsa aktivlik past bo'ladi.

**ASDAS indeksi (AS Disease Activity Score – AS aktivlik indeksi)** bemorlarning subektiv xissiyotlari va tizimli yallig'lanishning laborator ko'rsatkichlari (ECHT, SRO) bilan birgalikda baxolanadigan kombinatsiyalangan ko'rsatkich. Qaysi laborator ko'rsatkichdan foydalanilishiga ko'ra ASDAS indeksining 2 xil varianti mavjud. Biri SRO miqdori bilan (sezuvchanligi yuqori usul), ikkinchisi ECHT (Vestergren bo'yicha) miqdori bilan baxolanadi.

**ASDAS SRO:**

$0.12 \times \text{bel og'rig'i} + 0.06 \times \text{ertalabki karaxtlik} + 0.11 \times \text{bemor kasalligi aktivligining umumiy baxosi} + 0.07 \times \text{periferik bo'g'imlarda shish/og'riq} + 0.58 \times \ln(SRO+1)$ .

**ASDAS ECHT:**

$0.08 \times \text{bel og'rig'i} + 0.07 \times \text{ertalabki karaxtlik} + 0.11 \times \text{bemor kasalligi aktivligining umumiy baxosi} + 0.09 \times \text{periferik bo'g'imlarda shish/og'riq} + 0.29 \times \_ /ECHT$ .

*Eslatma: bel og'rig'i BASDAI indeksidagi 2-savolning natijasi, ertalabki karaxtlik BASDAI indeksidagi 6-savolning natijasi, periferik bug'imlarda shish/og'riq BASDAI indeksidagi 2-savolning natijasi.*

**Ilova 3. GIBP rejimlari:** infliksimab 5 mg/kg 0–2-va 6 xaftada, v/i tomchi keyin xar 6–8 xaftada; adalimumab 40 mg 2 xaftada 1 marta t/o; etanersept 50 mg 1 xaftada 1 marta t/o; golimumab 50 mg 28 kunda 1 marta t/o, tana massa 100 kgdan ortiq bo'lganda 100 mgdan; sertolizumab pegol 400 mg 0–2–4 xaftada t/o, keyin 200 mgdan 2 xaftada 1 marta yoki 400 mgdan 4 xaftada 1 marta; sekukinumab 150 mg 0, 1, 2 va 3, 4 xaftalarda t/o, keyin xar oy;

**Silni qayta rivojlanishi xavfi yuqori bo'lganda quyidagilardan foydalaniladi:** etanersept, sekukinumab. Ichakning yallig'lanishli kasalliklarida faqatgina FNO- $\alpha$  dan foydalaniladi: infliksimab, ADA, golimumab, sertolizumaba pegol. Virusli gepatit S bilan kasallangan bemorlarga samarali antivirus terapiyadan keyin cheklovlarsiz GIBP qo'llaniladi. Antivirus terapiya fonida virus titri va jigar funksiyalari nazorati ostida GIBP qo'llaniladi.

**Gepatit Vli bemorlarga GIBP qo'llanilishi:** tanlov preparati – etanersept; infliksimab-qarshi ko'rsatma; HBsAg tashuvchilariga kamida 12 oy davomida nukleotid analoglari profilaktika maqsadida buyuriladi; yadro antigeni (anti-HBsAg) antikor antitelalari bo'lganda kuzatuvni antivirus terapiyasiz cheklash mumkin; Gepatit V virusi DNKsi aniqlanganida va HBsAg paydo bo'lmaganida faqatgina antivirus terapiya bilan cheklanish mumkin; Latent sil bo'lgan bemorlarga profilaktika uchun ftiziatr bilan maslaxatlashgan xolda tuberkulostatik davo maqsadida izoniazid yoki rifampisin buyuriladi; RTM bilan davo fonida latent sil infeksiyasi fallashishi isbotlanmagan; GIBP bilan davolash latent sil kasalligi tuberkulostatik profilaktikasi boshlanganidan 2 oydan keyin boshlanishi kerak.

## PSORIATIK ARTRIT

### Ilova 1. Psoriatik artritni davolash dori vositalari

Davolash sinfi	Davolash
Oral terapiya	Metotreksat, sulfasalazin, siklosporin, leflunomid, apremilast
TNF ingibitori	Etanersept, infliksimab, adalimumab, golimumab, sertolizumab pegol
IL-12/23 ingibitori	Ustekinumab
IL-17A ingibitori	Sekukinumab, iksekizumab
CTLA-4 Ig	Abatasept
JAK / STAT ingibitori	Tofasitinib
Simptomatik terapiya	Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar, glyukokortikoidlar, maxalliy ineksiyali glyukokortikoidlar
Psoriazni davolash	Mahalliy davo Fototerapiya Boshqa peroral davolash turlari: retinoidlar Blokator IL-17R: brodalumab Ingibitorlar IL-23: guselkumab, tildrakizumab, rizankizumab
Nomedikamentoz davolash turlari	Jismoniy tarbiya, chekishdan voz kechish, tana vaznini kamaytirish, massaj, mashqlar

### GIBP bilan davolash

Dori vositasi (xalqaro nomlanishi)	Farmakologik guruhi	Chiqarilish shakli	Yuborilish yo'li	dozasi	Qabul mahali
<b>Adalimumab</b>	immuno-depressant. FNO- $\alpha$ monoklonal rekombinant odam antitani	shpris-ru-chka 40 mg	teri ostiga	40 mg	iiki xaftada 1 marta

Ilovalar

<b>Etanersept</b>	ingibitor FNO- $\alpha$	shpris-ru- chka 25mg va 50mg	teri ostiga	25 mg va 50 mg	25 mg 2 maxal xaftasiga yoki 50mg 1 maxal xaf- tasiga
<b>Golimumab</b>	Immuno- depressant. FNO- $\alpha$ monoklonal rekombinant odam antita- nasi	shpris-ru- chka 50 mg/0.5 ml	teri ostiga	50 mg	oyiga 1 marta
<b>Sertolizu- mab pegol</b>	Ingibitor FNO $\alpha$ .	shpris-ru- chka 200mg/ml	teri ostiga	200- 400 mg.	400 mg 0-2-4-xafta- da, so'ng 200 mg 2xaftada 1 marta va 400 mg oyi- ga 1 marta.
<b>Infliksimab</b>	immuno- depressant, FNO- $\alpha$ ga ximer mo- noklonal an- titana	Flakon	v/i	3-5 mg/ kg v/v	0,2,6 xafta, so'ng xar 6 xaftada
		100 mg	tomc- hilab	45 mg/ 0,5 ml	0, 4 xafta, sung xar 12xaftada
<b>Ustekinu- mab</b>	interleykin 12/23ga monoklonal odam antita- nasi	45 mg/0,5 ml 90mg/ ml	t/o	150- 300 mg	0, 1, 2, 3, 4 xafta, so'ng oyda 1 marta



**Revmatik kasalliklar**

<b>Sekukinumab</b>	IL-17 ingibitori			250 mg	0, 2 va 4 xaftada, so'ng oyiga 1 marta
		Flakon poroshok 150 mg	teri ostiga	125 mg	xaftasiga 1 marta

**Psoriatik artritli bemorlarga apremilast dozalash sxemasi**

1-kun		2-kun		3-kun		4-kun		5-kun		6-kuni va boshq.	
Ert.	Kech.	Ert.	Kech.	Ert.	Kech.	Ert.	Kech.	Ert.	Kech.	Ert.	Kech.
10 mg	10 mg	10 mg	10 mg	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg	30 mg	30 mg	30 mg

**Tizimli qizil bo'richa**

**Ilova 1. TQB SLICC tasniflash mezonlari, 2012 y.**

Klinik mezonlar	
<b>1.</b>	<b>Terining o'tkir, faol zararlanishi</b>
<input type="checkbox"/>	Yonoqlardagi toshma (diskoid toshmalar hisobga olinmaydi)
<input type="checkbox"/>	θ
<input type="checkbox"/>	TQB bir varianti sifatida toksik epidermal nekroz
<input type="checkbox"/>	θ
<input type="checkbox"/>	θ
<input type="checkbox"/>	θ
<b>2.</b>	<b>Surunkali teri bo'richasi</b>
<input type="checkbox"/>	— Klassik diskoid toshma
	— Mahalliy (bo'yindan yuqori)
	— Tarqalgan (bo'yindan yuqori va pastda)
<input type="checkbox"/>	Terining gipertrofik (so'galli) shikastlanishi
<input type="checkbox"/>	Pannikulit
<input type="checkbox"/>	Shilliq pardalarning shikastlanishi
<input type="checkbox"/>	Tanadagi shishgan eritematoz toshmalar
<input type="checkbox"/>	θ

## Ilovalar

<input type="checkbox"/>	θ
3.	<b>Shilliq qavatlarning yaralari</b> (vaskulit, Behchet kasalligi, herpes virusi infeksiyasi, ichakning yallig'lanish kasalligi, reaktiv artrit va nordon ovqatlarni iste'mol qilish kabi sabablar bo'lmasa)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Og'iz bo'shlig'i
	Tanglay
	Yonoq
	Til
<input type="checkbox"/>	Burun bo'shlig'i
4.	<b>Chandiqsiz alopesiya</b> (sochlarning ingichka yupqalashishi yoki sochlarning sinuvchanligi oshib ketishi bilan) (o'choqli alopesiya, dori, temir tanqisligi va androgen sabablar bo'lmaganda).
5.	<b>Artrit</b>
<input type="checkbox"/>	2 yoki undan ortiq bo'g'imlarning sinoviti, shish yoki suyuqlik yig'ilishi ko'rinishida
<input type="checkbox"/>	2 yoki undan ortiq bo'g'implarda og'riq va ertalabki karaxtlik kamida 30 daqiqa davom etganda
6.	<b>Serozit</b>
<input type="checkbox"/>	Plevrit 1 kundan ortiq
	θ
	θ
<input type="checkbox"/>	1 kundan ortiq davom etuvchi tipik perikardial og'riqlar (yotgan xolatda og'riq, o'tirib oldinga egilgan holatda yo'qolishi)
	θ
	θ
	θ
7.	<b>Buyraklar zararlanishi</b>
<input type="checkbox"/>	Peshobda oqsil va kreatinin (yoki sutkalik protenuriya) nisbati. 24 soat ichida 500 mg dan ortiq oqsil
<input type="checkbox"/>	Yoki peshobda 5 yoki undan ko'p eritrositlar yoki 5 yoki undan ko'p silindrlar
8.	<b>Neyropsixik zararlanish</b>
<input type="checkbox"/>	Epileptik tutqanoq
<input type="checkbox"/>	θ

<input type="checkbox"/>	O Mono / polinevrit (birlamchi vaskulit kabi boshqa sabablar bo'lmasa)
<input type="checkbox"/>	Miyelit
<input type="checkbox"/>	Bosh-miya nervlari patologiyasi / periferik neyropatiya (boshqa sabablar bo'lmasa, masalan vaskulit, infeksiyalar va qandli diabet)
<input type="checkbox"/>	Xushining o'tkir buzilishi (shu jumladan toksik / metabolik, uremiya, dorili va boshqa sabablar bo'lmaganida)
<b>Gemolitik anemiya</b>	
<input type="checkbox"/>	Leykopeniya (xech bo'lmaganda bir marta $<4.0 \times 10^9/l$ . Felti sindromi, dori va portal gipertenziya kabi boshqa sabablar bo'lmasa)
<input type="checkbox"/>	Yoki limfopeniya (xech bo'lmaganda bir marta $<1.0 \times 10^9/l$ ) kortikosteroidlar, dori -darmonlar qabul qilish va infeksiya kabi boshqa sabablar bo'lmasa)
<input type="checkbox"/>	<b>Trombositopeniya</b> (xech bo'lmaganda bir marta $<100 \times 10^9/l$ ) dorilar qabul qilish, portal gipertenziya va trombotik trombositopenik purpura kabi boshqa sabablar bo'lmasa)
<b>Immunologik mezonlar</b>	
1.	Antinuklear antitelalar (ANA) laboratoriya referens diapazonidan yuqori
2.	<b>Nativ DNK ga antitelalar</b> (DNK ga antitelalar) laboratoriya referens diapazonidan yuqori yoki immunoferment usuli (ELISA) qo'llanilganda 2 barobardan ziyod ko'payadi- IgG sinfdagi autoantitelalarning yadro antigenlariga sifatli skriningi.
3.	(Anti-Sm) Sm yadro antigeniga antitelalarning mavjudligi
4.	Antifosfolipid antitelalar musbat bo'lishi, quyidagi usullardan birida aniqlanganda:
	Antinuklear antitelalar (ANA) laboratoriya referens diapazonidan yuqori
	<b>Nativ DNK ga antitelalar</b> (DNK ga antitelalar) laboratoriya referens diapazonidan yuqori yoki immunoferment usuli (ELISA) qo'llanilganda 2 barobardan ziyod ko'payadi- IgG sinfdagi autoantitelalarning yadro antigenlariga sifatli skriningi.
	(Anti-Sm) Sm yadro antigeniga antitelalarning mavjudligi

## Ilovalar

	Antifosfolipid antitelalar musbat bo'lishi, quyidagi usullardan birida aniqlanganda:
5.	Past komplement
	<b>Nativ DNK ga antitelalar</b> (DNK ga antitelalar) laboratoriya referens diapazonidan yuqori yoki immunoferment usuli (ELISA) qo'llanilganda 2 barobardan ziyod ko'payadi- IgG sinfdagi auto-antitelalarning yadro antigenlariga sifatli skriningi.
	(Anti-Sm) Sm yadro antigeniga antitelalarning mavjudligi
	Antifosfolipid antitelalar musbat bo'lishi, quyidagi usullardan birida aniqlanganda:
6.	Gemolitik anemiya bo'lmaganida ijobiy Kumbs reaksiyasi

Bo'richa nefritida International Society of Nephrology SN/RPS tasnifi haligacha Lyupus nefritda buyrak biopsiyasini baholashning oltin standarti hisoblanadi.

### **Lyupus nefrit tasnifi (ISN / RPS, 2003):**

I sinf Mezangiumda minimal o'zgarishlar; II sinf Mezangioproliferativ BH; III sinf o'choqli BH (glomerulalarning <50% shikastlanishi); III A - faol shikastlanishlar; III A / C - faol va surunkali shikastlanishlar; III C - surunkali shikastlanishlar; IV sinf diffuz BH (glomerullarning 50% dan ko'prog'i shikastlangan); Diffuz-segmentar (IV-S) yoki global (IV-G); IV A - faol shikastlanishlar; IV A / C - faol va surunkali; IV C – surunkali; V sinf: Membranoz BN (bir vaqtning o'zida III va IV sinflarda o'zgarishlar bo'lishi mumkin); VI sinf. Faolik belgilari bo'lmagan nefroskleroz; II sinf BNi odatda spesifik immunosupressiv terapiyani talab qilmaydi, lekin takroriy biopsiyada gistologik transformasiyaga o'tishi, yana-da agressiv kasallikka aylanishi mumkin. Proteinuriyaning yuqori bo'lishi, qayta gistologik baholashga undashi kerak, ko'rilmay qolgan proliferativ o'zgarishlarni aniqlash uchun.

**Ilova 2. TQB faolligini aniqlash**

SELENA- SLEDAI 2 K shkalasi bo'yicha

TQB faollik indeksini aniqlash

(Ko'rik paytida yoki tekshiruvdan 10 kun oldin bo'lgan natijaga mos keladigan ballni belgilang)

Ball	Ko'ri-nishi	Ta'rif
8	Epileptik xuruj	Yaqinda boshlangan (oxirgi 10 kun), metabolik, yuqumli va giyohvandlik sabablarini istisno qiling
8	Psixoz	Haqiqatni idrok etishning keskin o'zgarishi, shu jumladan gallyusinasiyalar, bir -biriga zidlik, assosiativ qobiliyatlarning sezilarli pasayishi, aqliy faoliyatning kamayishi, aniq mantiqsiz fikrlash tufayli normal harakatlarni normal rejimda bajarish qobiliyatining buzilishi; g'alati, tartibsiz yoki katatonik xatti -harakatlar. Uremiya yoki dori -darmonlar sabab bo'lgan bunday sharoitlarni istisno qiling.
8	Miyaning organik sindromlari	oriyentasiya, xotira yoki boshqa intellektual qobiliyatlarning buzilishi bilan aqliy faoliyatning buzilishlari, o'tkir boshlanishi va turg'un bo'lmagan klinik ko'rinishlar, shu jumladan, xushining xiralashishi, konsentrasiya qobiliyati pasayishi bilan va atrofdagilarga e'tiborni saqlab qola olmaslik, shuningdek, quyidagilarning kamida 2 tasi: qabul qilish buzilganligi, bir-biriga bog'lanmagan nutq, uyqusizlik yoki kunduzgi uyquchanlik, psixomotor faollikning pasayishi yoki ortishi. Metabolik, yuqumli va dori ta'sirlarini inkor qiling.
8	Ko'zga bog'liq buzilishlar	Ko'z yoki to'r pardadagi o'zgarishlar, shu jumladan hujayra tanachalari, qon quyilishlar, seroz ekssudat yoki qon tomir pardasida gemorragiyalar yoki ko'z nervi nevriti, sklerit, episklerit. Gipertenziya, infeksiya va dori ta'siridagi o'zgarishlarni istisno qiling.
8	Bosh miya	Birinchi bor boshlangan bosh miya nervlarining sensor yoki motorli nevropatiyasi, shu jumladan,

## Ilovalar

	nervlari tomonidan buzilishlar	TQB tufayli bosh aylanishi.
8	Bosh og'rig'i	Narkotik analgetiklarga javob bermaydigan kuchli doimiy bosh og'rig'i (migrenoz bo'lishi mumkin)
8	Bosh miya qon aylanishi buzilishi	Birinchi marta yuzaga kelgan, ateroskleroz yoki gipertenziya tufayli bo'lishi istisno qilinadi
8	Vaskulit	Yaralar, gangrena, barmoqlardagi og'riqli tugunchalar, timoqlar oldidagi infarktlar va gemoragiya yoki vaskulitni tasdiqlovchi biopsiya yoki angiogramma ma'lumotlari
4	Artrit	Yallig'lanish belgilari bo'lgan 2 tadan ortiq og'riqli bo'g'imlar (og'riq, shish yoki sinovit)
4	Miozit	Proksimal mushaklar og'rig'i / kuchsizligi kreatin fosfokinaza / aldolaza darajasining oshishi bilan asosiasiyalanganda, yoki EMG yoki miozitni tasdiqlovchi biopsiya dalillari
4	Silindru-riya	Donador yoki eritrositli silindrlar
4	Gematuriya	> 5 eritrositlar ko'rish maydonida. tosh. infesion va boshqa sabablarni istisno etish
4	Proteinuriya	O'tkir boshlangan yoki yaqinda paydo bo'lgan kuni-ga > 0,5 gramm ortiq
4	Piuriya	> 5 leykositlar ko'rish maydonida. infesion sabablar-ni istisno etish
2	Toshmalar	Terida yangi yoki davom etayotgan yallig'lanish xa-rakteridagi toshmalar
2	Alopek-siya	Bo'richa faolligi tufayli birinchi bor yoki davom eta-yotgan o'choqli yoki diffuz soch to'kilishi
2	Shilliq pardalar-ning yara-lari	TQB faolligi tufayli og'iz va burun shilliq pardalarida birinchi bor yoki davom etayotgan yaralar

Revmatik kasalliklar

2	Plevrit	Plevral ishqalanish yoki suyuqlik to'planishi bilan ko'krak qafasidagi og'riq yoki TQB tufayli plevra qalinlashishi
2	Perikardit	Perikardial og'riq quyidagi belgilar bilan birga: perikardning ishqalanish shovqini, elektrokardiografik tasdiq bilan
2	Komplementlarning past darajasi	SN50, C3 yoki C4 ning laboratoriya testlagan normal diapazondan pastligi
2	DNK antitelalar miqdorining ko'payishi	Farr usuli bo'yicha > 25% bog'lanish yoki laboratoriya tekshiruvi normal ko'rsatkichlaridan oshishi
1	Isitma	> 38 ° C, yuqumli sabablarni istisno qilish
1	Trombositopeniya	<100 000 hujayralar / mm <sup>3</sup>
1	Leykopeniya	<3000 hujayra / mm <sup>3</sup> , dori sabablarini istisno qilish
Umumiy ball (belgilangan ko'rinishlarning yig'indisi)		

TQB bilan kasallangan bemorlarda salbiy oqibatlariga olib keladigan xavf omillari: kasallikning o'smirlik davrida rivojlanishi; erkak jinsi; o'tkir kechishi; yuqori faollik; kasallik boshlangandan so'ng dastlabki 3-6 oy ichida nefritning rivojlanishi; buyrak yetishmovchiligining jadal rivojlanishi; markaziy asab tizimining zararlanishi; trombositopeniya; komorbid (patogenetik mexanizm jihatidan bir-biriga bog'liq) kasalliklar (infeksiyalar, qon tomirlarning aterosklerotik zararlanishlari); ikkitadan ortiq a'zolarning tuzatib bo'lmaydigan zararlanishlarining mavjudligi; homiladorlik.

### **Ilova 3. TQBda ikkilamchi**

#### **AFSning tashxislash mezonlari**

AFS diagnostikasi bitta klinik va bitta laborator mezonlar mavjudligiga asoslanadi. Agar klinik koʻrinishlarsiz AFS yoki 12 haftadan kam yoki 5 yildan koʻproq vaqt davomida klinik koʻrinishlarsiz AFS paydo boʻlsa, AFS chiqarib tashlanadi. Tromboz uchun tugʻma yoki orttirilgan xavf omillarining mavjudligi AFSni istisno qilmaydi.

AFS uchun klinik mezonlar: 1 ta klinik va 1 ta serologik mezon

Qon tomir trombozi – har qanday aʼzoda arterial, venoz yoki kichik qon tomirlar trombozining bir yoki bir nechta klinik epizodlari. Tromboz instrumental usul yoki morfologik tekshiruv (yuzaki venoz trombozdan tashqari) bilan tasdiqlanishi kerak. Morfologik tasdiqda qon tomiri devorining kuchli yalligʻlanishi boʻlmasligi kerak.

#### **Patologik homiladorlik:**

a) morfologik jihatdan normal (xomilaning morfologik jihatdan normal belgilari UTT bilan yoki xomilani koʻrigi boʻyicha xujjatlantirilgan) homilaning 10 xaftalik homiladorlikdan keyin ichki oʻlimining bir yoki bir nechta holatlari, yoki

b) homiladorlikning 34 xaftaligiga qadar morfologik normal homilaning muddatidan oldin yaqqol preyeklamsiya yoki eklamsiya yoki plasentar yetishmovchilik tufayli tugʻilishining bir yoki bir nechta holati, yoki

v) uch yoki undan koʻp ketma-ket xomiladorlikning 10 -haftagacha oʻz-oʻzidan abort boʻlish holatlari (bachadon anatomik defekti, gormonal buzilishlar, ona yoki ota xromosom buzilishlari)

AFS laboratoriya mezonlari: kamida 12 hafta oraligʻida 2 yoki undan ortiq tadqiqotda oʻrta yoki yuqori titrlarda qondagi kardiolipinga AT (IgG va / yoki IgM); Qon plazmasida boʻricha antikoagulyanti 2 yoki undan koʻp tadqiqotlarda kamida 6 hafta oraligʻida; Oʻrta yoki yuqori titrlarda IgG izotiplarining anti-b2-GP I yoki IgM izotipi kamida 12 haftalik interval bilan 2 yoki undan ortiq tadqiqotlarda (standart ELISA).



#### **Ilova 4. Umumiy tavsiyalar**

TQB davolashda asosiy o'rinni GK, immunodepressantlar va GX egallaydi (A darajadagi dalillar). GX preparatini qo'llashga qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan hollarda TQB bo'lgan barcha bemorlarga buyurish lozim. GXni uzoq muddat qabul qilish qaytalanishlarni oldini oladi, kasallik faolligini va YUQT asoratlari xavfini pasaytiradi. Faollik darajasi past bo'lgan va hayotiy muhim a'zolarga zararlanmagan TQB ni davolash uchun GK va/ yoki aminoxinolin dori vositalarining past dozalarini qo'llash kerak. NYAQVlar qisqa vaqt davomida va faqat dori vositalari NT rivojlanish ehtimoli past bo'lgan bemorlarda qo'llaniladi. GK samarasi yetarli bo'lmaganda yoki dozani kamaytirish maqsadida immunodepressantlar (AZA yoki MMF) buyurilishi mumkin. GKning tavsiya etilgan sutkalik dozasi 20-25 mg dan oshmasligi kerak, GX 200-400 mg/sutka dozada belgilanadi (A darajadagi dalillar). Puls terapiya (3 kun davomida 500-1000 mg dan metilprednizolon infuziyasi) dori-darmonlarga chidamlilik yuqori bo'lgan holatlarda buyuriladi (S darajadagi dalillar). Ko'rsatmalar bo'lganda asosiy dori vositalari bilan bir qator-da antibiotiklar, qon preparatlari, viruslarga va zamburug'larga qarshi preparatlar, antikoagulyantlar, dezagregantlar, diuretiklar, gipotenziv preparatlar, statinlardan foydalanish mumkin. MAT zararlanganda sedativ, tutqanoqqa qarshi va psixotrop dori-larni buyurish mumkin. Immunologik va klinik faolligi yuqori bo'lgan (antiDNKning yuqori darajasi, komplementning C3- va C4-tarkibiy qismlarining kamayishi, SLEDAI - 6-10 ball), faol BN va MAT zararlanishining klinik belgilari bo'lmagan TQB-li bemorlarda BLyS (belimumaba) monoklonal antitelolarini 1 oyda 10 mg/kg dozada qo'llash tavsiya etiladi (A darajadagi dalillar). Belimumab teri, shilliq pardalar, bo'g'imlar zararlanishi yuqori bo'lgan, nofaol BN (proteinuriya -  $\leq 2$  g), kuchsiz

kamqonlik, trombositopeniya, leykopeniya, GKning oʻrtacha va yuqori dozalarini qabul qilish bilan bogʻliq holda tez-tez qaytalanuvchi va davolashning asoratlari (aʼzolarning zararlanishi), infeksiyalar boʻlgan TQBli bemorlarga buyuriladi. Dastlabki uchta infuziya 10 mg/kg (tana vazni) kasalxonada (0, 14, 28 - kunlar) quyiladi, soʻngra har oyda bir marta ambulatoriya sharoitida kamida 6 oyga buyuriladi. TQB jadal rivojlanganda, faolligi yuqori boʻlib, ichki aʼzolar jiddiy zararlangan hollarda GKlar yuqori (bosuvchi) dozalarda buyuriladi. Odatda, PRED ichishga 40-60 mg dozada (yoki tana vazniga 0,5-1,0 mg/kg) buyuriladi (A darajadagi dalillar). Kritik holatlarda yoki PRED samara bermaganda metilprednizolon infuziyalari qoʻllaniladi (puls-terapiya ketma-ket 3 kun davomida 15-20 mg/kg) (S darajadagi dalil). TQB faolligi oʻrtacha va yuqori darajada uchun boʻlganda GKni buyurish majburiydir (S darajadagi dalillar). Davolash davomiyligi deyarli cheklanmagan va koʻp yillar davom etishi mumkin. Agar yaxshilanishga, kasallik faolligining pasayishiga erishilsa, GK dozasi asta-sekin (odatda 7-10 kunda 1 mg) yordamchi dozaga tushirilishi mumkin, bu doza kasallikning kechishiga, biror aʼzo yoki tizimning zararlanishiga, kasallik qaytalanish xavfiga, komorbid kasalliklar va asoratlarga bogʻliq holda oʻzgarib turadi. GKning tizimli yoki infuzion terapiyasi uchun tanlov preparati 6-metilprednizolon hisoblanadi. GK uzoq muddat qoʻllanganda bemorlarda osteoporoz, qandli diabet, ateroskleroz, giperlipidemiya, arterial gipertenziya, oshqozon-ichak trakti zararlanishi, katarakta, glaukomaning nazorat qilish va oldini olish kerak boʻladi.

**Ehtiyot choralari.** GK ning yuqori dozasi AG va QD kelib chiqishining yuqori xavfi bilan bogʻliq. Teratogen taʼsiri xavfining yuqoriligi tufayli MMF, SF, SsA va MT buyurilmaydi. Yuqori darajali faollikka ega BN bilan kasallangan. III-IV sin-

fdagi nefrit aniqlangan yoki shubha qilingan bemor ayollarda 28 haftadan so'ng kesar kesish amaliyotini o'tkazish tavsiya etiladi. SF yoki AZA va MMF - TQB kasalligini davolashning eng muhim tarkibiy qismlari hisoblanadi va ularni TQB faolligi yuqori, jadal rivojlanayotgan, hayotiy muhim a'zo va tizimlar zararlangan (buyrak, MAT) va/yoki tizimli vaskulit (TV), gemorragik alveolit bo'lgan bemorlarga buyuriladi. Indusion terapiya uchun SF yoki MMF qo'llaniladi. YUN rivojlanganda SF vena ichiga har oyda 1000 mg dan 6 oy davomida yoki har 2 haftada 500 mg dan oltita infuziyagacha buyuriladi. MMF 6 oy davomida kuniga 2-3 g dozada buyuriladi. SF va MMF puls-terapiya 6-metilprednizolon bilan birgalikda qo'llaniladi va keyinchalik GK 0,5-1,0 mg/kg dozada ichish uchun buyuriladi (A darajadagi dalillar). Indusion terapiya 3-6 oy davomida olib boriladi. Klinik-laborator samaraga erishilganda immunodepressantlar yordamchi terapiya sifatida qo'llaniladi: MMF kuniga 1-2 g dozada yoki AZA kuniga 2 mg/kg dozada 6 oy davomida (A darajadagi dalillar). Ba'zi hollarda SsA qo'llanilishi mumkin. Ushbu dorilarning (birinchi navbatda SF) ham indusion fazada, ham yordamchi terapiyada qo'llanilishi doimiy nazorat ostida bo'lishi kerak. Ushbu dorilar buyurilganda bakterial va virusli infeksiyalarning, toksik gepatitning rivojlanish xavfi va suyak ko'migiga bog'liq gemopoyezni susaytirish xavfi yuqori bo'ladi.

**Ilova 5.**

**A'zolarning o'ziga xos shikastlanishini davolash**

<b>Olib borish taktikasi va davolash</b>
<b>Teri shikastlanishi</b>
<p>TQBDagi teri zararlanishlarini davolash uchun mahalliy dorilar (GKS, kalsinevrin ingibitorlari) [2b /B], malyariyaga qarshi preparatlar (gid-roksixlorokin, xloroxin [1a / A] va / yoki tizimli GKS [4 / C] dolzarb preparatlar xisoblanadi.</p> <p>Teri ko'rinishlarini davolashda rezistentlik, davodan samara kuzatilmasa yoki yuqori dozali GK ishlatilishiga extiyoj tug'ilsa, MT (3a / V), retinoidlar (4 / S), dapson (4 / C) yoki MFM (4/ C) buyurilishi kerak. Quyoshdan saqlovchi vositalardan foydalanish va chekishdan saqlanish asosiy tavsiyalardan biri hisoblanadi.</p> <p>Teri atrofiyasi rivojlanishi xavfi yuqoriligi sababli, ayniqsa, yuz sohasiga ftorli dorilarni ishlatishdan saqlanish kerak.</p> <p>Terapevtik ta'sir bo'lmasa, MT yoki AZA dan foydalanish tavsiya etiladi, terining tarqalgan vaskuliti yoki terining bulyozli shikastlanishida - MPni SF bilan birgalikda bolyus yuborish. Agar samarasiz bo'lsa - sinxron intensiv terapiya.</p> <p>Teri shikastlanishining atipik yoki refrakter jarohatida, qizil bo'richa tashxisini tasdiqlash uchun teri biopsiyasini o'tkazish maqsadga muvofiqdir.</p>
<b>Markaziy asab tizimining zararlanishini</b>
<p>Markaziy asab tizimi zararlanib, og'ir, hayot uchun xavfli holatlar kelib chiqqanda (aseptik meningit, tutqanoqlar, ko'ndalang miyelit, ko'z nervining nevriti, serebrovaskulit) tezlikda venaga 1000-500 mg SF va 1000 mg metilprednizolon bilan puls-terapiya ketma-ket bir necha kunga buyuriladi, keyinchalik kuniga 0,5-1,0 mg/kg dozada GK ichish uchun buyuriladi (C darajadagi dalillar).</p> <p>Koma, sopor, progressiv miyelit kelib chiqqanda va/yoki qon zardobida krioglobulinlar paydo bo'lganda har kuni yoki kun ora plazmaferezni qo'llash, 20-30 ml/kg tana vazniga plazma eksfuziyasi o'tkazish mumkin (S darajadagi dalillar). Plazmaferez muolajalari tugagandan so'ng venaga 0,5-1,0 g / kg dozada immunoglobulin tayinlash tavsiya etiladi.</p>

Intensiv terapiya boshlangandan keyingi dastlabki 3-4 kun ichida hech qanday samara bo'lmasa, mutaxassislar haftasiga 500-1000 mg (maksimal dozasi 2000 mg) dan RTM buyurishni tavsiya etadilar (S darajadagi dalillar).

Ruhiy buzilishlarda psixofarmakoterapiya qo'llaniladi, bu psixiatr yoki psixoterapevt tomonidan amalga oshiriladi. Ruhiy buzilishlarning ayrim turlarida simptomatik terapiya qo'llaniladi: antipsixolitiklar - psixozda, anksiolitiklar - xavotirlik buzilishlarida va boshq.

Yallig'lanish xisobiga yuzaga kelgan psixonevrologik ko'rinishlarni davolashda GK/ immunosupressantlar (1b/ A); aterotrombozga bog'liq buzilishlarda/ AFL, antiagregantlar / antikoagulyantlar (2b / C)

Antifosfolipid sindromida tomir ko'rinishlarining ikkilamchi profilaktikasi uchun antikoagulyant terapiya antiagregantlardan ko'ra (insult/tranzitor ishemik hujum; TIA) ustun bo'lishi mumkin.

Intensiv terapiya boshlanganidan keyingi birinchi 3-4 kun ichida samara kuzatilmasa, plazmaferez (vena ichiga Siklofosfamid bilan sinxron o'tkaziladi), vena ichi immunoglobulini va rituksimab yuborish tavsiya etiladi.

**Plazmaferez** har kuni yoki kun ora, 20-30 ml / kg plazma og'irligi ekzfuziyasi bilan koma, sopor, progressiv miyelit, qon zardobidagi yuqori aDNK va / yoki krioglobulinlarda ko'rsatma

**Vena ichi immunoglobulini** plazmaferez proseduralari tugagandan so'ng, tana vazniga 0,4 dan 2 g / kg gacha bo'lgan dozalarda 4-5 kun davomida tavsiya etiladi.

**Rituksimab** haftasiga 500-1000 mg (maksimal umumiy dozasi 2000 mg), intensiv terapiya boshlanganda birinchi 3-4 kun ichida ta'sir kuzatilmasa ko'rsatma hisoblanadi.

### **Gematologik buzilishlar**

Bo'richa trombositopeniyani davolash kortikosteroidlarning yuqori dozalarini qo'llash (shu jumladan metilprednizoloni 1-3 kun davomida tomir ichiga yuborish) [4 / C] va / yoki immunoglobulin G vena ichiga [4 / C].

Gematologik buzilishlarda ushlab turuvchi terapiya sifatida MFM (2b / C), AZA (2b / C) yoki SS (4 / C) qo'llaniladi.

Refraktor holatlarda rituksimab [3a / C] yoki siklofosfamid [4 / C]

bilan davolash mumkin.

GK terapiya samara bermaganda (ya'ni, trombositopeniyaning davomiyligi  $\leq 50 \times 10^9 / L$ ) yoki residiv holatida RTM qo'shish haqida o'ylash kerak.

Trombositopeniyani davolash odatda uzoq muddatli bo'lib, ko'pincha GK dozasining pasayishi fonida qaytalanadi.

### **Buyraklar shikastlanishi**

BN davolash samaradorligini yaxshilash uchun erta tashxis qo'yish va buyrak biopsiyasini aniqlash muhim ahamiyatga ega (2b / B).

BNni davolash nefritni tasniflash turiga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Boshlang'ich (indusion) davolash uchun, samaradorlik va nojo'ya ta'sir nisbati yaxshiroq bo'lganligi sababli, mikofenolat mofetil [1a / A] yoki past dozada siklofosfamid [2a / B] (Euro-Lupus) rejimidan foydalanish tavsiya etiladi.

Buyrak yetishmovchiligi xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda (glomerulyar filtrasiya tezligining pasayishi, fibroz yarim oy, fibrinoid nekroz, naychalar atrofiyasi / gistologik tekshiruvda interstisial fibroz), xuddi shunday davolash mumkin, lekin siklofosfamid ham yuqori dozalarda qo'llanilishi mumkin [1b / A].

Ushlab turuvchi terapiya sifatida MFM [1a / A] yoki AZA [1a / A] ishlatilishi kerak.

Buyrak funksiyasining barqarorlashuvi / yaxshilanishi, ammo terapiyaga to'liq javob bo'lmasa (12 oylik immunosupressiv terapiyadan so'ng doimiy proteinuriya  $> 0,8-1 \text{ g / kun}$ ), biopsiya qayta o'tkaziladi buyrak shikastlanishini (4 / S) (jarayon faol yoki surunkali) turini aniqlash uchun.

MFMni nazorasiz gipertoniya, yuqori surunkalanish indeksi va / yoki buyrak koptokchalar filtrasiyasi tezligi pasayishi bo'lmagan taqdirda, og'ir nefrotik sindrom [2b / C] yoki BN davolashga to'liq javob kuzatilmaganda past dozali kalsinevrin ingibitori bilan birga ishlatish mumkin.

Kam dozali SFni yuborish rejimi (Euro-Lupus rejimi) yuqori dozaga nisbatan yetarlicha samaradorligi va past gonadotoksikligi tufayli afzaldir.

Proteinuriyaning pasayishi (SKF tezligining normallasuvi / stabilizatsiyasi bilan) 3 oyga kuzatilsa va sutkalik proteinuriyaning tez pasayishi (terapiyaning 6 chi  $\leq 1$  g / sut. gacha yoki  $\leq 0.8$  g / sut 12 oyga) proteinuriyaning sekin tiklanishi tufayli BNning uzoq muddatli ijobiy natijasini bashorat qiladi.

BNni davolashda indusion (davomiyligi 3-6 oy) va ushlab turuvchi bosqichlari ajratiladi. Dori vositalarini tanlash nefritning gistologik sinfiga va TQB ning klinik faolligiga bog'liq

### **I va II sinf**

BN immunosuppressiv va GK terapiya buyurilmaydi (S darajadagi dalillar). Yaqqol proteinuriya biopsiyani talab qiladi.

Proteinuriya  $\geq 0.5$  g / 24 soat va eritrosituriya aniqlanganda GK va AZA ni buyurish tavsiya etiladi

### **III-IV sinfdagi BH indusion terapiyasi**

Indusion terapiya uchun siklofosfan yoki mikofenolat mofetildan foydalaniladi (A darajadagi dalillar).

SF yoki MFM (A darajadagi dalillar) bilan 500-750-1000 mg metilprednizolon 3 kunlik puls terapiya birgalikda qo'llaniladi va keyinchalik GK ni (4 hafta davomida) kuniga 0,5-1,0 mg / kg dozada ichishga buyuriladi va keyinchalik samara kuzatilganda dozasi kamaytiriladi (S/D darajadagi dalillar).

MFM indusion terapiya davri davomida (6 oy) kuniga 2-3 g dozada buyuriladi. Doza ko'tara olish / nojuya ta'siriga qarab korreksiya qilinadi SF - ikkita rejimda tayinlash tavsiya etiladi:

“Past dozalar” “Euro-Lupus” rejimi 500 mg dan venaga 2 xaftada 1 marta 3 oy davomida (jami - oltita infuziya), keyinchalik AZA yoki MFM ichishga tayinlanadi (V darajadagi dalillar);

“Yuqori dozalar” NIH-rejimi (National Institute of Health tomonidan ishlab chiqilgan-NIH, AQSH) har oyda 500-1000 mg / m<sup>2</sup> tana yuzasi 6 oy davomida vena ichiga, so'ngra MFM yoki AZA tayinlanadi (A darajadagi dalillar);.

Refrakter BH da RTM va kalsinevrin ingibitorlaridan foydalanish tavsiya etiladi.

Klinik va laborator samaradorlikga erishilganda, sitostatiklar ushlab turuvchi terapiya sifatida ishlatiladi: AZA (2 mg / kg) va MFM (1-2 g /

kun) 6 oy davomida, GK dozasini 2,5-5,0 mg / gacha kamaytirish kerak.

GX, angiotenzin II yoki angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari bilan davolash majburiydir.

Induksiya bosqichida ham, ushlab turuvchi terapiya davrida ham sitostatiklarni tayinlash doimiy

nazorat ostida bo'lishi kerak. Ushbu dorilarni buyurishda bakterial va virusli infeksiyalar, toksik gepatit, suyak iligi gematopoyezini ingibirlashi xavfi yuqori.

**Bo'richa nefriti IV yoki IV-V sinfi induzion terapiya (yarim oylar bilan)**

"Yarim oy" BNning prognostik jihatdan yomon jixatli turida, plazmaferez, puls terapiyasi, RTMni o'z ichiga olgan murakkab intensiv terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi.

SF yoki MFM metilprednizolon puls terapiyasi bilan birgalikda, so'ng- ra GK kuniga kamida 0,3-0,5 mg / kg dozada ichishga, samaraga erishilganda dozani kamaytirish tavsiya etiladi.

**BNning Vsinfi induzion terapiyasi (membranali BN)**

Nefrotik sindrom bilan BN ning V sinfida induzion terapiya 2-3 g/kuniga MFM yordamida 6 oy davomida va kuniga 0,5 mg / kg GK bilan birgalikda amalga oshiriladi. SF, SS alternativa bo'lishi mumkin.

Kalsinevrin ingibitorlari (ayniqsa takrolimus), monoterapiya yoki MFM bilan birgalikda ikkinchi qator dorilar sifatida. BN V sinfini davolashda induzion va ushlab turuvchi bosqichlarida, standart terapiyaning eng past dozada 3-6 oy davomida samarasizligi kuzatilsa qo'llaniladi, chunki bu vositalarni surunkali ishlatish buyraklarning nojo'ya ta'siri xavfini oshirishi mumkin.

Angiotenzin II yoki APF ni tayinlash tavsiya etiladi.

Rituksimab davolashga javob bermaydiganlar uchun rezerv sifatida ajratilgan

**Javob bermaydigan / refrakter kasallik**

Davolash maqsadlariga erishilmaslik, refrakter yoki refrakter kasalliklarning rivojlanish ehtimolini oshiradi.

Agar 6 oylik kombinasiyalangan terapiyadan yoki terapiya boshlanganidan 3 oy o'tmay kasallik xuruji kuzatilsa, bitta preparatni



boshqasiga almashtirish tavsiya etiladi (MFM SF bilan almashtiriladi yoki aksincha, va kalsinevrin ingibitorlari (ayniqsa, TAC) monoterapiya yoki "ko'p maqsadli" terapiya sifatida). Metilprednizolon bilan 3 kunlik puls terapiya bilan birgalikda. SF qo'llanilganda uning past, ham yuqori dozalaridan foydalanish mumkin.

SF ning vena ichi kombinasiyasi (megadozalarni o'z ichiga olgan holda: SF 0,75-1 g / m<sup>2</sup> oyiga bir marta 6 oy, so'ngra har 3 oyda bir marta 2-3 yil davomida (NIH rejimi) yoki MFM kuniga 2-3 gr. GK bilan birga, RTM tomir ichiga yuborish (har 1-2 haftada bir marta 500-1000 mg, maksimal 2000 mg 6 oyda bir marta), VVIG (0,5-1,0-2,0 g / kg), terapiya proteinuriya <0,5-0,7 g / 24 soat 12 oyga qadar mo'ljallangan bo'lishi kerak. (to'liq klinik javob), garchi bu bosqichda bemorlarning 50% gacha barqaror buyrak funksiyasi saqlanib qolmasa ham, stabil buyrak faoliyati saqlanganligi kuzatilishi mumkin.

Glyukokortikoidlar yoki immunosupressantlar dozasini ko'paytirishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, tomir ichiga yuboriladigan immunoglobulinning yuqori dozalarini (2 g/kg) hisobga olish mumkin, kamdan-kam hollarda plazmaferez ko'rsatiladi.

SF / MMF yordamida indusion terapiyaning bir yoki ikkita sxemasi samarasi bo'lmasa, RTMdan foydalanish mumkin.

#### **BNli bemorlarni qo'shimcha davolash**

Proteinuriya > 0.5 g / 24 soat, angiotenzin II reseptorlari blokatorlari (homilador bo'lmagan bemorlarda). Antiproteinurik va gipotenziv ta'siri tufayli; buyrak funksiyasi buzilgan hollarda oqilona foydalanish va dozani titrlash maqsadga muvofiq xisoblanadi.

Agar qon zardobidagi past zichlikdagi lipoproteidlar  $\geq$  100 mg/dl yuqori bo'lsa, statinlar tavsiya etiladi, statin terapiyasini lipidlar darajasi va boshqa yurak -qon tomir xavf omillari mavjudligini hisobga olgan holda ko'rib chiqish kerak;

Gipertoniya 130/80 mm sim. dan past bo'lgan darajalargacha nazorat qilinishi kerak.

#### **Homiladorlik paytida BNni davolash**

BN faolligi va TQBning buyrakdan tashqari jaroxatlari kuzatilmasa maxsus terapiya talab qilinmaydi.

Minimal faollikda GX buyuriladi.

BN faolligi va / yoki kasallikning buyrakdan tashqari jaroxatlari namoyon bo'lishida – GK kasallik kechishini nazorat qilish imkonini beradigan dozalarda, agar kerak bo'lsa AZA bilan birgalikda. GKning yuqori dozalari gipertenziya va qandli diabet rivojlanishining yuqori xavfi bilan bog'liq;

Birinchi trimestrda renin-angiotensin-aldosteron ingibitorlari teratogenligi tufayli qo'llanilmaydi.

Ehtiyot choralari:

MFM, SF, SsA, MT va APF ingibitorlari teratogen ta'sirga ega bo'lganligi uchun buyurilmaydi

BNning yuqori faolligida, nefritning III-IV sinfi tasdiqlangan yoki taxmin qilinayotgan bo'lsa, 28 haftalikdan so'ng keser kesimi tavsiya qilinadi.

Past dozada aspirin, antifosfolipid antitanachalari (AFA) bo'lishidan qat'i nazar, preyeklampsiya va uning oqibatlarini (masalan, homila o'sishining kechikishi) xavfini kamaytirish uchun homiladorlikning 12 haftaligidan boshlab TQB kasalligi bo'lgan barcha ayollarga beriladi.

#### **TQB va homiladorlik**

Homiladorlik paytida quyidagi dorilarni qo'llash mumkin: 12 haftalikdan aspirinning past dozalari, gidroksixlorokin, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (homiladorlikning 32-haftasiga qadar!), prednizolon, azatioprin, vena ichiga immunoglobulin. • Folat kislotasi, D vitamini va kalsiy preparatlarini qo'shimcha qabul qilish shart • Emizish davrida qarshi ko'rsatmalar yo'q: NYAQV, prednizolon, gidroksixlorokin.

#### **Komorbidlik**

Trombotik mikroangiopatiya - bu xalokatli AFSda buyraklarning o'ziga xos patologiyasi - antikoagulyantlar, puls terapiya, ekulizumab, plazmaferezni tayinlashni talab qiladi.

#### **Antifosfolipid sindromi**

TQB [Ia / A] bo'lgan barcha bemorlarda antifosfolipid antitanachalar aniqlanishi kerak.

Trombozning yuqori xavfi (doimiy o'rta / yuqori darajali aFL titri) aFL profiliga ega bo'lgan TQBli, ayniqsa, aterosklerotik / trombofil xavf omillari mavjud bo'lgan bemorlarda, qon ketish xavfi istisno qilinishi

va ular antiagregantlar (2a / C) qabul qilishlari kerak.

Ikkilamchi profilaktika maqsadida (tromboz, asoratlari / homiladorlikning yo'qolishi)

terapevtik yondashuv birlamchi AFS (1b / B) bilan bir xil bo'lishi kerak.

AFL ning mavjudligi trombotik asoratlar, akusherlik patologiyasi va tiklanmas shikastlanish xavfi yuqori bo'lishi bilan bog'liq.

Trombotik mikroangiopatiya - bu halokatli AFSda xarakterli buyrak patologiyasi - antikoagulyantlarni, puls terapiya, plazmaferezni tayinlashni talab qiladi.

Aspirin kichik dozada TQB bilan kasallangan aFL bo'yicha pozitiv bemorlarda trombozining birlamchi profilaktikasida samarali.

Qon ketish potensial xavfini hisobga olgan holda, ushbu terapiyani talab qiladigan bemorlarni o'ziga xos kichik guruhlarini ajratish kerak bo'ladi: TQB va har qanday AFL pozitivlik darajasi yuqori bo'lgan bemorlar, yoki aFL profiliga ega bo'lganlar faqat yuqori tromboz xavfi mavjud (uchta aFL sinfi bo'yicha pozitiv, bo'richa antikoagulyantining mavjudligi - BA, kardiolipinga antitanachalarning yuqori darajasi - aKL)

Past molekulyar heparin - aspirinning past dozalariga qo'shimcha ravishda, TQB AFL bilan kasallangan bemorlar, ishonchli dalillarning yetishmasligiga qaramay, trombotik asoratlar xavfi yuqori bo'lgan davrlarda (homiladorlik yoki operatsiyadan keyingi davr) qabul qilishlari mumkin.

TQB va AFSli bemorlarda yangi oral antikoagulyantlarni keng qo'llashdan saqlanish kerak.

### Infeksiyalar

TQB kasalligi bo'lgan bemorlar umumiy va kasallikka bog'liq infeksiya xavf omillariga tekshirilishlari kerak, bular qarilik / xolsizlik [- / D], qandli diabet [- / D], buyrak shikastlanishi [2b/ B], immunosupressiv yoki biologik terapiya [1b- 2b / BC] va GKS [1a / A] dan foydalanish. TQB (- / D) bo'lgan bemorlarga umumiy profilaktika choralari (shu jumladan immunizasiya), infeksiya / sepsisni erta aniqlash va davolash tavsiya etiladi. TQB infeksiyalari xavfi kasallikning o'zi bilan (yuqori faollik, og'ir leykopeniya, BH, nefrotik sindromda

gipogammaglobulinemiya bilan birga) dorilar bilan assosiyalanishi (GK, SF, MMF va RTM ning yuqori dozalari) mumkin, bir-biriga bog'liq bo'lmagan xolda.

Gripp virusi va pnevmokokk infeksiyasiga qarshi mavsumiy emlash (PCV13, PPCV23 vaksinalari) TQB kasalligi o'tkir bo'lmagan va kasallik faolligi yuqori bo'lgan barcha bemorlarga tavsiya etiladi. Bemorlar tirik bo'lmagan vaksinalar bilan to'g'ri emlanishi kerak.

Sepsisni erta tashxislash va davolash o'ta dolzarb muammo xisoblanadi. Infeksiyalari bilan bog'liq organ disfunktsiya darajasini klinik tavsiflash uchun uchta klinik belgini baholaydigan tasdiqlangan qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) o'lchovidan foydalanish mumkin: sistolik qon bosimining  $\leq 100$  mm simob ustunida, nafas olish indeksi  $\geq 22$  1 minut ichida, Glazgo bo'yicha ruhiy holati  $< 15$  ball. Ro'yxatda keltirilgan uchta ko'rsatkichdan ikkitasining mavjudligi infeksiya boshlanishi yaqinligini, prognozning yomonlashishi, reanimatsiyada uzoq vaqt qolish, o'lim xavfi bilan bog'liqligi bilan assosiyalanadi.

#### **Yurak-qon tizimi kasalliklari**

TQB bilan og'riqan bemorlarda kardiovaskulyar xavf omillari (1b/B-C) va kasallikning o'ziga xos omillari muntazam ravishda baholanishi kerak, masalan, faollik (1b / B) va kasallikning davomiyligi (1b / A), o'rtacha / yuqori aFL titrlari (1b / A), buyrak shikastlanishlari (1b / B) (ayniqsa, doimiy proteinuriya va / yoki SKF  $< 60$  ml / min), GK (1b / B) dan foydalanish.

TQBli bemorlar yurak-qon tomir kasalliklari xavfining individual profilini hisobga olgan holda, uni kamaytirish uchun profilaktika choralarini ko'rishlari kerak, past dozali aspirin (2b/D) va / yoki gipolipidemik dorilarni (2b/D) qo'llashni o'z ichiga olgan umumiy tavsiyalarga muvofiq.

## BEMORNING MA'LUMOTLI ROZILIGI

Tibbiy aralashuvga bemorning ma'lumotli roziligi  
(kasalxona)

Tibbiy aralashuv – bemorga nisbatan tibbiy xodim tomonidan amalga oshiriladigan, insonning jismoniy yoki ruhiy holatiga ta'sir qiladigan va profilaktika, tadqiqot, tashxislash, davolash, reabilitasiya yo'nalishiga ega bo'lgan, tibbiy tekshiruv turlari va (yoki) tibbiy muolaja.

1. Men, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ tug'ilgan yili,  
quyidagi manzilda ro'yxatda turaman  
(bemorning yoki uning qonuniy vakili I.F.Sh.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tibbiy aralashuviga ma'lumotli rozilik beraman,  
(Bemor yoki uning qonuniy vakilining manzili (yashash joyi))

Quyidagi \_\_\_\_\_  
(muassasa nomi)

2. Men uchun qulay bo'lgan shaklda, kelgusi tibbiy aralashuvlarni bajarish mumkin bo'lgan usullar va variantlar, ularning oqibatlarini, kelgusi tekshiruv, tashxis va/yoki davolanishning kutilayotgan natijalari, shu jumladan asoratlari ehtimoli, shuningdek, tibbiy aralashuvni rad etish oqibatlarini menga tushuntirildi.

3. Tibbiy aralashuvning natijasi va oqibatini aniq bashorat qilish mumkin emasligi haqida menga ma'lumot berishdi. Men har qanday davolash yoki jarrohlik hayot uchun xavfli ekanligini tushunaman va vaqtinchalik yoki doimiy, qisman yoki to'liq nogironlikka olib kelishi mumkinligi haqida ma'lumot oldim. Tibbiy aralashuv natijalari bo'yicha kafolatlar berilmaydi.

4. Tashxislash, davolash va boshqa tibbiy aralashuvlarning boshqa variantlarida kutilmagan favqulodda holatlar va asoratlarning paydo bo'lishi mumkinligini, unda men zarur favqulodda harakatlarga (takroriy jarrohliklar yoki muolajalarga) rozilik bera olmasligimni tushunaman. Bunday vaziyatlarda, tibbiy aralashuvlar yo'nalishi o'z xohishiga ko'ra shifokorlar tomonidan o'zgartirilishi mumkin.

5. Tibbiy aralashuvlarning maksimal samaradorligiga erishish maqsadida shifokorga sog'ligim, irsiyatim, shuningdek allergik belgilar, dori vositalari va ovqat mahsulotlarini individual ko'tara olmaslik hamda chekish, spirtli ichimliklar, narkotik yoki zaharli vositalarni iste'mol qilish haqida ma'lumot berishim kerakligini bilaman.

6. Men jarrohlik paytida qon yo'qotish sodir bo'lishi mumkinligini va donor qoni yoki qon komponentlarini quyishga ehtiyoj bo'lishi mumkinligini bilaman va men ixtiyoriy roziligini beraman. Men qon yoki uning qon komponentlarini quyish maqsadlari, quyish shartligini, muolaja tavsifi va xususiyatlari, kuzatilishi mumkin bo'lgan oqibatlar haqida shifokordan tushuntirishlar oldim, shunday vaziyat yuzaga kelgan taqdirda men barcha zarur tibbiy chora-tadbirlar amalga oshirish uchun roziman. Men qon va uning tarkibiy qismlarini quyishdan bosh tortsam, kasallikning ehtimoliy kechishidan xabardorman.

7. Men tibbiy va diagnostika jarayonini har qanday texnik vositalardan foydalanib, har qanday axborot vositalariga yozib qo'yishga, shuningdek, biologik materiallar, jumladan, hujayralar, to'qimalar va biologik suyuqliklar namunalarini tashxislash va davolash maqsadlari uchun olishlariga roziman.

8. Menga tibbiy yordam ko'rsatishda bir yoki bir nechta profilaktika, tashxislash, davolash va rehabilitasiya usullaridan voz kechishga yoki uning (ularning) to'xtatilishini talab qilishga

haqqim borligi tushuntirildi va bunday rad etishning mumkin bo'lgan oqibatlari ham menga tushuntirildi.

9. Menga qulay bo'lgan shaklda har yillik dastur doirasida tegishli turdagi bepul tibbiy yordam olish imkoniyati, shu jumladan, fuqarolarga tibbiy yordamni bepul ko'rsatishning hududiy, davlat kafolatlari tushuntirildi.

10. Men kasalligim, oqibati va davolashi haqidagi ma'lumotni taqdim etishga ruxsat beraman, faqat:

---

---

---

---

---

---

---

*(ishonchli vakil)*

11. Ushbu hujjatning barcha bandlari bilan tanishdim, hammasi menga tushunarli ekanligini quyidagi imzoim bilan tasdiqlayman.

Imzo Sana «\_»\_\_\_\_\_y.

## ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Lila AM, Alekseyeva LI, Telyshev KA. Sovremennyye podxody k fenotipirovaniyu osteoartrita. *Sovremennaya revmatologiya*. 2019;13(2):4–8)
2. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Kneey Arthritis Care & Research Vol. 72, No. 2, February 2020, pp 149–162 DOI 10.1002/acr.24131 © 2020, American College of Rheumatology)
3. Cisternas MG, Murphy L, Sacks JJ, Solomon DH, Pasta DJ, Helmick CG. Alternative methods for defining osteoarthritis and the impact on estimating prevalencye in a US population-based survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016; 68:574–80.
4. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuriyes and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: P1603–58.1-5
5. Qin J, Barbour KE, Murphy LB, Nelson AYe, Schwartz TA, Helmick CG, et al. Lifetime risk of symptomatic hand osteoarthritis: the Johnston County Osteoarthritis Project. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69:1204–12.),
6. (Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, *et al*. The effect of osteoarthritis definition on prevalencye and incidencye estimates: a systematic reviyew. *Osteoarthritis Cartilage* 2011; 19:1270–85.
7. Alekseyeva LI, Taskina YeA, Kashevarova NG. Osteoartrit: epidemiologiya, klassifikasiya, faktory riska i progressirovaniya, klinika, diagnostika, lecheniye. *Sovremennaya revmatologiya*. 2019;13(2):9–21.



8. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. – 2012. – Vol. 380, № 9859. – P. 2163-2196

9. Altman R I, Alarcón G, Appelrouth D, et al. American College of Rheumatology criteria for classifying and reporting of osteoarthritis of the hip // *Arthritis. Rheum.* -1991. -№34. -R.505-514.

10. Linda Fernandes, Kåre B Hagen, Johannes W J Bijlsma, Oyvor Andreassen, Pia Christensen, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis *Ann Rheum Dis* 2013;72:1125–1135. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202745

11. Alrushud A.S., Rushton A.B., Kanavaki A.M. et al. Effect of physical activity and dietary restriction interventions on weight loss and the musculoskeletal function of overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: a systematic review and mixed method data synthesis. *BMJ Open*. 2017. Vol. 7, № 6. P. 014537.

12. Quintrec J.-L.L., Verlhac B., Cadet C. et al. Physical exercise and weight loss for hip and knee osteoarthritis in very old patients: a systematic review of the literature. *Open Rheumatol J*. 2014. Vol. 8, P. 89-95.

13. Tanaka R., Ozawa J., Kito N. et al. Efficacy of strengthening or aerobic exercise on pain relief in people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*. 2013. Vol. 27, № 12. P. 1059-1071.

14. Golovach I.Yu., Yegudina Ye.D., Ter-Vartanyan S.X. Taktika vedeniya pasiyentov s osteoartritom kolennogo susta-

va v sootvetstvii s rekomendasiyami sovremennykh medisinskix obshchestv: akcent na ESCYeO — 2019 Tom 20, № 4, 2019 [www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com).

15. Sharon L.Kolasinski, Tuhina Neogi, Marc C.Hochberg, Carol Oatis et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Kneye Arthritis & Rheumatology Vol. 72, No. 2, February 2020, pp 220–233 DOI 10.1002/art.41142 © 2020

16. Kroon FPB, Carmona L, . Efficacy and safety of non-pharmacological, pharmacological and surgical treatment for hand osteoarthritis: a systematic literature reviyew informing the 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis, 2018. submitted for publication.

17. Margreyet Kloppenburg, Féline PB Kroon, Francisco J Blanco, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis Kloppenburg M, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:16–24. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213826

18. Derry S, Wiffen PJ, Kalso EA, et al. Topical analgesics for acute and chronic pain in adults – an overviyew of Cochrane Reviyews. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 12;5:CD008609. doi: 10.1002/14651858. CD008609. pub2.

19. Jü ni P, Hari R, Rutjes AW, et al. Intraarticular corticosteroid for kneye osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 22;(10): CD005328. doi: 10.1002/14651858. CD005328. pub3. 31. He WW, Kuang MJ, Zhao J, et al. Efficacy and safety of intraarticular hyaluronic acid and corticosteroid for kneye osteoarthritis: A meta-analysis. Int J Surg. 2017 Mar; 39:95-103. doi: 10.1016/j.ijisu.2017.01.087.

20. De Girolamo L, Kon E, Filardo G, et al. Regenerative approaches for the treatment of early OA. *Kneye Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016 Jun;24(6):1826-35. doi: 10.1007/s00167-016-4125-y. Epub 2016 Apr 27.

21. Revmatoidnyy artrit. Klinicheskiye rekomendatsii, ARR 2016g

22. Revmatoidnyy artrit Ministerstva zdravooxraneniya i sotsialnogo razvitiya Respubliki Kazaxstan ot «29» sentyabrya 2016 goda

23. Jasvinder A. Singh, Kenneth G. Saag, S. Louis Bridges JR., Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis 2015 American College of Rheumatology Care & Research DOI 10.1002/acr.22783 VC 2015.

24. Josef S Smolen, Robert B M Landewé, Johannes W J Bijlsma, Gerd R Vurmester et. all. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update

Lisa R. Sammaritano, Bonniye L. Bermas, Eliza E. Chakravarty et. Al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases <https://doi.org/10.1002/art.41191>

25. 2019 Update of the American College of Rheumatology/ Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis Michayel M. Ward,<sup>1</sup> Atul Deodhar,<sup>2</sup> Lianne S. Gensler, *Arthritis & Rheumatology* Vol. 71, No. 10, October 2019, pp 1599–1613 DOI 10.1002/art.41042

26. © 2019, American College of Rheumatology. This article has been contributed to by US Government employees and their work is in the public domain in the USA.

27. Erdes SHF, Badokin VV, Bochkova AG i dr. O terminologii spondiloartritov. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2015;53(6):657–60.

28. Brown MA. Progress in the genetics of ankylosing spondylitis. Briefings in functional genomics. 2011, 10, 5, 249-257 doi:10.1093/bfpgp/elr023.

29. Tseng H-W, Pitt M.E., Glant T.T., McRae A.F., Kenne T.J. et al. Inflammation-driven bone formation in a mouse model of ankylosing spondylitis: sequential not parallel processes Arthritis Research & Therapy. 2016, 18:35 DOI 10.1186/s13075-015-0805-0.

30. Erdes Sh.F, Balabanova R.M. Dinamika zabolevayemosti ankiloziruyushim spondilitom v Rossii i subbotniye shkoly po spondiloartritam. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2013; 51(4): 145-49.

31. Braun J, Siyeper J. Ankylosing spondylitis // Lancet – 2007 – Vol. 369 – P. 1379 – 90.

32. Siyeper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis //Ann. Rheum. Dis. – 2009. – Vol. 68(Suppl II). –P.1–44.

33. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis Ann Rheum Dis. 2011;70(6):896–904.

34. Smirnov AV, Erdes SHF. Optimizatsiya rentgenodiagnostiki ankiloziruyushyego spondilita v klinicheskoy praktike – znachimost obzornogo snimka taza. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2015;53(2):175–181.

35. Rudwaleit M., Landewé R., van der Heijde D. et al. SpondyloArthritis international Society (ASAS) Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (Part I): Classification of

paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal // *Ann. Rheum. Dis.* – 2009. - Vol. 68 – P. 770-776.

36. Machado P, Landewye R, and van der Heijde D. Endorsement of Definitions of Disease Activity States and Improvement Scores for the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score: Results from OMERACT 10. // *J.Rheumatology.* – 2011. – Vol. 38(7). – P. 1502-6.

37. Levshakova A.V., Bochkova A.G., Bunchuk N.V. “Magnitno-rezonansnaya tomografiya pozvonochnika v osenke effektivnosti terapii ankiloziruyushyego spondilita” // *Luchevaya diagnostika i terapiya.* – 2010. - №2. - С.61-63.

38. Pedersen SJ, Sorensen IJ, Hermann KG, et al. Responsiveness of the Ankylosing spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) and clinical and MRI measures of disease activity in a 1-year follow-up study of patients with axial spondyloarthritis treated with tumour necrosis factor alpha inhibitors // *Ann. Rheum. Dis.* – 2010. Vol. 69(6). – P. 1065–71.

39. Dubinina T.V., Dyomina A.B., Smirnov A.V., Erdes Sh.F. Diagnostika koksita pri ankiloziruyushyem spondilite. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* . 2015;53(6):624-631. DOI:10.14412/1995-4484-2015-624-631.

40. Erdes Sh.F., Dubinina T.V., Lapshina S.A., Myasoutova L.I., Abdulganiyeva D.I. Sovremennyye printsipy medikamentoznoy terapii ankiloziruyushyego spondilita. *Prakticheskaya medisina.* 2015; 2(4): 175-180.

41. Smolen, J.S., et al., Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*, 2014. 73(1): p. 6-16.

42. Miyedany, Y.E., Treat to target in spondyloarthritis: the time has come. *Curr Rheumatol Rev*, 2015. 10(2): p. 87-93.

43. Kjeken I, Bo I, Ronningen A, et al. A threyye-wyeyek multidisciplinary in-patiyent rehabilitation programme had positive long-term effects in patiyents with ankylosing spondylitis: randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2013;45(3):260–7.

44. Falkenbach A. Disability motivates patiyents with ankylosing spondylitis for more freyuent physical exercise. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(3):382–3. DOI: 10.1053/apmr.2003.50013.

45. Bodur H, Ataman S, Rezvani A, et al. Quality of life and related variables in patiyents with ankylosing spondylitis. *Qual Life Res*. 2011;20(4):543–9. DOI: 10.1007/s11136-010-9771-9.

46. Passalent LA, Soyever LJ, O'SHyea FD, Inman RD. Exercise in ankylosing spondylitis: discrepanciyes betwyeyen recommendations and reality. *J Rheumatol*. 2010;37(4):835–41.

47. Brophy S, Cooksey R, Daviyes H, et al. The effect of physical activity and motivation on function in ankylosing spondylitis: A cohort study. *Semin Arthritis Rheum*. 2013;42(6):619–26.

48. Escalas C, Trijau S, Dougados M. Evaluation of the treatment effect of NSAIDs/TNF blockers according to different domains in ankylosing spondylitis: results of a metaanalysis // *Rheumatology (Oxford)*. – 2010. – Vol. 49. – P. 1317 – 25.

49. Bochkova A.G. Rol glyukokortikoidov v lechenii spondiloartritov // *Sovremen. Revmatologiya*. – 2011. – Vol. 1. – P. 76-78.

50. Braun J, van der Horst-Bruinsma IYe, Huang F, et al. Clinical efficacy and safety of etanercept versus sulfasalazine in ankylosing spondylitis patiyents: a randomized, double-blind study (ASCYeND Trial) // *Arthritis and Rheumatism*. -2011.– Vol. 63(6). – P.1543-51.

51. Barkham N, Keyen HI, Coates LC, et al. Clinical and imaging effi cacy of infliximab in HLA-B27-Positive patiyents

with magnetic resonance imaging-determined early sacroiliitis // *Arthr. Rheum.* – 2009. – Vol. 60. – P. 946 – 54.

52. Heiberg MS, Koldingsnes W, Mikkelsen K, et al. The comparative one-year performance of anti-tumor necrosis factor alpha drugs in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: results from a longitudinal, observational, multicenter study // *Arthr. Rheum.* – 2008. – Vol. 59. – P. 234 – 40.

53. Baraliakos X, Haibel H, Listing J, et al. Radiographic progression in ankylosing spondylitis – results after up to 8 years of anti-TNF treatment // *Ann. Rheum. Dis.* – 2011. – Vol.70(-Suppl3). – P. 344.

54. Braun J, Baraliakos X, Listing J, et al. Differences in the incidence of flares or new onset of inflammatory bowel diseases in patients with ankylosing spondylitis exposed to therapy with anti-TNF agents // *Arthr. Rheum.* – 2007. – Vol. 57. – P. 639 – 47.

55. Rudwaleit M, Van den Bosch F, Kron M, et al. Effectiveness and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis or psoriatic arthritis and history of anti-tumor necrosis factor therapy // *Arthritis Res. Ther.* – 2010. – Vol. 12. - R117.

56. Song IH, Heldmann F, Rudwaleit M, et al. Different response to rituximab in tumor necrosis factor blocker-naive patients with active ankylosing spondylitis and in patients in whom tumor necrosis factor blockers have failed: a twenty-four-week clinical trial // *Arthritis and Rheumatism.* – 2010. – Vol. 62. – P. 1290 – 97.

57. Song IH, Heldmann H, Rudwaleit M, et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with abatacept – an open label 24-week study // *Ann. Rheum. Dis.* – 2010. – Vol. 69(Suppl 3). – P. 60.

58. Coates L, Bhalla A, Creamer P, et al. The effect of alendronate on ankylosing spondylitis; the results of the bisphosphonates in ankylosing spondylitis trial (BIAS) // Ann. Rheum. Dis. – 2011. – Vol.70(Suppl3). – P. 128.

59. Vander Cruyssen B, Mu-oz-Gomariz E, Font P, et al.; ASPECT-REGISPONSER RESPONDIA working group . Hip involvement in ankylosing spondylitis: epidemiology and risk factors associated with hip replacement surgery // Rheumatology (Oxford). -2010. – Vol. 49. – P. 73 – 81.

60. Erdes SHF. Interleykin 17A – novaya mishen antisitokinovoy terapii ankiloziruyushyego spondilita. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2016;54(Pril 1):60-66.

61. Revmatologiya: Rossiyskiye klinicheskiye rekomendatsii / pod red. akad. RAN Ye.L. Nasonova. - M.: GEOTAR-Media, 2019. – 461 s.

62. Federalnyye klinicheskiye rekomendatsii. Rossiyskoye obshchestvo dermatovenerologov i kosmetologov. Assosiasiya revmatologov Rossii. Moskva 2016

63. Jasvinder A. Singh, Gordon Guyatt, Alexis Ogdiye, Dafna D. Gladman, Chad Deal, Atul Deodhar et.al. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Arthritis & Rheumatology Vol. 71, No. 1, January 2019, pp 5–32 DOI 10.1002/art.40726 © 2018, American College of Rheumatology

64. Maria Noviani, Mariye Feletar, Peter Nash et.al. Choosing the right treatment for patients with psoriatic arthritis. First Published October 13, 2020 Review Article <https://doi.org/10.1177/1759720X20962623>

65. Alexis Ogdiye, Laura C Coates, Dafna D Gladman et.al. Treatment guidelines in psoriatic arthritis Rheumatology, Volume 59, Issue Supplement 1, March 2020, Pages i37–i46. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez383>



66. Laure Gossec, Xenofon Baraliakos, et.al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update Ann Rheum Dis. 2020 Jun; 79(6):700-712. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217159.

67. Maria Noviani, Mariye Feletar, Peter Nash et.al. Peter Nash Choosing the right treatment for patients with psoriatic arthritis. First Published October 13, 2020 Review Article <https://doi.org/10.1177/1759720X20962623>

68. Korotayeva T.V., Korsakova Yu.L., Loginova Ye.Yu., Gubar Ye.Ye., Chamurliyeva M.N. Psoriaticeskiiy artrit. Klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu. Sovremennaya revmatologiya. 2018 №2 2018;12(2):22–35

69. Gladman DD, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis. 2005 Mar;64 Suppl 2:ii14-7.

70. Mishina OS, Korotayeva TV. Zabolevayemost psoriaticeskim artritom v Rossiyskoy Federatsii: tendentsii na sovremennom etape i perspektivy. Nauchnoprakticheskaya revmatologiya. 2015;(53)3:251-7.

71. Batkayeva NV, Korotayeva TV, Batkayev EA. Struktura kardiovaskulyarnoy komorbidnosti u bolnykh tyazhelymi formami psoriaza: dannyye retrospektivnogo analiza gos-pitalnoy kogorty. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2017;55(5):493-9.

72. Kristensen LE, Jorgensen TD, Christensen R, et al. Societal costs and patients' experience of health inequities before and after diagnosis of psoriatic arthritis: a Danish cohort study. Ann Rheum Dis. 2017 Sep;76(9):1495-1501. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210579. Epub 2017 Jan 30.

73. Siyeper J, van der Heijde DM, Landewye R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a

real patient exercise by experts from the Assessment of Spondylo-Arthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun; 68(6):784-8. doi: 10.1136/ard.2008.101501. Epub 2009 Jan 15.

74. Lubrano E, Marchesoni A, Olivieri I, et al. The radiological assessment of axial involvement in psoriatic arthritis: a validation study of the BASRI total and the modified SASSS scoring methods. *Clin Exp Rheumatol.* 2009 Nov-Dec;27(6):977-80.

75. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug;54(8):2665-73.

76. Chamurliyeva MN, Loginova YeYu, Korotayeva TV, Batkayev EA. Osobennosti porajeniya kostno-sustavnogo apparata u bolnykh psoriazom po dannym skringovogo oprosnika PEST (Psoriasis Epidemiology Screyening Tool). *Vestnik poslediplomnogo medisinskogo obrazovaniya.* 2014;(2): 16-20.

77. Chamurliyeva MN, Loginova YeYu, Korotayeva TV. Vyavlyayemost psoriaticheskogo artrita u bolnykh psoriazom v dermatologicheskoy i revmatologicheskoy klinike. *Sovremennaya revmatologiya.* 2016;10(4): 47-50.

78. Gladman DD, Helliwell P, Mease PJ, et al. Assessment of Patients With Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004 Jan;50(1):24-35.

79. Schoyels MM, Aletaha D, Alasti F, et al. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. *Ann Rheum Dis.* 2016 May;75(5):811-8. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207507. Epub 2015 Aug 12.

80. Gossec L, Smolen J, Gaujoux-Viala C, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the mana-

gement of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis.* 2012 Jan;71(1):4-12. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200350. Epub 2011 Sep 27.

81. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016 May;68(5): 1060-71. doi: 10.1002/art.39573. Epub 2016 Mar 23.

82. Kavanaugh A, Mease PJ, Gomez-Reino JJ, et al. Treatment of psoriatic arthritis in a phase 3 randomised, placebo-controlled trial with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jun;73(6):1020-6. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-205056. Epub 2014 Mar 4.

83. Korsakova YUL, Denisov LN. Effektivnost i bezopasnost novogo preparata dlya lecheniya psoriaza i psoriaticeskogo artrita – apremilasta. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya.* 2016;(54) 5:572-8.

84. Mease P, Hall S, FitzGerald O, et al. Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo for Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med.* 2017 Oct 19; 377(16):1537-1550. doi: 10.1056/NEJMoa1615975.

85. Gladman D, Rigby W, Azevedo VF, et al. Tofacitinib for Psoriatic Arthritis in Patients with an Inadequate Response to TNF Inhibitors. *N Engl J Med.* 2017 Oct 19;377(16):1525-1536.

86. Mease PJ. Biologic therapy for psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015 Nov; 41(4):723-38. doi: 10.1016/j.rdc.2015.07.010. Epub 2015 Sep 7.

87. Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(1):29-42. doi: 10.1136/annrheumdis2016-209707

88. Dougados M, Betteridge N, Burmester GR, et al. EULAR standardised operating procedures for the elaboration, evaluation, dissemination, and implementation of recommendations endorsed by the EULAR standing committees. *Ann Rheum Dis.* 2004; 63:1172-6. doi: 10.1136/ard.2004.023697

89. Van der Heijde D, Aletaha D, Carmona L, et al. 2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR endorsed recommendations. *Ann Rheum Dis.* 2015; 74:8-13. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-206350

90. Juraschek SP, Kovell LC, Miller ER 3rd, Gelber AC. Gout, urate-lowering therapy, and uric acid levels among adults in the United States. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2015;67(4):588-92. doi: 10.1002/acr.22469

91. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res.* 2012;64(10):1431-46. doi: 10.1002/acr.21772

92. Perez-Ruiz F, Carmona L, Yébenes MJ, et al. An audit of the variability of diagnosis and management of gout in the rheumatology setting: the gout evaluation and management study. *J Clin Rheumatol.* 2011; 17:349-5. doi: 10.1097/RHU.0b013e3182314d40

93. Dalbeth N, Ames R, Gamble GD, et al. Effects of skim milk powder enriched with glycomacropeptide and G600 milk fat extract on frequency of gout flares: a proof-of-concept randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2012;71 (6):929-34. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200156

94. Yeliseyev MS, Barskova VG, Denisov IS. Dinamika klinicheskix proyavleniy podagry u mujchin (dannyye 7-letnego retrospektivnogo nablyudeniya). *Terapevticheskiy arxiv.* 2015;87(5):10-5

95. Holland R, McGill NW. Comprehensive dietary education in treated gout patients does not further improve serum urate. *Intern Med J*. 2015;45(2):189-94. doi: 10.1111/imj.12661

96. Jalal DI, Chonchol M, Chen W, et al. Uric acid as a target of therapy in CKD. *Am J Kidney Dis*. 2013; 61:134-46. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.07.021

97. Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Comorbidity of gout and hyperuricemia in the US general population: NHANES 2007-2008. *Am J Med*. 2011; 125:679-87.e1. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.09.033

98. Krishnan E. Gout and the risk for incident heart failure and systolic dysfunction. *BMJ Open*. 2012;2: e000282. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000282

99. Liu SC, Xia L, Zhang J, et al. Gout and risk of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS ONE*. 2015;10: e0134088. doi: 10.1371/journal.pone.0134088

100. Clarson LE, Hider SL, Belcher J, et al. Increased risk of vascular disease associated with gout: a retrospective, matched cohort study in the UK clinical practice research data-link. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74:642-7. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205252

101. Geyte Teng G, Pan A, Yuan JM, Koh WP. Cigarette smoking and risk of incident gout in the Singapore Chinese Health Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(8):1135-42. doi: 10.1002/acr.22821

102. Aringer, K. Costenbader, D. Daikh i soavt.: 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 2019; 78: 1151–1159;

103. Fanouriakis, M. Kostopoulou, A. Alunno et al.: 2019 update of the EULAR recommendations for the management of

systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2019; 78: 736–745

104. Antonis Fanouriakis, 1,2 Myrto Kostopoulou, 3 Kim Cheyema, i soavt, Recommendation 2019 Update of the Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association–European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ ERA–EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. *Ann Rheum Dis*: first published as 10.1136/annrheumdis-2020-216924 on 27 March 2020. Downloaded from

105. Aringer A., Dornier T., Leuchten N., Johnson S.R. Toward new criteria for systemic lupus erythematosus – a standpoint. *Lupus*. 2016; 25: 805–811

106. Tedeschi S.K., Johnson S.R., Boumpas D. et al. Developing and refining new candidate criteria for SLE classification: an international collaboration. *Arthritis Care Res.*, 2018; 70: 571–581

107. Dornier T., Furiye R.: Novel paradigms in systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 2019; 393: 2344–2358

108. Aringer M., Dornier T.: Systemic lupus erythematosus – new classification criteria. *Dtsch. Med. Wochenschr.*. 2018; 143: 811–814

109. Aringer M., Costenbader K., Daikh D. et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systematic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Dis.*, 2019; 78: 1151–1159

110. Aringer M., Costenbader K., Daikh D. et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systematic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.*, 2019; 71: 1400–1412

111. Fanouriakis A., Kostopoulou M., Alunno A. et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management

of systemic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Dis.*, 2019; 78: 736–745

112.Hahn B.H., McMahon M.A., Wilkinson A. et al. American College of Rheumatology guidelines for screening, treatment, and management of lupus nephritis. *Arthritis Care Res.*, 2012; 64: 797–808

### **Adabiyotlar ro‘yxati**

1. Revmatoidnyy artrit. Klinicheskiye rekomendatsii, ARR 2018 g.

2. Revmatoidnyy artrit Ministerstva zdravooxraneniya i sotsialnogo razvitiya Respubliki Kazaxstan ot «29» sentyabrya 2016 goda

3. Jasvinder A. Singh, Kenneth G. Saag, S. Louis Bridges JR., Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis 2015 American College of Rheumatology Care & Research DOI 10.1002/acr.22783 VC 2015.

4. Josef S Smolen, Robert B M Landewé, Johannes W J Bijlsma, Gerd R Vurmester et. all. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update

5. Lisa R. Sammaritano, Bonniye L. Bermas, Eliza E. Chakravarty et. Al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases <https://doi.org/10.1002/art.41191>

6. Lila AM, Alekseyeva LI, Telyshev KA. Sovremennyye podxody k fenotipirovaniyu osteoartrita. *Sovremennaya revmatologiya*. 2019;13(2):4–8)

7. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Kneey Arthritis Care & Research Vol. 72, No.

2. February 2020, pp 149–162 DOI 10.1002/acr.24131 © 2020, American College of Rheumatology)

8. Cisternas MG, Murphy L, Sacks JJ, Solomon DH, Pasta DJ, Helmick CG. Alternative methods for defining osteoarthritis and the impact on estimating prevalence in a US population-based survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016; 68:574–80.

9. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: P1603–58.1-5

10. Qin J, Barbour KE, Murphy LB, Nelson AYe, Schwartz TA, Helmick CG, et al. Lifetime risk of symptomatic hand osteoarthritis: the Johnston County Osteoarthritis Project. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69:1204–12.), (Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, *et al.* The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2011; 19:1270–85.

11. Alekseyeva LI, Taskina YeA, Kashevarova NG. Osteoartrit: epidemiologiya, klassifikatsiya, faktory riska i progressirovaniya, klinika, diagnostika, lecheniye. *Sovremennaya revmatologiya*. 2019;13(2):9–21

12. *Revmatologiya: Rossiyskiye klinicheskiye rekomendatsii / pod red. akad. RAN Ye.L. Nasonova. - M.: GEOTAR-Media, 2019. – 461 s.*

13. *Federalnyye klinicheskiye rekomendatsii. Rossiyskoye obshchestvo dermatovenerologov i kosmetologov. Assositsiya revmatologov Rossii. Moskva 2016*

14. Jasvinder A. Singh, Gordon Guyatt, Alexis Ogdiye, Dafna D. Gladman, Chad Deal, Atul Deodhar et.al. 2018 American



College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *Arthritis & Rheumatology* Vol. 71, No. 1, January 2019, pp 5–32 DOI 10.1002/art.40726 © 2018, American College of Rheumatology

15. Maria Noviani, Mariye Feletar, Peter Nash et.al. Choosing the right treatment for patients with psoriatic arthritis. First Published October 13, 2020 Review Article <https://doi.org/10.1177/1759720X20962623>

16. Alexis Ogdiye, Laura C Coates, Dafna D Gladman et.al. Treatment guidelines in psoriatic arthritis *Rheumatology*, Volume 59, Issue Supplement 1, March 2020, Pages i37–i46, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez383>

17. Laure Gossec, Xenofon Baraliakos, et.al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun; 79(6):700-712. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217159.

18. Maria Noviani, Mariye Feletar, Peter Nash et.al. Peter Nash Choosing the right treatment for patients with psoriatic arthritis. First Published October 13, 2020 Review Article <https://doi.org/10.1177/1759720X20962623>

19. Korotayeva T.V., Korsakova Yu.L., Loginova Ye.Yu., Gubar Ye.Ye., Chamurliyeva M.N. Psoriaticeskiiy artrit. Klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu. *Sovremennaya revmatologiya*. 2018 №2 2018;12(2):22–35

20. Gladman DD, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005 Mar;64 Suppl 2:ii14-7.

21. Mishina OS, Korotayeva TV. Zabolevayemost psoriaticeskim artritom v Rossiyskoy Federatsii: tendentsii na sovremennom etape i perspektivy. *Nauchnoprakticheskaya revmatologiya*. 2015;(53)3:251-7. [Mishina OS, Korotayeva TV. Incidenceye

of psoriatic arthritis in Russia:trends at the present stage and prospects. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya =Rheumatology Sciencye and Practicye. 2015;(53)3:251-7. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-251-257

22. Batkayeva NV, Korotayeva TV, Batkayev EA.Struktura kardiovaskulyarnoy komorbidnosti u bolnyx tyazelymi formami psoriaza: dannyye retrospektivnogo analiza gos-pitalnoy kogorty. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2017;55(5):493-9.[Batkayeva NV, Korotayeva TV, Batkayev EA.The pattern of cardiovascular comorbidity in patiyents with severe forms of psoriasis: data of retrospective analysis of a hos-pital cohort.

23. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya =Rheumato-logy Sciencye and Practicye.2017;55(5):493-9. (In Russ.)]. doi:10.14412/1995-4484-2017-493-499

24. Kristensen LE, Jorgensen TD, Christensen R, et al So-ciyetal costs and patiyents' experiyencye of health inequitiyes before and after diagnosis of psoriatic arthritis: a Danish co-hort study. Ann Rheum Dis. 2017 Sep;76(9):1495-1501. doi: 10.1136/ annrheumdis-2016-210579. Epub 2017 Jan 30.

25. Rheumatism/American College of Rheumatology clas-sification criteria for systemic lupus erythematosus. Annals of Rheumatic Diseases, 2019; 78: 1151–1159;

26. Fanouriakis, M. Kostopoulou, A. Alunno i soavt.: 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: Annals of Rheumatic Diseases, 2019; 78: 736–745

27. Antonis Fanouriakis , 1.2 Myrto Kostopoulou, 3 Kim Cheyema, 4 Hans- Joachim Anders, 5Martin Aringer , 6 Inge-borg Bajema i soavt, Recommendation 2019 Update of the Joint European Leaguye Against Rheumatism and European Renal

Association–European Dialysis and Transplant Association (EULAR/

28. ERA–EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. *Ann Rheum Dis*: first published as 10.1136/annrheumdis-2020-216924 on 27 March 2020.

29. Tan E.M., Cohen A.S., Friyes J.F. i soavt.: The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, 1982; 25: 1271–1277

30. Hochber M.C.: Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, 1997; 40: 1725

31. Petri M., Orbai A.M., Alarcón G.S. i soavt.: Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, 2012; 64: 2677–2686

32. Aringer A., Dornier T., Leuchten N., Johnson S.R.: Toward new criteria for systemic lupus erythematosus – a standpoint. *Lupus*, 2016; 25: 805–811

33. Tedeschi S.K., Johnson S.R., Boumpas D. i soavt.: Developing and refining new candidate criteria for SLE classification: an international collaboration. *Arthritis Care Res.*, 2018; 70: 571–581

34. Dornier T., Furiye R.: Novel paradigms in systemic lupus erythematosus. *Lancet*, 2019; 393: 2344–2358

35. Aringer M., Dornier T.: Systemic lupus erythematosus – new classification criteria. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 2018; 143: 811–814

36. Aringer M., Costenbader K., Daikh D. i soavt.: 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systematic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Dis.*, 2019; 78: 1151–1159

37. Aringer M., Costenbader K., Daikh D. i soavt.: 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systematic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.*, 2019; 71: 1400–1412

38. Fanouriakis A., Kostopoulou M., Alunno A. i soavt.: 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Dis.*, 2019; 78: 736–745

## M U N D A R I J A

Qisqartmalar ro'yxati .....	3
Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati .....	6
Kirish .....	11
<b>Osteoartroz .....</b>	<b>12</b>
Ta'rif va tasnifi .....	13
Kasallik tekshiruv usullari .....	15
Tashxis mezonlari .....	18
Qiyosiy tashxis .....	20
Davolash .....	21
Reabilitasiya .....	33
Profilaktika va dispanser nazorati .....	34
Tibbiy yordamni tashkil qilish .....	35
<b>Revmatoid artrit .....</b>	<b>36</b>
RA tasnifi .....	37
Kasallikni tashxislash .....	40
Davolash .....	50
Medikamentoz davolash .....	51
Reabilitasiya .....	62
Profilaktika va dispanser kuzatuv .....	64
Tibbiy yordamni tashkil qilish .....	64
<b>Psoriatik artrit .....</b>	<b>67</b>
PsA tasnifi .....	68
Kasallik diagnostikasi .....	69
Qiyosiy tashxis .....	76
Davolash .....	78

## Mundarija

---

Reabilitasiya .....	91
Profilaktika va dispanser kuzatuv .....	92
Tibbiy yordamni tashkil qilish .....	93
<b>Ankilozlovchi spondilit (Bexterev kasalligi) .....</b>	<b>95</b>
Ankilozlovchi spondilit tasnifi .....	97
Tashxis .....	98
Davo .....	111
Reabilitasiya .....	119
Profilaktika va dispanser kuzatuv .....	120
Tibbiy yordamni tashkil qilish .....	121
<b>Podagra .....</b>	<b>123</b>
Atamalar va ta'riflar .....	123
Tashxislash .....	128
Davolash usullari .....	132
Reabilitasiya .....	136
Profilaktika va dispanser kuzatuv .....	137
Tibbiy yordamni tashkil qilish .....	137
<b>Tizimli qizil bo'richa .....</b>	<b>140</b>
Ta'rifi va tasnifi .....	140
Qiyosiy tashxislash .....	141
Davolash .....	152
Reabilitasiya .....	163
Profilaktika va dispanser nazorati .....	164
Tibbiy ko'rikni tashkil qilish .....	166

<b>Tizimli sklerodermiya .....</b>	<b>169</b>
Ta`rifi va tasnif .....	169
Kasallikni tashxislash .....	172
Davosi .....	178
O`pka arterial gipertenziyasi .....	180
Reabilitasion tadbirlar .....	186
<b>Idiopatik yallig`lanuvchi miopatiyalar .....</b>	<b>188</b>
Ta`rifi va tasnifi .....	188
Atamalar va tushunchalar .....	189
Idiopatik yallig`lanish miopatiyalarining tasnifi .....	190
Instrumental tadqiqotlar .....	195
Davolash .....	197
Reabilitasiya choralari .....	203
<b>Tizimli vaskulitlar .....</b>	<b>204</b>
Ta`rifi va tasnifi .....	204
TV klassifikasiyasi .....	205
Tizimli vaskulitlar diagnostikasi .....	211
ANSA-assosirlangan tizimli vaskulitlar .....	216
Tizimli vaskulitlarni davolash .....	220
<b>Ilovalar .....</b>	<b>235</b>
Revmatoid artrit .....	237
Ankilozlovchi spondilit .....	249
Psoriatik artrit .....	254
Bemorning ma`lumotli roziligi .....	276
Adabiyotlar ro`yxati .....	279





O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

**X.T.Miraxmedova, X.X.Xamrayev,  
Sh.X.Ziyadullayev, I.I.Sultonov**

# REVMATIK KASALLIKLAR

*o'quv qo'llanma*

Toshkent – «Adast-poligraf» nashriyoti – 2022

<i>Muharrir</i>	I.Qudratova
<i>Musahhih</i>	N.Inoyatova
<i>Sahifalovchi</i>	U.Saidov

Litsenziya raqami AI №3988. 14.09.2020-y.  
Bosishga 2022-yil 27-dekabrda ruxsat etildi.  
Bichimi 60x84 1/16. Ofset qogo'ozu. Times garniturasu.  
Shartli bosma tabog'i 19,0. Adadi 100 nusxa. Buyurtma №114.

«Adast-poligraf» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.  
Manzil: Toshkent shahri, Sirg'ali tumani, 7G-38, 3/14.



**Miraxmedova Xilola Tuxtasinovna -**  
TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi  
kafedrasi mudiri, t.f.d. SSV revmatologiya  
bo'yicha bosh maslahatchisi



**Xamroyev Xamza Xamidullayevich -**  
tibbiyot fanlari nomzodi, 1-son ichki  
kasalliklar kafedrasi dosenti,  
oliy toifali vrach



**Ziyadullayev Shuxrat Xudayberdiyevich -**  
tibbiyot fanlari doktori, dotsent,  
SamDMU ilmiy ishlar va innovasiyalar  
bo'yicha prorektor, 1-son ichki  
kasalliklar kafedrasi mudiri



**Sultonov Ilxomjon Islom o'g'li -**  
SamDTU 1-son ichki kasalliklar  
kafedasi o'qituvchisi, tibbiyot  
fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD)