

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

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY  
REABILITATSIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“PSORIATIK ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

«TASDIQLAYMAN»  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
rektori (f.d., professor  
Sh.A. Boymuradov



23 may 2025 yil

**«PSORIATIK ARTRIT» NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

## Mundarija

“PSORIATIK ARTRIT” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	5
“PSORIATIK ARTRIT” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	42
“PSORIATIK ARTRIT” NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	46

**“PSORIATIK ARTRIT” NOZOLOGIYASINING  
TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK  
PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

## 1. Kirish qismi.

Ushbu klinik protokol psoriatik artrit bilan og‘rigan bemorlarni tashxislash va davolash bo‘yicha tavsiyalarni, bazis va yallig‘lanishga qarshi dorilar bilan davolash uchun strategik tavsiyalarni o‘z ichiga oladi. Ushbu klinik protokolni ishlab chiqishda Rossiya revmatologlari Assotsiatsiyasining "Psoriatik artrit" klinik tavsiyalari, EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies, Amerika revmatologlar kolledji / Psoriazning milliy fondi (ACR / NPF), GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) psoriaz va psoriatik artritni tadqiqot qilish va baholash guruhi klinik tavsiyalari asos qilib olindi.

### Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar)i:

XKT-10/11	
Kod:	<b>Psoriatik va enteropatik artropatiyalar;</b>
M07*/FA21	
M07.0/FA21.Y	– Distal falangalararo artropatiya (L40.5+)
M07.1/FA21.Y	– Mutilirlovchi artrit
M07.2/FA21.0	– Psoriatik spondilit (L40.5+);
M07.3/FA21.Z	– Boshqa psoriatik artropatiyalar (L40.5+).
<b>Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12048">https://mkb-10.com/index.php?pid=12048</a>

**Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi:** Bayonnoma 2025 yil ishlab chiqilgan. Qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 yil;

**Milliy klinik bayonnoma ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa:** RITvaTRIATM, Toshkent tibbiyot akademiyasi.

### **Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo‘shganlar:**

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha revmatologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolari:

<b>Azizova F.L.</b>	<b>TTA ilmiy ishlar bo‘yicha prorektor t.f.d., professor</b>
<b>Alyavi B.A.</b>	RITvaTRIATM direktori, t.f.d., professor
<b>Miraxmedova X.T.</b>	SSV revmatologiya bo‘yicha bosh konsultant t.f.d., prof. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini mudiri.
<b>Raximova D.A.</b>	RITvaTRIATM laboratoriya raxbari t.f.d., SSV terapiya xizmati bo‘yicha bosh mutaxassis
<b>Aliaxunova M.Yu.</b>	RITvaTRIATM revmatologiya bo‘limi mudiri t.f.d., professor
<b>Nabieva D.A.</b>	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor
<b>Dadabaeva N.A.</b>	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini dotsenti, t.f.n.

### **Mualliflar ro‘yxati:**

<b>Miraxmedova X.T.</b>	<b>SSV revmatologiya bo‘yicha bosh konsultant t.f.d., prof. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini mudiri.</b>
<b>Raximova D.A.</b>	RITvaTRIATM laboratoriya raxbari t.f.d., SSV terapiya xizmati

	bo'yicha bosh mutaxassis
<b>Aliaxunova M.Yu.</b>	RIT va TRIATM revmatologiya bo'limi mudiri t.f.d., professor
<b>Dadabaeva N.A.</b>	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti, t.f.n.
<b>Nabieva D.A.</b>	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
<b>Shodikulova G.Z.</b>	SamDTU 1-son ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., Samarkand viloyati bosh revmatologi
<b>Djuraeva E.R.</b>	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası dotsenti, t.f.n.
<b>Xamraev X.X.</b>	SamDTU 1-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.n.
<b>Abdullaev U.S.</b>	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, t.f.n.
<b>Muxsimova N.R.</b>	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, t.f.n.
<b>Saidrasulova G.B.</b>	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, t.f.n.
<b>Berdieva D.U.</b>	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası assistenti, t.f.n.
<b>Najmiddinov G.R.</b>	Farg'ona viloyati bosh revmatologi
<b>Bomurodova D.B.</b>	Buxoro viloyati bosh revmatologi

#### **Taqrizchilar:**

<b>Axmedov X.S.</b>	- 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor.
<b>Shukurova Surayo Maqsudovna</b>	– Tojikiston Fanlar akademiyasi a'zosi, Malaka oshirish instituti terapiya va kardiorevmatologiya kafedrası mudiri t.f.d., professor.

Klinik bayonnoma TTA ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va \_\_\_\_\_ №\_\_ sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

#### **Texnik ekspertiza va tahrirlash:**

1. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti N.Muxsimova;
2. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti G.Saidrasulova.

#### **O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarning ekspert bahosi:**

1. Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo'limi mudiri, t.f.n., SSV bolalar revmatologi maslahatchisi Sabirova Feruza Badriddinovna.

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

Klinik protokollarning qabul qilinishi va amaliyotda qo'llanilishini baholash Toshkent shahri va Toshkent viloyati sog'liqni saqlashning amaliy bo'g'ini vakillari bilan birgalikda amalga oshirildi.

#### **Amaliyotchi shifokorlar:**

1. M.V.Mirxamidov – TTA ko'p tarmoqli klinikasi revmatologiya bo'limi mudiri.
2. 2. Sh.Sh. Shojalilov – TTA ko'p tarmoqli klinikasi SKAL revmatologiya bo'limi mudiri.
3. N.A.Abduvalieva – Toshkent viloyati Olmaliq shaxri KTMP revmatolog shifokori.

#### **Bayonnoma protokolda foydalanilgan qisqartmalar:**

<b>ADA</b>	<b>- adalimumab</b>
<b>AS</b>	– ankilozlovchi spondilit
<b>AST</b>	– aspartataminotransferaza
<b>ALT</b>	– alaninaminotransferaza
<b>ASAS</b>	-Assessment of pondyloArthritis International society-spondiloartritlarni o'rganuvchi xalqaro jamoa
<b>BYaQV</b>	– bazis yallig'lanishga qarshi vositalar
<b>BYaO</b>	– beldagi yallig'lanish og'rig'i
<b>BIGK</b>	– bo'g'im ichi glyukokortikoidlar
<b>BOB</b>	– bemorlarda og'riqni baxolash
<b>BKB</b>	– bemorlarda kasallikni baxolash
<b>VASh</b>	– vizual-analogli shkala
<b>BSA</b>	-psoriatik teri jaroxatlanish maydoni BSA (Body Surface Area, %)
<b>PASI</b>	–psoriazning tarqalganlik va og'irlik indeksi (Psoriasis Activity Score Index)
<b>GIBV</b>	– gen-injener biologik vositalar
<b>GK</b>	– glyukokortikoidlar
<b>DFAB</b>	– distal falangalararo bo'g'im
<b>IL</b>	– interleykin
<b>INF</b>	– infliksimab
<b>i-FNO-<math>\alpha</math></b>	– FNO-alfa ingibitorlari
<b>IL-17</b>	- interleykin 17 ingibitorlari
<b>KShB</b>	– kasallikni shifokor baxolashi
<b>LeF</b>	- leflunomid
<b>MRT</b>	– magnit-rezonans davolash
<b>MT</b>	- metotreksat
<b>NYaQV</b>	– nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar
<b>HLA-B27</b>	- odam leykotsitar B27 antigeni
<b>OBS</b>	– og'riqli bo'g'imlar soni
<b>PsA</b>	– psoriatik artrit
<b>Ps</b>	– psoriaz
<b>RF</b>	– revmatoid omil
<b>SEK</b>	- sekukinumab
<b>SRO</b>	– S-reaktiv oqsil
<b>SpA</b>	– spondiloartritlar

<b>SSZ</b>	- sulfasalazin
<b>tsBYaQV</b>	– target sintetik BYaQV
<b>UTT</b>	-ultratovush tekshiruvi
<b>FS</b>	– funksional sinf
<b>SsA</b>	-siklosporin
<b>SSPA</b>	- siklik sitrullin peptidga antitana
<b>ShBS</b>	– shishgan bo‘g‘imlar soni
<b>EChT</b>	– eritrotsitlar cho‘kish tezligi
<b>ETA</b>	– etanersept
<b>EKG</b>	-elektrokardiografiya
<b>ExoKG</b>	-exokardiografiya
<b>EGFDS</b>	-fibrogastroskopiya

### **Mazkur tashxis/nozologiya bo‘yicha protokolning foydalanuvchilari:**

- 1.Revmatologlar;
- 2.Terapevtlar;
- 3.Oilaviy shifokorlar;
- 4.Travmatologlar – ortopedlar;
5. Dermatovenerologlar;
6. JTSh shifokori, fizioterapevt;
- 7.Tibbiyot oliygozlari magistrleri, klinik ordinatorlari va katta kurs talabalari.

### **Bemorlar toifasi:**

Psoriatik artritli bemorlar

### **Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (DD)**

<b>DD</b>	<b>Dalillarning ishonchlik darajasi</b>
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulo yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kohort tadqiqotlari
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

### **Profilaktika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (DD) baholash uchun shkala**

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

**Profilaktika, diagnostika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari bo‘yicha tavsiyalar (RTT) ning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi**

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
V	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

**2. Asosiy qism.**

**Kirish:**

Psoriatik artrit surunkali progressiv kechishi, tayanch-harakat tizimining funksional qobiliyatining buzilishi va bemorning hayot sifatining yomonlashishi tufayli muhim tibbiy va ijtimoiy muammo hisoblanadi.

Psoriatik artrit - surunkali kasallik bo‘lib, psoriaz kasalligi va yallig‘lanishli artrit belgilarini birlashtiradi. Ushbu kasallik dolzarbdir, chunki u bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytirishi, og‘riq, shish va bo‘g‘imlar harakatining cheklanishini, shuningdek, psoriazning teri ko‘rinishini keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu kasallikning ahamiyati mehnat qobiliyatining pasayishi va nogironlik kabi omillarga bog‘liq.

PsAning epidemiologiyasi kam o‘rganilgan. Ammo psoriaz yer yuzi axolining 2-7% jaroxatlagani ma’lum. Psoriazlar ichida artritning tarqalganligi turli ma’lumotlarga ko‘ra 7 dan 47% gachani tashkil qiladi. Umumiy populyatsiyada PsAning tarqalganligi 0,04-1,4%ni tashkil qiladi, ba’zi davlatlarda, masalan Italiyada bu kasallik revmatoid artritga nisbatan ko‘p uchraydi. Kasallik turli yoshda, ammo ko‘p uchrashi xayotning ikkinchi va uchinchi bosqichida, erkak va ayollarda bir xil kuzatiladi.

[[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>]

### Umumiy ta’rifi:

Psoriatik artrit – odatda psoriaz bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan bug‘imlar, umurtqa pogonasi va entezislarning shikastlanishiga olib keladigan immun yalliglanish kasalligidir. PsA dermatologiya va revmatologiya pillapoyasida turgan kasallikning klassik namunasidir.

PsA periferik spondiloartritlar kichik guruhiga tegishli, klinik kechishida periferik bo‘g‘imlarning yallig‘lanishi kuzatilib (artrit), entezis (entezit) qo‘l va oyoq barmoqlari paylari (tenosinovit, daktilit), ko‘pincha aksial suyaklar zararlanishi bilan birga (spondilit, sakroileit) kechadi.

PsA rivojlanishi sabablari noaniq qolmoqda. Uning shakllanish omillari orasida genetik, immunologik va ekologik omillar mavjud. PS va PsA rivojlanishiga irsiy moyillik mavjud: PsA kasalliklarining 40% dan ortiq bu kasalliklardan aziyat chekadiganlar birlamchi darajali irsiylikka ega. Tirnoqlarni zararlanishi, boshning sochli qismi psoriazi, insert psoriaz, shikastlanish va tamaki chekish xavf omili sifatida psoriaz bemorlarni PsA rivojlanish xavfini oshiradi. PsA bemorning tayanch-xarakat tizimida zo‘riqishni keltirib chiqaradigan va xayot sifatiga salbiy ta’sir ko‘rsatadigan yurak-qon tomir, psixologik va metabolik yondosh kasalliklar bilan birga uchrashi mumkin.

[[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>]

### Klinik tasnifi:

PsAning klinik variantlari	Ta’rifi
Qo‘l va oyoq kafti Distal falangalarining birlamchi zararlanishi (distal shakl)	qo‘l va / yoki oyoqlarning klassik izolyatsiyalangan DMFS zararlanishi PSA kasallarining 5% da kuzatiladi. DMFS ishtiroki boshqa bo‘g‘imlar bilan birga ko‘pincha PSA ning boshqa klinik variantlarida kuzatiladi
Assimetrik mono/oligoartrit	PSA bilan og‘rigan bemorlarning ko‘pchiligida (70% gacha) sodir bo‘ladi. Odatda, qo‘l va oyoqlarning tizza, bilak, bilak-tirsak va interfalangeal bo‘g‘imlari ishtirok etib, yallig‘langan bo‘g‘imlarning umumiy soni 4 tadan oshmaydi.
Simmetrik poliartrit (revmatoid shakli)	PSA bilan og‘rigan bemorlarning 15-20% da kuzatiladi. RA kabi bog‘langan juft bo‘g‘imlarning ishtiroki bilan xarakterlanadi. Besh va undan ortiq bo‘g‘imlarning assimetrik poliartriti tez-tez kuzatiladi
Psoriatik spondilit	periferik artrit bilan tez-tez (taxminan 50%) birgalikda, kamdan-kam hollarda (2-4%)- izolyatsiya qilingan spondilit kuzatiladi
Mutilirlangan artrit	5% bemorlarda kuzatilgan PSA ning noyob klinik shakli barmoqlar va/yoki oyoqlarning "teleskopik deformatsiya" shakllanishi, qisqarish, ko‘p tomonlama subluksatsiyalar bilan bo‘g‘im yuzalarining keng tarqalishi (osteoliz) bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga bo‘g‘im yuzalarining mahalliy (chegaralangan) osteolizi barcha PsAning klinik variantlarida rivojlanishi

mumkin

[[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. Usullar, yondashuvlar va tashxislash jarayonlari.

#### Tashxislash mezonlari:

##### PsA CASPAR Tashxislash mezonlari

(CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006).

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

1 Psoriaz: - psoriaz kurik vaktida - psoriaz anamnezda - psoriaz oila anemnezi	Ball 2 1 1
2. Psoriatik tirnoq distrofiyasi: Barmok nuktasi, onixolizis, giperkeratoz	1
3. Salbiy revmatoid omil (boshqa lateks sinov usuli)	1
4. Daktilit: - tekshirish vaqtida butun barmoqning shishishi - daktilit anamnezda	1 1
5. Qo'shimcha suyak radiologik belgilari marginal o'sish turlari bo'yicha proliferatsiya (tashqari osteofitlar) qo'l va oyoq rentgenograflarida	1

#### PsAda spondilit tashxisi

<b>PsAda spondilit tashxisi (sinonim: psoriatik spondilit)</b> quyidagi 4ta belgilardan 2tasi asosida qo'yiladi.	Belda yallig'lanish og'rig'i uchun (2009) ASAS me'zonlari.
1. ASAS (2009) me'zoniga asosan belda yallig'lanish og'rig'i, shuningdek dumbada g'ijimlovchi og'riq. 2. Umurtqa pog'onasining sagittal va frontal satxida bo'yin, ko'krak yoki bel qismida xarakat cheklanishi. 3. Bir tomonlama sakroileit II bosqich belgilari va ko'proq tos obzor rentgenogrammasida, umurtqa pog'onasida sindesmofitlar. 4. MRTda faol sakroileit aniqlanishi (osteit/ STIR- yoki T1 – rejimida ileosakral chigal soxasida suyak to'qimasi shishi)	Beldagi og'riq yallig'lanish yo'li xisoblanadi, agar bemorda og'riq surunkali bo'lsa, davomiyligi 3 oydan ko'p bo'lsa, quyidagi 5ta belgidan 4tasi bo'lsa: 1. Kasallik 40 yoshdan boshlansa 2. Sekin-astalik bilan boshlansa 3. Jismoniy mashqdan keyin yaxshilansa 4. Tinch xolatda yengillik bo'lmasa

[[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>]

### Kasallik faollik darajalari

0 - remissiya (DAS <1,6, EChT va SRO –norma)

I - past (1,6 ≤ DAS <2,4, EChT va SRO gacha 20)

II - urta (2,4 ≤ DAS ≤ 3,7, EChT va SRO 20-40)

III - baland (DAS >3,7, EChT va SRO >40)

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

DAS Hisoblash uchun formula:

$$DAS = 0,54 \sqrt{IR} + 0,065 ShUS + 0,330 \ln(EChT) + 0,072 BKF$$

Bu yerda, ShBS – quyidagi shishgan bo'g'imlarning soni 28: yelka, tirsak, bilak-kaft, kaft-falangalar, proksimal falangalararo, tizza.

IR-indeks Richi – xar bir bo'g'imning palpatsiyada og'riqning yaqqollik darajasi (tos-son bo'g'imida faqatgina passiv xarakterda og'riq bo'lishi)

EChT – Vestergren usulida eritrotsitlar cho'kish tezligi,

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

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

Spondilit faolligi Batskiy fallik indeksi BASDAI yordamida aniqlanadi (anketaning o'zi 6 ta savoldan iborat, ilovaga qarang)

BASDAI < 4 – funksiya buzilmagan, PsA faolligi past;

BASDAI > 4 – funksiya buzilmagan va BASDAI < 4 funksiya buzilishi bilan birga – o'rtacha faollikda;

BASDAI > 4 funksiya buzilishi bilan birga – yuqori faollik;

[[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>]

### Psoriaz bilan og'riqan bemorlarda PSA rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omillar

Xavf omili	Ta'rifi
Tashqi	1. Travma 2. infeksiya 3. Psixoemotsional zo'riqishlar, stresslar
Ichki	1. PS va PSA rivojlanishiga genetik moyillik 2. Neyroendokrin va immun (sitokin, chemokine) tartibga soluvchi mexanizmlarning buzilishi. 3. Semirish 4. Chekish

Ayniqsa yoshlikda semizlik va tamaki chekish psoriaz bilan og'riqan bemorlarda PsA rivojlanish omillari hisoblanadi.

## Klinik diagnostika

### Shikoyatlar:

Qo'l va oyoq kafti, tizza, boldir-tovon, kamroq yelka, tirsak va chanoq-son bo'g'imlarida og'riq va shish, bunda istalgan bo'g'imlar zararlanishi mumkin.

zararlangan bo'g'imlardagi karaxtlik

qo'l yoki oyoq barmoqlaridan birining sosiskasimon shishi

yurganda to'piqlarda og'riq, Axillov payining birikkan joyida

dumba yoki belda yallig'lanish g'ijimlovchi og'riq

umurtqa pog'onasi har qanday qismida og'riq, asosan bo'yin yoki bel-dumg'aza soxalarida, tunda paydo bo'luvchi, jismoniy mashqlar yoki NYaQVdan keyin kamayadi.

### Anamnezi:

Anamnezida psoriaz, tekshiruv vaqtida yoki oilaviy anamnezida psoriaz bo'lsa.

70% bemorlarda psoriatik teri zararlanishi bo'g'imlar, umurtqa pog'onasi yoki entezislarlar shikastlanishidan avval paydo bo'ladi, 20% da ular bir vaqtda rivojlanadi, 15-20% da psoriazning birinchi klinik ko'rinishlaridan oldin PsA paydo bo'ladi. Ammo PS ning yo'qligi PsA tashxisini istisno qilmaydi.

### Fizikal tekshiruv ma'lumotlari

Klinik ko'rinishlari	
Teri psoriazi	yozuvchi yuzalar, bukuvchi soxalarda, qo'li kafti, oyoq kafti, boshning sochli qismida, dumba burmalarida qizil qipiqplanuvchi pilakcha. Psoriatik triada: stearin dog'; terminal qobiq; qon shudringi (Auspits fenomeni)
Tirnoq psoriazi	tirnoq jaroxatlanishi: onixodistrofiya, onixolizis, «uchqun» simptomi, ko'ndalang targ'illik.
Periferik artrit	klinik jixatdan bo'g'imlarda og'riq, shish va xarakat chegaralanishi bilan namoyon bo'ladi. Xarakterli belgilari: qo'l va oyoq kafti distal falangalararo bo'g'imlar artritva "rediskasimon" deformatsiya, aksial artrit (bir vaqtning o'zida bitta barmoqning 3ta bo'g'imi jaroxatlanishi), daktillit va qo'l-oyoq kafti "sosiskasimon" deformatsiyasi.
Daktilit - (barmoq yallig'lanishi)	bir vaqtning o'zida barmoqlar yig'uvchi va yoziluvchi paylar jaroxatlanishi va falangalararo bo'g'imlar arriti natijasida paydo bo'ladi. Klinik jixatdan og'riq, xamma barmoqlarning bir maromda shishi teri qoplaminig ko'kintir rangda bo'lishi, xarakatda og'riq, PsA ga xarakterli barmoqlarning "sosiskasimon" deformatsiyasi tarzida namoyon bo'ladi. Ko'p xolatlarda tenosinovit-qo'l va oyoq kafti bukiluvchi va yoziluvchi paylarida yallig'lanish kuzatiladi. Klinik jixatdan tog'ay yo'lida og'riq va shish kuzatiladi.
Entezit- PsAning erta paydo bo'lishi	klinik jixatdan og'riq, ba'zida entez nuqtasida shish paydo bo'ladi. Lokalizatsiyasi- tizza usti yuqori soxasi, yonbosh suyagi qirg'og'i (qanotlari), troxanterlar, axillov payi va tovon suyagi

	yonbosh aponevrozi birikish joyi, yelka suyagi lateral do‘mboqchasida. Tovon soxasi entezitlari ko‘pincha bemorlarning funksional qobiliyatini kamaytirish sababi xisoblanadi.
Spondilit, sakroileit	umurtqa pog‘onasi jaroxatlanishi (psoriatik spondilit), ko‘pincha periferik artrit bilan birga keladi. Yakkalangan spondilit kam uchraydi (4%). PsAning xoxlagan klinik shaklida umurtqa pog‘onasining to‘liq jaroxatlanishi va ASAS (2009) me‘zoniga asosan belda yallig‘lanish og‘rig‘i umurtqa pog‘onasining turli soxalarida, asosan bo‘yin va bel qismida, karaxtlik, asosan bir xil pozada va ertalabki vaqtda, umurtqa pog‘onasining xarakatchanligi chegaralanishi uch satxda (gorizontal, frontal, sagittal), ko‘krak qafasi ekskursiyasi susayishi, nafas olganda ko‘krak qafasida og‘riq, shuningdek umurtqa pog‘onasi o‘tkir o‘sig‘i palpatsiyasida og‘riq kuzatilishi bir tomonlama yoki assimetrik sakroileit xos.

[[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>]

### Laboratoriya tekshiruvlari.

#### Asosiy laboratoriya tekshiruvlari:

Maxsus laborator testlar va biomarkerlar mavjud emas

Umumiy qon analizi, siydik

SRO, revmatoid omillar (IgM RF)

ASSP

QBT: AST va ALT, kreatinin, glyukoza

Siydik kislota

Gepatit V, S viruslari, OITS markyorlari

Xomiladorlik testi

Mantu tuberkulin sinamasi va /yoki Diaskin test

Qonda lipidlar

HLA-B27

#### Yallig‘lanish faolligi ko‘rsatkichlari

**EChT** – tizimli yallig‘lanishning yuqorisezuvchan, ammo nospesifik va nostabil markyori.

**SRO** - yallig‘lanish faolligini baxolash, bo‘g‘imlar destruksiyasini tezligini bashoratlash uchun qo‘llanadi.

<b>1 A</b>	Har bitta bemorda adekvat terapiya o‘tkazish maqsadida yallig‘lanish faolligi aniqlanishi zarur.
------------	--

[[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>]

### Instrumental tekshiruvlar.

### Asosiy instrumental tekshiruvlari:

Kaft, tovon, tos suyaklari va umurtqa pog'onasi obzor rentgenografiyasi

Bo'g'imlar UTTsi

MRT

O'pka rentgenografiyasi

EKG

ExoKG

**Rentgenografiya** -qo'l va oyoq kafti, tos suyaklari va chanoq-son bo'g'imi to'g'ri proeksiyada va umurtqa pog'onasiga o'tish qismida (ko'krak pastki qismi bel qismi bilan birgalikda yon proeksiyada) birlamchi tekshiruv maqsadida va bir yilda bir marta o'tkaziladi.

kaft va tovon rentgenografiyasida– bo'g'im tirqishi torayishi, suyak remodulyatsiyasi, oxirgi falangalarning rezorbsiyasi, yirik eksentrik eroziyalar, osteolizi xos. «Stakan ichidagi qalam» tipidagi deformatsiya, proliferatsiya, periostitlar, suyak ankilozlari xos;

Tos va chanoq-son bo'g'imi rentgenografiyasida bir tomonlama yoki assimetrik ikki tomonlama sakroileit xos

Umurtqa pog'onasining o'tuvchi qismi rentgenografiyasida paravertebral ossifikatlar va qirg'oq sindesmofitlari xos

**UTT energetik dopler xaritalash usuli** bo'g'im yumshoq to'qima strukturalarining o'zgarishlarini aniqlashda, ayniqsa erta PsAni aniqlashda, BYaQV va GIBVlar davolash fonida remissiya saqlanishini bashoratlashda muxim afzalliklarga egadir.

UTT PsA bemorlarda sinovit (yallig'lanish) va entezit, tenosinovitni aniqlashda sezgir usul xisoblanadi.

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

UTT energetik dopler xaritalash usulida yallig'lanish yaqqolligini ko'rsatuvchi signal lokalizatsiyasini, tarqalishini va intensivligi aniqlanadi.

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

Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi bemorlarda o'pkaning yondosh jaroxatlanishini aniqlashda, birlamchi tekshiruvda, BYaQV va GIBV tavsiya qilishdan oldin so'ng xar yili o'tkaziladi. EKG kamida bir yilda bir marta yurak-qon tomir kasalliklarini aniqlash uchun.

**EKG** - yurak-qon tomir patologiyalarini aniqlashda yiliga 1 martadan kam bo'lmagan vaqtda amalga oshiriladi.

**ExoKG**- qon-tomir patologiyalariga shubxa bo'lganda

**Rentgenografiya:**

<b>1 A</b>	Psoriatik artrit tashxislash va bo'g'imlar zararlanish darajasini dinamikada tekshirish maqsadida barcha bemorlarda, yilida bir marta rentgenografik tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi.
------------	--

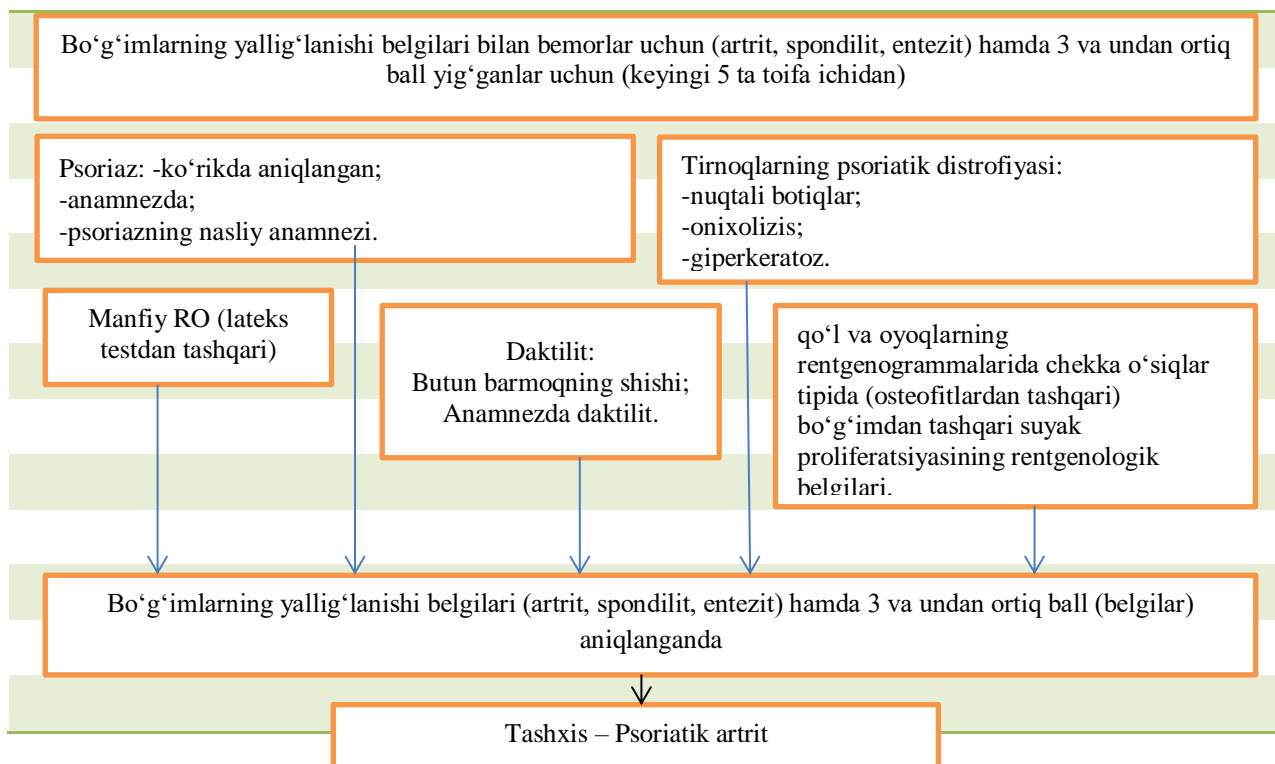
### **Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:**

- Nevropatolog – umurtqalararo bo'g'imlar shikastlanganida;

- Onkolog–umurtqa pog‘onasi va chanoq suyaklarining onkologik kasalliklari va metastazlarini istisno qilish maqsadida;
- Osteoftiziater – suyak-bo‘g‘im tizimining sil genezli shikastlanishini istisno qilish maqsadida;
- Dermatovenerolog – psoriatik teri zararlanishini davolash maqsadida;
- Travmatolog – bo‘g‘imlarni jarroxlik davolash masalasini xal qilish maqsadida;
- Infeksionist– bo‘g‘imlarning infeksiyon etiologiyali shikastlanishini istisno qilish maqsadida.

[[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>]

### Tashxislash algoritmi:



[[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>]

### Qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash:

Tashxis	Qiyosiy tashxis uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Reaktiv artrit	Oyoq bo‘g‘imlarining shikastlanishi,	Urogenital infeksiya uchun IFA, tos	Terida psoriatik pilakchalarning bo‘lmasligi,

	dumg‘aza yonbosh artikulyatsiyasining shikastlanishi	suyaklari ichak infeksiya rentgenografiya	siydikda jinsiy yoki ichak infeksiyasining musbat bo‘lishi
Revmatoid artrit	Mayda kaft bo‘g‘imlarining jaroxatlanishi	RF, ASSP qo‘l bo‘g‘imlarining rentgenografiyasi.	Qo‘l bo‘g‘imlarining simmetrik artriti, ertalabki karaxtlik. Qo‘l kafti rentgenogrammasida; Epifizar osteoporoz, bo‘g‘im tirqishining torayishi, xoshiyalar
Podagra	1-bosh falanga bo‘g‘imining jaroxatlanishi	Siydik kislotasi uchun qon testi	Asosan erkaklar, o‘tkir artrit mavjudligi anamnezida (ko‘pincha monoartrit oyoqning 1-bosh barmog‘i) giperurikemiya.
Ankilozlovchi spondilit	Periferik shaklida oyoq bo‘g‘imlarining shikastlanishi, dumg‘aza yonbosh chigalining shikastlanishi	HLA B27, tos suyaklari rentgenografiyasi	kasallikning asta-sekin boshlanishi, asosan yallig‘lanish belda og‘riq, ertalabki karaxtlik mavjudligi, 2 tomonlama sakroileit

### Kasallik belgilari asosida qiyosiy tashxis

Klinik ko‘rinishlari	Psoriatik artrit	Revmatoid artrit	Ankilozlovchi spondilit	Reaktiv artrit
Jinsi	Ikkala jinsdagi bemorlarda bir xil sonda	Ko‘pincha ayollarda	Kupincha erkaklarda	Kupincha erkaklarda
Distal falangalararo bo‘g‘im	Juda tez-tez	Kamdan kam	Kuzatilmaydi	Kuzatilmaydi
Daktilit	tez-tez	Kuzatilmaydi	Kamdan kam	Tez-tez
Entezit	O‘rtacha chastota	+	Tez-tez	o‘rtacha chastota
Spondilit	o‘rtacha chastota	-	Juda tez-tez	+
Sakroileit	asimmetrik	-	simmetrik	asimmetrik
Ko‘z, teri va urogenital hududning shikastlanishi	Kamdan-kam hollarda old uveit, psoriatik kafti	Kamdan kam	Ko‘pincha oldingi uveit, iridosiklit	Ko‘pincha o‘tkir kon’yunktivit. uretrit, servitsistit
Artrit tipi	Asimmetrik oligo-, poliartrit	Simmetrik poliartrit	Oyoq bo‘g‘imlari artriti, spondilit	Oyoq bo‘g‘imlari

				oligoartriti
RO	Yo‘q	Juda tez-tez	Kuzaltilmaydi	Kuzaltilmaydi

[[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. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

##### Nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:

###### Umumiy tamoyillar.

PSA-ko‘p tarmoqli davolanishni talab qiladigan geterogen, potensial og‘ir kasallik shuning uchun, psoriatik artrit bilan og‘rigan bemorlarni davolash revmatolog va dermatologning birgalikdagi qaroriga asoslangan bo‘lishi kerak

Bemorlarni davolashda tizimli ko‘rinishlarni (teri, ko‘zlar va oshqozon-ichak trakti) va yondosh kasalliklar metabolik sindrom, yurak-qon tomir kasalligi va depressiya kabi kasalliklarni hisobga olishi kerak.

###### Nomedikamentoz davolash:

Dieta shirin, achchiq va yog‘li ovqatlarni chegaralash;

###### Ozish:

Ortiqcha vaznli yoki semizlik bilan og‘rigan, tizza va/yoki son-chanoq bo‘g‘imi OA bilan og‘rigan bemorlarga vaznni boshqarish tavsiya etiladi.

Ortiqcha vaznli bemorlarga (TVI 25 kg/m<sup>2</sup> dan ortiq) tana vaznini 6 oy ichida kamida 5% yoki yil davomida 10% ga kamaytirish tavsiya etiladi.

PsA bilan og‘rigan bemorlarga quyidagilar tavsiya etiladi: muntazam ravishda o‘z-o‘zini nazorat qilish, oylik vaznini qayd etish, yog va tuzni iste‘mol qilishni cheklash, kuniga kamida besh porsiya meva va sabzavotlarni iste‘mol qilish va kuniga kamida 30 daqiqa jismoniy faollik. Erishilgan ko‘rsatkichlar bemor bilan muhokama qilinadi.

Muntazam jismoniy faoliyat va mashqlar bilan shug‘ullanish funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ishlash qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi;

Mashqlar individual bo‘lishi va har bir bemorning ehtiyojlariga moslashtirilishi kerak, shunda ular bemor hayot tarzining bir qismiga aylanadi.

<b>1A</b>	Yengil jismoniy tarbiya va mashqlar PsA li bemorlarga foydali hisoblanadi.
-----------	--

<b>1A</b>	PAlI bemorlarga xayot turmush tarzini keskin o‘zgartirish ayniqsa, chekishdan voz kechish va vaznni kamaytirish tavsiya etiladi.
-----------	--

Jismoniy terapiya mashqlari uchun qarshi ko‘rsatmalarni hisobga olish kerak.

##### Fizioterapevtik tavsiyalar :

-fizioterapiya (iliq yoki sovuq muolajalar, ultratovush, lazeroterapiya, krioterapiya, igloreleksoterapiya),

-sanatorno-kurort davolash, dori vositalari bilan fizioterapevtik muolajalar, sulfid va radon vannalari yordamida davolash.

[[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>]

**Medikamentoz (dori-vositalari bilan) davolash:**

PsA ni davolashning hozirgi strategiyasi "maqsadga yerishgunga qadar davolash" ("Treat to target") tamoyiliga asoslanadi.

<b>1A</b>	Davolash maqsadi muntazam ravishda kasallik faolligini baholash va shunga ko'ra davolashni tashkillashtirish, kasallikning remissiya (yoki past faolikka) erishishdir.
-----------	--

Bazis yallig'lanishga qarshi dori vositalarni "imkoniyat oynasi" (window of opportunity) jadvali ichida – PsA birinchi belgilari rivojlantirish paytdan boshlab birinchi 3 oy ichida iloji boricha erta boshlash kerak .

PsAni davolashda asosiy dori vositalar:

**NYaQV**

**Glyukokortikoidlar (bo'g'im ichiga)**

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

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

JAK ingibitorlari (apremilast va tofatsitinib), Target-sintetik dori vositalari\*

O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida harajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.

<b>1A</b>	PsAni davolashda nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar, glyukokortikoidlar, bo'g'im ichi, bazis yallig'lanishga qarshi vositalar va gen-injener biologik vositalar qo'llaniladi.
-----------	---

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

**Yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar**

**1-jadval**

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
<b>Noselektiv ingibitorlar sOG-1 va sOG-2</b>			

fenil-sirka unumlari	kislota	Diklofenak	25 mg, 50 mg tabletk- ichishga-kuniga 2-3 marta 100 mg tabletk, kapsula- ichishga-kuniga 1 marta 3ml 25 mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta 1ml 75 mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A-V
fenil-sirka unumlari	kislota	Aseklofenak	100 mg tabletk- ichishga- kuniga 2 marta	1 A-V
indol-sirka unumlari	kislota	Indometatsin	25 mg tabletk- ichishga kuniga 2-3 marta	1 A-V
aril-sirka unumlari	kislota	Ketorolak	10 mg tabletk- ichishga- kuniga 1-4 marta 30 mg/ml ampula- v/i, m/o- kuniga 1-3 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Ibuprofen	200 mg tabletk- ichishga- kuniga 3-4 marta 400 mg tabletk- ichishga- kuniga 2-3 marta 800 mg tabletk- ichishga-kuniga 2 tab 1 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Naproksen	250mg, 500mg tabletk- ichishga-kuniga 2 marta 275mg, 550mg tabletk- ichishga-kuniga 1-2 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Ketoprofen	50 mg kapsula- ichishga- kuniga 3-4 marta 100 mg tabletk- ichishga- kuniga 1-2 marta 150 mg tabletk va kapsula- ichishga-kuniga 1 marta 2 ml 50mg/ml ampula- m/o, v/i- kuniga 1-2 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Deksketoprofen	12,5 mg, 25mg tabletk 25 mg ichishga eritma tayyorlash uchun granulali paketcha-ichishga-kuniga 1-3 marta 2 ml 25mg/ml ampula-m/o yoki v/i- kuniga 1-2 marta	1 A-V
oksikam		Tenoksikam	20 mg tabletk-ichishga-kuniga 1 marta 20 mg liofillangan kukun va erituvchi flakon-m/o, v/i-kuniga 1 marta	1 A-V

oksikam	Lornoksikam	4 mg tabletka-ichishga-kuniga 2-3 8 mg tabletka-ichishga-kuniga 1-2 marta 8 mg flakon v/i va m/o kiritish uchun eritma tayyorlashga liofilizat- v/i, m/o-kuniga 1-2 marta	1 A-V
oksikamы	Piroksikam	10 mg, 20 mg kapsula, tabletka-ichishga- kuniga 1 marta 20 mg/ml ampula- kuniga 1 marta	1 A-V
sirka kislota unumlari va uning birikmalari	Amtolmetil guatsil	600 mg tabletka-ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A-V
<b>Selektiv ingibitorlar sOG-2</b>			
oksikam	Meloksikam	7,5–15 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta 15 mg/1,5 ml ampula- m/o- kuniga 1 marta	1 A-V
sulfonanilid unumlari	Nimesulid	100mg tabletka, 100 mg/2 g suspenziya tayyorlab ichish uchun granula- ichishga- kuniga 2 marta	1 A-V
indol-sirka kislota unumlari	Etodolak	400mg, 600 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A-V
<b>Yuqori selektiv ingibitorlar sOG-2</b>			
yuqori selektiv NYaQV	Etorikoksib	60 mg, 90 mg, 120 mg tabletka-ichishga- kuniga 1 marta	1 A-V
yuqori selektiv NYaQV	Selekoksib	200 mg kapsula – ichishga – kuniga 2 marta	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline</a>

1 A	NYaQVlar suyak-mushak belgilari va simptomlarini yengillashtirish uchun qo‘llaniladi.
-----	---

NYaQVlar artrit, spondilit, daktilit, entezit simptomlarini kamaytirish uchun qo‘llaniladigan birinchi qator vositalaridir.

NYaQV teri psoriaziga qarshi yaqqol samara bermadi.

Spondilit yoki entezitda NYaQV bilan davolash turt xaftada yengillik bersa davomiyligi 12 xaftagacha uzaytirilishi mumkin.

NYaQVlar ayniqsa glyukokortikoidlarning mahalliy in’eksiyalari bilan birgalikda qo‘llanganda yengil sinovit yoki spondilit uchun samarali .

NYaQVlarni agar kerak bo‘lsa GK, BYaQV, GIBVlar bilan birgalikda buyuriladi.

Oshqozon-ichak trakti va yurak qon-tomir tizimidagi salbiy reaksiyalar xavfini ulardan foydalanish bo'yicha tavsiyalarga muvofiq hisobga olish kerak.

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

**Glyukokortikoidlar**  
**Glyukokortikoidlar (maxalliy va bo'g'im ichi)**

2-jadval

<b>Farmakoterapev tik guruh</b>	<b>Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi</b>	<b>Qo'llash tartibi</b>	<b>Dalillar darajasi</b>
glyukokortikoid	prednizolon	tabletka 5 mg, ichishga, 5mg, sxema bo'yicha	1 A-V
Glyukokortikoid	prednizolon	ampula, 1ml /30mg, v/i, tomchilab, 30mg-120mg, 1 maxal	1 A-V
Glyukokortikoid	metilprednizolon	tabletka 4 mg, 16mg, ichishga, 4mg, sxema bo'yicha	1 A-V
glyukokortikoid- depo shakli	Betametazon dipropionat/natriya fosfat	7mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
glyukokortikoid -depo shakli	Triamsinolon asetonid	40 mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/p-soriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/p-soriatic-arthritis-guideline</a>

3 C	Bo'g'im ichiga GK larni yuborish PsA uchun qo'shimcha davolash yo'li xisoblanadi. Sistemali GKlar periferik artritda qisqa vaqt davomida, eng kam samarali dozada ehtiyotkorlik bilan foydalanish mumkin.
-----	---

3 C	Mono-oligoartrit, poliartrit, daktilit, tenosinovit, entezitning turli lokalizatsiyasida (tovon, tirsak soxasida) bo'g'imlarga, payning suyakka birikish joyiga, shuningdek pay yo'liga maxalliy GKlar yuboriladi.
-----	--

Ba'zan sistemali GKlarni to'xtatish PSni xurujiga olib kelishi mumkin. Psoriatik spondilitni davolash uchun sistemali GK ni buyurish tavsiya etilmaydi.

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

### Bazis yallig‘lanishga qarshi vositalar

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

3-jadval

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
O‘smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	tabletka 2,5 mg, 5 mg, ichishga, 10-15mg, xaftada 1-2 maxal To‘ldirilgan shprislar 10mg-22,5 mg, xaftada 1 maxal	1 A-V
immunodepressant	Leflunomid	tabletka 20 mg, ichishga, 10-20 mg, kuniga 1maxal	1 A-V
sulfanilamidli preparat	Sulfasalazin	tabletka 500mg, ichishga, 500-1000mg, kuniga 2-3 maxal	1 A-V
immunodepressant	Siklosporin A	kapsua 50 mg, 100mg, ichishga, 2,5 -5 mg/kg/sut, kuniga 2 maxal	1 A-V
immunodepressant	Tofatsitinib*	Tabletka 5 mg 2 mahal/sut	1 A-V
immunodepressant	Apremilast*	Tabletka 30 mg 2 mahal/sut	1 A-V
immunodepressant	Udapasitinib*	Tabletka 15 mg/1 sutkada	1 A-V
<b>Vitamin</b>			
Foliy kislota	vitamin	tabletka 1 mg va 5 mg, ichishga, 5 mg dan kam emas/xaftada, kuniga 2-3 maxal	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/psoiatric-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoiatric-arthritis-guideline</a>

Metotreksat birinchi qator vosita. Metotreksat bilan davolashda 10-15 mg/xaftasiga dozasi dan boshlab, 5mg dan xar 2-4xaftada oshirib borish kerak (25mg/xaftasiga oshmasligi kerak). MTning teri osti shaklini yuqori dozada ( $\geq 15$  mg/xaftasiga) tabletka buyurilganda yoki tabletka shaklini ko‘tara olmaslikda buyuriladi.

Metortreksatning parenteral shakli (mushak ichiga yoki teri ostiga) yuqori so‘rilishga va nojo‘ya ta’sirlarning kam namoyon bo‘lishiga ega.

1 A	MT o'rta va og'ir darajali periferik artrit va teri zararlanishining klinik yaqqolligida qo'llaniladi.
1 A	MTning qarshi ko'rsatmasida yoki dorini ko'tara olmaslikda psoriazning va artritning og'irlik darajasini xisobga olib, boshqa BYaQV (Lefno, sulfasalazin) qo'llaniladi.

Metotreksatni qabulidan 24soat o'tgach albatta foliy kislotasi kamida 5mg xaftasiga tavsiya qilinadi.

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

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

**Siklosporin A** boshlang'ich sutkalik dozasi 2,5 mg/kg 2maxal 3oydan kam bo'lmagan davomiylilikda, samarasi yetarli bo'lmasa sutkalik dozasini sekin-astalik bilan 3—5 mg/kg/sutgacha oshirish mumkin. Dori vositaning klinik samarasiga erishilgandan so'ng sekin astalik bilan kamaytirib to'xtatiladi. Psning doimiy residivlanuvchi kechishida va preparatni to'liq to'xtatishning iloji bo'lmaganda minimal samaradorlik dozasini uzoq muddat davomida tavsiya qilinadi, ammo 2yildan ko'p emas, sababi nefrotoksik, gepatotoksik va kardiovaskulyar xavfi mavjud.

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

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

1 A	BYaQV va GIBV davosini tanlaganda bemorlar klinik ko'rinishida – periferik artrit, daktilit, entezit, spondilit, teri va tirnoq psoriazi shuningdek artrit va psoriaz faolligi, salbiy oqibat omillari xisobga olinadi.
2 V	PsA faolligi bor bemorlarda va salbiy oqibat omillarida BYaQV-metotreksat, leflunomid, sulfasalazin yoki siklosporin A-imkon boricha erta bosqichda (PsA davomiyligi bir necha xaftadan 1yilgacha) boshlash kerak.
2 V	Salbiy oqibat poliartirit (5 dan ortiq bo'g'imlarning jalb qilsa), bo'g'imlar eroziyasi, shifokorga birinchi tashrifida faol davolash uchun ehtiyoj, kasallik keksalikda boshlanishi (60 yoshdan yuqori), salbiy oqibat omillari EChT va CRO kabi klinik omillarining ortishini o'z ichiga oladi
4 C	Monoartrit yoki oligoartritli bemorlarda, ayniqsa salbiy oqibat omillari bo'lganda, qaysiki struktur jaroxatlanishda, eritrotsit cho'kish tezligi/ S-reaktiv oqsil oshishi, daktilit yoki tirnoqlarning jaroxatlanishida BYaQV (metotreksat, sulfasalazin yoki leflunomid)ni xisobga olish kerak.

1 V	Periferik artritli kasallarda va bitta BYaQVga nisbatan davolash samara bermasa GIBV boshlash kerak; ingibitor IL-17 ili ingibitor IL-12/23 sababli terining yaqqol jaroxatlanishida xisobga olinadi.
1 B	Kasallikning yengil kechishida va bitta BYaQV samara bermaganda GIBV xam, JAK ingibitori xam to'g'ri kelmaganda fosfodiesteraza ingibitori (PDE4) xaqida o'ylab ko'riladi.
1 B	Bemorda enteazit va NYaQV yoki maxalliy bo'g'im ichi glyukokortikoidlariga yetarli javob bo'lmaganda GIBV tavsiya qilish mumkin.
1 B	Faol psoriatik spondilitli bemorlarda funksional buzilishda, NYaQV 4xafta mobaynida samara bermaganda FNO- $\alpha$ ingibitori yoki teri jaroxatlanishi bilan birga kelganda IL-17ingibitori tavsiya qilish kerak bo'ladi.

Klinik ko'rinishlari	Preparatlar
periferik artrit va daktilitda	NYaQV, BIGK, BYaQV, GIBV
Entezitlarda	NYaQV, BIGK, GIBV
Spondilitda	NYaQV, GIBV, FNO $\alpha$ ingibitorlari, so'ng IL17ingibitorlari
Psoriada	MT, ssA, GIBV. SEK ning FNO $\alpha$ ingibitorlariga nisbatan samaradorligi ko'proq. Psning davolash sxemasi PsAning davolashidan farq qilishi mumkin.
Uveitda	Maxalliy va sistemali davolash GK, NYaQV, MT, ssA, GIBV (FNO $\alpha$ ingibitorlari, ETS samaradorligi past).

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

**Biologik bazis yallig'lanishga qarshi vositalar**  
**Gen-injener biologik vositalar**

4-jadval

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
ingibitor FNO- $\alpha$	Etanersept	shpris-ruchka 25mg va 50mg, teri ostiga, 25mg va 50mg, 25mg 2maxal xaftasiga yoki 50 mg 1 maxal xaftasiga.	1 A-V
	Adalimumab*	shpris-ruchka 40 mg t/o 1 maxal 2 xafta	1 A-V

	Golimumab*	50 mg t/o, 1 maxal 1 oyda	1 A-V
	Infliximab*	5 mg/kg v/i, 0,2,6 hafta, keyin xar 6 haftada	1 A-V
ingibitor IL-17	Sekukinumab	flakon poroshok 150 mg, teri ostiga, 150-300mg, 0, 1, 2, 3, 4 xaftasiga, so'ng xar oy ushlab turuvchi dozada	1 A-V
ingibitor IL-12/23	Ustekinumab*	t/o va v/i 45-90 mg	1 A-V
ingibitor FNO- $\alpha$	Sertolizumab pegol*	t/o 200 mg 2 haftada	1 A-V
T-hujayra kostimulyatsiyasi ingibitori	Abatasept*	125 mg t/o har hafta yoki v/i infuziya, kattalar uchun bir martalik doza 0.5-1 g.	1 A-V
GIBV	Guselkumab*	t/o, inyeksiya shaklida, ikkinchi inyeksiya birinchi inyeksiyadan keyin 4 haftadan o'tkaziladi, keyinchalik 8 haftada 1 mahal.	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/poriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/poriatic-arthritis-guideline</a>

*\*O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida harajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.*

3 S	Tnf- $\alpha$ yoki IL17 ingibitorlarini biologik davolashni boshlashdan oldin qo'llash mumkin. IL-12 / 23 ni Tnf $\alpha$ yoki IL-17 ga nisbatan yetarli samara bo'lmasa foydalanish mumkin
-----	---

3 S	Biologik monoterapiya PcAda tavsiya qilinadi, ammo metotreksat bilan adalimumab, infliximab yoki golimumab kompleks ravishda qo'llanilishi doriga nisbatan antitananing xosil bo'lishini susaytiradi.
-----	---

GIBP bilan davolash tajribali revmatolog nazorati ostida amalga oshiriladi.

GIBPlarni tavsiya qilishdan oldin silga skrining (Mantu sinamasi va Diaskin test) va o'pkani rentgenografiyasi yoki ko'krak qafasini KTsi, xar 6oy davolashda qaytarilishi kerak.

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

**IL-17 ingibitorlari.** Periferik artritli bemorlarda bitta BYaQV samarasi bo'lmaganda GIBP bilan davolashni boshlash kerak. **FNO- $\alpha$  ingibitori** mos tushmasa IL-17 qo'llanilishi mumkin.

Sekukinumab 150 mg dozada tavsiya qilinadi. Klinik javobga qarab preparat dozasini 300mg gacha ko'tarish mumkin.

FNO- $\alpha$  va IL-17 ingibitorlari artrit, enteazit, daktilit, spondilit va psoriaz faolligini kamaytiradi, bo'g'imlarning jaroxatlanishini jadallanishini rentgenologik va bemorlar axvolini funksional yaxshilaydi. Terining yaqqol jaroxatlanishida IL-17 sababchi xisoblanadi.

FNO- $\alpha$  ingibitori samarasizligida IL-17 o'tishga tavsiya etiladi.

GIBP bilan davolanish vaqtida birlamchi va ikkilamchi samarasizlik kelib chiqishi mumkin. Birlamchi samarasizligi- davolashdan 3 oydan so'ng samara bo'lmasligi, irsiy omil, PsA faolligi, bemorning vazni ortishi, chekish, BYaQVning kompleks qabul qilinmasligi bilan bog'liqligidir. Ikkilamchi samarasizlik-bu neytrallovchi antitananing xosil bo'lishi.

Uzoq vaqtli bemorlarning remissiyasida 6 oy ichida preparatlarning dozasini extiyotlik bilan kamaytirish mumkin.

1 B	Periferik artritli bemorlarda bitta BYaQV yoki bitta GIBV samara bermasa yoki GIBV to'g'ri kelmaganda JAK ingibitoridan foydalaniladi.
-----	--

1 B	Bemorlar GIBVni ko'tara olmasa yoki ta'sir qilmasa boshqa GIBVga yoki target sintetik BYaQVga o'tishga to'g'ri keladi.
-----	--

3 C	Bemorlarda turg'un remissiya bo'lsa BYaQVni extiyotkorlik bilan ko'rib chiqiladi.
-----	---

[[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>]

#### **Jarrohlik aralashuvi:**

Faqat statsionar sharoitda o'tkaziladi.

#### **Keyingi davolash:**

*Bemorlarni sog'lom turmush tarziga rioya qilishga o'rgatish tavsiya etiladi:*

*-Bo'g'imlarga jismoniy yuklamani kamaytirish;*

*-har kunlik davolovchi jismoniy mashqlar bajarish;*

*-dori vositalarini o'z vaqtida qabul qilish;*

*-tana vaznini normallashtirish.*

Ambulator kuzatuv va davolash: OSh, revmatolog, fizioterapevt, dermatovenerolog, ortoped-travmatolog, oftalmolog, ftiziater, ginekolog, jarroh va psixolog mutaxassislari tomonidan olib boriladi. Kuzatuv davomiyligi individual tartibda, yuqorida ko'rsatilgan mutaxassislar tomonidan olib boriladi.

dermatolog bilan maslahatlashish-psoriazni tashxislash va davolash;

travmatolog-ortoped maslahati-bo'g'imlarning destruksiyasining rivojlanishida jarrohlik davolash taktikasini aniqlash;

okulistning maslahati - ko'z shikastlanganda (ko'ruv a'zolarini jaroxatlanishini aniqlash, maxalliy davoni buyurish);

fizioterapevt maslahati –gen-injener biologik vositalar bilan davolashni o'tkazishdan oldin, bazis dori vositalar fonida sil infeksiyasini rivojlanishini aniqlash;

ginekolog maslahati-homiladorlik davrida birgalikda nazorat;  
jarrox maslahati- oshqozon-ichakdan qon ketishiga shubxa bo'lgan hollarda ;  
fizioterapevt bilan maslahatlashish – nomedikamentoz davolash usullarini tanlash;  
davolovchi jismoniy tarbiya va sport bo'yicha shifokor maslahati-bo'g'imlarning faoliyatini yaxshilash uchun davolovchi mashqlarni tanlash.

psixolog maslahati - psixologik qo'llab-quvvatlash uchun

Revmatolog va dermatolog - PsA bilan bemorlarni kuzatib komorbid kasalliklarni rivojlantirish xolatlaridan xabardor bo'lishi kerak va ular rivojlansa zudlik bilan maxsus mutaxassislariga yo'naltirish kerak.

[[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>]

**Bayonnoma/protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:**

- remissiyaga erishish yoki kasallikning minimal faolligi;
- rentgenologik jadallashuvining sekinlashishi yoki ogoxlantirish;
- davomiyligi va xayot sifatini oshirish.

[[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. Tibbiy yordam ko'rsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari:**

**rejali yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar:**

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

**shoshilinch yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar:**

- Kasallikning yuqori faollik darajasi;
- Kasallikning tizimli paydo bo'lishi;
- Interkurrent infeksiyasini yoki kasalliklarning og'ir asoratlarini yoki dori terapiyasini rivojlantirish.

[[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. Statsionar darajasida davolash taktikasi:**

**bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:**

### OIII

- -Qo'l va oyoq kafti, tizza, boldir-tovon vaboshqalarda., og'riq va shish, zararlangan bo'g'imlardagi karaxtlik, qo'l yoki oyoq barmoqlaridan birining sosiskasimon shishi, dumba yoki belda g'ijimlovchi og'riq, umurtqa pog'onasi har qanday qismida og'riq, tunda paydo bo'luvchi, jismoniy mashqlar yoki NYaQVdan keyin kamayadi.

### OIII

- -UQT;
- -UST;
- -SRO;
- -RO;
- -Rentgenografiya tekshiruvi;
- -Revmatolog ko'rigi;
- -Dermatovenerolog ko'rigi.

### OIII+Ревматолог+Дерматовенеролог

- Agar:
- Psoriaz: ko'rikda yoki anamnezda aniqlangan;
- Tirnoqlarning psoriatik distrofiyasi: nuqtali botiqlar, onixolizis, giperkeratoz.
- Daktilit: ko'rikda yoki anamnezda butun barmoqning shishi;
- -RO – manfiy bo'lsa;
- -rentgenogrammada chekka o'siqlar tipida (osteofitlardan tashqari) bo'g'imdan tashqari suyak proliferatsiyasining rentgenologik belgilari.

### OIII+Ревматолог+Дерматовенеролог

- Tashxis: PS+PsA;
- Nomedikamentoz ambulator davolash;
- Medikamentoz ambulator davolash.

### Ревматолог+Терапевт+Дерматовенеролог

- PsA qo'zishi, BYaQV, GIBV tanlashda, o'rta og'ir va og'ir kechishida.

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

- Stasionarda: revmatolog, ortoped-tarvmatolog, fizioterapevt, dermatovenerolog tavsiyalari bilan nomedikamentoz va medikamentoz davolanish.

### Травматолог+Ревматолог+Дерматовенеролог+Физиотерапевт+OIII

- Agar: bo'g'imlarda asoratlar kelib chiqqan bo'lsa: stasionar sharoitda jarrohlik endoprotezlash opresiyasini bajarish;
- Stasionar sharoitda, keyin ambulator sharoitda operatsiyadan keyin rehabilitasiya;
- Ambulator sharoitda profilaktika;
- Ambulator sharoitda dispanserizasiya.

[[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>]

### **nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:**

#### **Nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:**

##### **Umumiy tamoyillar.**

PSA-ko'p tarmoqli davolanishni talab qiladigan geterogen, potensial og'ir kasallik shuning uchun, psoriatik artrit bilan og'rikan bemorlarni davolash revmatolog va dermatologning birgalikdagi qaroriga asoslangan bo'lishi kerak

Bemorlarni davolashda tizimli ko'rinishlarni (teri, ko'zlar va oshqozon-ichak trakti) va yondosh kasalliklar metabolik sindrom, yurak-qon tomir kasalligi va depressiya kabi kasalliklarni hisobga olishi kerak.

##### **Nomedikamentoz davolash:**

Dieta shirin, achchiq va yog'li ovqatlarni chegaralash;

##### **Ozish:**

Ortiqcha vaznli yoki semizlik bilan og'rikan, tizza va/yoki son-chanoq bo'g'imi OA bilan og'rikan bemorlarga vaznni boshqarish tavsiya etiladi.

Ortiqcha vaznli bemorlarga (TVI 25 kg/m<sup>2</sup> dan ortiq) tana vaznini 6 oy ichida kamida 5% yoki yil davomida 10% ga kamaytirish tavsiya etiladi.

PsA bilan og'rikan bemorlarga quyidagilar tavsiya etiladi: muntazam ravishda o'z-o'zini nazorat qilish, oylik vaznini qayd etish, yog va tuzni iste'mol qilishni cheklash, kuniga kamida besh porsiya meva va sabzavotlarni iste'mol qilish va kuniga kamida 30 daqiqa jismoniy faollik. Erishilgan ko'rsatkichlar bemor bilan muhokama qilinadi.

Muntazam jismoniy faoliyat va mashqlar bilan shug'ullanish funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ishlash qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi;

Mashqlar individual bo'lishi va har bir bemorning ehtiyojlariga moslashtirilishi kerak, shunda ular bemor hayot tarzining bir qismiga aylanadi.

<b>1A</b>	Yengil jismoniy tarbiya va mashqlar PsA li bemorlarga foydali xisoblanadi.
-----------	--

<b>1A</b>	PAlI bemorlarga xayot turmush tarzini keskin o'zgartirish ayniqsa, chekishdan voz kechish va vaznni kamaytirish tavsiya etiladi.
-----------	--

Jismoniy terapiya mashqlari uchun qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish kerak.

##### **Fizioterapevtik tavsiyalar :**

-fizioterapiya (iliq yoki sovuq muolajalar, ultratovush, lazeroterapiya, krioterapiya, iglorefleksoterapiya),

-sanatorno-kurort davolash, dori vositalari bilan fizioterapevtik muolajalar, sulfid va radon vannalari yordamida davolash.

[[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>]

### **Medikamentoz (dori-vositalari bilan) davolash:**

PsA ni davolashning hozirgi strategiyasi "maqsadga yerishgunga qadar davolash" ("Treat to target") tamoyiliga asoslanadi.

<b>1A</b>	Davolash maqsadi muntazam ravishda kasallik faolligini baholash va shunga ko'ra davolashni tashkillashtirish, kasallikning remissiya (yoki past faolikka) erishishdir.
-----------	--

Bazis yallig'lanishga qarshi dori vositalarni "imkoniyat oynasi" (window of opportunity) jadvali ichida – PsA birinchi belgilari rivojlantirish paytdan boshlab birinchi 3 oy ichida iloji boricha erta boshlash kerak .

PsAni davolashda asosiy dori vositalar:

**NYaQV**

**Glyukokortikoidlar (bo'g'im ichiga)**

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

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

**JAK ingibitorlari (apremilast va tofatsitinib), Target-sintetik dori vositalari\***

*\*O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida harajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.*

<b>1A</b>	PsAni davolashda nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar, glyukokortikoidlar, bo'g'im ichi, bazis yallig'lanishga qarshi vositalar va gen-injener biologik vositalar qo'llaniladi.
-----------	---

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

### Yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar

**1-jadval**

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
<b>Noselektiv ingibitorlar sOG-1 i sOG-2</b>			
fenil-sirka kislota unumlari	Diklofenak	25 mg, 50 mg tabletka- ichishga-kuniga 2-3 marta 100 mg tabletka, kapsula- ichishga-kuniga 1 marta 3ml 25 mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta 1ml 75 mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A-V
fenil-sirka kislota	Aseklofenak	100 mg tabletka- ichishga- kuniga 2	1 A-V

unumlari			marta	
indol-sirka unumlari	kislota	Indometatsin	25 mg tabletka- ichishga kuniga 2-3 marta	1 A-V
aril-sirka unumlari	kislota	Ketorolak	10 mg tabletka- ichishga- kuniga 1-4 marta 30 mg/ml ampula- v/i, m/o- kuniga 1-3 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Ibuprofen	200 mg tabletka- ichishga- kuniga 3-4 marta 400 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta 800 mg tabletka- ichishga-kuniga 2 tab 1 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Naproksen	250mg, 500mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta 275mg, 550mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Ketoprofen	50 mg kapsula- ichishga- kuniga 3-4 marta 100 mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta 150 mg tabletka va kapsula- ichishga- kuniga 1 marta 2 ml 50mg/ml ampula- m/o, v/i- kuniga 1-2 marta	1 A-V
propion unumlari	kislota	Deksketoprofen	12,5 mg, 25mg tabletka 25 mg ichishga eritma tayyorlash uchun granulali paketcha-ichishga- kuniga 1-3 marta 2 ml 25mg/ml ampula-m/o yoki v/i- kuniga 1-2 marta	1 A-V
Oksikam		Tenoksikam	20 mg tabletka-ichishga-kuniga 1 marta 20 mg liofillangan kukun va erituvchi flakon-m/o, v/i-kuniga 1 marta	1 A-V
Oksikam		Lornoksikam	4 mg tabletka-ichishga-kuniga 2-3 8 mg tabletka-ichishga-kuniga 1-2 marta 8 mg flakon v/i va m/o kiritish uchun eritma tayyorlashga liofilizat- v/i, m/o- kuniga 1-2 marta	1 A-V
Oksikamы		Piroksikam	10 mg, 20 mg kapsula, tabletka-ichishga- kuniga 1 marta 20 mg/ml ampula- kuniga 1 marta	1 A-V
sirka unumlari va uning birikmalari	kislota	Amtolmetil guatsil	600 mg tabletka-ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A-V
<b>Selektiv ingibitorlar SOG-2</b>				

Oksikam	Meloksikam	7,5–15 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta 15 mg/1,5 ml ampula- m/o- kuniga 1 marta	1 A-V
sulfonanilid unumlari	Nimesulid	100mg tabletka, 100 mg/2 g suspenziya tayyorlab ichish uchun granula- ichishga- kuniga 2 marta	1 A-V
indol-sirka kislota unumlari	Etodolak	400mg, 600 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A-V
<b>Yuqori selektiv ingibitorlar sOG-2</b>			
yuqori selektiv NYaQV	Etorikoksib	60 mg, 90 mg, 120 mg tabletka- ichishga- kuniga 1 marta	1 A-V
yuqori selektiv NYaQV	Selekoksib	200 mg kapsula – ichishga – kuniga 2 marta	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoriatic-arthritis-guideline</a>

1 A	NYaQVlar suyak-mushak belgilari va simptomlarini yengillashtirish uchun qo‘llaniladi.
-----	---

NYaQVlar artrit, spondilit, daktilit, entezit simptomlarini kamaytirish uchun qo‘llaniladigan birinchi qator vositalaridir.

NYaQV teri psoriaziga qarshi yaqqol samara bermadi.

Spondilit yoki entezitda NYaQV bilan davolash turt haftada yengillik bersa davomiyligi 12 haftagacha uzaytirilishi mumkin.

NYaQVlar ayniqsa glyukokortikoidlarning mahalliy in’eksiyalari bilan birgalikda qo‘llanganda yengil sinovit yoki spondilit uchun samarali .

NYaQVlarni agar kerak bo‘lsa GK, BYaQV, GIBVlar bilan birgalikda buyuriladi.

Oshqozon-ichak trakti va yurak qon-tomir tizimidagi salbiy reaksiyalar xavfini ulardan foydalanish bo‘yicha tavsiyalarga muvofiq hisobga olish kerak.

Asosiy dori-vositalarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

**Glyukokortikoidlar**  
**Glyukokortikoidlar (maxalliy va bo‘g‘im ichi)**

2-jadval

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
glyukokortikoid	prednizolon	tabletka 5 mg, ichishga, 5mg, sxema bo‘yicha	1 A-V

Glyukokortikoid	prednizolon	ampula, 1 ml /30mg, v/i, tomchilab, 30mg-120mg, 1 maxal	1 A-V
Glyukokortikoid	metilprednizolon	tabletk 4 mg, 16mg, ichishga, 4mg, sxema bo'yicha	1 A-V
glyukokortikoid- depo shakli	Betametazon dipropionat/natriya fosfat	7mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
glyukokortikoid -depo shakli	Triamsinolon asetonid	40 mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

3 C	Bo'g'im ichiga GK larni yuborish PsA uchun qo'shimcha davolash yo'li xisoblanadi. Sistemali GKlar periferik artritda qisqa vaqt davomida, eng kam samarali dozada ehtiyotkorlik bilan foydalanish mumkin.
-----	---

3 C	Mono-oligoartrit, poliartrit, daktilit, tenosinovit, enteazitning turli lokalizatsiyasida (tovon, tirsak soxasida) bo'g'imlarga, payning suyakka birikish joyiga, shuningdek pay yo'liga maxalliy GKlar yuboriladi.
-----	---

Ba'zan sistemali GKlarni to'xtatish PSni xurujiga olib kelishi mumkin. Psoriatik spondilitni davolash uchun sistemali GK ni buyurish tavsiya etilmaydi

Asosiy dori-vositalarining ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

**Bazis yallig'lanishga qarshi vositalar**

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

**3-jadval**

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
O'smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	tabletk 2,5 mg, 5 mg, ichishga, 10-15mg, xaftada 1-2 maxal To'ldirilgan shprislar 10mg-22,5 mg, xaftada 1 maxal	1 A-V

immunodepressant	Leflunomid	tabletk 20 mg, ichishga, 10-20 mg, kuniga 1 maxal	1 A-V
sulfanilamidli preparat	Sulfasalazin	tabletk 500mg, ichishga, 500-1000mg, kuniga 2-3 maxal	1 A-V
immunodepressant	Siklosporin A	kapsua 50 mg, 100mg, ichishga, 2,5 -5 mg/kg/sut, kuniga 2 maxal	1 A-V
immunodepressant	Tofatsitinib*	Tabletk 5 mg 2 mahal/sut	1 A-V
immunodepressant	Apremilast*	Tabletk 30 mg 2 mahal/sut	1 A-V
immunodepressant	Udapasitinib*	Tabletk 15 mg/1 sutkada	1 A-V
<b>Vitamin</b>			
Foliy kislota	vitamin	tabletk 1 mg va 5 mg, ichishga, 5 mg dan kam emas/xaftada, kuniga 2-3 maxal	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

**Metotreksat** birinchi qator vosita. Metotreksat bilan davolashda 10-15 mg/xaftasiga dozasi dan boshlab, 5mg dan xar 2-4xaftada oshirib borish kerak (25mg/xaftasiga oshmasligi kerak). MTning teri osti shaklini yuqori dozada ( $\geq 15$  mg/xaftasiga) tabletk buyurilganda yoki tabletk shaklini ko'tara olmaslikda buyuriladi.

Metortreksatning parenteral shakli (mushak ichiga yoki teri ostiga) yuqori so'rilishga va nojo'ya ta'sirlarning kam namoyon bo'lishiga ega.

1 A	MT o'rta va og'ir darajali periferik artrit va teri zararlanishining klinik yaqqolligida qo'llaniladi.
1 A	MTning qarshi ko'rsatmasida yoki dorini ko'tara olmaslikda psoriazning va artritning og'irlik darajasini xisobga olib, boshqa BYaQV (Lefno, sulfosalazin) qo'llaniladi.

Metotreksatni qabulidan 24soat o'tgach albatta foliy kislotasi kamida 5mg xaftasiga tavsiya qilinadi.

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

**Sulfasalazin** vositasini dozasi oshirib borib qo'llaniladi. Davolash kuniga 500mgdan boshlanadi, xar hafta kuniga 500mgdan 2g davolash dozasi qo'shiladi. Dorining samarasi 6-8xaftadan so'ng, eng yaxshi samara 12-16 xaftadan so'ng boshlanadi. Samara bo'lmaganda

dorining dozasini kuniga 3g gacha ko‘tarish mumkin. SULF qabul qilinganda suyuqlikni yetarli miqdorda ichish kerak.

**Siklosporin A** boshlang‘ich sutkalik dozasi 2,5 mg/kg 2maxal 3oydan kam bo‘lmagan davomiylilikda, samarasi yetarli bo‘lmasa sutkalik dozasini sekin-astalik bilan 3—5 mg/kg/sutgacha oshirish mumkin. Dori vositaning klinik samarasiga erishilgandan so‘ng sekin astalik bilan kamaytirib to‘xtatiladi. Psning doimiy residivlanuvchi kechishida va preparatni to‘liq to‘xtatishning iloji bo‘lmaganda minimal samaradorlik dozasini uzoq muddat davomida tavsiya qilinadi, ammo 2yildan ko‘p emas, sababi nefrotoksik, gepatotoksik va kardiovaskulyar xavfi mavjud.

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

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

1 A	BYaQV va GIBV davosini tanlaganda bemorlar klinik ko‘rinishida – periferik artrit, daktilit, entezit, spondilit, teri va tirnoq psoriazi shuningdek artrit va psoriaz faolligi, salbiy oqibat omillari xisobga olinadi.
2 V	PsA faolligi bor bemorlarda va salbiy oqibat omillarida BYaQV-metotreksat, leflunomid, sulfasalazin yoki siklosporin A-imkon boricha erta bosqichda (PsA davomiyligi bir necha xaftadan 1yilgacha) boshlash kerak.
2 V	Salbiy oqibat poliartrit (5 dan ortiq bo‘g‘imlarning jalb qilsa), bo‘g‘imlar eroziyasi, shifokorga birinchi tashrifida faol davolash uchun ehtiyoj, kasallik keksalikda boshlanishi (60 yoshdan yuqori), salbiy oqibat omillari EChT va CRO kabi klinik omillarining ortishini o‘z ichiga oladi
4 C	Monoartrit yoki oligoartritli bemorlarda, ayniqsa salbiy oqibat omillari bo‘lganda, qaysiki struktur jaroxatlanishda, eritrotsit cho‘kish tezligi/ S-reaktiv oqsil oshishi, daktilit yoki tirnoqlarning jaroxatlanishida BYaQV (metotreksat, sulfasalazin yoki leflunomid)ni xisobga olish kerak.
1 V	Periferik artritli kasallarda va bitta BYaQVga nisbatan davo samara bermasa GIBV boshlash kerak; ingibitor IL-17 ili ingibitor IL-12/23 sababli terining yaqqol jaroxatlanishida xisobga olinadi.
1 B	Kasallikning yengil kechishida va bitta BYaQV samara bermaganda GIBV xam, JAK ingibitori xam to‘g‘ri kelmaganda fosfodiesteraza ingibitori (PDE4) xaqida o‘ylab ko‘riladi.
1 B	Bemorda entezit va NYaQV yoki maxalliy bo‘g‘im ichi glyukokortikoidlariga yetarli javob bo‘lmaganda GIBV tavsiya qilish mumkin.

1 B	Faol psoriatik spondilitli bemorlarda funksional buzilishda, NYaQV 4xafta mobaynida samara bermaganda FNO- $\alpha$ ingibitori yoki teri jaroxatlanishi bilan birga kelganda IL-17ingibitori tavsiya qilish kerak bo‘ladi.
-----	--

Klinik ko‘rinishlari	Preparatlar
periferik artrit va daktilitda	NYaQV, BIGK, BYaQV, GIBV
entezitlarda	NYaQV, BIGK, GIBV
Spondilitda	NYaQV, GIBV, FNO $\alpha$ ingibitorlari, so‘ng IL17ingibitorlari
Psoriazda	MT, ssA, GIBV. SEK ning FNO $\alpha$ ingibitorlariga nisbatan samaradorligi ko‘proq. Psning davolash sxemasi PsAning davolashidan farq qilishi mumkin.
Uveitda	Maxalliy va sistemali davolash GK, NYaQV, MT, ssA, GIBV (FNO $\alpha$ ingibitorlari, ETS samaradorligi past).

Asosiy dori-vositalarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

**Biologik bazis yallig‘lanishga qarshi vositalar**

**Gen-injener biologik vositalar**

**4-jadval**

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
ingibitor FNO- $\alpha$	Etanersept	shpris-ruchka 25mg va 50mg, teri ostiga, 25mg va 50mg, 25mg 2maxal xaftasiga yoki 50 mg 1 maxal xaftasiga.	1 A-V
	Adalimumab*	shpris-ruchka 40 mg t/o 1 maxal 2 xafta	1 A-V
	Golimumab*	50 mg t/o, 1 maxal 1 oyda	1 A-V
	Infliksimumab*	5 mg/kg v/i, 0,2,6 xafta, keyin xar 6 xaftada	1 A-V
ingibitor IL-17	Sekukinumab	flakon poroshok 150 mg, teri ostiga, 150-300mg, 0, 1, 2, 3, 4 xaftasiga, so‘ng xar oy ushlab turuvchi dozada	1 A-V
ingibitor IL-12/23	Ustekinumab*	t/o va v/i 45-90 mg	1 A-V
ingibitor FNO- $\alpha$	Sertolizumab pegol*	t/o 200 mg 2 haftada	1 A-V
T-hujayra kostimulyatsiyasi ingibitori	Abatasept*	125 mg t/o har hafta yoki v/i infuziya, kattalar uchun bir martalik doza 0.5-1 g.	1 A-V
GIBV	Guselkumab*	t/o, inyeksiya shaklida,	1 A-V

		ikkinchi inyeksiya birinchi inyeksiyadan keyin 4 haftadan o'tkaziladi, keyinchalik 8 haftada 1 mahal.	
			<a href="https://rheumatology.org/p_soriatic-arthritis-guideline">https://rheumatology.org/p_soriatic-arthritis-guideline</a>

*\*O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida harajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.*

3 S	Tnf- $\alpha$ yoki IL17 ingibitorlarini biologik davolashni boshlashdan oldin qo'llash mumkin. IL-12 / 23 ni Tnf $\alpha$ yoki IL-17 ga nisbatan yetarli samara bo'lmasa foydalanish mumkin
-----	---

3 S	Biologik monoterapiya PcAda tavsiya qilinadi, ammo metotreksat bilan adalimumab, infliksimab yoki golimumab kompleks ravishda qo'llanilishi doriga nisbatan antitananing xosil bo'lishini susaytiradi.
-----	--

GIBP bilan davolash tajribali revmatolog nazorati ostida amalga oshiriladi.

GIBPlarni tavsiya qilishdan oldin silga skrining (Mantu sinamasi va Diaskin test) va o'pkan rentgenografiyasi yoki ko'krak qafasini KTsi, xar 6oy davolashda qaytarilishi kerak.

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

**IL-17 ingibitorlari.** Periferik artritli bemorlarda bitta BYaQV samarasi bo'lmaganda GIBP bilan davolashni boshlash kerak. **FNO- $\alpha$  ingibitori** mos tushmasa IL-17 qo'llanilishi mumkin.

Sekukinumab 150 mg dozada tavsiya qilinadi. Klinik javobga qarab preparat dozasini 300mg gacha ko'tarish mumkin.

FNO- $\alpha$  va IL-17 ingibitorlari artrit, enteazit, daktilit, spondilit va psoriaz faolligini kamaytiradi, bo'g'imlarning jaroxatlanishini jadallanishini rentgenologik va bemorlar axvolini funksional yaxshilaydi.. Terining yaqqol jaroxatlanishida IL-17 sababchi xisoblanadi.

FNO- $\alpha$  ingibitori samarasizligida IL-17 o'tishga tavsiya etiladi.

GIBP bilan davolanish vaqtida birlamchi va ikkilamchi samarasizlik kelib chiqishi mumkin. Birlamchi samarasizligi- davolashdan 3 oydan so'ng samara bo'lmasligi, irsiy omil, PsA faolligi, bemorning vazni ortishi, chekish, BYaQVning kompleks qabul qilinmasligi bilan bog'liqligidir. Ikkilamchi samarasizlik-bu neytrallovchi antitananing xosil bo'lishi.

Uzoq vaqtli bemorlarning remissiyasida 6 oy ichida preparatlarning dozasini extiyotlik bilan kamaytirish mumkin.

1 B	Periferik artritli bemorlarda bitta BYaQV yoki bitta GIBV samara bermasa yoki GIBV to'g'ri kelmaganda JAK ingibitoridan foydalaniladi.
-----	--

1 B	Bemorlar GIBVni ko'tara olmasa yoki ta'sir qilmasa boshqa GIBVga yoki target sintetik BYaQVga o'tishiga to'g'ri keladi.
-----	---

3 C	Bemorlarda turg'un remissiya bo'lsa BYaQVni extiyotkorlik bilan ko'rib chiqiladi.
-----	---

[[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>]

### Jarrohlik aralashuvi:

Zamonaviy biologik dorilar samaradorligini ko'rsatgan so'nggi tadqiqotlarni hisobga olgan holda, jarrohlik davolash cheklangan. An'anaviy yondashuvlar muvaffaqiyatsiz bo'lsa jarrohlik yordami kerak hisoblanadi.

Og'ir deformatsiya, oddiy odatiy xarakatlarni xam bajarishda qiyinchilik bo'lsa, doriga rezistentlik paydo bo'lsa operativ davoga ko'rsatma bo'ladi.

### Jarrohlik davo turlari

Bo'g'imlarni protezlash;

Davolash artroskopiya, sinovektomiya;  
 artrodez.

### Qarshi ko'rsatma:

O'tkir miokard infarkti ( 3 oydan kam bo'lmagan);

BMQAO'B (3 oydan kam bo'lmagan);

yurak va buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichi

Istalgan jarrohlik amaliyoti— bu organizmga stress, stress esa — psoriazni keltirib chiqaruvchi omilidir.

1 A	PsA da konservativ davoning samaradorligi bo'lmaganida, bo'g'implarda kuchli og'riqlar kuzatilganida, bo'g'imning jiddiy disfunktsiyasi mavjud bo'lganida (yaqqol deformatsiyalar, bo'g'implarning beqarorligi, kontrakturalar va mushaklar atrofiyasi kuzatilganida) endoprotezlash jarrohlik amaliyoti tavsiya yetiladi.
-----	--

[[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>]

### Keyingi davolash:

*Bemorlarni sog'lom turmush tarziga rioya qilishga o'rgatish tavsiya etiladi:*

*-Bo'g'implarga jismoniy yuklamani kamaytirish;*

*-har kunlik davolovchi jismoniy mashqlar bajarish;*

*-dori vositalarini o'z vaqtida qabul qilish;*

*-tana vaznini normallashtirish.*

Ambulator kuzatuv va davolash: OSh, revmatolog, fizioterapevt, dermatovenerolog, ortoped-travmatolog, oftalmolog, ftiziater, ginekolog, jarroh va psixolog mutaxassislari tomonidan olib boriladi. Kuzatuv davomiyligi individual tartibda, yuqorida ko'rsatilgan mutaxassislar tomonidan olib boriladi.

dermatolog bilan maslahatlashish-psoriazni tashxislash va davolash;

travmatolog-ortoped maslahati-bo'g'imlarning destruksiyasining rivojlanishida jarrohlik davolash taktikasini aniqlash;

okulistning maslahati - ko'z shikastlanganda (ko'ruv a'zolarini jaroxatlanishini aniqlash, maxalliy davoni buyurish);

fizioterapevt maslahati –gen-injener biologik vositalar bilan davolashni o'tkazishdan oldin, bazis dori vositalar fonida sil infeksiyasini rivojlanishini aniqlash;

ginekolog maslahati-homiladorlik davrida birgalikda nazorat;

jarrox maslahati- oshqozon-ichakdan qon ketishiga shubxa bo'lgan hollarda ;

fizioterapevt bilan maslahatlashish – nomedikamentoz davolash usullarini tanlash;

davolovchi jismoniy tarbiya va sport bo'yicha shifokor maslahati-bo'g'imlarning faoliyatini yaxshilash uchun davolovchi mashqlarni tanlash.

psixolog maslahati - psixologik qo'llab-quvvatlash uchun

Revmatolog va dermatolog - PsA bilan bemorlarni kuzatib komorbid kasalliklarni rivojlantirish xolatlaridan xabardor bo'lishi kerak va ular rivojlansa zudlik bilan maxsus mutaxassislarga yo'naltirish kerak.

[[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>]

**Bayonnoma/protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:**

-remissiyaga erishish yoki kasallikning minimal faolligi;

-rentgenologik jadallashuvining sekinlashishi yoki ogoxlantirish;

-davomiyligi va xayot sifatini oshirish.

[[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>]

**Protokolning tashkiliy jihatlari:**

manfaatlar to'qnashuvi mavjud emasligi to'g'risida ma'lumot – mavjud emas.

ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari)ning ma'lumotlari: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo'limi mudiri, t.f.n., SSV bolalar revmatologi maslahatchisi Sabirova Feruza Badriddinovna;

bayonnomani qayta ko'rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi;

**“PSORIATIK ARTRIT”  
NOZOLOGIYASINING TIBBIY  
ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY  
KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

## *Asosiy qism.*

### **Kirish:**

Bo'g'im ichi in'eksiyalar psoriatik artritni kompleks davolashning muhim qismidir. Ular quyidagi hollarda ayniqsa dolzarb bo'lishi mumkin:

- yallig'lanish bir yoki bir nechta bo'g'implarda kuzatilganda, bo'g'im ichi in'eksiya simptomlarni tez va samarali bartaraf etishni ta'minlaydi;
- oral yuboriladigan dorilar bilan solishtirganda, in'eksiya tizimli nojo'ya ta'sirlar xavfini kamaytirishi mumkin, chunki faol modda to'g'ridan-to'g'ri bo'g'imga yuboriladi;
- asosiy terapiyaga qo'shimcha sifatida bo'g'im ichi in'eksiyalardan foydalanish mumkin;
- Kortikosteroidlar odatda yallig'lanish va og'riqni kamaytirish uchun ishlatiladi.

Biroq, samaradorligiga qaramasdan, bo'g'im ichi in'eksiyalar uzoq muddatli yechim bo'la olmaydi va tez-tez foydalanish bilan infeksiya yoki biriktiruvchi to'qimalarga zarar yetkazish kabi potensial xavflarni hisobga olgan holda qo'llanilishi kerak.

Shuni esda tutish kerakki, bunday protseduralar barcha aseptik va antiseptik qoidalarga rioya qilgan holda amalga oshirilishi kerak.

[[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>]

### **muolaja yoki aralashuvning maqsadi:**

Tegishli qat'iy ko'rsatmalar asosida glyukokortikoidlarni bo'g'im ichiga yuborish tavsiya etiladi. Glyukokortikoidlarni bo'g'im ichiga yuborish kuchli yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega, ammo ikkilamchi osteonekroz rivojlanishining yuqori xavfi va bo'g'implar degradatsiyasining kuchayishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ularni NYaQV larning yetarli dozalari bilan sinovitni bartaraf etishning iloji bo'lmagan holatlarda qo'llash mumkin. 3 oyda bir martadan ko'p bo'g'im ichi GKS in'eksiyasi amaliyotini bajarish tavsiya etilmaydi. Gonartroz uchun glyukokortikoidlardan davolash kursi sifatida foydalanish tavsiya etilmaydi. Tavsiyaning kuchliligi: C (dalillar darajasi: 4)

### **muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:**

Ushbu protsedura davomida nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishi uchun xavf omillari quyidagilardir: tizza bo'g'implarida faol infeksiyaning mavjudligi; yog' to'qimalari olinadigan joyda yallig'lanish jarayoni; bemorning gematopoetik tizimining kasalliklari; homiladorlik va emizish davri.

### **muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar:**

- bo'g'imdagi og'riq sindromi;
- NYaQV larning yetarli dozalari bilan boshqarilmaydigan sinovit;
- bo'g'implar va boylamlardagi operatsiyadan keyin tiklanish.

### **muolaja yoki aralashuvni bajaradigan mutaxassisga talablar:**

Bo'g'im ichi in'eksiyasi ortoped-travmatolog yoki revmatolog tomonidan amalga oshiriladi.

### asosiy va qo‘shimcha diagnostika tadbirlari ro‘yxati:

Bo‘g‘im ichi in‘eksiyasini o‘tkazish shifokor tomonidan maxsus ko‘nikmalarni talab qiladi. Shu qatorda mutaxassis tayanch-harakat tizimining klinik anatomiyasi va fiziologiyasini yaxshi bilishi, aseptika va antiseptika qoidalariga qat‘iy rioya qilishi talab qilinadi. Zamonaviy talablarga muvofiq, barcha manipulyatsiyalar kichik operatsiya xonasida yoki maxsus davolash xonasida amalga oshirilishi kerak va ko‘pincha igna holatini instrumental navigatsiya qilish uchun ultratovush yoki rentgenografiya usullari talab qilinadi.

### muolaja yoki aralashuvni o‘tkazishga qo‘yiladigan talablar:

#### Bo‘g‘im ichi amaliyotlari

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
glyukokortikoid- depo shakli	Betametazon dipropionat/natriya fosfat	7mg/ml-1,0ml in‘eksiya uchun suspenziya, bo‘g‘im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo‘yicha	1 A-V
glyukokortikoid -depo shakli	Triamsinolon asetonid	40 mg/ml-1,0ml in‘eksiya uchun suspenziya, bo‘g‘im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo‘yicha	1 A-V
			<a href="https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline">https://rheumatology.org/psoarthritis-guideline</a>

3 C	Bo‘g‘im ichiga GK larni yuborish PsA uchun qo‘shimcha davolash yo‘li xisoblanadi. Sistemali GKlar periferik artritda qisqa vaqt davomida, eng kam samarali dozada ehtiyotkorlik bilan foydalanish mumkin.
-----	---

3 C	Mono-oligoartrit, poliartrit, daktilit, tenosinovit, entezitning turli lokalizatsiyasida (tovon, tirsak soxasida) bo‘g‘imlarga, payning suyakka birikish joyiga, shuningdek pay yo‘liga maxalliy GKlar yuboriladi.
-----	--

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

Tizimli GK fonida, preparatni qo‘llash to‘xtatildandan keyin PSning kuchayishi xavfi mavjud. Psoriatik spondilitni davolash uchun tizimli GKlarni buyurish tavsiya etilmaydi.

### bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

Bemorlarni muolajaga tayyorlash uchun maxsus talablar yo‘q.

Bo‘g‘im ichi in‘eksiyasini birinchi bosqichi: - antiseptiklar bilan ishlov berish. Keyinchalik, shifokor teriga, teri osti qatlamiga va periartikulyar to‘qimalarga lokal anesteziya qiladi. Keyin punksiya qiladi. Yaqin atrofdagi anatomik belgilar ignaning to‘g‘ri yo‘nalishni tanlashga yordam beradi. Bo‘g‘imga kirish “bo‘shliqqa tushish” hissi paydo bo‘lgandan keyin to‘xtatiladi. Jarayon rrentgenoskopiya nazorati ostida amalga oshirilishi mumkin. Bu shifokorga xatolarga yo‘l qo‘ymaslikka va bemorga qo‘shimcha noqulaylik tug‘dirmaslikka imkonini beradi.

Preparat kiritilgandan so‘ng, bo‘g‘imga yana antiseptik bilan ishlov beriladi va bandaj qilinadi. Terapevtik ta‘sirga erishish uchun bitta dori in‘eksiyasi yetarli emas. Shuning uchun dori-darmonlar 3 kundan 2 haftagacha bo‘lgan muddatda 2-3 dan 10 gacha in‘eksiyani o‘z ichiga oladi. In‘essiya tizza, yelka va son-chanoq bo‘g‘imlariga qilinishi mumkin.

**muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko‘rsatkichlari:** Bo‘g‘imda og‘riq sindromining va yallig‘lanishning kamayishi.

***Protokolning tashkiliy jihatlari:***

manfaatlar to‘qnashuvi mavjud emasligi to‘g‘risida ma‘lumot – mavjud emas.

ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari)ning ma‘lumotlari: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo‘limi mudiri, t.f.n., SSV bolalar revmatologi maslahatchisi Sabirova Feruza Badriddinovna;

**bayonnomani qayta ko‘rib chiqish shartlarini kiritish:** Bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o‘tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo‘lganda qayta ko‘rib chiqiladi;

**“PSORIATIK ARTRIT”  
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA  
VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

## *Asosiy qism.*

### **Kirish:**

Psoriatik artrit surunkali progressiv kechishi, tayanch-harakat tizimining funksional qobiliyatining buzilishi va bemorning hayot sifatining yomonlashishi tufayli muhim tibbiy va ijtimoiy muammo hisoblanadi.

Psoriatik artrit - surunkali kasallik bo'lib, psoriaz kasalligi va yallig'lanishli artrit belgilarini birlashtiradi. Ushbu kasallik dolzarbdir, chunki u bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytirishi, og'riq, shish va bo'g'imlar harakatining cheklanishini, shuningdek, psoriazning teri ko'rinishini keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu kasallikning ahamiyati mehnat qobiliyatining pasayishi va nogironlik kabi omillarga bog'liq.

Shu nuqtai nazardan, psoriatik artritni tashxislash, davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqish bemorlar salomatligini yaxshilash va sog'liqni saqlash tizimiga tushayotgan ijtimoiy-iqtisodiy yuklamani kamaytirishda katta ahamiyatga ega.

### **Profilaktika yoki rehabilitatsiya ta'rifi:**

Profilaktika - bu hodisaning oldini olishga va/yoki xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlar majmui. Profilaktik sog'liqni saqlash (profilaktik tibbiyot yoki profilaktika) kasalliklarni davolashdan farqli o'laroq, kasalliklarning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini nazarda tutadi. Salomatlik turli jismoniy va ruhiy holatlarni qamrab olganidek, kasallik va nogironlikka atrof-muhit omillari, genetik moyillik, patogenlar va turmush tarzi ta'sir qiladi. Kasallikning oldini olish birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika choralari sifatida tasniflanishi mumkin bo'lgan faoliyatga asoslanadi.

[[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>]

Rehabilitatsiya deganda insonning funksionalligini tiklash va kasallangan shaxslarning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda nogironlik darajasini kamaytirishga qaratilgan «chora-tadbirlar majmui tushuniladi».

[[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>]

### **Profilaktika yoki rehabilitatsiyaning turlari:**

Salomatlik holatiga yoki patologiya og'irligiga qarab, profilaktikaning uch turi ko'rib chiqiladi:

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

Birlamchi profilaktika emlashni, oqilona kun tartibi va dam olishni, muntazam ratsional ovqatlanishni va jismoniy faollikni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika ma'lum sharoitlarda kasallikning qaytalanishiga olib keladigan xavf omillarini oldini olishni o'z ichiga oladi.

Uchinchi darajali profilaktika to'liq hayot kechirish imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni rehabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmui sifatida qaraladi.

Rehabilitatsiya bosqichlari:

1-bosqich. Davolash va rehabilitatsiya. Bu kasallik yoki shikastlanishning o'tkir davrida amalga oshiriladi.

2-bosqich. Erta statsionar tibbiy rehabilitatsiya. Kasallikning o'tkir va erta tiklanish davrida yoki erta tibbiy rehabilitatsiyaning statsionar bo'limlarida o'tkaziladi.

3-bosqich. Ambulator. U rehabilitatsiya muassasalarida, sog'liqni saqlash tashkilotlarining ixtisoslashtirilgan bo'limlarida va ambulatoriyalarda amalga oshiriladi.

[[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>]

#### **ommaviy profilaktika va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari:**

Birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktikadan tashqari, kasalliklarning individual va ijtimoiy profilaktikasi ham mavjud:

Individual profilaktika - kasallikning oldini olish, salomatlikni saqlash va mustahkamlash bo'yicha chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi, ular insonning o'zi tomonidan amalga oshiriladi va amalda sog'lom turmush tarzi standartlariga, shaxsiy gigienaga, ratsional ovqatlanishga va oqilona mehnat va dam olish rejimiga, faol jismoniy tarbiyaga rioya qilish bilan bog'liq.

[[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>]

Jamoat profilaktikasi - bu fuqarolarning jismoniy va ma'naviy kuchlarini har tomonlama rivojlantirishni ta'minlash, omillarni bartaraf etish maqsadida davlat muassasalari va jamoat tashkilotlari tomonidan tizimli ravishda amalga oshiriladigan ijtimoiy, ma'rifiy, sanitariya-gigiena, epidemiyaga qarshi va davolash tadbirlari, aholi salomatligiga zararli ta'sir ko'rsatadi.

[[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>]

#### ***Profilaktika usullari va protseduralari:***

profilaktika maqsadi: Bu modifikatsiyalovchi xavf omillarini (ortiqcha vazn, mushaklarning kuchsizligi) bartaraf etish va bo'g'imlarning shikastlanishlarini yoki doimiy mikrotravmatizatsiyasini bartaraf etishdir.

Birlamchi profilaktika – PsAli bemorlar barchasiga sog'lom turmush tarziga rioya qilish kerak, regulyar jismoniy tarbiyani kompleks davolovchi jismoniy tarbiya bilan haftasiga 30 minutdan 5 maxal shug'ullanish kerak, tana vazni indeksini nazorat qilish (TVI 18,5-24,5), spirtli ichimlik va chekishni tashlash kerak;

PsA xavf omillariga ta'sir – sog'lom turmush tarzi, jismoniy tarbiya va to'g'ri ovqatlanish (OP da OSh tomonidan amalga oshiriladi);

Og'iz bo'shlig'i gigienasiga rioya qilish;

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

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

Skrining - psoriatik artritli bemorlar uchun yurak-qon tomir kasalliklarining an'anaviy xavf omillarini muntazam ravishda tekshirish tavsiya etiladi: chekish, semirish, giperlipidemiya, arterial gipertenziya va qandli diabet uchun skrining o'tkaziladi. Yurak-qon tomir xavf omillarini kamaytirish umumiy populyatsiya uchun milliy tavsiyalarga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Ikkilamchi profilaktika - PsA bilan og'rigan bemorlarni o'qitish, vazn kamaytirish, jismoniy mashqlar, ortopedik tavsiyalar (OP, MKTP da OSh va revmatolog tomonidan amalga oshiriladi).

Uchinchi darajali profilaktika – PsA bilan og'rigan bemorlarning asoratlarini reabilitatsiya qilish (OP da OSh, MKTP da revmatolog, statsionar sharoitlarda va reabilitatsiya markazlarida amalga oshiriladi);

[[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>]

### ***Reabilitatsiya usullari va muolajalari:***

- Bo'g'imni saqlaydigan jarrohlik aralashuvlardan so'ng ham, endoprotezlash jarrohlik amaliyotidan keyin ham bemorlarni reabilitatsiya qilishdan maqsad - to'liq funksional, ijtimoiy va kasbiy tiklanishdir. Reabilitatsiya ijtimoiy moslashishga qaratilgan reabilitatsiyani va kasbga yo'naltirish, kasb-hunar ta'limi va kasbiy moslashuvdan iborat reabilitatsiyani o'z ichiga oladi.

- Bemorlarni reabilitatsiya qilish quyidagi tamoyillarga asoslanadi: turli xil farmakologik vositalardan va nomedikamentoz usullardan foydalanish, uzluksizlik, ketma-ketlik, murakkablikdan multimodal foydalanish tufayli bemorda analgeziyaning yetarli darajasiga erishish, reabilitatsiyani erta boshlash, shuningdek, davolash tadbirlarini o'tkazishda individual yondashuvga asoslanadi.

- shikastlangan bo'g'im funksiyalarini to'liq yoki qisman tiklash va (yoki) yo'qolgan funksiyalarni qoplash: zararlangan bo'g'imlarning funksiyalarini qisman tiklash.

- o'tkir rivojlangan patologik jarayonni to'xtatish jarayonida tananing funksiyalarini saqlab qolish: bo'g'imlarning funksiyalarini nomedikamentoz va dori-darmonlar bilan davolash.

- shikastlangan bo'g'im asoratlanishini oldini olish, erta tashxislash va davolash: o'z vaqtida erta tashxis qo'yish, nomedikamentoz va dori-darmonlar bilan davolash.

- rivojlanishi mumkin bo'lgan nogironlikni oldini olish va kamaytirish: o'z vaqtida erta tashxis qo'yish, nomedikamentoz va dori-darmonlar bilan davolash.

- hayot sifatini yaxshilash: bemorlarni reabilitatsiya qilishning zamonaviy usullari.

- bemorning ish faoliyatini saqlab qolish: bemorlarni reabilitatsiya qilishning zamonaviy usullari.

- bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyalashuvi: bemorlarni reabilitatsiya qilishning zamonaviy usullari.

### ***3-xil turdagi profilaktika yoki reabilitatsiyani o'tkazishga ko'rsatmalar:***

-Psoriatik teri zararlanishi;

-Psoriatik tirnoqlar zararlanishi;

-Periferik artrit;

-Daktilit (barmoqlar yallig'lanishi);

-Entezit- PsAning erta namoyon bo'lishi;

-Spondilit, sakroileit;

[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>

#### *Profilaktika turlarini o'tkazishni aniqlash mezonlari:*

Bemorlarni olib borishda tizimli ko'rinishlar (teri, ko'z va oshqozon-ichak trakti) va metabolik sindrom, yurak-qon tomir kasalliklari va depressiya kabi komorbid kasalliklarni hisobga olish kerak.

Dieta shirin, achchiq va yog'li ovqatlarni chegaralash;

#### *Ozish:*

Ortiqcha vaznli yoki semizlik bilan og'rigan, tizza va/yoki son-chanoq bo'g'imi OA bilan og'rigan bemorlarga vaznni boshqarish tavsiya etiladi.

Ortiqcha vaznli bemorlarga (TVI 25 kg/m<sup>2</sup> dan ortiq) tana vaznini 6 oy ichida kamida 5% yoki yil davomida 10% ga kamaytirish tavsiya etiladi.

PsA bilan og'rigan bemorlarga quyidagilar tavsiya etiladi: muntazam ravishda o'z-o'zini nazorat qilish, oylik vaznini qayd etish, yog' va tuzni iste'mol qilishni cheklash, kuniga kamida besh porsiya meva va sabzavotlarni iste'mol qilish va kuniga kamida 30 daqiqa jismoniy faollik. Erishilgan ko'rsatkichlar bemor bilan muhokama qilinadi.

Muntazam jismoniy faoliyat va mashqlar bilan shug'ullanish funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ishlash qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi;

Mashqlar individual bo'lishi va har bir bemorning ehtiyojlariga moslashtirilishi kerak, shunda ular bemor hayot tarzining bir qismiga aylanadi. Jismoniy terapiya mashqlari uchun qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish kerak.

#### *Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari:*

Reabilitatsiya choralarini operatsiyadan so'ng darhol kasalxonada boshlash va uni kasalxonaga yotqizish davomida olib borish tavsiya etiladi (reabilitatsiyaning birinchi bosqichi). Kasalxonadan chiqarilgandan so'ng, agar kerak bo'lsa, reabilitatsiya bo'limlarida (agar iloji bo'lsa) reabilitatsiya davolashni davom ettirish (reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi) va kunduzgi shifoxonaning tibbiy reabilitatsiya bo'limlarida, sanatoriy, ambulator tibbiy muassasalarda yoki uyda (reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi) reabilitatsiyani tugatish. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Operatsiyadan keyingi reabilitatsiya davolashning butun kursi 2 davrdan (erta va kech operatsiyadan keyingi davrlar) iborat bo'lib, ular 5 ta rejimga bo'linadi: 1) 1-2 kundan 5-7 kungacha yumshoq (operatsiyadan keyingi o'tkir reaktiv yallig'lanish), 2) 5-7 kundan 15 kungacha tonik (operatsiyadan keyingi yarani davolash), 3) 15 kundan 6-8 haftagacha erta tiklanish (operatsiyadan keyin suyak tuzilmalarining rezorbsiyasi jarayonlarining ustunligi), 4) 6-8 haftadan 10 haftagacha kech tiklanish (suyak to'qimalarining regeneratsiyasi jarayonlarining ustunligi), 5) 10-12 haftadan 12 oygacha moslashish (suyak to'qimasini qayta tiklanishi). Operatsiyadan keyingi davrda erta faollashtirish uchun bemorlarni, ayniqsa keksa va keksa yoshdagi bemorlarni tibbiy reabilitatsiya qilishni operatsiyadan oldingi davrda boshlash tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Muntazam jismoniy faoliyat va mashqlar bilan shug'ullanish funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ishlash qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi;

Mashqlar individual bo'lishi va har bir bemorning ehtiyojlariga moslashtirilishi kerak, shunda ular bemor hayot tarzining bir qismiga aylanadi.

1A	Yengil jismoniy tarbiya va mashqlar PsA li bemorlarga foydali hisoblanadi.
----	--

1A	PAlI bemorlarga xayot turmush tarzini keskin o'zgartirish ayniqsa, chekishdan voz kechish va vazni kamaytirish tavsiya etiladi.
----	---

Jismoniy terapiya mashqlari uchun qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish kerak.

***Fizioterapevtik tavsiyalar :***

-fizioterapiya (iliq yoki sovuq muolajalar, ultratovush, lazeroterapiya, krioterapiya, igloreleksoterapiya),

-sanatorno-kurort davolash, dori vositalari bilan fizioterapevtik muolajalar, sulfid va radon vannalari yordamida davolash.

Remissiya bosqichida DJT (davolovchi jismoniy tarbiya), fizioterapiya va sanator-kurort davo (balneodavo) ko'rinishida o'tkaziladi.

Fizioterapiya: issiq va sovuq muolajalar, ultratovush, igloreleksoterapiya, magnito i lazeroterapiya;

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

Uzbekistonda radonli maskanlar: Sanatorii «Uzbekiston» (Nagornyy, Samarkand viloyati), «Altynsay» (Navoiy viloyati). Oltinugurt maskani sanatoriya «Chimyon» (Farg'ona viloyati), «Djeyran-xana» (Surxandaryo viloyati), mineral, yodobromli maskan sanatoriya «M. Topvoldiev» (Farg'ona viloyati, Rishtan), yodobromli maskan sanatoriya «Chartak» (Namangan viloyati).

[[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>]

***Tibbiy profilaktika yoki rehabilitatsiya darajasini ko'rsatgan xolda tashxislash tadbirlari:***

**Laboratoriya tekshiruvlari.**

Maxsus laborator testlar va biomarkerlar mavjud emas

Umumiy qon analizi, siydik

SRO, revmatoid omillar (IgM RF)

ASSP

QBT: AST va ALT, kreatinin, glyukoza

Siydik kislota

Gepatit V, S viruslari, OITS markyorlari

Xomiladorlik testi

Mantu tuberkulin sinamasi va /yoki Diaskin test

Qonda lipidlar

HLA-B27

**Yallig'lanish faolligi ko'rsatkichlari**

**EChT** – tizimli yallig'lanishning yuqorisezuvchan, ammo nospesifik va nostabil markyori.

**SRO** - yallig‘lanish faolligini baxolash, bo‘g‘imlar destruksiyasini tezligini bashoratlash uchun qo‘llanadi.

<b>1 A</b>	Har bitta bemorda adekvat terapiya o‘tkazish maqsadida yallig‘lanish faolligi aniqlanishi zarur.
------------	--

[[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>]

### **Instrumental tekshiruvlar.**

Kaft, tovon, tos suyaklari va umurtqa pog‘onasi obzor rentgenografiyasi

Bo‘g‘imlar UTTsi

MRT

O‘pka rentgegogafiyasi

EKG

ExoKG

**Rentgenografiya** -qo‘l va oyoq kafti, tos suyaklari va chanoq-son bo‘g‘imi to‘g‘ri proeksiyada va umurtqa pog‘onasiga o‘tish qismida (ko‘krak pastki qismi bel qismi bilan birgalikda yon proeksiyada) birlamchi tekshiruv maqsadida va bir yilda bir marta o‘tkaziladi.

kaft va tovon rentgenografiyasida– bo‘g‘im tirqishi torayishi, suyak remodulyatsiyasi, oxirgi falangalarning rezorbsiyasi, yirik eksentrik eroziyalar, osteolizi xos. «Stakan ichidagi qalam» tipidagi deformatsiya, proliferatsiya, periostitlar, suyak ankilozlari xos;

Tos va chanoq-son bo‘g‘imi rentgenografiyasida bir tomonlama yoki assimetrik ikki tomonlama sakroileit xos

Umurtqa pog‘onasining o‘tuvchi qismi rentgenografiyasida paravertebral ossifikatlar va qirg‘oq sindesmofitlari xos

**UTT energetik dopler xaritalash usuli** bo‘g‘im yumshoq to‘qima strukturalarining o‘zgarishlarini aniqlashda, ayniqsa erta PsAni aniqlashda, BYaQV va GIBVlar davolash fonida remissiya saqlanishini bashoratlashda muxim afzalliklarga egadir.

UTT PsA bemorlarda sinovit (yallig‘lanish) va entezit, tenosinovitni aniqlashda sezgir usul xisoblanadi.

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

UTT energetik dopler xaritalash usulida yallig‘lanish yaqqoligini ko‘rsatuvchi signal lokalizatsiyasini, tarqalishini va intensivligi aniqlanadi.

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

Ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi bemorlarda o‘pkaning yondosh jaroxatlanishini aniqlashda, birlamchi tekshiruvda, BYaQV va GIBV tavsiya qilishdan oldin so‘ng xar yili o‘tkaziladi. EKG kamida bir yilda bir marta yurak-qon tomir kasalliklarini aniqlash uchun.

**EKG** - yurak-qon tomir patologiyalarini aniqlashda yiliga 1martadan kam bo‘lmagan vaqtda amalga oshiriladi.

**ExoKG**- qon-tomir patologiyalariga shubxa bo‘lganda

**Rentgenografiya:**

1 A

Psoriatik artrit tashxislash va bo‘g‘imlar zararlanish darajasini dinamikada tekshirish maqsadida barcha bemorlarda, yilida bir marta rentgenografik tekshiruvlar o‘tkazish tavsiya etiladi.

[[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>]

*Darajasi ko‘rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki rehabilitatsiyaning taktikasi:*

**Dispanser kuzatuv**

Dispanser kuzatuv faoliyatni kamaytirish, bo‘g‘im va umurtqa pog‘onasining funkssional qobiliyatini saqlab qolishga qaratilgan, oldini olish yoki rentgenologik progressiyaning tezligini sekinlashtirishga qaratilgan.

Bemor monitoringi revmatolog va zarur bo‘lganda dermatolog tomonidan amalga oshirilishi kerak va shifokor va bemor o‘rtasidagi yaqin hamkorlikka asoslangan bo‘lishi kerak;

PsA klinik va laboratoriya faoliyatini diqqat bilan kuzatish;

revmatologga har 2 oyda kamida 3 marta tashrif buyurish;

har 3 oyda: umumiy qon va siydik sinovlari, biokimyoviy qon taxlillari (ALT, AST, kreatinin);

har yili: lipid profilini o‘rganish( aterosklerozning oldini olish uchun), densitometriya (osteoporoz tashxisi);

tos suyaklarining rentgenografiyasi yiliga 1 marta ko‘rsatmalarga muvofiq tor mutaxassisliklar bo‘yicha konsultatsiya;

tavsiyalarga rioya qilmaslik va davolanishning mustaqil uzilishi-kasallikning noqulay prognozining mustaqil omillari;

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

[[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>]

*Profilaktika yoki rehabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:*

- Zararlangan bo‘g‘imdagi og‘riqni kamaytirish;

- Zararlangan bo‘g‘imning funkssional faoliyatini qisman yoki to‘liq tiklash.

Adekvat analgeziya darajasi uchun:

- turli farmakologik vositalardan multimodal foydalanish;

- nomedikamentoz terapiya va rehabilitatsiya usullaridan foydalanish;

- Davomiylik, izchillik, murakkablik, shuningdek, profilaktika va rehabilitatsiya tadbirlarini o‘tkazishda individual yondashuv.

*Protokolning tashkiliy jihatlari:*

manfaatlar to‘qnashuvi mavjud emasligi to‘g‘risida ma’lumot – mavjud emas.

ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari)ning ma’lumotlari: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo‘limi mudiri, t.f.n., SSV bolalar revmatologi maslahatchisi Sabirova Feruza Badriddinovna;

bayonnomani qayta ko‘rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o‘tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo‘lganda qayta ko‘rib chiqiladi;

#### Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. Revmatologiya: Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii / pod red. akad. RAN Ye.L. Nasonova. - M.: GEOTAR-Media, 2019. – 461 s.  
<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. Korotaeva T.V., Korsakova Yu.L., Loginova Ye.Yu., Gubar Ye.Ye., Chamurlieva M.N. Psoriaticheskiy artrit. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu. Sovremennaya revmatologiya. 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. Mishina OS, Korotaeva TV. Zaboлеваemost psoriaticheskim artritom v Rossiyskoy Federatsii: tendensii na sovremennom etape i perspektivy. Nauchnoprakticheskaya revmatologiya. 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-psoriaticheskim-artritom-v-rossii-tendentsii-na-sovremennom-etape-i-perspektivy>

11. Batkaeva NV, Korotaeva TV, Batkaev EA. Struktura kardiovaskulyarnoy komorbidnosti u bolnykh tyazhelymi formami psoriaza: dannye retrospektivnogo analiza gosspitalnoy kogorty. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 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/zt2mt7klb9dou5izums2eov2xpzimwwg/132\\_56\\_pb.pdf](https://rheumatolog.ru/upload/iblock/335/zt2mt7klb9dou5izums2eov2xpzimwwg/132_56_pb.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=lb&utm\\_source\\_type=prop&utm\\_medium=ban&utm\\_driver\\_type=lb&gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjw6PGxBhCVARIsAlumnWapK9H94IDNOUjIMB2wDofmRiTJAKVKsgiloxWRT5W-DJeCepOq7swaAst5EALw\\_wcB](https://www.perspectivesinrheumaticdiseases.com/?utm_campaign=409620.01_lbu%2Fgame_prd_in-person_9_2024_cme_google&utm_source=lb&utm_source_type=prop&utm_medium=ban&utm_driver_type=lb&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw6PGxBhCVARIsAlumnWapK9H94IDNOUjIMB2wDofmRiTJAKVKsgiloxWRT5W-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. Chamurlieva MN, Loginova YeYu, Korotaeva TV. Vyyavlyaemost psoriaticheskogo artrita u bolnyh psoriazom v dermatologicheskoy i revmatologicheskoy klinike. Sovremennaya revmatologiya. 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. Korsakova YuL, Denisov LN. Effektivnost i bezopasnost novogo preparata dlya lecheniya psoriaza i psoriaticeskogo artrita – apremilasta. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya.* 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-psoriaticeskogo-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>