

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА ТИББИЙ  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“ПСОРИАТИК АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**  
Тошкент тиббиёт академияси  
ректори т.ф.д., профессор  
Ш.А. Баймуралов

  
23 май 2025 йил

**«ПСОРИАТИК АРТРИТ» НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

## Мундарижа

“ПСОРИАТИК АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	5
“ПСОРИАТИК АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	44
“ПСОРИАТИК АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАТСИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	48

**“ПСОРИАТИК АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми.

Ушбу клиник протокол псориастик артрит билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш бўйича тавсияларни, базис ва яллиғланишга қарши дорилар билан даволаш учун стратегик тавсияларни ўз ичига олади. Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқишда Россия ревматологлари Ассоциациясининг "Псориастик артрит" клиник тавсиялари, EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies, Америка ревматологлар колледжи / Псориазнинг миллий фонди (ACR / NPF), GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) псориаз ва псориастик артритни тадқиқот қилиш ва баҳолаш гуруҳи клиник тавсиялари асос қилиб олинди.

### Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар)и:

ХКТ-10/11	
Код: M07*/FA21	<b>Псориастик ва энтеропатик артропатиялар;</b>
M07.0/FA21.Y	– Дистал фалангалараро артропатия (L40.5+)
M07.1/FA21.Y	– Мутирилловчи артрит
M07.2/FA21.0	– Псориастик спондилит (L40.5+);
M07.3/FA21.Z	– Бошқа псориастик артропатиялар (L40.5+).
<b>Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан хавола)</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12048">https://mkb-10.com/index.php?pid=12048</a>

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** Баённома 2025 йил ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил;

**Миллий клиник баённома ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** РИТваТРИАТМ, Тошкент тиббиёт академияси.

**Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:**

Жараёни ташкил этиш бўйича ревматология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

<b>Азизова Ф.Л.</b>	<b>ТТА илмий ишлар бўйича проректор т.ф.д., профессор</b>
<b>Аляви Б.А.</b>	РИТваТРИАТМ директори, т.ф.д., профессор
<b>Мирахмедова Х.Т.</b>	ССВ ревматология бўйича бош консультант т.ф.д., проф. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири.
<b>Рахимова Д.А.</b>	РИТваТРИАТМ лаборатория раҳбари т.ф.д., ССВ терапия хизмати бўйича бош мутахассис
<b>Алиахунова М.Ю.</b>	РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудири т.ф.д., профессор
<b>Набиева Д.А.</b>	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
<b>Дадабаева Н.А.</b>	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти, т.ф.н.

### Муаллифлар рўйхати:

<b>Мирахмедова Х.Т.</b>	<b>ССВ ревматология бўйича бош консультант т.ф.д., проф. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси</b>
-------------------------	--

<b>мудири.</b>	
<b>Рахимова Д.А.</b>	РИТваТРИАТМ лаборатория рахбари т.ф.д., ССВ терапия хизмати бўйича бош мутахассис
<b>Алиахунова М.Ю.</b>	РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудири т.ф.д., профессор
<b>Дадабаева Н.А.</b>	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти, т.ф.н.
<b>Набиева Д.А.</b>	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
<b>Шодидулова Г.З.</b>	СамДТУ 1-сон ички касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., Самарканд вилояти бош ревматологи
<b>Джураева Э.Р.</b>	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси доценти, т.ф.н.
<b>Хамраев Х.Х.</b>	СамДТУ 1-сон ички касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.
<b>Абдуллаев У.С.</b>	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти, т.ф.н.
<b>Мухсимова Н.Р.</b>	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти, т.ф.н.
<b>Саидрасулова Г.Б.</b>	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти, т.ф.н.
<b>Бердиева Д.У.</b>	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси ассистенти, т.ф.н.
<b>Нажмиддинов Г.Р.</b>	Фарғона вилояти бош ревматологи
<b>Бомуродова Д.Б.</b>	Бухоро вилояти бош ревматологи

#### **Такризчилар:**

<b>Ахмедов Х.С.</b>	- 2-сон оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
<b>Шукурова Сураё Мақсудовна</b>	– Тожикистон Фанлар академияси аъзоси, Малака ошириш институти терапия ва кардиоревматология кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Клиник баённома ТТА илмий кенгашида кўриб чиқилди ва \_\_\_\_\_ №\_\_ сонли баённомаси билан тасдиқланди.

#### **Техник экспертиза ва тахрирлаш:**

1. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти Н.Мухсимова;
2. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти Г.Саидрасулова.

#### **Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:**

1. Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази кардиоревматология бўлими мудири, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси Сабирова Феруза Бадриддиновна.

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

Клиник протоколларнинг қабул қилиниши ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий бўғини вакиллари билан биргаликда амалга оширилди.

#### **Амалиётчи шифокорлар:**

1. М.В.Мирхамидов – ТТА кўп тармоқли клиникаси ревматология бўлими мудир.
2. Ш.Ш. Шожалилов – ТТА кўп тармоқли клиникаси СКАЛ ревматология бўлими мудир.
3. Н.А.Абдувалиева – Тошкент вилояти Олмалиқ шаҳри КТМП ревматолог шифокори.

#### **Баённома протоколда фойдаланилган қисқартмалар:**

<b>АДА</b>	<b>- адалимумаб</b>
<b>АС</b>	– анкилозловчи спондилит
<b>АСТ</b>	– аспартатаминотрансфераза
<b>АЛТ</b>	–аланинаминотрансфераза
<b>ASAS</b>	-Assessment of pondyloArthritis International society-спондилоартритларни ўрганувчи халқаро жамоа
<b>БЯҚВ</b>	– базис яллиғланишга қарши воситалар
<b>БЯО</b>	– белдаги яллиғланиш оғриғи
<b>БИГК</b>	– бўғим ичи глюкокортикоидлар
<b>БОБ</b>	– беморларда оғриқни баҳолаш
<b>БКБ</b>	– беморларда касалликни баҳолаш
<b>ВАШ</b>	– визуал-аналогли шкала
<b>BSA</b>	-псориатик тери жароҳатланиш майдони BSA (Body Surface Area, %)
<b>PASI</b>	–псориазнинг тарқалганлик ва оғирлик индекси (Psoriasis Activity Score Index)
<b>ГИБВ</b>	– ген-инженер биологик воситалар
<b>ГК</b>	– глюкокортикоидлар
<b>ДФАБ</b>	– дистал фалангаларо бўғим
<b>ИЛ</b>	– интерлейкин
<b>ИНФ</b>	– инфликсимаб
<b>и-ФНО-α</b>	– ФНО-альфа ингибиторлари
<b>ИЛ-17</b>	- интерлейкин 17 ингибиторлари
<b>КШБ</b>	– касалликни шифокор баҳолаши
<b>ЛеФ</b>	- лефлуномид
<b>МРТ</b>	– магнит-резонанс даволаш
<b>МТ</b>	- метотрексат
<b>НЯҚВ</b>	– ностероид яллиғланишга қарши воситалар
<b>HLA-B27</b>	- одам лейкоцитар В27 антигени

<b>ОБС</b>	– оғриқли бўғимлар сони
<b>ПсА</b>	– псориастик артрит
<b>Пс</b>	– псориаз
<b>РФ</b>	– ревматоид омил
<b>СЕК</b>	- секукинумаб
<b>СРО</b>	– С-реактив оқсил
<b>СпА</b>	– спондилоартритлар
<b>ССЗ</b>	- сульфасалазин
<b>тсБЯҚВ</b>	– таргет синтетик БЯҚВ
<b>УТТ</b>	-ультратовуш текшируви
<b>ФС</b>	– функционал синф
<b>ЦсА</b>	-циклоспорин
<b>ЦЦПА</b>	- циклик цитруллин пептидга антитана
<b>ШБС</b>	– шишган бўғимлар сони
<b>ЭЧТ</b>	– эритроцитлар чўкиш тезлиги
<b>ЭТА</b>	– этанерцепт
<b>ЭКГ</b>	-электрокардиография
<b>ЭхоКГ</b>	-эхокардиография
<b>ЭГФДС</b>	-фиброгастроскопия

#### **Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:**

- 1.Ревматологлар;
- 2.Терапевтлар;
- 3.Оилавий шифокорлар;
- 4.Травматологлар – ортопедлар;
5. Дерматовенерологлар;
6. ЖТШ шифокори, физиотерапевт;
- 7.Тиббиёт олийгоҳлари магистрлари, клиник ординаторлари ва катта курс талабалари.

#### **Беморлар тоифаси:**

Псориастик артритли беморлар

#### **Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ДД)**

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши

	бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала**

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар (РТТ) нинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

РТТ	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

**2. Асосий қисм.**

**Кириш:**

Псориастик артрит сурункали прогрессив кечиши, таянч-ҳаракат тизимининг функционал қобилятининг бузилиши ва беморнинг ҳаёт сифатининг ёмонлашиши туфайли муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади.

Псориастик артрит - сурункали касаллик бўлиб, псориаз касаллиги ва яллиғланишли артрит белгиларини бирлаштиради. Ушбу касаллик долзарбдир, чунки у беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтириши, оғриқ, шиш ва бўғимлар ҳаракатининг

чекланишини, шунингдек, псориазнинг тери кўринишини келтириб чиқариши мумкин. Ушбу касалликнинг аҳамияти меҳнат қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик каби омилларга боғлиқ.

ПсАнинг эпидемиологияси кам ўрганилган. Аммо псориаз ер юзи аҳолининг 2-7% жароҳатлагани маълум. Псориазлар ичида артритнинг тарқалганлиги турли маълумотларга кўра 7 дан 47% гачани ташкил қилади. Умумий популяцияда ПсАнинг тарқалганлиги 0,04-1,4%ни ташкил қилади, баъзи давлатларда, масалан Италияда бу касаллик ревматоид артритга нисбатан кўп учрайди. Касаллик турли ёшда, аммо кўп учраши хаётнинг иккинчи ва учинчи босқичида, эркак ва аёлларда бир хил кузатилади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### Умумий таърифи:

Псориатик артрит – одатда псориаз билан касалланган беморларда кузатиладиган бўғимлар, умуртқа погонаси ва энтезисларнинг шикастланишига олиб келадиган иммун яллиғланиш касаллигидир. ПсА дерматология ва ревматология пиллапоясида турган касалликнинг классик намунаси.

ПсА периферик спондилоартритлар кичик гуруҳига тегишли, клиник кечишида периферик бўғимларнинг яллиғланиши кузатилиб (артрит), энтезис (энтезит) қўл ва оёқ бармоқлари пайлари (теносиновит, дактилит), кўпинча аксиал суяклар зарарланиши билан бирга (спондилит, сакроилеит) кечади.

ПсА ривожланиши сабаблари ноаниқ қолмоқда. Унинг шаклланиш омиллари орасида генетик, иммунологик ва экологик омиллар мавжуд. ПС ва ПсА ривожланишига ирсий мойиллик мавжуд: ПсА касалликларининг 40% дан ортиқ бу касалликлардан азият чекадиганлар бирламчи даражали ирсийликка эга. Тирноқларни зарарланиши, бошнинг сочли қисми псориази, инсерт псориаз, шикастланиш ва тамаки чекиш хавф омилли сифатида псориаз беморларни ПсА ривожланиш хавфини оширади. ПсА беморнинг таянч-харакат тизимида зўриқишни келтириб чиқарадиган ва хаёт сифатига салбий таъсир кўрсатадиган юрак-қон томир, психологик ва метаболик ёндош касалликлар билан бирга учраши мумкин.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### Клиник таснифи:

ПсАнинг клиник вариантлари	Таърифи
Кўл ва оёқ кафти Дистал фалангаларининг бирламчи зарарланиши (дистал шакл)	кўл ва / ёки оёқларнинг классик изоляцияланган ДМФС зарарланиши ПСА касалларининг 5% да кузатилади. ДМФС иштироки бошқа бўғимлар билан бирга кўпинча ПСА нинг бошқа клиник вариантларида кузатилади

Ассиметрик моно/олигоартрит	ПСА билан оғриган беморларнинг кўпчилигида (70% гача) содир бўлади. Одатда, қўл ва оёқларнинг тизза, билак, билак- тирсак ва интерфалангеал бўғимлари иштирок этиб, яллиғланган бўғимларнинг умумий сони 4 тадан ошмайди.
Симметрик полиартрит (ревматоид шакли)	ПСА билан оғриган беморларнинг 15-20% да кузатилади. РА каби боғланган жуфт бўғимларнинг иштироки билан характерланади. Беш ва ундан ортиқ бўғимларнинг ассиметрик полиартрити тез-тез кузатилади
Псориатик спондилит	периферик артрит билан тез-тез (тахминан 50%) биргаликда, камдан-кам ҳолларда (2-4%)- изоляция қилинган спондилит кузатилади
Мутилирланган артрит	5% беморларда кузатилган ПСА нинг ноёб клиник шакли бармоқлар ва/ёки оёқларнинг "телескопик деформация" шаклланиши, қисқариш, кўп томонлама сублуксациялар билан бўғим юзаларининг кенг тарқалиши (остеолиз) билан тавсифланади. Шу билан бирга бўғим юзаларининг маҳаллий (чегараланган) остеолизи барча ПсАнинг клиник вариантларида ривожланиши мумкин

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>

<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### 3. Усуллар, ёндашувлар ва таъхислаш жараёнлари.

#### Таъхислаш мезонлари:

#### ПсА CASPAR Таъхислаш мезонлари (CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006).

ПСА диагностикаси CASPAR таснифи мезонларига асосланади. CASPAR мезонларига кўра, беморларда яллиғланиш касаллиги (артрит, спондилит ёки ентерит) ва 3 ёки ундан ортиқ нукта белгилари бўлиши керак:

1 Псориаз: - псориаз курик вақтида - псориаз анамнезда - псориаз оила анемнези	Балл 2 1 1
2. Псориатик тирноқ дистрофияси: Бармоқ нуктаси, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Салбий ревматоид омил (бошқа латекс синов усули)	1
4. Дактилит: - текшириш вақтида бутун бармоқнинг шишиши - дактелит анамнезда	1 1
5. Қўшимча суяк радиологик белгилари маргинал ўсиш турлари бўйича пролиферация (ташқари остеофитлар) қўл ва оёқ рентгенографларида	1

### ПсАда спондилит ташхиси

<p><b>ПсАда спондилит ташхиси (синоним: псориастик спондилит) куйидаги 4та белгилардан 2таси асосида кўйилади.</b></p>	<p>Белда яллиғланиш оғриғи учун (2009) ASAS меъзонлари.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASAS (2009) меъзонида асосан белда яллиғланиш оғриғи, шунингдек думбада ғижимловчи оғрик.</li> <li>2. Умуртқа поғонасининг сагиттал ва фронтал сатхида бўйин, кўкрак ёки бел қисмида ҳаракат чекланиши.</li> <li>3. Бир томонлама сакроилеит II босқич белгилари ва кўпроқ тос обзор рентгенограммасида, умуртқа поғонасида синдесмофитлар.</li> <li>4. МРТда фаол сакроилеит аниқланиши (остеит/ STIR- ёки T1 – режимда илеосакрал чигал соҳасида суяк тўқимаси шиши)</li> </ol>	<p>Белдаги оғрик яллиғланиш йўли ҳисобланади, агар беморда оғрик сурункали бўлса, давомийлиги 3 ойдан кўп бўлса, куйидаги 5та белгидан 4таси бўлса:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Касаллик 40 ёшдан бошланса</li> <li>2. Секин-асталик билан бошланса</li> <li>3. Жисмоний машқдан кейин яхшиланса</li> <li>4. Тинч ҳолатда енгиллик бўлмаса</li> <li>5. Тунги оғрик</li> </ol>

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### Касаллик фаоллик даражалари

0 - ремиссия (DAS <1,6, ЭЧТ ва СРО – норма)

I - паст (1,6 ≤ DAS < 2,4, ЭЧТ ва СРО гача 20)

II - урта (2,4 ≤ DAS ≤ 3,7, ЭЧТ ва СРО 20-40)

III - баланд (DAS > 3,7, ЭЧТ ва СРО > 40)

*DAS индекси периферик артрит фаолиятини баҳолаш учун асосий усул сифатида тавсия этилади.*

*DAS Ҳисоблаш учун формула:*

$$DAS = 0,54 \sqrt{IP} + 0,065 ШУС + 0,330 \ln(ЭЧТ) + 0,072 БКФ$$

Бу ерда, ШБС – куйидаги шишган бўғимларнинг сони 28: елка, тирсак, билак-кафт, кафт-фалангалар, проксимал фалангалараро, тизза.

*IP-индекс Ричи – хар бир бўғимнинг пальпацияда оғриқнинг яққоллик даражаси (тоссон бўғимида фақатгина пассив ҳаракатда оғриқ бўлиши)*

*ЭЧТ – Вестергрен усулида эритроцитлар чўкиши тезлиги,*

*БКФ – беморнинг касаллик фаолиятини умумий баҳолаш ммда 100 миллиметрли визуал аналогли шкалада*

*Фаолиятни ҳисоблашнинг бошқа усулларидан фойдаланган маъқул, бунинг учун DAS билан яхши таққосланувчанлик исботланган*

Спондилит фаоллиги Батский фаллик индекси BASDAI ёрдамида аниқланади (анкетанинг ўзи 6 та саволдан иборат, иловага қаранг)

*BASDAI < 4 – функция бузилмаган, ПсА фаоллиги паст;*

*BASDAI>4 – функция бузилмаган ва BASDAI<4 функция бузилиши билан бирга– ўртача фаолликда;*

*BASDAI >4 функция бузилиши билан бирга – юқори фаоллик;*

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

Псориаз билан оғриган беморларда ПСА ривожланишига таъсир қилувчи омиллар

Хавф омилли	Таърифи
Ташқи	1. Травма 2. инфекция 3. Психоэмоционал зўриқишлар, стресслар
Ички	1. ПС ва ПСА ривожланишига генетик мойиллик 2. Нейроэндокрин ва иммун (цитокин, chemokine) тартибга солувчи механизмларнинг бузилиши. 3. Семириш 4. Чекиш

Айниқса ёшлиқда семизлик ва тамаки чекиш псориаз билан оғриган беморларда ПСА ривожланиш омиллари ҳисобланади.

### Клиник диагностика

#### Шикоятлар:

Қўл ва оёқ кафти, тизза, болдир-товон, камроқ елка, тирсак ва чаноқ-сон бўғимларида оғриқ ва шиш, бунда исталган бўғимлар зарарланиши мумкин.

зарарланган бўғимлардаги қарахтлик

қўл ёки оёқ бармоқларидан бирининг сосискасимои шиши

юрганда тўпиқларда оғриқ, Ахиллов пайининг бириккан жойида

думба ёки белда яллиғланиш ғижимловчи оғриқ

умуртқа поғонаси ҳар қандай қисмида оғриқ, асосан бўйин ёки бел-думғаза

сохаларида, тунда пайдо бўлувчи, жисмоний машқлар ёки НЯҚВдан кейин камаяди.

#### Анамнези:

Анамнезида псориаз, текширув вақтида ёки оилавий анамнезида псориаз бўлса.

70% беморларда псориастик тери зарарланиши бўғимлар, умуртқа поғонаси ёки энтезисларлар шикастланишидан аввал пайдо бўлади, 20% да улар бир вақтда ривожланади, 15-20% да псориазнинг биринчи клиник кўринишларидан олдин ПСА пайдо бўлади. Аммо ПС нинг йўқлиги ПСА ташхисини истисно қилмайди.

### Физикал текширув маълумотлари

Клиник кўринишлари	
Тери псориази	ёзувчи юзалар, буқувчи сохаларда, қўли кафти, оёқ кафти, бошнинг сочили қисмида, думба бурмаларида қизил қипиқланувчи пиллакча. Псориастик триада: стеарин доғ; терминал қобик; қон шудринги (Ауспитц феномени)
Тирноқ псориази	тирноқ жароҳатланиши: ониходистрофия, онихолизис,

	«учқун» симптоми, кўндаланг тарғиллик.
Периферик артрит	клиник жихатдан бўғимларда оғриқ, шиш ва ҳаракат чегараланиши билан намоён бўлади. Характерли белгилари: қўл ва оёқ қафти дистал фалангалараро бўғимлар артритива “редискасимон” деформация, аксиал артрит (бир вақтнинг ўзида битта бармоқнинг 3та бўғими жароҳатланиши), дактилит ва қўл-оёқ қафти “сосискасимон” деформацияси.
Дактилит - (бармоқ яллиғланиши)	бир вақтнинг ўзида бармоқлар йиғувчи ва ёзилувчи пайлар жароҳатланиши ва фалангалараро бўғимлар артрити натижасида пайдо бўлади. Клиник жихатдан оғриқ, ҳамма бармоқларнинг бир маромда шиши тери қопламининг кўкимтир рангда бўлиши, ҳаракатда оғриқ, ПсА га характерли бармоқларнинг “сосискасимон” деформацияси тарзида намоён бўлади. Кўп ҳолатларда теносиновит-қўл ва оёқ қафти букилувчи ва ёзилувчи пайларида яллиғланиш кузатилади. Клиник жихатдан тоғай йўлида оғриқ ва шиш кузатилади.
Энтезит- ПсАнинг эрта пайдо бўлиши	клиник жихатдан оғриқ, баъзида энтез нуқтасида шиш пайдо бўлади. Локализацияси- тизза усти юқори соҳаси, ёнбош суяги қирғоғи (қанотлари), трохантерлар, ахиллов пайи ва товон суяги ёнбош апоневрози бирикиш жойи, елка суяги латерал дўмбокчасида. Товон соҳаси энтезитлари кўпинча беморларнинг функционал қобилятини камайтириш сабаби ҳисобланади.
Спондилит, сакроилеит	умуртқа поғонаси жароҳатланиши (псориатик спондилит), кўпинча периферик артрит билан бирга келади. Яккаланган спондилит кам учрайди (4%). ПсАнинг хоҳлаган клиник шаклида умуртқа поғонасининг тўлиқ жароҳатланиши ва ASAS (2009) меъзонига асосан белда яллиғланиш оғриғи умуртқа поғонасининг турли соҳаларида, асосан бўйин ва бел қисмида, қарахтлик, асосан бир хил позада ва эрталабки вақтда, умуртқа поғонасининг ҳаракатчанлиги чегараланиши уч сатҳда (горизонтал, фронтал, сагиттал), кўкрак қафаси экскурсияси сусайиши, нафас олганда кўкрак қафасида оғриқ, шунингдек умуртқа поғонаси ўткир ўсиғи пальпациясида оғриқ кузатилиши бир томонлама ёки ассиметрик сакроилеит ҳос.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline> <https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**Лаборатория текширувлари.**

#### Асосий лаборатория текширувлари:

Махсус лаборатория тестлар ва биомаркерлар мавжуд эмас

Умумий қон анализи, сийдик

СРО, ревматоид омиллар (IgM РФ)

АЦЦП

ҚБТ: АСТ ва АЛТ, креатинин, глюкоза

Сийдик кислота

Гепатит В, С вируслари, ОИТС маркерлари

Хомиладорлик тести

Манту туберкулин синамаси ва /ёки Диаскин тест

Қонда липидлар

HLA-B27

#### **Яллиғланиш фаоллиги кўрсаткичлари**

**ЭЧТ** – тизимли яллиғланишнинг юқорисезувчан, аммо носпецифик ва ностабил маркери.

**СРО** - яллиғланиш фаоллигини баҳолаш, бўғимлар деструкциясини тезлигини башоратлаш учун қўлланади.

<b>1 А</b>	Ҳар битта беморда адекват терапия ўтказиш мақсадида яллиғланиш фаоллиги аниқланиши зарур.
------------	---

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### **Инструментал текширувлар.**

##### Асосий инструментал текширувлари:

Кафт,товон, тос суяклари ва умуртқа поғонаси обзор рентгенографияси

Бўғимлар УТТси

МРТ

Ўпка рентгенографияси

ЭКГ

ЭхоКГ

**Рентгенография** -қўл ва оёқ кафти, тос суяклари ва чаноқ-сон бўғими тўғри проекцияда ва умуртқа поғонасига ўтиш қисмида (кўкрак пастки қисми бел қисми билан биргаликда ён проекцияда) бирламчи текширув мақсадида ва бир йилда бир марта ўтказилади.

кафт ва товон рентгенографиясида– бўғим тирқиши торайиши, суяк ремодуляцияси,охирги фалангаларнинг резорбцияси, йирик эксцентрик эрозиялар, остеолити хос. «Стакан ичидаги қалам» типдаги деформация, пролиферация, периоститлар, суяк анкилозлари хос;

Тос ва чаноқ-сон бўғими рентгенографиясида бир томонлама ёки ассиметрик икки томонлама сакроилит хос

Умуртқа поғонасининг ўтувчи қисми рентгенографиясида паравертебрал оссификатлар ва қирғоқ синдесмофитлари хос

**УТТ энергетик доплер хариталаш усули** бўғим юмшоқ тўқима структураларининг ўзгаришларини аниқлашда, айниқса эрта ПсАни аниқлашда, БЯҚВ ва ГИБВлар даволаш фонидида ремиссия сақланишини башоратлашда муҳим афзалликларга эгадир.

УТТ ПсА беморларда синовит (яллиғланиш) ва энтезит, теносиновитни аниқлашда сезгир усул хисобланади.

Бўғимлар УТТ сида қуйидаги параметрлар баҳоланади: синовиал қобикнинг қалинлашиши, бўғимда шиш бўлиши, бўғим юзасининг контури бузилиши (эрозия), бўғим олди тўқималарининг ўзгариши (теносиновит)

УТТ энергетик доплер хариталаш усулида яллиғланиш яққоллигини кўрсатувчи сигнал локализациясини, тарқалишини ва интенсивлиги аниқланади.

**МРТ**- стандарт ултратовушга қараганда кенгрок нуктаи назар билан суяк ва тоғайнинг юмшоқ тўқималарини аниқ тасвирлашга имкон беради. МРТ умуртқа поғонасининг (спондилит) ва илеосакрал чигалда (сакроилеит), пай-боғлам аппаратида (энтезит, тендинит) ва бўғимларда (синовит) яллиғланиш ўзгаришларини эрта аниқлашга мўлжалланган.

Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси беморларда ўпканинг ёндош жароҳатланишини аниқлашда, бирламчи текширувда, БЯҚВ ва ГИБВ тавсия қилишдан олдин сўнг хар йили ўтказилади. ЭКГ камида бир йилда бир марта юрак-қон томир касалликларини аниқлаш учун.

**ЭКГ** - юрак-қон томир патологияларини аниқлашда йилига 1 мартадан кам бўлмаган вақтда амалга оширилади.

**ЭхоКГ**- қон-томир патологияларига шубха бўлганда

#### **Рентгенография:**

<b>1 А</b>	Псориатик артрит ташхислаш ва бўғимлар зарарланиш даражасини динамикада текшириш мақсадида барча беморларда, йилида бир марта рентгенографик текширувлар ўтказиш тавсия этилади.
------------	--

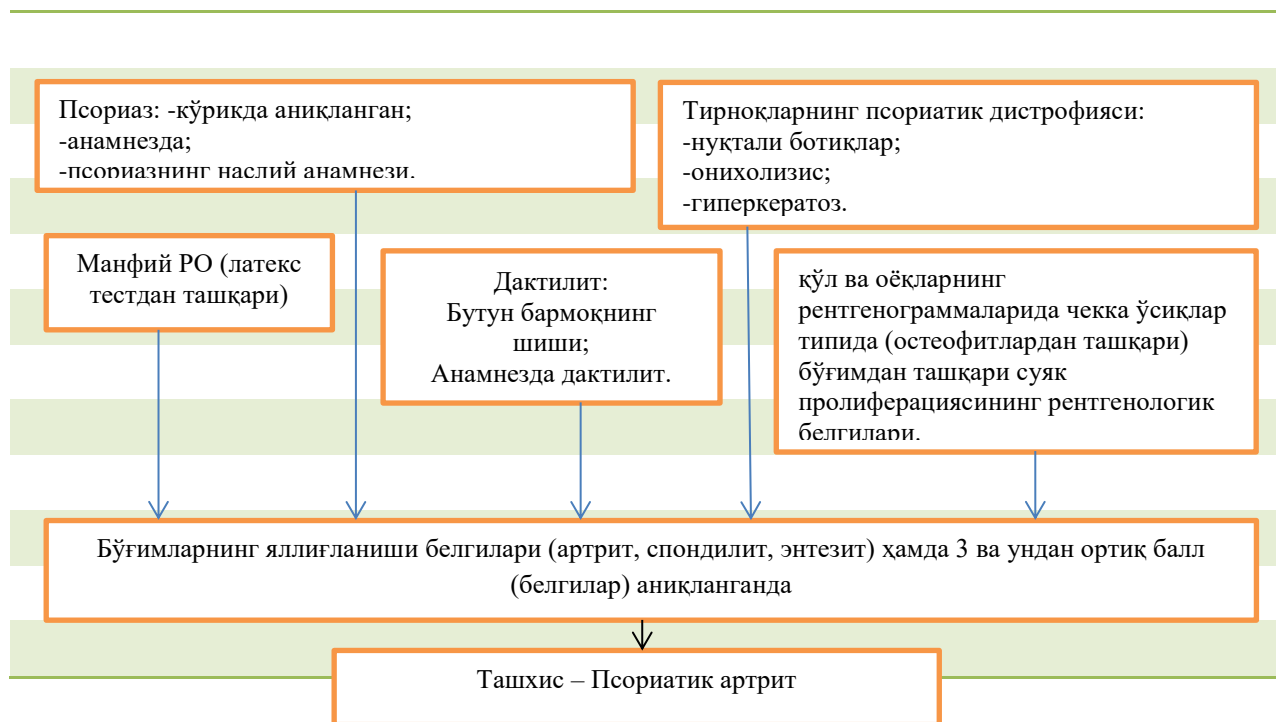
#### **Мутахассисларнинг консультатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- Невропатолог – умуртқалараро бўғимлар шикастланганида;
- Онколог–умуртқа поғонаси ва чаноқ суяқларининг онкологик касалликлари ва метастазларини истисно қилиш мақсадида;
- Остеофтизиатр – суяк-бўғим тизимининг сил генезли шикастланишини истисно қилиш мақсадида;
- Дерматовенеролог – псориатик тери зарарланишини даволаш мақсадида;
- Травматолог – бўғимларни жаррохлик даволаш масаласини хал қилиш мақсадида;
- Инфекционист– бўғимларнинг инфекцион этиологияли шикастланишини истисно қилиш мақсадида.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### **Ташхислаш алгоритми:**

Бўғимларнинг яллиғланиши белгилари билан беморлар учун (артрит, спондилит, энтезит) ҳамда 3 ва ундан ортиқ балл йиғганлар учун (кейинги 5 та тоифа ичидан)



[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Реактив артрит	Оёқ бўғимларининг шикастланиши, думғаза ёнбош артикуляциясининг шикастланиши	Урогенитал инфекция учун ИФА, тос суяклари ичак инфекция рентгенография	Терида псориастик пиллакчаларнинг бўлмаслиги, сийдикда жинсий ёки ичак инфекциясининг мусбат бўлиши
Ревматоид артрит	Майда кафт бўғимларининг жароҳатланиши	РФ, АЦЦП қўл бўғимларининг рентгенографияси.	Қўл бўғимларининг симметрик артрити, эрталабки қарахтлик. Қўл кафти рентгенограммасида; Эпифизар остеопороз, бўғим тирқишининг торайиши, хошиялар
Подагра	1-бош фаланга бўғимининг жароҳатланиши	Сийдик кислотаси учун қон тести	Асосан эркаклар, ўткир артрит мавжудлиги анамнезида (қўпинча моноартрит оёқнинг 1-бош бармоғи) гиперурикемия.

Анкилозловчи спондилит	Периферик шаклида оёқ бўғимларинг шикастланиши, думғаза ёнбош чигалининг шикастланиши	HLA B27, тос суяклари рентгенографияси	касалликнинг аста-секин бошланиши, асосан яллиғланиш белда оғрик, эрталабки қарахтлик мавжудлиги, 2 томонлама сакроилеит

### Касаллик белгилари асосида қиёсий таъхис

Клиник кўринишлари	Псориастик артрит	Ревматоид артрит	Анкилозловчи спондилит	Реактив артрит
Жинси	Иккала жинсдаги беморларда бир хил сонда	Кўпинча аёлларда	Купинча эркакларда	Купинча эркакларда
Дистал фалангалараро бўғим	Жуда тез-тез	Камдан кам	Кузатилмайди	Кузатилмайди
Дактилит	тез-тез	Кузатилмайди	Камдан кам	Тез-тез
Энтезит	Ўртача частота	+	Тез-тез	ўртача частота
Спондилит	ўртача частота	-	Жуда тез-тез	+
Сакроилеит	асимметрик	-	симметрик	асимметрик
Кўз, тери ва урогенитал худуднинг шикастланиши	Камдан-кам ҳолларда олд увеит, псориастик кафти	Камдан кам	Кўпинча олдинги увеит, иридоциклит	Кўпинча ўтқир конъюнктивит. уретрит, цервицитит
Артрит типлари	Асимметрик олиго-, полиартрит	Симметрик полиартрит	Оёқ бўғимлари артрити, спондилит	Оёқ бўғимлари олигоартрити
РО	Йўқ	Жуда тез-тез	Кузалтилмайди	Кузалтилмайди

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline> <https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### 4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

##### Номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:

##### Умумий тамойиллар.

ПСА-кўп тармоқли даволанишни талаб қиладиган гетероген, потенциал оғир касаллик шунинг учун, псориастик артрит билан оғриган беморларни даволаш ревматолог ва дерматологнинг биргаликдаги қарорига асосланган бўлиши керак

Беморларни даволашда тизимли кўринишларни (тери, кўзлар ва ошқозон-ичак тракти) ва ёндош касалликлар метаболик синдром, юрак-қон томир касаллиги ва депрессия каби касалликларни ҳисобга олиши керак.

##### Номедикаментоз даволаш:

Диета ширин, аччиқ ва ёғли овқатларни чегаралаш;

### **Озиш:**

Ортиқча вазнли ёки семизлик билан оғриган, тизза ва/ёки сон-чаноқ бўғими ОА билан оғриган беморларга вазни бошқариш тавсия этилади.

Ортиқча вазнли беморларга (ТВИ 25 кг/м<sup>2</sup> дан ортиқ) тана вазнини 6 ой ичида камида 5% ёки йил давомида 10% га камайтириш тавсия этилади.

ПсА билан оғриган беморларга қуйидагилар тавсия этилади: мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш, ойлик вазнини қайд этиш, ёғ ва тузни истеъмол қилишни чеклаш, кунига камида беш порция мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш ва кунига камида 30 дақиқа жисмоний фаоллик. Эришилган кўрсаткичлар бемор билан муҳокама қилинади.

Мунтазам жисмоний фаолият ва машқлар билан шуғулланиш функционал ҳолатни яхшилади ва беморларнинг ишлаш қобилиятини сақлаб қолишга ёрдам беради;

Машқлар индивидуал бўлиши ва ҳар бир беморнинг эҳтиёжларига мослаштирилиши керак, шунда улар бемор ҳаёт тарзининг бир қисмига айланади.

1A	Енгил жисмоний тарбия ва машқлар ПсА ли беморларга фойдали ҳисобланади.
----	---

1A	ПАли беморларга ҳаёт турмуш тарзини кескин ўзгартириш айниқса, чекишдан воз кечиш ва вазни камайтириш тавсия этилади.
----	---

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

### **Физиотерапевтик тавсиялар :**

-физиотерапия (илиқ ёки совуқ муолажалар, ультратовуш, лазеротерапия, криотерапия, иглорефлексотерапия),

-санаторно-курорт даволаш, дори воситалари билан физиотерапевтик муолажалар, сульфид ва радон ванналари ёрдамида даволаш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### **Медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:**

ПсА ни даволашнинг ҳозирги стратегияси "мақсадга еришгунга қадар даволаш" ("Treat to target") тамойилига асосланади.

1A	Даволаш мақсади мунтазам равишда касаллик фаоллигини баҳолаш ва шунга кўра даволашни ташкиллаштириш, касалликнинг ремиссия (ёки паст фаоликка) эришишдир.
----	---

Базис яллиғланишга қарши дори воситаларни "имконият ойнаси" (window of opportunity) жадвали ичида – ПсА биринчи белгилари ривожлантириш пайтдан бошлаб биринчи 3 ой ичида иложи борица эрта бошлаш керак .

ПсАни даволашда асосий дори воситалар:

## НЯҚВ

Глюкокортикоидлар (бўғим ичига)

Базис яллиғланишга қарши синтетик стандарт воситалар (БЯҚССП)

Базис яллиғланишга қарши ген-инженер биологик воситалар (БЯҚГИБВ)

ЈАҚ ингибиторлари (апремиласт ва тофацитиниб), Таргет-синтетик дори воситалари\*

*\*Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий сугурта тизимида ҳаражатларни қоплаш учун асос бўлмайди.*

<b>1А</b>	ПсАни даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситалар, глюкокортикоидлар, бўғим ичи, базис яллиғланишга қарши воситалар ва ген-инженер биологик воситалар қўлланилади.
-----------	---

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

### Яллиғланишга қарши ностероид воситалар

1-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
<b>Носелектив ингибиторлар ЦОГ-1 ва ЦОГ-2</b>			
фенил-сирка кислота унумлари	Диклофенак	25 мг, 50 мг таблетка- кунига 2-3 марта 100 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1 марта 3мл 25 мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта 1мл 75 мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А-В
фенил-сирка кислота унумлари	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А-В
индол-сирка кислота унумлари	Индометацин	25 мг таблетка- ичишга кунига 2-3 марта	1 А-В
арил-сирка кислота унумлари	Кеторолак	10 мг таблетка- ичишга- кунига 1-4 марта 30 мг/мл ампула- в/и, м/о- кунига 1-3 марта	1 А-В

пропион кислота унумлари	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- кунига 3-4 марта 400 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта 800 мг таблетка- ичишга-кунига 2 таб 1 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта 275мг, 550мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта 100 мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта 150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта 2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и- кунига 1-2 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Декскетопрофен	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулалар пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта 2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и- кунига 1-2 марта	1 А-В
Оксикам	Теноксикам	20 мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта 20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А-В
Оксикам	Лорноксикам	4 мг таблетка-ичишга-кунига 2-3 марта 8 мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта 8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А-В
Оксикамы	Пироксикам	10 мг, 20 мг капсула, таблетка- ичишга- кунига 1 марта 20 мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А-В
сирка кислота унумлари ва унинг бирикмалари	Амтолметил гуацил	600 мг таблетка-ичишга- кунига 1-2 марта	1 А-В
<b>Селектив ингибиторлар ЦОГ-2</b>			
Оксикам	Мелоксикам	7,5–15 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта 15 мг/1,5 мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А-В
сульфонанилид унумлари	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула-	1 А-В

		ичишга- кунига 2 марта	
индол-сирка кислота унумлари	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А-В
<b>Юқори селектив ингибиторлар ЦОГ-2</b>			
юқори селектив НЯҚВ	Эторикокиб	60 мг, 90 мг, 120 мг таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А-В
юқори селектив НЯҚВ	Целекокиб	200 мг капсула – ичишга – кунига 2 марта	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline</a>

1 А	НЯҚВлар суяк-мушак белгилари ва симптомларини енгиллаштириш учун қўлланилади.
-----	---

НЯҚВлар артрит, спондилит, дактилит, энтезит симптомларини камайтириш учун қўлланиладиган биринчи қатор воситаларидир.

НЯҚВ тери псориазига қарши яққол самара беради.

Спондилит ёки энтезитда НЯҚВ билан даволаш турт ҳафтада енгиллик берса давомийлиги 12 ҳафтагача узайтирилиши мумкин.

НЯҚВлар айниқса глюкокортикоидларнинг маҳаллий инъекциялари билан биргаликда қўлланганда енгил синовит ёки спондилит учун самарали .

НЯҚВларни агар керак бўлса ГК, БЯҚВ, ГИБВлар билан биргаликда буюрилади.

Ошқозон-ичак тракти ва юрак қон-томир тизимидаги салбий реакциялар хавфини улардан фойдаланиш бўйича тавсияларга мувофиқ ҳисобга олиш керак.

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

### Глюкокортикоидлар

#### Глюкокортикоидлар (маҳаллий ва бўғим ичи)

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
глюкокортикоид	преднизолон	таблетка 5 мг, ичишга, 5мг, схема бўйича	1 А-В
Глюкокортикоид	преднизолон	ампула, 1мл /30мг, в/и, томчилаб, 30мг-120мг, 1 махал	1 А-В
Глюкокортикоид	метилпреднизолон	таблетка 4 мг, 16мг, ичишга, 4мг, схема бўйича	1 А-В
глюкокортикоид-	Бетаметазон	7мг/мл-1,0мл инъекция	1 А-В

депо шакли	дипропионат/натрия фосфат	учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	
глюкокортикоид - депо шакли	Триамцинолон ацетонид	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

3 С	Бўғим ичига ГК ларни юбориш ПсА учун қўшимча даволаш йўли хисобланади. Системали ГКлар периферик артритда қисқа вақт давомида, энг кам самарали дозада эҳтиёткорлик билан фойдаланиш мумкин.
-----	--

3 С	Моно-олигоартрит, полиартрит, дактилит, теносиновит, энтезитнинг турли локализациясида (товон, тирсак соҳасида) бўғимларга, пайнинг суякка бирикиш жойига, шунингдек пай йўлига маҳаллий ГКлар юборилади.
-----	---

Баъзан системали ГКларни тўхтатиш ПСни хуружига олиб келиши мумкин. Псориатик спондилитни даволаш учун системали ГК ни буюриш тавсия этилмайди.

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**Базис яллиғланишга қарши воситалар**

**Синтетик стандарт базис яллиғланишга қарши воситалар (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, циклоспорин А):**

**3-жадвал**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	таблетка 2,5 мг, 5 мг, ичишга, 10-15мг, хафтада 1-2 маҳал Тўлдирилган шприцлар 10мг-22,5 мг, хафтада 1 маҳал	1 А-В
иммунодепрессант	Лефлуномид	таблетка 20 мг, ичишга, 10-20 мг, кунига 1 маҳал	1 А-В
сульфаниламидли препарат	Сульфасалазин	таблетка 500мг, ичишга, 500-1000мг, кунига 2-3 маҳал	1 А-В
иммунодепрессант	Циклоспорин А	капсула 50 мг, 100мг,	1 А-В

		ичишга, 2,5 -5 мг/кг/сут, кунига 2 махал	
Иммунодепрессант	Тофацитиниб*	Таблетка 5 мг 2 махал/сут	1 А-В
Иммунодепрессант	Апремиласт*	Таблетка 30 мг 2 махал/сут	1 А-В
Иммунодепрессант	Упадацитиниб*	Таблетка 15 мг/ 1 суткада	1 А-В
<b>Витамин</b>			
Фолий кислота	витамин	таблетка 1 мг ва 5 мг, ичишга, 5 мг дан кам эмас/хафтада, кунига 2-3 махал	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

**Метотрексат** биринчи қатор восита. Метотрексат билан даволашда 10-15 мг/хафтасига дозасидан бошлаб, 5мг дан хар 2-4хафтада ошириб бориш керак (25мг/хафтасига ошмаслиги керак). МТнинг тери ости шаклини юқори дозада ( $\geq 15$  мг/хафтасига) таблетка буюрилганда ёки таблетка шаклини кўтара олмасликда буюрилади.

Метотрексатнинг парентерал шакли (мушак ичига ёки тери остига) юқори сўрилишга ва ножўя таъсирларнинг кам намоён бўлишига эга.

1 А	МТ ўрта ва оғир даражали периферик артрит ва тери зарарланишининг клиник яққоллигида қўлланилади.
1 А	МТнинг қарши кўрсатмасида ёки дорини кўтара олмасликда псориазнинг ва артритнинг оғирлик даражасини ҳисобга олиб, бошқа БЯҚВ (Лефно, сульфосалазин) қўлланилади.

Метотрексатни қабулидан 24соат ўтгач албатта фолий кислотаси камида 5мг хафтасига тавсия қилинади.

**Лефлуноמיד** ушлаб турувчи даво 10-20 мгдан кунига 1махал. Жигар фаолияти ва қон назорати. Тери жарохатланишида кам самара беради.

**Сульфасалазин** воситасини дозасини ошириб бориб қўлланади. Даволаш кунига 500мгдан бошланади, хар хафта кунига 500мгдан 2г даволаш дозаси қўшилади. Дорининг самараси 6-8хафтадан сўнг, энг яхши самара 12-16 хафтадан сўнг бошланади. Самара бўлмаганда дорининг дозасини кунига 3г гача кўтариш мумкин. СУЛЬФ қабул қилинганда суюқликни етарли миқдорда ичиш керак.

**Циклоспорин А** бошланғич суткалик дозаси 2,5 мг/кг 2махал 3ойдан кам бўлмаган давомийликда, самараси етарли бўлмаса суткалик дозасини секин-асталик билан 3—5 мг/кг/сутгача ошириш мумкин. Дори воситанинг клиник самарасига эришилгандан сўнг секин асталик билан камайтириб тўхтатилади. Пснинг доимий рецидивланувчи кечишида

ва препаратни тўлиқ тўхтатишнинг иложи бўлмаганда минимал самарадорлик дозасини узоқ муддат давомида тавсия қилинади, аммо 2йилдан кўп эмас, сабаби нефротоксик, гепатотоксик ва кардиоваскуляр хавфи мавжуд.

БЯҚВларнинг самарадорлигини баҳолаш даволаш бошланишидан бошлаб 3 ва бой давомида ўтказилади ва кейинчалик ушбу даволашнинг давомийлиги хақида бир тўхтамга келинади.

### **Псориадик артрит ва суяқдан ташқари клиник белгилари асосида даволаш танлови**

1 А	БЯҚВ ва ГИБВ давосини танлаганда беморлар клиник кўринишида – периферик артрит, дактилит, энтезит, спондилит, тери ва тирноқ псориази шунингдек артрит ва псориаз фаоллиги, салбий оқибат омиллари хисобга олинади.
2 В	ПсА фаоллиги бор беморларда ва салбий оқибат омилларида БЯҚВ-метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин ёки циклоспорин А-имкон борича эрта босқичда (ПсА давомийлиги бир неча хафтадан 1йилгача) бошлаш керак.
2 В	Салбий оқибат полиартрит (5 дан ортиқ бўғимларнинг жалб қилса), бўғимлар эрозияси, шифокорга биринчи ташрифида фаол даволаш учун эҳтиёж, касаллик кексаликда бошланиши (60 ёшдан юқори), салбий оқибатомиллари ЭЧТ ва СРО каби клиник омилларининг ортишини ўз ичига олади
4 С	Моноартрит ёки олигоартритли беморларда, айниқса салбий оқибат омиллари бўлганда, қайсики структур жароҳатланишда, эритроцит чўкиш тезлиги/ С-реактив оқсил ошиши, дактилит ёки тирноқларнинг жароҳатланишида БЯҚВ (метотрексат, сульфасалазин ёки лефлуномид)ни хисобга олиш керак.
1 В	Периферик артритли касалларда ва битта БЯҚВга нисбатан даво самара бермаса ГИБВ бошлаш керак; ингибитор ИЛ-17 или ингибитор ИЛ-12/23 сабабли терининг яққол жароҳатланишида хисобга олинади.
1 В	Касалликнинг энгил кечишида ва битта БЯҚВ самара бермаганда ГИБВ ҳам, JAK ингибитори ҳам тўғри келмаганда фосфодиэстераза ингибитори (PDE4) хақида ўйлаб кўрилади.
1 В	Беморда энтезит ва НЯҚВ ёки маҳаллий бўғим ичи глюкокортикоидларига етарли жавоб бўлмаганда ГИБВ тавсия қилиш мумкин.
1 В	Фаол псориадик спондилитли беморларда функционал бузилишда, НЯҚВ 4хафта мобайнида самара бермаганда ФНО-α ингибитори ёки тери жароҳатланиши билан бирга келганда ИЛ-17ингибитори тавсия қилиш керак бўлади.

Клиник кўринишлари	Препаратлар
периферик артрит ва дактилитда	НЯҚВ, БИГК, БЯҚВ, ГИБВ
Энтезитларда	НЯҚВ, БИГК, ГИБВ
Спондилитда	НЯҚВ, ГИБВ, ФНО $\alpha$ ингибиторлари, сўнг ИЛ17ингибиторлари
Псориазда	МТ, ЦсА, ГИБВ. СЕК нинг ФНО $\alpha$ ингибиторларига нисбатан самарадорлиги кўпроқ. Пснинг даволаш схемаси ПсАнинг даволашидан фарқ қилиши мумкин.
Увеитда	Махаллий ва системали даволаш ГК, НЯҚВ, МТ, ЦсА, ГИБВ (ФНО $\alpha$ ингибиторлари, ЭТЦ самарадорлиги паст).

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**Биологик базис яллиғланишга қарши воситалар  
Ген-инженер биологик воситалар**

**4-жадвал**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
ингибитор ФНО- $\alpha$	Этанерцепт	шприц-ручка 25мг ва 50мг, тери остига, 25мг ва 50мг, 25мг 2маҳал хафтасига ёки 50 мг 1 маҳал хафтасига.	1 А-В
	Адалимумаб*	шприц-ручка 40 мг т/о 1 маҳал 2 хафта	1 А-В
	Голимумаб*	50 мг т/о, 1 маҳал 1 ойда	1 А-В
	Инфликсимаб*	5 мг/кг в/и, 0,2,6 хафта, кейин хар 6 хафтада	1 А-В
ингибитор ИЛ-17	Секукинумаб	флакон порошок 150 мг, тери остига, 150-300мг, 0, 1, 2, 3, 4 хафтасига, сўнг хар ой ушлаб турувчи дозада	1 А-В
ингибитор ИЛ-12/23	Устекинумаб*	т/о ва в/и 45-90 мг	1 А-В
ингибитор ФНО- $\alpha$	Цертолизумаб пегол*	т/о 200 мг 2 хафтада	1 А-В
Т-хужайра костимуляцияси ингибитори	Абатацепт*	125 мг т/о хар хафта ёки в/и инфузия, катталар учун бир марталик доза 0.5-1 г.	1 А-В
ГИБВ	Гуселькумаб*	т/о, инъекция шаклида, иккинчи инъекция биринчи инъекциядан кейин 4	1 А-В

		хафтадан ўтказилади, кейинчалик 8 ҳафтада 1 маҳал.	
			<a href="https://rheumatology.org/p-soriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/p-soriatic-arthritis-guideline</a>

*\*Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг қафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида ҳаражатларни қоплаш учун асос бўлмайди.*

3 С	Тнф-α ёки ИЛ17 ингибиторларини биологик даволашни бошлашдан олдин қўллаш мумкин. ИЛ-12 / 23 ни Тнф α ёки ИЛ-17 га нисбатан етарли самара бўлмаса фойдаланиш мумкин
-----	--

3 С	Биологик монотерапия ПсАда тавсия қилинади, аммо метотрексат билан адалимумаб, инфликсимаб ёки голимумаб комплекс равишда қўлланилиши дорига нисбатан антитананинг хосил бўлишини сусайтиради.
-----	--

ГИБП билан даволаш тажрибали ревматолог назорати остида амалга оширилади.

ГИБПларни тавсия қилишдан олдин силга скрининг (Манту синамаси ва Диаскин тест) ва ўпкани рентгенографияси ёки кўкрак қафасини КТси, хар бой даволашда қайтарилиши керак.

**ФНО-α ингибитори** МТ билан биргаликда ёки монотерапия режимида қўлланилади.

**ИЛ-17 ингибиторлари.** Периферик артритли беморларда битта БЯҚВ самараси бўлмаганда ГИБП билан даволашни бошлаш керак. **ФНО-α ингибитори** мос тушмаса ИЛ-17 қўлланилиши мумкин.

Секукинумаб 150 мг дозада тавсия қилинади. Клиник жавобга қараб препарат дозасини 300мг гача кўтариш мумкин.

ФНО-α ва ИЛ-17 ингибиторлари артрит, энтезит, дактилит, спондилит ва псориаз фаоллигини камайтиради, бўғимларнинг жароҳатланишини жадалланишини рентгенологик ва беморлар ахволини функционал яхшилади.. Терининг яққол жароҳатланишида ИЛ-17 сабабчи ҳисобланади.

ФНО-α ингибитори самарасизлигида ИЛ-17 ўтишга тавсия этилади.

ГИБП билан даволаниш вақтида бирламчи ва иккиламчи самарасизлик келиб чиқиши мумкин. Бирламчи самарасизлиги- даволашдан 3 ойдан сўнг самара бўлмаслиги, ирсий омил, ПсА фаоллиги, беморнинг вазни ортиши, чекиш, БЯҚВнинг комплекс қабул қилинмаслиги билан боғлиқлигидир. Иккиламчи самарасизлик-бу нейтралловчи антитананинг хосил бўлиши.

Узоқ вақтли беморларнинг ремиссиясида 6 ой ичида препаратларнинг дозасини эҳтиётлик билан камайтириш мумкин.

1 В	Периферик артритли беморларда битта БЯҚВ ёки битта ГИБВ самара бермаса ёки ГИБВ тўғри келмаганда ЖАК ингибиторидан фойдаланилади.
-----	---

1 В	Беморлар ГИБВни кўтара олмаса ёки таъсир қилмаса бошқа ГИБВга ёки таргет синтетик БЯҚВга ўтишига тўғри келади.
-----	--

3 С	Беморларда турғун ремиссия бўлса БЯҚВни эҳтиёткорлик билан кўриб чиқилади.
-----	--

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### **Жарроҳлик аралашуви:**

Фақат стационар шароитда ўтказилади.

### **Кейинги даволаш:**

*Беморларни соғлом турмуш тарзига риоя қилишга ўргатиш тавсия этилади:*

- Бўғимларга жисмоний юкларни камайтириш;
- ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариш;
- дори воситаларини ўз вақтида қабул қилиш;
- тана вазнини нормаллаштириш.

Амбулатор кузатув ва даволаш: ОШ, ревматолог, физиотерапевт, дерматовенеролог, ортопед-травматолог, офтальмолог, фтизиатр, гинеколог, жарроҳ ва психолог мутахассислари томонидан олиб борилади. Кузатув давомийлиги индивидуал тартибда, юқорида кўрсатилган мутахассислар томонидан олиб борилади.

дерматолог билан маслаҳатлашиш-псориазни ташхислаш ва даволаш;

травматолог-ортопед маслаҳати-бўғимларнинг деструкциясининг ривожланишида жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлаш;

окулистнинг маслаҳати - кўз шикастланганда (кўрув аъзоларини жароҳатланишини аниқлаш, маҳаллий давони буюриш);

физиотерапевт маслаҳати –ген-инженер биологик воситалар билан даволашни ўтказишдан олдин, базис дори воситалар фонидида сил инфекциясини ривожланишини аниқлаш;

гинеколог маслаҳати-ҳомиладорлик даврида биргаликда назорат;

жарроҳ маслаҳати- ошқозон-ичакдан қон кетишига шубҳа бўлган ҳолларда ;

физиотерапевт билан маслаҳатлашиш – номедикаментоз даволаш усуллари танлаш;

даволовчи жисмоний тарбия ва спорт бўйича шифокор маслаҳати-бўғимларнинг фаолиятини яхшилаш учун даволовчи машқларни танлаш.

психолог маслаҳати - психологик қўллаб-қувватлаш учун

Ревматолог ва дерматолог - ПсА билан беморларни кузатиб коморбид касалликларни ривожлантириш ҳолатларидан хабардор бўлиши керак ва улар ривожланса зудлик билан махсус мутахассисларга йўналтириш керак.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**Баённома/протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- ремиссияга эришиш ёки касалликнинг минимал фаоллиги;
- рентгенологик жадаллашувининг секинлашиши ёки оғохлантириш;
- давомийлиги ва хаёт сифатини ошириш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**5. Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:**

**режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- Эрта ташхис қўйиш ва ташхисни асослаш;
- ПсАнинг хуружи (амбулатор босқичда даволашни коррекция қилиб бўлмаса);
- Базис яллиғланишга қарши воситаларни танлаш (БЯҚВ);
- Ген-инженер биологик давони I ва II инфузияларини режали амалга ошириш;
- Дориларнинг ножўя таъсиридан ривожланувчи ўрта оғир ва оғир (хаётга хавф солмайдиган) ҳолатлар.

**шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- Касалликнинг юқори фаоллик даражаси;
- Касалликнинг тизимли пайдо бўлиши;
- Интеркуррент инфекциясини ёки касалликларнинг оғир асоратларини ёки дори терапиясини ривожлантириш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:**

**беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

### ОШ

- -Қўл ва оёқ кафти, тизза, болдир-товон вабошқаларда., оғриқ ва шиш, зарарланган бўғимлардаги карахтлиқ, қўл ёки оёқ бармоқларидан бирининг сосискасимон шиши, думба ёки белда ғижимловчи оғриқ, умуртқа поғонаси ҳар қандай қисмида оғриқ, тунда пайдо бўлувчи, жисмоний машқлар ёки НЯҚВдан кейин камаяди.

### ОШ

- -УҚТ;
- -УСТ;
- -СРО;
- -РО;
- -Рентгенография текшируви;
- -Ревматолог кўриги;
- -Дерматовенеролог кўриги.

### ОШ+Ревматолог+Дерматовенеролог

- Агар:
- Псориаз: кўриқда ёки анамнезда аниқланган;
- Тирноқларнинг псориастик дистрофияси: нуқтали ботиқлар, онихолизис, гиперкератоз.
- Дактилит: кўриқда ёки анамнезда бутун бармоқнинг шиши;
- -РО – манфий бўлса;
- -рентгенограммада чекка ўсиқлар типиди (остеофитлардан ташқари) бўғимдан ташқари суяқ пролиферациясининг рентгенологик белгилари.

### ОШ+Ревматолог+Дерматовенеролог

- Ташхис: ПС+ПсА;
- Номедикаментоз амбулатор даволаш;
- Медикаментоз амбулатор даволаш.

### Ревматолог+Терапевт+Дерматовенеролог

- ПсА қўзиши, БЯҚВ, ГИБВ танлашда, ўрта оғир ва оғир кечишида.

### Терапевт+Ревматолог+Травматолог+Физиотерапевт+Дерматовенеролог

- Стационарда: ревматолог, ортопед-тарвматолог, физиотерапевт, дерматовенеролог тавсиялари билан номедикаментоз ва медикаментоз даволаниш.

### Травматолог+Ревматолог+Дерматовенеролог+Физиотерапевт+ОШ

- Агар: бўғимларда асоратлар келиб чиққан бўлса: стационар шароитда жарроҳлик эндопротезлаш опрециясини бажариш;
- Стационар шароитда, кейин амбулатор шароитда операциядан кейин реабилитация;
- Амбулатор шароитда профилактика;
- Амбулатор шароитда диспансеризация.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:**

**Номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:**

**Умумий тамойиллар.**

ПСА-кўп тармоқли даволанишни талаб қиладиган гетероген, потенциал оғир касаллик шунинг учун, псориастик артрит билан оғриган беморларни даволаш ревматолог ва дерматологнинг биргаликдаги қарорига асосланган бўлиши керак

Беморларни даволашда тизимли кўринишларни (тери, кўзлар ва ошқозон-ичак тракти) ва ёндош касалликлар метаболик синдром, юрак-қон томир касаллиги ва депрессия каби касалликларни ҳисобга олиши керак.

**Номедикаментоз даволаш:**

Диета ширин, аччиқ ва ёғли овқатларни чегаралаш;

**Озиш:**

Ортиқча вазнли ёки семизлик билан оғриган, тизза ва/ёки сон-чаноқ бўғими ОА билан оғриган беморларга вазни бошқариш тавсия этилади.

Ортиқча вазнли беморларга (ТВИ 25 кг/м<sup>2</sup> дан ортиқ) тана вазнини 6 ой ичида камида 5% ёки йил давомида 10% га камайтириш тавсия этилади.

ПсА билан оғриган беморларга куйидагилар тавсия этилади: мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш, ойлик вазнини қайд этиш, ёғ ва тузни истеъмол қилишни чеклаш, кунига камида беш порция мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш ва кунига камида 30 дақиқа жисмоний фаоллик. Эришилган кўрсаткичлар бемор билан муҳокама қилинади.

Мунтазам жисмоний фаолият ва машқлар билан шуғулланиш функционал ҳолатни яхшилайдиган ва беморларнинг ишлаш қобилиятини сақлаб қолишга ёрдам беради;

Машқлар индивидуал бўлиши ва ҳар бир беморнинг эҳтиёжларига мослаштирилиши керак, шунда улар бемор ҳаёт тарзининг бир қисмига айланади.

<b>1А</b>	Енгил жисмоний тарбия ва машқлар ПсА ли беморларга фойдали ҳисобланади.
-----------	---

<b>1А</b>	ПАли беморларга ҳаёт турмуш тарзини кескин ўзгартириш айниқса, чекишдан воз кечиш ва вазни камайтириш тавсия этилади.
-----------	---

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

**Физиотерапевтик тавсиялар :**

-физиотерапия (илик ёки совуқ муолажалар, ультратовуш, лазеротерапия, криотерапия, иглорефлексотерапия),

-санаторно-курорт даволаш, дори воситалари билан физиотерапевтик муолажалар, сульфид ва радон ванналари ёрдамида даволаш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**Медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:**

ПсА ни даволашнинг ҳозирги стратегияси "мақсадга еришгунга қадар даволаш" ("Treat to target") тамойилига асосланади.

<b>1А</b>	Даволаш мақсади мунтазам равишда касаллик фаоллигини баҳолаш ва шунга кўра даволашни ташкиллаштириш, касалликнинг ремиссия (ёки паст фаоликка) эришишдир.
-----------	---

Базис яллиғланишга қарши дори воситаларни "имконият ойнаси" (window of opportunity) жадвали ичида – ПсА биринчи белгилари ривожлантириш пайтдан бошлаб биринчи 3 ой ичида иложи борица эрта бошлаш керак .

ПсАни даволашда асосий дори воситалар:

**НЯҚВ**

**Глюкокортикоидлар (бўғим ичига)**

**Базис яллиғланишга қарши синтетик стандарт воситалар (БЯҚССП)**

**Базис яллиғланишга қарши ген-инженер биологик воситалар (БЯҚГИБВ)**

**ЖАК ингибиторлари (апремиласт ва тофацитиниб), Таргет-синтетик дори воситалари\***

*\*Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий сугурта тизимида ҳаражатларни қоплаш учун асос бўлмайди.*

<b>1А</b>	ПсАни даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситалар, глюкокортикоидлар, бўғим ичи, базис яллиғланишга қарши воситалар ва ген-инженер биологик воситалар қўлланилади.
-----------	---

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**Яллиғланишга қарши ностероид воситалар**

**1-жадвал**

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Дори- воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
<b>Носелектив ингибиторлар ЦОГ-1 и ЦОГ-2</b>			

фенил-сирка кислота унумлари	Диклофенак	25 мг, 50 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта 100 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1 марта 3мл 25 мг/мл ампула- м/о- кунига 1- 2 марта 1мл 75 мг/мл ампула- м/о- кунига 1- 2 марта	1 А-В
фенил-сирка кислота унумлари	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А-В
индол-сирка кислота унумлари	Индометацин	25 мг таблетка- ичишга кунига 2-3 марта	1 А-В
арил-сирка кислота унумлари	Кеторолак	10 мг таблетка- ичишга- кунига 1-4 марта 30 мг/мл ампула- в/и, м/о- кунига 1- 3 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- кунига 3-4 марта 400 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта 800 мг таблетка- ичишга-кунига 2 таб 1 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта 275мг, 550мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта 100 мг таблетка- ичишга- кунига 1- 2 марта 150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта 2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и- кунига 1-2 марта	1 А-В
пропион кислота унумлари	Декскетопрофе н	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта 2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и- кунига 1-2 марта	1 А-В
Оксикам	Теноксикам	20 мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта 20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А-В

Оксикам	Лорноксикам	4 мг таблетка-ичишга-кунига 2-3 8 мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта 8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А-В
Оксикамы	Пироксикам	10 мг, 20 мг капсула, таблетка-ичишга- кунига 1 марта 20 мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А-В
сирка кислота унумлари ва унинг бирикмалари	Амтолметил гуацил	600 мг таблетка-ичишга- кунига 1-2 марта	1 А-В
<b>Селектив ингибиторлар ЦОГ-2</b>			
Оксикам	Мелоксикам	7,5–15 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта 15 мг/1,5 мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А-В
сульфонанилид унумлари	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула-ичишга- кунига 2 марта	1 А-В
индол-сирка кислота унумлари	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга-кунига 2 марта	1 А-В
<b>Юқори селектив ингибиторлар ЦОГ-2</b>			
юқори селектив НЯҚВ	Эторикоксиб	60 мг, 90 мг, 120 мг таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А-В
юқори селектив НЯҚВ	Целекоксиб	200 мг капсула – ичишга – кунига 2 марта	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline</a>

1 А	НЯҚВлар суяк-мушак белгилари ва симптомларини енгиллаштириш учун қўлланилади.
-----	---

НЯҚВлар артрит, спондилит, дактилит, энтезит симптомларини камайтириш учун қўлланиладиган биринчи қатор воситаларидир.

НЯҚВ тери псориазига қарши яққол самара беради.

Спондилит ёки энтезитда НЯҚВ билан даволаш турт ҳафтада енгиллик берса давомийлиги 12 ҳафтагача узайтирилиши мумкин.

НЯҚВлар айниқса глюкокортикоидларнинг маҳаллий инъекциялари билан биргаликда қўлланганда енгил синовит ёки спондилит учун самарали .

НЯҚВларни агар керак бўлса ГК, БЯҚВ, ГИБВлар билан биргаликда буюрилади.

Ошқозон-ичак тракти ва юрак қон-томир тизимидаги салбий реакциялар хавфини улардан фойдаланиш бўйича тавсияларга мувофиқ ҳисобга олиш керак.

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**Глюкокортикоидлар**  
**Глюкокортикоидлар (махаллий ва бўғим ичи)**

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
глюкокортикоид	Преднизолон	таблетка 5 мг, ичишга, 5мг, схема бўйича	1 А-В
Глюкокортикоид	Преднизолон	ампула, 1мл /30мг, в/и, томчилаб, 30мг-120мг, 1 махал	1 А-В
Глюкокортикоид	метилпреднизолон	таблетка 4 мг, 16мг, ичишга, 4мг, схема бўйича	1 А-В
глюкокортикоид-депо шакли	Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	7мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
глюкокортикоид - депо шакли	Триамцинолон ацетонид	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

3 С	Бўғим ичига ГК ларни юбориш ПсА учун қўшимча даволаш йўли ҳисобланади. Системали ГКлар периферик артритда қисқа вақт давомида, энг кам самарали дозада эҳтиёткорлик билан фойдаланиш мумкин.
-----	--

3 С	Моно-олигоартрит, полиартрит, дактилит, теносиновит, энтезитнинг турли локализациясида (товон, тирсак соҳасида) бўғимларга, пайнинг суякка бирикиш жойига, шунингдек пай йўлига махаллий ГКлар юборилади.
-----	---

Баъзан системали ГКларни тўхтатиш ПСни хуружига олиб келиши мумкин. Псориатик спондилитни даволаш учун системали ГК ни буюриш тавсия этилмайди

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**Базис яллиғланишга қарши воситалар**

Синтетик стандарт базис яллиғланишга қарши воситалар (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, циклоспорин А):

3-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	таблетка 2,5 мг, 5 мг, ичишга, 10-15мг, хафтада 1-2 маҳал Тўлдирилган шприцлар 10мг-22,5 мг, хафтада 1 маҳал	1 А-В
иммунодепрессант	Лефлуномид	таблетка 20 мг, ичишга, 10-20 мг, кунига 1 маҳал	1 А-В
сульфаниламидли препарат	Сульфасалазин	таблетка 500мг, ичишга, 500-1000мг, кунига 2-3 маҳал	1 А-В
иммунодепрессант	Циклоспорин А	капсуа 50 мг, 100мг, ичишга, 2,5 -5 мг/кг/сут, кунига 2 маҳал	1 А-В
Иммунодепрессант	Тофацитиниб*	Таблетка 5 мг 2 маҳал/сут	1 А-В
Иммунодепрессант	Апремиласт*	Таблетка 30 мг 2 маҳал/сут	1 А-В
Иммунодепрессант	Упадацитиниб*	Таблетка 15 мг/ 1 суткада	1 А-В
<b>Витамин</b>			
Фолий кислота	Витамин	таблетка 1 мг ва 5 мг, ичишга, 5 мг дан кам эмас/хафтада, кунига 2-3 маҳал	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

Метотрексат биринчи қатор восита. Метотрексат билан даволашда 10-15 мг/хафтасига дозасидан бошлаб, 5мг дан хар 2-4хафтада ошириб бориш керак (25мг/хафтасига ошмаслиги керак). МТнинг тери ости шаклини юқори дозада ( $\geq 15$  мг/хафтасига) таблетка буюрилганда ёки таблетка шаклини кўтара олмасликда буюрилади.

Метотрексатнинг парентерал шакли (мушак ичига ёки тери остига) юқори сўрилишга ва ножўя таъсирларнинг кам намоён бўлишига эга.

1 А	МТ ўрта ва оғир даражали периферик артрит ва тери зарарланишининг клиник яққоллигида қўлланилади.
1 А	МТнинг қарши кўрсатмасида ёки дорини кўтара олмасликда псориазнинг ва артритнинг оғирлик даражасини ҳисобга олиб, бошқа БЯҚВ (Лефно, сульфосалазин) қўлланилади.

Метотрексатни қабулидан 24соат ўтгач албатта фолий кислотаси камида 5мг хафтасига тавсия қилинади.

**Лефлуномид** ушлаб турувчи даво 10-20 мгдан кунига 1махал. Жигар фаолияти ва қон назорати. Тери жароҳатланишида кам самара беради.

**Сульфасалазин** воситасини дозасини ошириб бориб қўлланади. Даволаш кунига 500мгдан бошланади, хар хафта кунига 500мгдан 2г даволаш дозаси қўшилади. Дорининг самараси 6-8хафтадан сўнг, энг яхши самара 12-16 хафтадан сўнг бошланади. Самара бўлмаганда дорининг дозасини кунига 3г гача кўтариш мумкин. СУЛЬФ қабул қилинганда суюқликни етарли миқдорда ичиш керак.

**Циклоспорин А** бошланғич суткалик дозаси 2,5 мг/кг 2махал 3ойдан кам бўлмаган давомийликда, самараси етарли бўлмаса суткалик дозасини секин-асталик билан 3—5 мг/кг/сутгача ошириш мумкин.Дори воситанинг клиник самарасига эришилгандан сўнг секин асталик билан камайтириб тўхтатилади.Пснинг доимий рецидивланувчи кечишида ва препаратни тўлиқ тўхтатишнинг иложи бўлмаганда минимал самарадорлик дозасини узоқ муддат давомида тавсия қилинади, аммо 2йилдан кўп эмас, сабаби нефротоксик, гепатотоксик ва кардиоваскуляр хавфи мавжуд.

БЯҚВларнинг самарадорлигини баҳолаш даволаш бошланишидан бошлаб 3 ва бой давомида ўтказилади ва кейинчалик ушбу даволашнинг давомийлиги хақида бир тўхтамга келинади.

### **Псориазик артрит ва суякдан ташқари клиник белгилари асосида даволаш танлови**

1 А	БЯҚВ ва ГИБВ давосини танлаганда беморлар клиник кўринишида – периферик артрит, дактилит, энтезит, спондилит, тери ва тирноқ псориази шунингдек артрит ва псориаз фаоллиги, салбий оқибат омиллари ҳисобга олинади.
2 В	ПсА фаоллиги бор беморларда ва салбий оқибат омилларида БЯҚВ-метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин ёки циклоспорин А-имкон борица эрта босқичда (ПсА давомийлиги бир неча хафтадан 1йилгача) бошлаш керак.
2 В	Салбий оқибат полиартрит (5 дан ортиқ бўғимларнинг жалб қилса), бўғимлар эрозияси, шифокорга биринчи ташрифиди фаол даволаш учун эҳтиёж, касаллик кексаликда бошланиши (60 ёшдан юқори), салбий оқибатомиллари ЭЧТ ва СРО каби клиник омилларининг ортишини ўз ичига олади
4 С	Моноартрит ёки олигоартритли беморларда, айниқса салбий оқибат омиллари бўлганда,қайсики структур жароҳатланишда, эритроцит чўкиш тезлиги/ С-реактив оқсил ошиши,дактилит ёки тирноқларнинг жароҳатланишида БЯҚВ

	(метотрексат, сульфасалазин ёки лефлуноמיד)ни ҳисобга олиш керак.
1 В	Периферик артритли касалларда ва битта БЯҚВга нисбатан даво самара бермаса ГИБВ бошлаш керак; ингибитор IL-17 или ингибитор IL-12/23 сабабли терининг яққол жароҳатланишида ҳисобга олинади.
1 В	Касалликнинг энгил кечишида ва битта БЯҚВ самара бермаганда ГИБВ ҳам, JAK ингибитори ҳам тўғри келмаганда фосфодиэстераза ингибитори (PDE4) ҳақида ўйлаб кўрилади.
1 В	Беморда энтезит ва НЯҚВ ёки маҳаллий бўғим ичи глюкокортикоидларига етарли жавоб бўлмаганда ГИБВ тавсия қилиш мумкин.
1 В	Фаол псориастик спондилитли беморларда функционал бузилишда, НЯҚВ 4ҳафта мобайнида самара бермаганда ФНО-α ингибитори ёки тери жароҳатланиши билан бирга келганда IL-17ингибитори тавсия қилиш керак бўлади.

Клиник кўринишлари	Препаратлар
периферик артрит ва дактилитда	НЯҚВ, БИГК, БЯҚВ, ГИБВ
энтезитларда	НЯҚВ, БИГК, ГИБВ
Спондилитда	НЯҚВ, ГИБВ, ФНОα ингибиторлари, сўнг ИЛ17ингибиторлари
Псориазда	МТ, ЦсА, ГИБВ. СЕК нинг ФНОα ингибиторларига нисбатан самарадорлиги кўпроқ. Пснинг даволаш схемаси ПсАнинг даволашидан фарқ қилиши мумкин.
Увеитда	Маҳаллий ва системали даволаш ГК, НЯҚВ, МТ, ЦсА, ГИБВ (ФНОα ингибиторлари, ЭТЦ самарадорлиги паст).

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**Биологик базис яллиғланишга қарши воситалар  
Ген-инженер биологик воситалар**

**4-жадвал**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
ингибитор ФНО-α	Этанерцепт	шприц-ручка 25мг ва 50мг,	1 А-В

		тери остига, 25мг ва 50мг, 25мг 2махал хафтасига ёки 50 мг 1 махал хафтасига.	
	Адалимумаб*	шприц-ручка 40 мг т/о 1 махал 2 хафта	1 А-В
	Голимумаб*	50 мг т/о, 1 махал 1 ойда	1 А-В
	Инфликсимаб*	5 мг/кг в/и, 0,2,6 хафта, кейин хар 6 хафтада	1 А-В
ингибитор ИЛ-17	Секуинумаб	флакон порошок 150 мг, тери остига, 150-300мг, 0, 1, 2, 3, 4 хафтасига, сўнг хар ой ушлаб турувчи дозада	1 А-В
ингибитор ИЛ-12/23	Устекинумаб*	т/о ва в/и 45-90 мг	1 А-В
ингибитор ФНО-α	Цертолизумаб пегол*	т/о 200 мг 2 хафтада	1 А-В
Т-хужайра костимуляцияси ингибитори	Абатацепт*	125 мг т/о хар хафта ёки в/и инфузия, катталар учун бир марталик доза 0.5-1 г.	1 А-В
ГИБВ	Гуселькумаб*	т/о, инъекция шаклида, иккинчи инъекция биринчи инъекциядан кейин 4 хафтадан ўтказилади, кейинчалик 8 хафтада 1 махал.	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/p-soriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/p-soriatic-arthritis-guideline</a>

**\*Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида ҳаражатларни қоплаш учун асос бўлмайди.**

3 С	Тнф-α ёки Ил17 ингибиторларини биологик даволашни бошлашдан олдин қўллаш мумкин. ИЛ-12 / 23 ни Тнф α ёки ИЛ-17 га нисбатан етарли самара бўлмаса фойдаланиш мумкин
-----	--

3 С	Биологик монотерапия ПсАда тавсия қилинади, аммо метотрексат билан адалимумаб, инфликсимаб ёки голимумаб комплекс равишда қўлланилиши дорига нисбатан антитананинг ҳосил бўлишини сусайтиради.
-----	--

ГИБП билан даволаш тажрибали ревматолог назорати остида амалга оширилади.

ГИБПларни тавсия қилишдан олдин силга скрининг (Манту синамаси ва Диаскин тест) ва ўпкани рентгенографияси ёки кўкрак қафасини КТси, хар бой даволашда қайтарилиши керак.

**ФНО-α ингибитори** МТ билан биргаликда ёки монотерапия режимида қўлланилади.

**ИЛ-17 ингибиторлари.** Периферик артритли беморларда битта БЯҚВ самараси бўлмаганда ГИБП билан даволашни бошлаш керак. **ФНО-α ингибитори** мос тушмаса ИЛ-17 қўлланилиши мумкин.

Секукиномаб 150 мг дозада тавсия қилинади. Клиник жавобга қараб препарат дозасини 300мг гача кўтариш мумкин.

ФНО-α ва ИЛ-17 ингибиторлари артрит, энтезит, дактилит, спондилит ва псориаз фаоллигини камайтиради, бўғимларнинг жароҳатланишини жадалланишинини рентгенологик ва беморлар ахволини функционал яхшилади.. Терининг яққол жароҳатланишида ИЛ-17 сабабчи ҳисобланади.

ФНО-α ингибитори самарасизлигида ИЛ-17 ўтишга тавсия этилади.

ГИБП билан даволаниш вақтида бирламчи ва иккиламчи самарасизлик келиб чиқиши мумкин. Бирламчи самарасизлиги- даволашдан 3 ойдан сўнг самара бўлмаслиги, ирсий омил, ПсА фаоллиги, беморнинг вазни ортиши, чекиш, БЯҚВнинг комплекс қабул қилинмаслиги билан боғлиқлигидир. Иккиламчи самарасизлик-бу нейтралловчи антитананинг ҳосил бўлиши.

Узоқ вақтли беморларнинг ремиссиясида 6 ой ичида препаратларнинг дозасини эҳтиётлик билан камайтириш мумкин.

1 В	Периферик артритли беморларда битта БЯҚВ ёки битта ГИБВ самара бермаса ёки ГИБВ тўғри келмаганда ЖАК ингибиторидан фойдаланилади.
-----	---

1 В	Беморлар ГИБВни кўтара олмаса ёки таъсир қилмаса бошқа ГИБВга ёки таргет синтетик БЯҚВга ўтишига тўғри келади.
-----	--

3 С	Беморларда турғун ремиссия бўлса БЯҚВни эҳтиёткорлик билан кўриб чиқилади.
-----	--

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### **Жарроҳлик аралашуви:**

Замонавий биологик дорилар самарадорлигини кўрсатган сўнгги тадқиқотларни ҳисобга олган ҳолда, жарроҳлик даволаш чекланган. Анъанавий ёндашувлар муваффақиятсиз бўлса жарроҳлик ёрдами керак ҳисобланади.

Оғир деформация, оддий одатий ҳаракатларни ҳам бажаришда қийинчилик бўлса, дорига резистентлик пайдо бўлса оператив давога кўрсатма бўлади.

### **Жарроҳлик даво турлари**

Бўғимларни протезлаш;

Даволаш артроскопия, синовэктомия;

артродез.

### **Қарши кўрсатма:**

Ўткир миокард инфаркти ( 3 ойдан кам бўлмаган);

БМҚАЎБ (3 ойдан кам бўлмаган);

юрак ва буйрак етишмовчилигининг терминал босқичи

Исталган жарроҳлик амалиёти— бу организмга стресс, стресс эса — псориазни келтириб чиқарувчи омилдир.

1 А	ПсА да консерватив давонинг самарадорлиги бўлмаганида, бўғимларда кучли оғриқлар кузатилганида, бўғимнинг жиддий дисфункцияси мавжуд бўлганида (яққол деформациялар, бўғимларнинг беқарорлиги, контрактуралар ва мушаклар атрофияси кузатилганида) эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти тавсия этилади.
-----	---

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>

<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### **Кейинги даволаш:**

*Беморларни соғлом турмуш тарзига риоя қилишига ўргатиши тавсия этилади:*

*-Бўғимларга жисмоний юкломани камайтириши;*

*-ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариши;*

*-дори воситаларини ўз вақтида қабул қилиши;*

*-тана вазнини нормаллаштириши.*

Амбулатор кузатув ва даволаш: ОШ, ревматолог, физиотерапевт, дерматовенеролог, ортопед-травматолог, офтальмолог, фтизиатр, гинеколог, жарроҳ ва психолог мутахассислари томонидан олиб борилади. Кузатув давомийлиги индивидуал тартибда, юқорида кўрсатилган мутахассислар томонидан олиб борилади.

дерматолог билан маслаҳатлашиш-псориазни ташхислаш ва даволаш;

травматолог-ортопед маслаҳати-бўғимларнинг деструкциясининг ривожланишида жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлаш;

окулистнинг маслаҳати - кўз шикастланганда (кўрув аъзоларини жароҳатланишини аниқлаш, маҳаллий давони буюриш);

физиотерапевт маслаҳати –ген-инженер биологик воситалар билан даволашни ўтказишдан олдин, базис дори воситалар фонида сил инфекциясини ривожланишини аниқлаш;

гинеколог маслаҳати-ҳомиладорлик даврида биргаликда назорат;

жарроҳ маслаҳати- ошқозон-ичакдан қон кетишига шубҳа бўлган ҳолларда ;

физиотерапевт билан маслаҳатлашиш – номедикаментоз даволаш усулларини танлаш; даволовчи жисмоний тарбия ва спорт бўйича шифокор маслаҳати-бўғимларнинг фаолиятини яхшилаш учун даволовчи машқларни танлаш.

психолог маслаҳати - психологик қўллаб-қувватлаш учун

Ревматолог ва дерматолог - ПсА билан беморларни кузатиб коморбид касалликларни ривожлантириш ҳолатларидан хабардор бўлиши керак ва улар ривожланса зудлик билан махсус мутахассисларга йўналтириш керак.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>

<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**Баённома/протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- ремиссияга эришиш ёки касалликнинг минимал фаоллиги;
- рентгенологик жадаллашувининг секинлашиши ёки оғохлантириш;
- давомийлиги ва хаёт сифатини ошириш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

**Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:**

манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари)нинг маълумотлари:

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази кардиоревматология бўлими мудири, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси Сабирова Феруза Бадриддиновна;

баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

**“ПСОРИАТИК АРТРИТ”  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## ТОШКЕНТ – 2025

### *Асосий қисм.*

#### **Кириш:**

Бўғим ичи инъекциялар псориадик артритни комплекс даволашнинг муҳим қисмидир. Улар қуйидаги ҳолларда айниқса долзарб бўлиши мумкин:

- яллиғланиш бир ёки бир нечта бўғимларда кузатилганда, бўғим ичи инъекция симптомларни тез ва самарали бартараф этишни таъминлайди;
- орал юбориладиган дорилар билан солиштирганда, инъекция тизимли ножўя таъсирлар хавфини камайтириши мумкин, чунки фаол модда тўғридан-тўғри бўғимга юборилади;
- асосий терапияга қўшимча сифатида бўғим ичи инъекциялардан фойдаланиш мумкин;
- Кортикостероидлар одатда яллиғланиш ва оғриқни камайтириш учун ишлатилади.

Бирок, самарадорлигига қарамадан, бўғим ичи инъекциялар узоқ муддатли ечим бўла олмайди ва тез-тез фойдаланиш билан инфекция ёки бириктирувчи тўқималарга зарар етказиш каби потенциал хавфларни ҳисобга олган ҳолда қўлланилиши керак. Шунини эсда тутиш керакки, бундай процедуралар барча асептик ва антисептик қоидаларга риоя қилган ҳолда амалга оширилиши керак.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### **муолажа ёки аралашувнинг мақсади:**

Тегишли қатъий кўрсатмалар асосида глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш тавсия этилади. Глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш кучли яллиғланишга қарши таъсирга эга, аммо иккиламчи остеонекроз ривожланишининг юқори хавфи ва бўғимлар деградациясининг кучайишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун уларни НЯҚВ ларнинг етарли дозалари билан синовитни бартараф этишнинг иложи бўлмаган ҳолатларда қўллаш мумкин. 3 ойда бир мартадан кўп бўғим ичи ГКС инъекцияси амалиётини бажариш тавсия этилмайди. Гонартроз учун глюкокортикоидлардан даволаш курси сифатида фойдаланиш тавсия этилмайди. Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 4)

#### **муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:**

Ушбу процедура давомида ножўя таъсирларнинг ривожланиши учун хавф омиллари қуйидагилардир: тизза бўғимларида фаол инфекциянинг мавжудлиги; ёғ тўқималари олинадиган жойда яллиғланиш жараёни; беморнинг гематопоестик тизимининг касалликлари; ҳомиладорлик ва эмизиш даври.

#### **муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:**

- бўғимдаги оғриқ синдроми;
- НЯҚВ ларнинг етарли дозалари билан бошқарилмайдиган синовит;

-бўғимлар ва бойламлардаги операциядан кейин тикланиш.

**муолажа ёки аралашувни бажарадиган мутахассисга талаблар:**

Бўғим ичи инъекцияси ортопед-травматолог ёки ревматолог томонидан амалга оширилади.

**асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:**

Бўғим ичи инъекциясини ўтказиш шифокор томонидан махсус кўникмаларни талаб қилади. Шу қаторда мутахассис таянч-ҳаракат тизимининг клиник анатомияси ва физиологиясини яхши билиши, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилиши талаб қилинади. Замонавий талабларга мувофиқ, барча манипуляциялар кичик операция хонасида ёки махсус даволаш хонасида амалга оширилиши керак ва кўпинча игна ҳолатини инструментал навигация қилиш учун ультратовуш ёки рентгенография усуллари талаб қилинади.

**муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:**

**Бўғим ичи амалиётлари**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
глюкокортикоид-депо шакли	Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	7мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
глюкокортикоид - депо шакли	Триамцинолон ацетонид	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

3 С	Бўғим ичига ГК ларни юбориш ПсА учун қўшимча даволаш йўли хисобланади. Системали ГКлар периферик артритда қисқа вақт давомида, энг кам самарали дозада эҳтиёткорлик билан фойдаланиш мумкин.
-----	--

3 С	Моно-олигоартрит, полиартрит, дактилит, теносиновит, энтезитнинг турли локализациясида (товон, тирсак соҳасида) бўғимларга, пайнинг суякка бирикиш жойига, шунингдек пай йўлига маҳаллий ГКлар юборилади.
-----	---

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline> <https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

Тизимли ГК фонида, препаратни қўллаш тўхтатилгандан кейин ПСнинг кучайиши хавфи мавжуд. Псориатик спондилитни даволаш учун тизимли ГКларни буюриш тавсия этилмайди.

**беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

Беморларни муолажага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

Бўғим ичи инъекциясини биринчи босқичи: - антисептиклар билан ишлов бериш. Кейинчалик, шифокор терига, тери ости қатламига ва периартикуляр тўқималарга локал анестезия қилади. Кейин пункция қилади. Яқин атрофдаги анатомик белгилар игнанинг тўғри йўналишни танлашга ёрдам беради. Бўғимга кириш “бўшлиққа тушиш” ҳисси пайдо бўлгандан кейин тўхтатилади. Жараён рентгеноскопия назорати остида амалга оширилиши мумкин. Бу шифокорга хатоларга йўл қўймасликка ва беморга қўшимча ноқулайлик туғдирмасликка имконини беради.

Препарат киритилгандан сўнг, бўғимга яна антисептик билан ишлов берилади ва бандаж қилинади. Терапевтик таъсирга эришиш учун битта дори инъекцияси етарли эмас. Шунинг учун дори-дармонлар 3 кундан 2 ҳафтагача бўлган муддатда 2-3 дан 10 гача инъекцияни ўз ичига олади. Инъеция тизза, елка ва сон-чаноқ бўғимларига қилиниши мумкин.

**муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:** Бўғимда оғрик синдромининг ва яллиғланишнинг камайиши.

**Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:**

манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари)нинг маълумотлари: Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази кардиоревматология бўлими мудир, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси Сабирова Феруза Бадриддиновна;

баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

**“ПСОРИАТИК АРТРИТ”  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2024**

## *Асосий қисм.*

### **Кириш:**

Псориастик артрит сурункали прогрессив кечиши, таянч-ҳаракат тизимининг функционал қобилиятининг бузилиши ва беморнинг ҳаёт сифатининг ёмонлашиши туфайли муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади.

Псориастик артрит - сурункали касаллик бўлиб, псориаз касаллиги ва яллиғланишли артрит белгиларини бирлаштиради. Ушбу касаллик долзарбдир, чунки у беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтириши, оғриқ, шиш ва бўғимлар ҳаракатининг чекланишини, шунингдек, псориазнинг тери кўринишини келтириб чиқариши мумкин. Ушбу касалликнинг аҳамияти меҳнат қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик каби омилларга боғлиқ.

Шу нуқтаи назардан, псориастик артритни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усулларини ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий юкламани камайтиришда катта аҳамиятга эга.

### **Профилактика ёки реабилитация таърифи:**

Профилактика - бу ҳодисанинг олдини олишга ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутди. Саломатлик турли жисмоний ва руҳий ҳолатларни қамраб олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, генетик мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган фаолиятга асосланади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

Реабилитация деганда инсоннинг функционалигини тиклаш ва касалланган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини камайтиришга қаратилган «чора-тадбирлар мажмуи тушунилади».

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### **Профилактика ёки реабилитациянинг турлари:**

Саломатлик ҳолатига ёки патология оғирлигига қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учламчи.

Бирламчи профилактика эмлашни, оқилона кун тартиби ва дам олишни, мунтазам рационал овқатланишни ва жисмоний фаолликни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика маълум шароитларда касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини олдини олишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечириш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Бу касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида ёки эрта тиббий реабилитациянинг стационар бўлимларида ўтказилади.

3-босқич. Амбулатор. У реабилитация муассасаларида, соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида ва амбулаторияларда амалга оширилади.

[<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562> 2 <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### **оммавий профилактика ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:**

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактикадан ташқари, касалликларнинг индивидуал ва ижтимоий профилактикаси ҳам мавжуд:

Индивидуал профилактика - касалликнинг олдини олиш, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади, улар инсоннинг ўзи томонидан амалга оширилади ва амалда соғлом турмуш тарзи стандартларига, шахсий гигиенага, рационал овқатланишга ва оқилона меҳнат ва дам олиш режимига, фаол жисмоний тарбияга риоя қилиш билан боғлиқ.

[<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562> 2 <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

Жамоат профилактикаси - бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларини хар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари, аҳоли саломатлигига зарарли таъсир кўрсатади.

[<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562> 2 <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### ***Профилактика усуллари ва процедуралари:***

профилактика мақсади: Бу модификацияловчи хавф омилларини (ортиқча вазн, мушакларнинг кучсизлиги) бартараф этиш ва бўғимларнинг шикастланишларини ёки доимий микротравматизациясини бартараф этишдир.

Бирламчи профилактика – ПсАли беморлар барчасига соғлам турмуш тарзига риоя қилиш керак, регуляри жисмоний тарбияни комплекс даволовчи жисмоний тарбия билан ҳафтасига 30 минутдан 5 маҳал шуғулланиш керак, тана вазни индексини назорат қилиш (ТВИ 18,5-24,5), спиртли ичимлик ва чекишни ташлаш керак;

ПсА хавф омилларига таъсир – соғлом турмуш тарзи, жисмоний тарбия ва тўғри овқатланиш (ОП да ОШ томонидан амалга оширилади);

Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш;

ПС билан бўғим шикастлари мавжуд бўлган барча беморлар ревматолог томонидан ПсА ни эрта ташхислаш, бўғимлар деструкцияси ривожланишини ва функционал касалликларнинг олдини олиш мақсадида текширилиши керак. Пс билан оғриган беморларни даволайдиган ва кузатадиган тиббий мутахассислар ПсА ни ривожлантириш имкониятидан хабардор бўлишлари керак. ПС билан оғриган беморларда ПСА диагностикаси яллиғланиш бўғими касаллиги белгилари CASPAR мезонлари асосида

амалга оширилади: семизлик ва тамаки чекиш-псориаз билан оғриган беморларда ПсА ривожланиш омиллари.

ПсАли беморларда коморбид касалликлар ривожланишига хавф ошади: артериал гипертензия, метаболик синдром, гиперлипидемия, юрак ишемик касаллиги, семизлик, қандли диабет 2-тип, депрессия. ПсАда остеопороз кузатилиши мумкин, ўз вақтида беморни мутахассисга йўналтириш керак.

Скрининг - псориадик артритли беморлар учун юрак-қон томир касалликларининг анъанавий хавф омилларини мунтазам равишда текшириш тавсия этилади: чекиш, семириш, гиперлипидемия, артериал гипертензия ва қандли диабет учун скрининг ўтказилади. Юрак-қон томир хавф омилларини камайтириш умумий популяция учун миллий тавсияларга мувофиқ амалга оширилиши керак.

Иккиламчи профилактика - ПсА билан оғриган беморларни ўқитиш, вазн камайтириш, жисмоний машқлар, ортопедик тавсиялар (ОП, МКТП да ОШ ва ревматолог томонидан амалга оширилади).

Учинчи даражали профилактика – ПсА билан оғриган беморларнинг асоратларини реабилитация қилиш (ОП да ОШ, МКТП да ревматолог, стационар шароитларда ва реабилитация марказларида амалга оширилади);

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

#### ***Реабилитация усуллари ва муолажалари:***

- Бўғимни сақлайдиган жарроҳлик аралашувлардан сўнг ҳам, эндопротезлаш жарроҳлик амалиётидан кейин ҳам беморларни реабилитация қилишдан мақсад - тўлиқ функционал, ижтимоий ва касбий тикланишдир. Реабилитация ижтимоий мослашишга қаратилган реабилитацияни ва касбга йўналтириш, касб-хунар таълими ва касбий мослашувдан иборат реабилитацияни ўз ичига олади.

- Беморларни реабилитация қилиш қуйидаги тамойилларга асосланади: турли хил фармакологик воситалардан ва номедикаментоз усуллардан фойдаланиш, узлуксизлик, кетма-кетлик, мураккабликдан мультимодал фойдаланиш туфайли беморда анальгезиянинг етарли даражасига эришиш, реабилитацияни эрта бошлаш, шунингдек, даволаш тадбирларини ўтказишда индивидуал ёндашувга асосланади.

- шикастланган бўғим функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклаш ва (ёки) йўқолган функцияларни қоплаш: зарарланган бўғимларнинг функцияларини қисман тиклаш.

- ўткир ривожланган патологик жараёни тўхтатиш жараёнида тананинг функцияларини сақлаб қолиш: бўғимларнинг функцияларини номедикаментоз ва дори-дармонлар билан даволаш.

- шикастланган бўғим асоратланишини олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш: ўз вақтида эрта ташхис қўйиш, номедикаментоз ва дори-дармонлар билан даволаш.

- ривожланиши мумкин бўлган ногиронликни олдини олиш ва камайтириш: ўз вақтида эрта ташхис қўйиш, номедикаментоз ва дори-дармонлар билан даволаш.

- ҳаёт сифатини яхшилаш: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

- беморнинг иш фаолиятини сақлаб қолиш: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграциялашуви: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

### *3-хил турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар:*

- Псориатик тери зарарланиши;
- Псориатик тирноқлар зарарланиши;
- Периферик артрит;
- Дактилит (бармоқлар яллиғланиши);
- Энтезит- ПсАнинг эрта намоён бўлиши;
- Спондилит, сакроилеит;

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>

### *Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари:*

Беморларни олиб боришда тизимли кўринишлар (тери, кўз ва ошқозон-ичак тракти) ва метаболик синдром, юрак-қон томир касалликлари ва депрессия каби коморбид касалликларни ҳисобга олиш керак.

Диета ширин, аччиқ ва ёғли овқатларни чегаралаш;

#### **Озиш:**

Ортиқча вазнли ёки семизлик билан оғриган, тизза ва/ёки сон-чаноқ бўғими ОА билан оғриган беморларга вазнни бошқариш тавсия этилади.

Ортиқча вазнли беморларга (ТВИ 25 кг/м<sup>2</sup> дан ортиқ) тана вазнини 6 ой ичида камида 5% ёки йил давомида 10% га камайтириш тавсия этилади.

ПсА билан оғриган беморларга қуйидагилар тавсия этилади: мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш, ойлик вазнини қайд этиш, ёғ ва тузни истеъмол қилишни чеклаш, кунига камида беш порция мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш ва кунига камида 30 дақиқа жисмоний фаоллик. Эришилган кўрсаткичлар бемор билан муҳокама қилинади.

Мунтазам жисмоний фаолият ва машқлар билан шуғулланиш функционал ҳолатни яхшилади ва беморларнинг ишлаш қобилиятини сақлаб қолишга ёрдам беради;

Машқлар индивидуал бўлиши ва ҳар бир беморнинг эҳтиёжларига мослаштирилиши керак, шунда улар бемор ҳаёт тарзининг бир қисмига айланади. Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

### *Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:*

Реабилитация чораларини операциядан сўнг дарҳол касалхонада бошлаш ва уни касалхонага ётқизиш давомида олиб бориш тавсия этилади (реабилитациянинг биринчи босқичи). Касалхонадан чиқарилгандан сўнг, агар керак бўлса, реабилитация бўлимларида (агар иложи бўлса) реабилитация даволашни давом эттириш (реабилитациянинг иккинчи босқичи) ва кундузги шифохонанинг тиббий реабилитация бўлимларида, санаторий, амбулатор тиббий муассасаларда ёки уйда (реабилитациянинг учинчи босқичи) реабилитацияни тугатиш. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

Операциядан кейинги реабилитация даволашнинг бутун курси 2 даврдан (эрта ва кеч операциядан кейинги даврлар) иборат бўлиб, улар 5 та режимга бўлинади: 1) 1-2 кундан 5-7 кунгача юмшоқ (операциядан кейинги ўткир реактив яллиғланиш), 2) 5-7 кундан 15 кунгача тоник (операциядан кейинги ярани даволаш), 3) 15 кундан 6-8 ҳафтагача эрта тикланиш (операциядан кейин суяк тузилмаларининг резорбцияси жараёнларининг устунлиги), 4) 6-8 ҳафтадан 10 ҳафтагача кеч тикланиш (суяк

тўқималарининг регенерацияси жараёнларининг устунлиги), 5) 10-12 ҳафтадан 12 ойгача мослашиш (суяк тўқимасини қайта тикланиши). Операциядан кейинги даврда эрта фаоллаштириш учун беморларни, айниқса кекса ва кекса ёшдаги беморларни тиббий реабилитация қилишни операциядан олдинги даврда бошлаш тавсия этилади. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

Мунтазам жисмоний фаолият ва машқлар билан шуғулланиш функционал ҳолатни яхшилади ва беморларнинг ишлаш қобилиятини сақлаб қолишга ёрдам беради;

Машқлар индивидуал бўлиши ва ҳар бир беморнинг эҳтиёжларига мослаштирилиши керак, шунда улар бемор ҳаёт тарзининг бир қисмига айланади.

1А	Енгил жисмоний тарбия ва машқлар ПсА ли беморларга фойдали ҳисобланади.
----	---

1А	ПАли беморларга ҳаёт турмуш тарзини кескин ўзгартириш айниқса, чекишдан воз кечиш ва вазни камайтириш тавсия этилади.
----	---

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

**Физиотерапевтик тавсиялар :**

-физиотерапия (илиқ ёки совуқ муолажалар, ультратовуш, лазеротерапия, криотерапия, иглорефлексотерапия),

-санаторно-курорт даволаш, дори воситалари билан физиотерапевтик муолажалар, сульфид ва радон ванналари ёрдамида даволаш.

Ремиссия босқичида ДЖТ (даволовчи жисмоний тарбия), физиотерапия ва санатор-курорт даво (бальнеодаво) кўринишида ўтказилади.

Физиотерапия: иссиқ ва совуқ муолажалар, ультратовуш, иглорефлексотерапия, магнито и лазеротерапия;

СНГ худудларида радонли сувли қуйидаги курортлар бирмунча машхур: Белокуриха, Пятигорск, Хмельник, Цхалтубо. Олтингугуртли масканлар Сочи-Мацеста и Пятигорска. Минерал сувлар ва балчиқли курортлар (Саки, Евпатория). Нафталан – бальнеологик курорт (Азербайджан) нафталанли нефть билан даволаш. Ўлик денгизининг денгиз ванналари (Израиль).

Ўзбекистонда радонли масканлар: Санатории «Ўзбекистон» (Нагорный, Самарканд вилояти), «Алтынсай» (Навоий вилояти). Олтингугурт маскани санатория «Чимьён» (Фарғона вилояти), «Джейран-хана» (Сурхандарё вилояти), минерал, йодобромли маскан санатория «М. Топволдиев» (Фарғона вилояти, Риштан), йодобромли маскан санатория «Чартак» (Наманган вилояти).

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline> <https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

*Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда таъхислаш тадбирлари:*

**Лаборатория текширувлари.**

Махсус лаборатор тестлар ва биомаркерлар мавжуд эмас

Умумий қон анализи, сийдик

СРО, ревматоид омиллар (IgM РФ)

АЦЦП

ҚБТ: АСТ ва АЛТ, креатинин, глюкоза  
Сийдик кислота  
Гепатит В, С вируслари, ОИТС маркёрлари  
Хомиладорлик тести  
Манту туберкулин синамаси ва /ёки Диаскин тест  
Қонда липидлар  
HLA-B27

### **Яллиғланиш фаоллиги кўрсаткичлари**

**ЭЧТ** – тизимли яллиғланишнинг юқорисезувчан, аммо носпецифик ва ностабил маркёри.

**СРО** - яллиғланиш фаоллигини баҳолаш, бўғимлар деструкциясини тезлигини башоратлаш учун қўлланади.

<b>1 А</b>	Ҳар битта беморда адекват терапия ўтказиш мақсадида яллиғланиш фаоллиги аниқланиши зарур.
------------	---

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

### **Инструментал текширувлар.**

Кафт,товон, тос суяклари ва умуртқа поғонаси обзор рентгенографияси

Бўғимлар УТТси

МРТ

Ўпка рентгенографияси

ЭКГ

ЭхоКГ

**Рентгенография** -қўл ва оёқ кафти, тос суяклари ва чаноқ-сон бўғими тўғри проекцияда ва умуртқа поғонасига ўтиш қисмида (кўкрак пастки қисми бел қисми билан биргаликда ён проекцияда) бирламчи текширув мақсадида ва бир йилда бир марта ўтказилади.

кафт ва товон рентгенографиясида– бўғим тиркиши торайиши, суяк ремодуляцияси,охирги фалангаларнинг резорбцияси, йирик эксцентрик эрозиялар, остеолити хос. «Стакан ичидаги қалам» типдаги деформация, пролиферация, периоститлар, суяк анкилозлари хос;

Тос ва чаноқ-сон бўғими рентгенографиясида бир томонлама ёки ассиметрик икки томонлама сакроилеит хос

Умуртқа поғонасининг ўтувчи қисми рентгенографиясида паравертебрал оссификатлар ва қирғоқ синдесмофитлари хос

**УТТ энергетик доплер хариталаш усули** бўғим юмшоқ тўқима структураларининг ўзгаришларини аниқлашда, айниқса эрта ПсАни аниқлашда, БЯҚВ ва ГИБВлар даволаш фониди ремиссия сақланишини башоратлашда муҳим афзалликларга эгадир.

УТТ ПсА беморларда синовит (яллиғланиш) ва энтезит, теносиновитни аниқлашда сезгир усул ҳисобланади.

Бўғимлар УТТ сида қуйидаги параметрлар баҳоланади: синовиал қобикнинг қалинлашиши, бўғимда шиш бўлиши, бўғим юзасининг контури бузилиши (эрозия), бўғим олди тўқималарининг ўзгариши (теносиновит)

УТТ энергетик доплер хариталаш усулида яллиғланиш яққоллигини кўрсатувчи сигнал локализациясини, тарқалишини ва интенсивлиги аниқланади.

**МРТ-** стандарт ултратовушга қараганда кенгрок нуқтаи назар билан суяк ва тоғайнинг юмшоқ тўқималарини аниқ тасвирлашга имкон беради. МРТ умуртқа поғонасининг (спондилит) ва илеосакрал чигалда (сакроилеит), пай-боғлам аппаратида (энтезит, тендинит) ва бўғимларда (синовит) яллиғланиш ўзгаришларини эрта аниқлашга мўлжалланган.

Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси беморларда ўпканинг ёндош жароҳатланишини аниқлашда, бирламчи текширувда, БЯҚВ ва ГИБВ тавсия қилишдан олдин сўнг хар йили ўтказилади. ЭКГ камида бир йилда бир марта юрак-қон томир касалликларини аниқлаш учун.

ЭКГ - юрак-қон томир патологияларини аниқлашда йилига 1 мартадан кам бўлмаган вақтда амалга оширилади.

**ЭхоКГ-** қон-томир патологияларига шубҳа бўлганда

**Рентгенография:**

<b>1 А</b>	Псориатик артрит ташхислаш ва бўғимлар зарарланиш даражасини динамикада текшириш мақсадида барча беморларда, йилида бир марта рентгенографик текширувлар ўтказиш тавсия этилади.
------------	--

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

*Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:*

**Диспансер кузатуви**

Диспансер кузатуви фаолиятни камайтириш, бўғим ва умуртқа поғонасининг функционал қобилиятини сақлаб қолишга қаратилган, олдини олиш ёки рентгенологик прогрессиянинг тезлигини секинлаштиришга қаратилган.

Бемор мониторинги ревматолог ва зарур бўлганда дерматолог томонидан амалга оширилиши керак ва шифокор ва бемор ўртасидаги яқин ҳамкорликка асосланган бўлиши керак;

ПсА клиник ва лаборатория фаолиятини диққат билан кузатиш;

ревматологга ҳар 2 ойда камида 3 марта ташриф буюриш;

ҳар 3 ойда: умумий қон ва сийдик синовлари, биокимёвий қон таҳлиллари (АЛТ, АСТ, креатинин);

ҳар йили: липид профилини ўрганиш( атеросклерознинг олдини олиш учун), денситометрия (остеопороз ташхиси);

тос суяқларининг рентгенографияси йилига 1 марта кўрсатмаларга мувофиқ тор мутахассисликлар бўйича консултация;

тавсияларга риоя қилмаслик ва даволанишнинг мустақил узилиши-касалликнинг ноқулай прогнозининг мустақил омиллари;

Чекиш, семизлик, гиперлипедемия, гипертония, ва диабет учун скрининг: ПсА билан беморлар мунтазам равишда юрак-қон томир касалликлари учун анъанавий хавф омиллар учун скрининг бўлиши керак. Юрак-қон томир хавф омиллар тузатиш умумий аҳоли учун миллий тавсиялар асосида амалга оширилиши лозим.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2) <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>  
<https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>]

*Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:*

- Зарарланган бўғимдаги оғрикни камайтириш;
  - Зарарланган бўғимнинг функционал фаолиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш.
- Адекват анальгезия даражаси учун:
- турли фармакологик воситалардан мультимодал фойдаланиш;
  - номедикаментоз терапия ва реабилитация усулларида фойдаланиш;
  - Давомийлик, изчиллик, мураккаблик, шунингдек, профилактика ва реабилитация тадбирларини ўтказишда индивидуал ёндашув.

*Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:*

манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари)нинг маълумотлари:

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази кардиоревматология бўлими мудири, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси Сабирова Феруза Бадриддиновна;

баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

**Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

1. Ревматология: Российские клинические рекомендации / под ред. акад. РАН Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 461 с.  
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442616.html>
2. Федеральные клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Ассоциация ревматологов России. Москва 2016.  
[https://rheumatolog.ru/files/clinrec/psoriaticheskiy\\_artrit\\_ssytki-21.01.16.pdf](https://rheumatolog.ru/files/clinrec/psoriaticheskiy_artrit_ssytki-21.01.16.pdf)
3. Jasvinder A. Singh, Gordon Guyatt, Alexis Ogdie, 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.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30499246/>
4. Maria Noviani, Marie 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>.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33133245/>
5. Alexis Ogdie, 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>.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32159790/>
6. 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434812/>

7. Maria Noviani, Marie 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>.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33133245/>

8. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Чамурлиева М.Н. Псориатический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. Современная ревматология. 2018 №2 2018;12(2):22–35.

[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/822?locale=ru\\_RU](https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/822?locale=ru_RU)

9. 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.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766874/>

10. Мишина ОС, Коротаева ТВ. Заболеваемость псориатическим артритом в Российской Федерации: тенденции на современном этапе и перспективы. Научнопрактическая ревматология. 2015;(53)3:251-7. [Mishina OS, Korotaeva TV. Incidence of psoriatic arthritis in Russia: trends at the present stage and prospects. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2015;(53)3:251-7. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-251-257.

<https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-psoriaticeskim-artritom-v-rossii-tendentsii-na-sovremennom-etape-i-perspektivy>

11. Баткаева НВ, Коротаева ТВ, Баткаев ЭА. Структура кардиоваскулярной коморбидности у больных тяжелыми формами псориаза: данные ретроспективного анализа госпитальной когорты. Научно-практическая ревматология. 2017;55(5):493-9. [Batkaeva NV, Korotaeva TV, Batkaev EA. The pattern of cardiovascular comorbidity in patients with severe forms of psoriasis: data of retrospective analysis of a hospital cohort.

<https://cyberleninka.ru/article/n/raznoobrazie-komorbidnoy-patologii-u-bolnyh-psoriazom-tyazhelogo-techeniya>

12. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2017;55(5):493-9. (In Russ.)]. doi:10.14412/1995-4484-2017-493-499.

[https://rheumatolog.ru/upload/iblock/335/z2mt7klb9dou5izums2eov2xpzimwvg/132\\_56\\_p\\_b.pdf](https://rheumatolog.ru/upload/iblock/335/z2mt7klb9dou5izums2eov2xpzimwvg/132_56_p_b.pdf)

13. 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28137915/>

14. Olivieri I, Padula A, D'Angelo S, et al. Psoriatic arthritis sine psoriasis. *J Rheumatol Suppl*. 2009 Aug;83:28-9. doi: 10.3899/jrheum.090218.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19661535/>

15. Mease PJ. Psoriatic Arthritis: update on pathophysiology, assesment and management. *Ann Rheum Dis*. 2011 Mar;70 Suppl 1:i77-84. doi: 10.1136/ard.2010.140582.

[https://www.perspectivesinrheumaticdiseases.com/?utm\\_campaign=409620.01\\_lbu%2Fgame\\_prd\\_in-person\\_9\\_2024\\_cme\\_google&utm\\_source=lbu&utm\\_source\\_type=prop&utm\\_medium=ban](https://www.perspectivesinrheumaticdiseases.com/?utm_campaign=409620.01_lbu%2Fgame_prd_in-person_9_2024_cme_google&utm_source=lbu&utm_source_type=prop&utm_medium=ban)

[&utm\\_driver\\_type=lb&gad\\_source=1&gclid=Cj0KQCQjw6PGxBhCVARIsAlumnWapK9H94IDNOujlMB2wDofmRiTJAKVKsgIoxWRT5W-DJeCepOq7swaAst5EALw\\_wcB](#)

16. Love TJ, Zhu Y, Zhang Y, et al. Obesity and the risk of psoriatic arthritis: a population-based study. *Ann Rheum Dis*. 2012 Aug; 71(8):1273-7. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-201299. Epub 2012 May 14.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22586165/>

17. Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ. Выявляемость псориатического артрита у больных псориазом в дерматологической и ревматологической клинике. *Современная ревматология*. 2016;10(4): 47-50. [Chamurlieva MN, Loginova EYu, Korotaeva TV. Detection rates of psoriatic arthritis in patients with psoriasis in a dermatology and rheumatology clinic. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2016;10(4):47-50. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2016-4-47-50 16.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/718/697>

18. Schoels 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26269398/>

19. 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26749174/>

20. Корсакова ЮЛ, Денисов ЛН. Эффективность и безопасность нового препарата для лечения псориаза и псориатического артрита – апремиласта. *Научно-практическая ревматология*. 2016;(54) 5:572-8. [Korsakova YuL, Denisov LN. The efficacy and safety of the new drug apremilast for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2016;(54) 5:572-8. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2016-572-577.

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-i-bezopasnost-novogo-preparata-dlya-lecheniya-psoriaza-i-psoriaticheskogo-artrita-apremilasta>

21. 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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29045212/>

22. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/562_2)

23. <https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline>

24. <https://www.eular.org/website/search?search=psoriatic+arthritis>