

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА ТИББИЙ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

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

Тошкент – 2025

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



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

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа:

1.	Ревматоид артрит касаллигини ташхислаш ва даволаш	5-бет
2.	Ревматоид артрит касаллигида тиббий аралашувлар	50-бет
3.	Ревматоид артрит касаллиги тиббий профилактикаси ва реабилитацияси	57-бет

**“РЕВМАТОИД АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. Кириш қисми.

Ревматоид артрит касаллиги долзарблигини инобатга олиб далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун Америка ревматологлари коллегияси/Артрит Фонди (ACR, 2021), Европа антиревматик лигаси (EULAR, 2022), Россия ревматологлар уюшмаси (APP, 2021) клиник кўрсатмалари, Кокрейн кутубхонаси (Cochrane Library) ва PubMed (MEDLINE) маълумотлари асос қилиб олинди.

Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди:

(M05- M06) Серопозитив ревматоид артрит	
M05.0	Фелти синдроми
M05.1	Ўпканинг ревматоид касаллиги (j99.0)
M05.2	Ревматоид васкулит
M05.3	Бошқа аъзо ва тизимларга тарқалган ревматоид артрит
M05.8	Бошқа серопозитив ревматоид артритлар
M05.9	Ноаниқ серопозитив ревматоид артрит
M06 Бошқа ревматоид артритлар	
M06.0	Серонегатив ревматоид артрит
M06.1	катталарда ривожланадиган Стилл касаллиги
M06.2	Ревматоид бурсит
M06.3	Ревматоид тугунлар
M06.4	Яллиғланишли полиартропатия
M06.8	Бошқа аниқлаштирилган ревматоид артритлар
M06.9	Ноаниқ ревматоид артрит
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12105

МКБ 11	
FA20 Ревматоид артрит	FA20.0 Эрозияли ревматоид артрит
FA20.00 Бўғимдан ташқари зарарланишсиз эрозияли ревматоид артрит	FA20.01 Спленомегалия ва лейкопения билан кечувчи эрозияли ревматоид артрит
FA20.02 Ўпка касалликлари билан кечувчи эрозияли ревматоид артрит	FA20.03 Эрозияли ревматоид васкулит
FA20.04 Эрозияли ревматоид тугун	FA20.0Й Бошқа аниқланувчи эрозияли ревматоид артрит турлари
FA20.03 Аниқланмаган эрозияли ревматоид артрит	FA20.1 Эрозиясиз ревматоид артрит
FA20.10 Бўғимдан ташқари зарарланишсиз эрозиясиз ревматоид артрит	FA20.11 Спленомегалия ва лейкопения билан кечувчи эрозиясиз ревматоид артрит
FA20.12 Ўпка касалликлари билан кечувчи эрозиясиз ревматоид артрит	FA20.13 Эрозиясиз ревматоид васкулит
FA20.14 Эрозиясиз ревматоид тугун	FA20.1Й Бошқа аниқланувчи эрозиясиз ревматоид артрит турлари
FA20.13 Аниқланмаган эрозиясиз ревматоид артрит	FA20.3 Аниқланмаган ревматоид артрит

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

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

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш бўйича ревматология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

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

Муаллифлар рўйхати:

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

Такризчилар:

Ахмедов Халмурад Садуллаевич	–Тошкент тиббиёт академияси 2- сон оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
Шукурова Сураё Мақсудовна	– Тожикистон Фанлар академияси аъзоси, Малака ошириш институти терапия ва кардиоревматология кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Клиник баённома ТТА илмий кенгашида кўриб чиқилди ва _____
сонли баённомаси билан тасдиқланди.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

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

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:

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

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

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

Амалиётчи шифокорлар:

1. М.В.Мирхамидов – ТТА кўп тармоқли клиникаси ревматология бўлими мудири.
2. З.Х.Махмудова – Тошкент шаҳри 1-ШКШ ревматология бўлими мудири.
3. Н.А.Абдувалиева – Тошкент вилояти Олмалиқ шаҳри КТМП ревматолог шифокори.

Баённома протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

АБ	– абатацепт;
АДА	– адалимумаб;
АМА	– анти-медикаментоз антитело;
АЛТ	– аланинаминотрансфераза;
АСТ	– аспартатаминотрансфераза;
АЦЦП	– циклик цитруллинирланган пептидларга антителолар;
БЯҚП	– базис яллиғланишга қарши препаратлар;
ВАШ	– визуал-аналог шкала;
ОИТВ	– одам иммунитет танқислиги вируси;
ГИБП	– ген-инженер биологик препаратлар;
ГК	– глюкокортикоидлар;

ГЛМ	– голимумаб;
ГГТ	– гаммаглутамилтранспептидаза;
ГХ	– гидроксихлорохин;
ДЮЕ	– димланган юрак етишмовчилиги;
ЮИК	– юрак ишемик касаллиги;
ЎИК	– ўпканинг интерстициал касаллиги;
ИЛ	– интерлейкин;
IgG	– иммуноглобулин G;
ИНФ	– инфликсимаб;
α-ЎНО	– α -ўсма некроз омили;
ЛФ	– лефлуноמיד;
ЮЗЛ	– юқори зичликдаги липопротеин;
ПЗЛ	– паст зичликдаги липопротеин;
ЖПЗЛ	– жуда паст зичликдаги липопротеин;
ДЖТ	– даволовчи жисмоний тарбия;
МРТ	– магнит-резонанс томография;
МТ	– метотрексат;
НДА	– дифференциалашмаган артрит;
НЯҚВ	– ностероид яллиғланишга қарши воситалар;
НР	– ножўя реакция;
БОБ	– беморнинг оғриқни баҳолаши;
БКУБ	– беморнинг касалликни умумий баҳолаши;
ПФБ	– проксимал фалангалараро бўғим;
КФБ	– кафт-фалангалар бўғими
ПЛБ	– плюснофаланга бўғими
РА	– ревматоидный артрит
РКТ	– рандомизирланган клиник текширув
РТМ	– ритуксимаб
РФ	– ревматоид фактор
СИР	– стандарт инфузион реакция
ТҚБ	– тизимли қизил бўрича
ЭЧТ	– эритроцитлар чўкиш тезлиги
СРО	– С-реактив оқсил
ССЗ	– сульфасалазин
тсБПВП	– таргет синтетик базис яллиғланишга қарши препарат
ТЦЗ	– тоцилизумаб
УТТ	– ультратовуш текширув
ЦЗП	– цертолизумаб пегол
ОБС	– оғриқли бўғимлар сони
ШБС	– шишли бўғимлар сони
ЭЗФГДС	– эзофагогастроуденоскопия
ЭТ	– эрготерапия
ЭТЦ	– этанерцепт
ACR	– American College of Rheumatology
CDAI	– Clinical Disease Activity Index
DAS	– Disease Activity Index
EULAR	– European League Against Rheumatism
HAQ	– Health Assessment Questionnaire
NICE	– National Institute for Health and Care Excellence
SDAI	– Simplified Disease Activity Index

Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:

- 1.Ревматологлар;
- 2.Терапевтлар;
- 3.Умумий амалиёт шифокорлари;
- 4.Травматологлар – ортопедлар;
5. ЖТШ шифокори, физиотерапевт
- 6.Тиббиёт олийгоҳлари магистрлари, клиник ординаторлари ва катта курс талабалари.

Беморлар тоифаси:

Ревматоид артритли беморлар

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

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1a	Юқори сифатли мета-таҳлиллар, тизимли шарҳлар рандомизирланган назоратли тадқиқотлар (РНТ) ёки тизимли хатолар хавфи жуда паст бўлган РНТ
1b	Юқори сифатли мета-таҳлиллар, тизимли, ёки тизимли хатоликлар паст хавфи билан камида бир марта ўтказилган РНТ
2a	Рандомизациясиз камида бир марта ўтказилган РНТ, хатолик паст даражаси
2b	Аралашини самараси ўртача хавфи ёки тизимли хатолар ва сабаб муносабатларнинг ўртача эҳтимоли билан яхши ўтказилган ҳодиса-назорат ёки когорт изланишлар
3	Ноаналитик тадқиқотлар (масалан: ҳодисалар тавсифи, ҳодисалар кетма-кетлиги, ҳодиса-назорат тадқиқотлари)
4	Эксперт хулосаси / клиник тажриба, кузатишлар

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

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Юқори сифатли мета-таҳлил, РНТ тизимли шарҳлар ёки тизимли хатолик

	эҳтимоли жуда кам бўлган йирик РНТ, уларнинг натижалари тегишли ўзбек популяциясига мос келиши мумкин
B	Юқори сифатли шарҳлар ёки когорт ёки ҳодиса-назорат тадқиқотлар тизимли шарҳи ёки тизимли хатолар хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли когорт ёки ҳодиса-назорат тадқиқотлари ёки тизимли хатолари хавфи жуда юқори бўлмаган РНТ, уларнинг натижалари тегишли ўзбек популяциясига мос келиши мумкин.
C	Когорт ёки ҳодиса-назорат тадқиқотлар ёки тизимли хатолари хавфи жуда юқори бўлмаган рандомизациясиз назоратли тадқиқотлар, уларнинг тегишли ўзбек популяциясига мос келиши мумкин ёки тизимли хатолар хавфи жуда паст бўлган ёки хавфи жуда юқори бўлмаган РНТ, уларнинг натижалари бевосита тегишли ўзбек популяциясига мос келиши мумкин.
D	Бир қатор ҳодисалар тавсифи ёки назоратсиз тадқиқотлар ёки экспертлар хулосаси.

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Ревматоид артрит муаммосининг долзарблиги, энг юқори касалланиш даражаси меҳнатга лаёқатли 40-55 ёшга тўғри келади. РА касаллик бошланган дастлабки 3-5 йил ичида беморларнинг ярмида доимий меҳнатга лаёқатсизликни келтириб чиқаради. РАда юрак-қон томир патологияси, оғир инфекциялар, онкологик касалликларни юзага келиши, касалликка хос асоратларнинг юқори даражада учраши туфайли беморларнинг умр кўриш давомийлигини сезиларли даражада пасайишига олиб келади. Касаллик бошланганидан 20 йил ўтгач, беморларнинг 60-90% иш қобилятини йўқотади ва 1/3 қисми бутунлай ногирон бўлиб қолади.

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

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

2.2. Умумий таърифи:

Ревматоид артрит - этиологияси номаълум иммун яллиғланиш (аутоиммун) ревматик касаллик бўлиб, эрта ногиронликка олиб келади ва беморларнинг умр кўриш муддатини қисқартирадиган сурункали эрозив артрит ва ички органларнинг тизимли зарарланиши билан кечадиган касаллик. Касалликнинг этиологияси кўп омилли бўлиб, унинг юзага келиши генетик ва муҳит омилларнинг ўзаро таъсири билан боғлиқ. РА дунёнинг ривожланган мамлакатларида ногиронликнинг асосий сабабларидан бири бўлиб, соғлиқни сақлаш, иқтисод тизимига ўз таъсирини кўрсатади. Популяцияда умумий тарқалиш 1-2% орасида ўзгариб туради. Россия эпидемиологик тадқиқотида кўра, қарийб 800 минг киши РАдан азият чекмоқда, бу аксарият Европа мамлакатларидаги РА учраш сонига тўғри келади.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>]

Ревматоид артрит бугун дунёда кенг тарқалган ва барча этник гуруҳларга таъсир қилади. Ривожланган мамлакатларда тарқалиш даражаси 0,5-1% (қарияларда 5%) гача. Ҳар йили 100 000 аҳолига 5 дан 50 гача одам касалланади. Касалликнинг ўртача бошланиш ёши аёлларда 40-50 ёшни, эркекларда эса бироз кўпроқни ташкил қилади. Аёллар эркекларга қараганда 3-5 марта тез-тез касал бўлишади.

[<https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf>]

2.3.Клиник таснифи:

(«Россия ревматологлар ассоциацияси» Умумроссия жамоат ташкилоти бошқаруви пленумининг мажлисида қабул қилинган, 2007 й.):

I. Асосий ташхис:

Серопозитив ревматоид артрит (M05.8);

Серонегатив ревматоид артрит (M06.0);

Ревматоид артритнинг алоҳида клиник шакллари:

Фелти синдроми (M05.0);

Катталарда Стилл касаллиги (M06.1).

Эҳтимолли ревматоид артрит (M05.9, M06.4, M06.9).

РА серопозитивлиги ва серонегативлиги ревматоид омил ва/ёки циклик цитруллинирланган оқсиллар антитаначалари (АЦБ) аниқланишига қараб белгиланади, уларни аниқлаш учун стандартлаштирилган лаборатория усулларидадан фойдаланиш лозим.

II. Клиник босқичи:

Жуда эрта босқичи: касаллик давомийлиги 6 ойгача;

Эрта босқич: касаллик давомийлиги 6 ойдан - 1 йилгача;

Ифодаланган босқич: касалликка хос белгилар кузатилганда касаллик давомийлиги 1 йилдан ортиқ;

Кечки босқич: касаллик давомийлиги 2 йил ва ундан ортиқ + майда (III—IV рентгенологик босқич) ва йирик бўғимларда кучли деструкция, асоратлар мавжудлиги.

III. Касаллик фаоллик даражаси:

0 - ремиссия ($DAS28 < 2,6$, ЭЧТ ва СРО – норма)

I – паст ($2,6 < DAS28 < 3,2$, ЭЧТ ва СРО 20гача)

II - ўртача ($DAS28 = 3,2-5,1$, ЭЧТ ва СРО 20-40)

III - юкори ($DAS28 > 5,1$, ЭЧТ ва СРО > 40)

Фаолликни базавий баҳолаш сифатида DAS28 индексини қўллаш тавсия этилади.

DAS28 ҳисоблаш формуласи:

$DAS28 + 0,56\sqrt{OBC} + 0,28\sqrt{ШБС} + 0,70\ln ЭЧТ + 0,014 БСХУБ$

Бунда, ОБС- оғриқли бўғимлар сони, ШБС– ишли бўғимлар сони қуйидаги 28дан: елка, тирсак, билаккафт, қўл кафтлари, проксимал фалангалараро, тизза, ЭЧТ –Вестергрэн усулида эритроцитлар чўкиш тезлиги,

БСХУБ – беморлар соғлиги ҳолатининг умумий баҳоси 100 миллиметрли визуал аналог шкала бўйича, мм. да

DAS28 билан мос келиши исботланган бошқа фаолликни ҳисоблаш усуллари ҳам қўллаш мумкин.

Бўғимлардан ташқари (тизимли) белгилар:

Ревматоид тугунчалар;

Ревматоид васкулит (ярали-некротик васкулит, тирноқ ўриндиғининг инфаркти, дигитал артериит, ливедо-ангиит);

Нейропатиялар (мононеврит, полинейропатия);

Плеврит (курук, эксудатив), перикардит (курук, эксудатив);

Шегрен синдроми;

Кўзнинг зарарланиши (склерит, эписклерит, тўр парда васкулити);

Ўпканинг интерстициал касаллиги

IV. Инструментал тавсифи:

Эрозиялар мавжудлиги ёки йўқлиги (рентгенография, МРТ, УТТ маълумотлари):
ноэрозив;

эрозив

Рентгенологик босқич (Штейнброкер бўйича, модификацияланган):

I – бўғимолди остеопорози;

II - бўғимолди остеопорози + бўғим тирқишининг торайиши, бир нечта эрозиялар;

III – олдинги босқич белгилари + кўп сонли эрозиялар + бўғимлар чиқиши;

IV - олдинги босқич белгилари + суяк анкилози.

V. Қўшимча иммунологик тавсиф - Циклик цитруллинирланган пептидларга антианачалар (АЦЦП):

АЦЦП - мусбат

АЦЦП – манфий

VI. Функционал синф:

I синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш.

II синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда нокасбий фаолият билан шуғулланиш, касбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

III синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

IV синф – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

Ўз-ўзига хизмат қилиш: кийиниш, овқатланиш, ўзини парваришлаш ва ҳ.

Нокасбий фаолият: дам олиш элементлари, бўш вақтдан фойдаланиш, жинси ва ёшни ҳисобга олган ҳолда спорт билан шуғулланиш ва б.

Касбий фаолият: иш, ўқиш, жинси ва ёшни ҳисобга олган ҳолда уй ишлари билан шуғулланиш (уй хизматчилари учун).

VII. Асоратлар:

Иккиламчи амилоидоз.

Иккиламчи остеоартроз

Генераллашган остеопороз

Остеонекроз

Туннел синдромлар (карпал канал синдроми, тирсак, катта болдир нервлари сиқилиш синдроми).

Атланта-аксиал бўғим чиқиши, шунингдек миелопатия билан, бўйин умуртқасининг нотурғунлиги.

Қон томирларнинг атеросклеротик шикастланиши.

Ташхисда ақс эттириш лозим:

Асосий ташхис

Серопозитивлик, серонегативлик
 Клиник босқич
 Касаллик фаоллиги
 Бўғимдан ташқари (тизимли) белгилари,
 Инструментал тавсифи,
 АЦЦП мавжудлиги,
 Функционал синфи
 Асоратлари.

[https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97_%D0%A0%D0%90_%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf]

3. Усуллар, ёндашувлар ва ташхислаш жараёнлари.

3.1. Ташхислаш мезонлари:

Ревматоид артритнинг таснифий мезонлари

РА ташхиси ACR/EULAR 2010й таснифлаш мезонларига асосланади

Америка ревматологлар коллегияси, 1987й.

	Мезонлар	Изоҳ
1	Эрталабки карахтлик	Кўрсатилган етита мезонлардан ҳар қандай тўрттасининг мавжудлигида РА ташхиси қўйилади. 1-дан 4-гача мезонлар беморда камида 6 ой давомида кузатилган бўлиши лозим.
2	Учта ва ундан ортиқ катта бўғимлар артрити	
3	Кафт бўғимлари артрити	
4	Симметрик артрит	
5	Ревматоид тугунчалар	
6	Қон зардобдаги ревматоид омил	
7	Рентгенологик ўзгаришлар	

Бироқ ҳозирги кунда бу мезонлар ўз долзарблигини йўқотган, чунки улар касалликнинг дастлабки 6 ойида 20-40% аҳолида РА ташхисини қўйиш имконини беради, бу ҳозирги қарашларга кўра ўз вақтида ва самарали даволашни бошлаш учун тўғри келмайди.

Ревматоид артритнинг таснифий ташхислаш мезонлари

ACR/EULAR 2010й.

Бўғимларнинг клиник шикастланиши (объектив текширувда шиш ва/ёки оғриқ) (0-5 балл)	Баллар
• 1- йирик бўғимлар	1
• 2-10 йирик бўғимлар	2
• 1-3 майда бўғимлар (йирик бўғимлар ҳисобга олинмайди)	3
• 4-10 майда бўғимлар (йирик бўғимлар ҳисобга олинмайди)	5
• >10 бўғимлар (камида 1 та майда бўғим)	
РО ва АЦЦП тестлари (0-3 балл, камида 1та тест талаб қилинади)	
• Салбий	0
• РО ёки АЦЦП учун кучсиз ижобий (норманинг юқори чегарасидан 3 мартагача ошган)	2 3
• РО ёки АЦЦП учун кучли ижобий (норманинг юқори чегарасидан 3	

мартадан кўп ошган)	
Ўткир фазали кўрсаткичлар (0-1 балл, камида 1та тест талаб қилинади)	1
<ul style="list-style-type: none"> • ЭЧТ ва СРО нормал миқдорлари • ЭЧТ ёки СРО ортиши 	
Синовитнинг давомийлиги (0-1 балл)	
<ul style="list-style-type: none"> • < 6 ҳафта • ≥6 ҳафта 	0 1

Мезон биринчи навбатда РАни эрта ташхислашга қаратилган
РА ташхисини қўйишда қуйидагилар зарур:
беморда камида битта бўғим шишганлигини аниқлаш
бўғимларнинг яллиғланиш ўзгариши билан бирга бўлиши мумкин бўлган бошқа касалликларни истисно қилиш.

4 та бўлимда мумкин бўлган ўнтадан камида 6 балл тўплаш.

Асосий ўринни яллиғланган ва оғриқли бўғимларнинг сонини аниқлаш эгаллайди.

Шу мезонлар асосида 4 та бўғимлар туркуми ажратилади

Бўғимлар туркуми:

Истисно бўғимлар: дистал фалангаларо бўғимларнинг, биринчи билак-кафт ва биринчи оёқ кафти бўғимларнинг ўзгаришлари ҳисобга олинмайди
Йирик бўғимлар: елка, тирсак, чаноқ-сон, тизза, болдир-оёқ кафти
Майда бўғимлар: пястнофаланг, проксимал фалангаларо, 2-5 плюснефаланг, кафт катта бармоғининг фалангаларо бўғимлари, билак-кафт бўғимлари
Бошқа бўғимлар: РАда шикастланган, аммо юқоридаги гуруҳларга киритилмаган бўғимлар (масалан, ёноқ-пастки жағ, акромиал-ўмров, тўш-ўмров ва б.)

Клиник ташхисни шакллантиришга мисоллар:

Серопозитив ревматоид артрит (M05.8), ифодаланган босқич, фаоллик II, эрозив (рентген II босқич), тизимли кўринишлар билан (ревматоид тугунчалар), АЦЦП (-), ФС II.

Серонегатив ревматоид артрит (M06.0), эрта босқич, фаоллик III, эрозиясиз (рентген босқич I), АЦЦП (+), ФС I.

Серопозитив ревматоид артрит (M05.8), кечки босқич, фаоллик II, тизимли белгилар билан (ревматоид тугунчалар, дигитал артерит), эрозив (рентген босқичи III), АЦЦП (текширилмаган), ФС III, асоратлар – ўнг томонлама карпал канал синдроми, буйрак зарарланиши билан иккиламчи амилоидоз.

Эхтимолли ревматоид артрит (M06. 9), серонегатив, эрта босқичи, фаоллик II, нозрозив (рентген босқичи I), АЦЦП (+), ФС I.

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

Клиник ташхислаш

Шикоятлари:

оғриқ, артралгиялар, шиш, асосан майда кафт бўғимларда эрталабки карахтлик мушт қилишга қийналиш ва юрганда оёқ бармоқлари асосида оғриқ бўлиши

тез чарчаш

умумий ҳолсизлик

озиб кетиш

субфебрилитет

Анамнези:

Артрит симптомларининг давом этиши

Эрталабки қарахтлиқ мавжудлиги ва давомийлиги

Бўғимлардаги оғриқларнинг «суткалик ритми»

Бўғимларнинг симметрик шикастланиш белгиларининг турғунлиги

Ёндош касаллиқлар, олдинги ва қўшимча терапия, даволаш усулларини танлашга таъсир қиладиган зарарли одатлар, яқин ва узоқ муддатли прогнозни баҳолаш тўғрисидаги маълумотлар.

Физикал текширувлар:

Шиш, ҳаракатнинг чекланиши, деформация;

кафт фалангалари, проксимал фалангалараро, билак бўғимларининг симметрик полиартикуляр яллиғланиши оёқ кафти ёки йирик бўғимларнинг шикастланишига нисбатан устунлиқ қилиши мумкин;

қўл ва/ёки оёқларда «кўндаланг сиқилиш» нинг ижобий тести;

суяклараро мушакларнинг атрофияси;

ревматик тугунчалар;

лимфаденопатия.

РАнинг клиник белгилари

Клиник босқичлари ва шакллари	Симптомлари
Эрта	УАШ ревматолог шифокор маслаҳатига йўлланма бериш учун РАга шубҳа уйғотадиган қуйидаги модификацияланган мезонларни аниқлаш лозим (Emery, et.al., 2002): уч ёки ундан ортиқ яллиғланган бўғимларнинг мавжудлиги; кафт фалангалари ва плюснефалангалар бўғимларнинг шикастланиши, қўл ва/ёки оёқларнинг «кўндаланг сиқилиш» нинг ижобий тести; эрталабки қарахтлиқ давомийлиги 30 дақиқа ва ундан ортиқ бўлиши
Дебют вариантлари	Аста-секин (бир неча ой ичида) қўл панжа майда бўғимларида (ҳолатларнинг ярмида) оғриқ ва қарахтлиқ кучайиб бориши билан симметрик полиартрит ривожланиши. Асосан қўл ва оёқ бўғимларининг шикастланиши билан ўткир полиартрит, эрталабки яққол қарахтлиқ, қонда ревматоид омил Тизза ёки елка бўғимларининг моно-олигоартрити, жараёнга қўл ва оёқ майда бўғимларини тез жалб қилиниши билан. Септик ёки микрокристалли артритга ўхшаш катта бўғимларнинг ўткир моноартрити. Тизимли намоён бўлган ўткир олиго- ёки полиартрит (фебрил иситма, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия). Кўпинча ёшларда (катталардаги Стилл касаллигига ўхшаш). "Палиндром ревматизм": тизза ва тирсак бўғимларининг ўткир

	<p>носимметрик полиартритининг кўп такрорланадиган хуружлари, бир неча соат ёки кунлар давом этади ва тўлиқ тикланиш билан якунланади.</p> <p>Кўпинча билак бўғимларида такрорланадиган бурсит ва теносиновит.</p> <p>Кекса ёшдаги ўткир полиартрит: кичик ва катта бўғимларнинг кўплаб зарарланиши, қаттиқ оғриқ, диффуз шиш ва бўғим ҳаракатчанликнинг чекланганлиги. "РССЁШ синдроми" (ремитирловчи серонегатив симметрик синовит ёстиқсимон шиш билан)</p> <p>Қарияларда генераллашган миалгия, карахтлик, депрессия, икки томонлама карпал туннел синдроми, вазн йўқотиш. Ревматик полимиалгияни эслатади.</p>
Кечки	<p>Қўллар: улнар оғиш, одатда касаллик бошланганидан 1-5 йил ўтгач ривожланади; "боутонерка" типигаги қўл панжа бармоқлари зарарланиши (проксимал фалангалараро бўғимларда букилиш) ёки "оққуш бўйни" (проксимал фалангалараро бўғимларда ортиқча ёзилиши); қўл панжасининг "лорнетка" сифатида деформацияси.</p> <p>Тизза бўғимлари: букилиш ва валгус деформацияси, Бейкер кистаси.</p> <p>Оёқлар: плюснефаланг бўғимларнинг бошлари чиқиши, тиббал оғиш, бош бармоқнинг деформацияси.</p> <p>Бўйин умуртқаси: атлантоаксиал бўғим соҳасида чиқиш, баъзан орқа мия ёки умуртқа артериясининг босилиши билан асоратланиши мумкин.</p> <p>ангуш-чўмичсимон бўғим: овознинг дағаллашиши, хансираш, дисфагия, қайталанувчи бронхит.</p> <p>Боғлов аппаратлари ва синовиал қопчалар: билак ва кафт бўғимлари тендосиновити; кўпинча тирсак бўғими бурсити; тизза бўғимининг орқа қисмидаги синовиал киста (Бейкер кистаси).</p>
Алоҳида клиник шакллар Фелти синдроми	<p>нейтропения;</p> <p>спленомегалия;</p> <p>гепатомегалия;</p> <p>бўғимларнинг оғир жароҳати;</p> <p>бўғимдан ташқари белгилар (васкулит, нейропатия, ўпка фибрози, Шегрен синдроми);</p> <p>оёқлар териси гиперпигментацияси;</p> <p>инфекцион асоратларнинг юқори хавфи.</p>
Катталарда Стилл касаллиги	<p>рецидивланувчи фебрил иситма;</p> <p>юқори лаборатор фаолликка эга артрит;</p> <p>РФ, АЦЦП бўйича серонегатив;</p> <p>макулопапулёз тошма.</p>

<p>Дифференциацияланмаган артрит</p>	<p>НДА: маълум бир нозологик шаклга кирмайдиган бир ёки бир нечта бўғимларнинг яллиғланишли шикастланиши, РА ёки бошқа кассалликлар бўйича тасниф мезонларига тўғри келмайди.</p> <p>РА ўзига хос бўлмаган белгилардан бошланиб, мезонлар бўйича ташхис қўйиш имкони бўлмайди. НДА вариантынинг кўп учрайдиган белгилари:</p> <p>Йирик бўғимлар олигоартрити Кўл панжа бўғимларининг асимметрик артрити Кўл панжа бўғимларининг РФ бўйича серонегатив олигоартрити Нотурғун полиартрит</p>
<p>Тизимли белгилари</p>	<p>Конституционал белгилар: генераллашган ҳолсизлик, чарчаш, озиб кетиш, субфебрил иситма.</p> <p>Юрак қон томир тизими: перикардит, васкулит, атеросклерознинг эрта ривожланиши.</p> <p>Ўпкалар: плеврит, ўпканинг интерстициал касалликлари, ўпкадаги ревматоид тугунлар (Каплан синдроми).</p> <p>Тери: ревматоид тугунлар (қаттиқ консистенцияли, оғриқсиз, ён тўқималар билан ёпишган, тирсак ва кафт пайлари соҳасида) дигитал артериит, некрозланувчи васкулит, тўрсимон ливедо, оёқ ва қўл кафтлари капиллярити, геморрагик васкулит</p> <p>Асаб тизими: компрессион нейропатия, симметрик сенсор-мотор нейропатия, кўп сонли мононеврит, бўйин миелити.</p> <p>Мушаклар: генераллашган амиотрофия.</p> <p>Кўзлар: курук кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, периферик ярали кератопатия.</p> <p>Буйраклар: амилоидоз, васкулит, нефрит (баъзан).</p> <p>Қон тизими: анемия, тромбоцитоз, нейтропения</p>

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>]

Лаборатор текширувлари.

Асосий лаборатор текширувлари:

- умумий қон таҳлили;
- умумий пешоб таҳлили;

Қўшимча лаборатор текширувлари:

- СРО, ревматоид омил (IgM РО)
- АЦЦП
- Қон биохимик таҳлили: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза
- гепатит В, С, ОИВ вируслари маркерлари
- Ҳомиладорликка тест

- Липидлар профили
- Антинуклеар омил
- IgG концентрацияси
- Манту туберкулин синамасы ва/ёки Диаскин тести

РАнинг асосий ташхислаш биомаркерлари

Ревматоид омил (IgM РО)

АЦЦП (цитруллинирланган оқсиллар антитаначаси), биринчи навбатда циклик цитруллинирланган пептидлар антитаначалари

РО Иммуноглобулин IgM – сезгир, аммо РАнинг етарли даражада махсуслиги кам маркери, юқори титр – бўғимларнинг тез авж олувчи деструкцияси ва тизимли белгиларда кузатилади.

АЦЦП – РАнинг махсус ва аниқ маълумот берадиган маркери, айникса эрта босқичларида.

I A	Ташхис қўйиш, таққослама ташхис ўтказиш ва бўғимларнинг тез авж олувчи деструкциясини олдиндан аниқлаш учун барча беморларда РО ва АЦЦПни аниқлаш тавсия этилади
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ЭЧТ – тизимли яллиғланишнинг юқори сезгир, аммо носпецифик ва нотурғун маркери.

СРО – яллиғланиш фаоллигини баҳолаш, бўғимларнинг деструкцияси тезлигини башорат қилиш учун қўлланилади.

Синовиял суюқлик синовит бўлган беморларда РАнинг микрокристаллик ёки септик артритни таққослама ташхис қилиш учун қўлланилади.

Липидлар профилини (биринчи навбатда ТЦЗ ва ТОФА тайинлашни режалаштиришда) тўлиқ текшириш керак.

IgG концентрацияси (биринчи навбатда РТМ ни даволашни режалаштиришда)

Диаскин-тест – Туберкулез инфекциясини аниқлаш мақсадида, ген-инженер биологик препаратларни (ГИБП) қўллашдан олдин, ва кейинчалик 1 марта ҳар 6 ойда.

[<https://autoimmun.ru/upload/iblock/0c5/Lapin-S.V.-Maslyanskiy-A.L.LABORATORNAYA-DIAGNOSTIKA-REVMATOIDNOGO-ARTRITA-NOVYE-PERSPEKTIVY.pdf>]]

Инструментал текширувлар.

Асосий инструментал текширувлари:

- Қўл ва оёқ қафтларининг қўламли рентгенографияси;
- Бўғимларни ультратовуш текшириш;
- МРТ

Қўшимча инструментал текширувлари:

- Ўпка R-графияси ва/ёки КТ
- ЭКГ
- Эхокардиография
- ЭГФДС
- Денситометрия

IV D	Қўл ва оёқ қафтларининг рентгенографияси – бирламчи текшириш ва кейин ҳар йилги бўғимлар деструкциясининг авж олишини баҳолашдаги асосий
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ташхислаш усули бўлиб ҳисобланади.

Рентгенография III ва IV R-босқичли беморларда кўрсатма бўйича ўтказилади. Артритнинг эрта рентгенологик белгилари қуйидагилар: 2- ва 3- қўл панжа пястнофаланг бўғимида, 3- проксимал фалангалараро бўғимларда, кафт бўғимларида, кафт билак бўғимларида, тирсак суяқларининг ўксимон ўсимтасида, 5- оёқ панжаси плюснефаланг бўғимларида. Мунтазам усул сифатида РА катта бўғимларнинг рентгенографияси тавсия қилинмайди ва фақат махсус кўрсатмалар (аваскулер некроз, септик артрит ва бошқаларга гумон қилинганда) бўйича амалга оширилади.

I A	УТТ -бўғимларнинг энергетик доплер билан ультратовушли текшириш яллиғланиш даражасини ва ремиссия давомийлигини башоратлаш имконини беради. .
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

УТТ Бўғимларни ультратовушли текширишда "кулранг шкала" бўйича қуйидаги мезонлар баҳоланади: синовиал мембрананинг қалинлашиши, бўғимда суюқлик мавжудлиги, бўғим юзаси контурининг бузилиши (эрозияга мос келади), периартикуляр тўқималарнинг ўзгариши (теносиновит). Энергетик доплер текширишда сигналнинг локализацияси, тарқалиши ва интенсивлиги аниқланади, бу эса яллиғланишнинг оғирлигини баҳолашга имкон беради.

Қўл бўғимларнинг ультратовуши РАни эрта ташхислаш ва башорат қилишда аҳамиятга эга, БПВП ва ГИБП билан даволаш фонида ремиссия сақланишини башоратлаш имконини беради.

Бўғим МРТси – бўғимларнинг стандарт рентгенографиясига қараганда РАни аниқлашнинг сезгир усули ҳисобланади. Артритнинг МРТ-белгилари ўзига хос эмас. МРТ томонидан аниқланган ўзгаришлар (синовит, теносиновит, суяк илиги шиши ва суяк тўқималарининг эрозияси) бўғимларнинг деструкциясини башоратлиш имконини беради.

IV D	Эрта РА ва дифференцияланмаган артрит ташхисини қўйиш қийин бўлганда кафтлар МРТси тавсия этилади
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

IV D	Кўкрак қафаси рентгенограммаси нафас аъзоларининг ревматик зарарланиши ва ўпканинг йўлдош касалликларини аниқлаш учун дастлабки текширув пайтида, БПВП ва ГИБП терапиясини тайинлашдан олдин ва кейин, сўнгра эса ҳамда ҳар йили ўтказилади
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ўпка компьютер томографияси қуйидаги ҳолатларда амалга оширилади:

Ўпканинг диффуз (интерстициал) ёки ўчоқли (ревматоид тугунчалар) шикастланишларини аниқлаш учун

Бўғимлар ва ўпканинг шикастланиши (саркоидоз, хавфли ўсмалар ва б.) билан кечадиган бошқа касалликлар билан РАни таққослама ташхис қилиш учун даволаш усулини танлашга таъсир қиладиган ёки НЛР (сил, интерстициал ўпка касаллиги, ва ҳоказо) хавфини ошириши мумкин бўлган ёндош касалликларни ташхислаш учун.

ЭКГ ва ЭхоКГ юрак-қон томир патологияси ташхис учун беморларда бир йилда камида бир марта амалга оширилади.

ЭГФДС НЯҚВни қабул қилган беморларда йилига камида 1 марта амалга оширилади.

Денситометрия (рентген абсорпциометрияси) куйидаги кўрсаткичлар учун: аёллар учун 50 ёшдан ва эркаклар учун 60 ёшдан катталарга, касалликнинг юқори фаоллигида (СРОнинг турғун 20 мг/л дан ортиқ ўсиши), Штейнброкер бўйича рентген босқичи III-IV бўлганда, НАҚ индекси 1,25 дан ортиқ, тана вазни 60 кг дан кам ва ГК қабул қилганда тавсия этилади.

Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- травматолог/ортопед - жарроҳлик аралашуви масаласини ҳал қилиш учун;
- РА тизимли зарарланиши билан касалликнинг оғир кечишида эндокринолог, пульмонолог, кардиолог, нефролог, гематолог, офталмолог;
- Гастроэнтеролог - ошқозон-ичак тракти зарарланганда;
- Фтизиатр - яширин сил инфекцияга гумон қилинганда ГИБВ тайинланган ҳолатларда;
- Стоматолог - ксеростомия, сўлак беши зарарланишининг ташхиси учун;
- Акушер-гинеколог - ҳомиладорликни режалаштириш ёки ҳомиладор аёллар учун.

3.2.Ташхислаш алгоритми:

- Кўриқда периферик бўғимлардан биттаси бўлса ҳам шишганлиги аниқланиши
- Оёқ ва/ёки қўлларда «сиқиш» симптоми мусбат
- 30 дақиқа ва ундан ортиқ вақт давом этадиган эрталабки қарахтлиқ

- Жисмоний текширишлар натижасида биттаси бўлса ҳам шишганлиги аниқланиши
- Бўғимларнинг яллиғланиши билан кузителиладиган бошқа касалликларни истисно қилиш
- Битта беморда касаллик манзараси хусусиятларини акс эттирувчи 4 позиция бўйича йиғиш мумкин бўлган 10 та баллдан камида 4 балл йиғиш
- Бўғимларнинг яллиғланиши билан кузителиладиган бошқа касалликларни истисно қилиш

А. Бўғимлар шикастланишининг клиник белгилари (объектив текширувда шиш ва/ёки оғрик) (0-5 балл)

- 1 та йирик бўғим
- 2-10 та йирик бўғим

– 1-3та майда бўғимлар
(йирик бўғимлар ҳисобга олинмайди)
– 4-10 та майда бўғимлар
(йирик бўғимлар ҳисобга олинмайди)
10 тадан ортиқ бўғимлар (камида 1та
тест талаб қилинади)

**В. РО/АЦЦП тести салбий (камида 1 та
тест талаб қилинади)**

- РО/АЦЦП тести кучсиз ижобий
(норманинг юқори чегарасидан 3
мартага ошади)
- РО/АЦЦП тести кучли ижобий
(норманинг юқори чегарасидан 3
мартадан кўп ошади)

**С. Ўткир фазали кўрсаткичлар (0-1
балл, камида 1 та тест талаб
қилинади)**

- ЭЧТ ва СРО кўрсаткичлари
меъёрида

**Д. Синовитнинг давомийлиги (0-1
балл)**

- 6 ҳафтадан кам
- 6 ҳафта ва ундан ортиқ

РАни эрта босқичларда аниқлаш алгоритми

РАга шубҳа артрит
(ЭЧТ ва СРО кўтарилиши ёки кўтарилмаслиги)

РОни аниқлаш

РО титри юқори

РО титри паст

РО титри манфий

РА эҳтимоли юқорилиги
касалликнинг агрессив
кечиши хавфи юқори

Анти-ЦЦП аниқлаш
натижа манфий

натижа мусбат

БЯҚВни ёки уларнинг
комбинациясини зудлик
билан тайинлаш

Бўғимларни УТТ

Бўғимларни МРТ

паннусни, эрозияларни аниқлаш синовит,
тендовагинит, ревматоид тугунчаларни
ташхисини тасдиқлаш

диагностик аҳмиятга эга
ўзгаришлар йўқлиги

РА эҳтимоли юқори

РА эҳтимоли паст

[https://umedp.ru/articles/metodicheskie_rekomendatsii_po_rentgenologicheskim_metodam_issledovaniya_pri_revmatoidnom_artrite_i_.html]

3.3. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Остеоартроз	Юмшоқ тўқималарнинг бир оз шиши, ДФАБ қўшилиши	УҚТ, АЦЦП, бўғимлар рентгенографи яси	Эрталабки кучли карахтлик бўлмаслиги, бўғимлардаги оғриқлар бошланғич ёки механик ҳолатда, АЦЦП, РО манфий. Қўл панжа R-граммасида остеосклероз, остеофитоз манзараси.
Тизимли қизил бўрича	Бўғим синдроми: майда бўғимлар артрити	УҚТ, АЦЦП, РО, АНФ, АНА, бўғимлар рентгени	Ноэрозив артрит, АНФ, АНА юқори титрда. Ички аъзолар тизимли шикастланиши ва яққол конституционал синдром кузатилади.
Подагра	Бўғим синдроми.	УҚТ, УСТ, АЦЦП, РО, сийдик кислотаси, бўғимлар рентгени ва пункцияси	Кўпроқ 40-50 ёшли эркакларда кузатилади. 1 плюснефаланг бўғими ўткир артрити. Тофуслар бўлиши. Гиперурекемия. Синовиал суюқликда натрий моноурат кристаллари. Эрозиясиз субкортикал кисталар.
Реактив артрит	Асимметрик моноартрит, олигоартрит	УҚТ, УСТ, РО, АЦЦП, HLA-B27, хламидийга тест, чанок суяклари рентгени	40 ёшгача бўлганларда кузатилади. Ичак ва сийдик йўллари-жинсий аъзолар инфекциялари билан боғлиқ. Асимметриклик, оёқларнинг шикастланиши, сосискасимон шиш, энтезитлар хос. Конъюнктивит. РО ва АЦЦП кузатилмайди, Ренгенологик сакроилеит.
Псориатик артрит	Асимметрик моноартрит, олигоартрит, баъзан симметрик полиартрит	УҚТ, УСТ, РО, АЦЦП, HLA-B27, чанок суяклари рентгени	Псориаз билан боғлиқ. Мутилланувчи, «ўқли, сосискасимон» артрит, дактилит. Умуртқа поҳонаси, ДФАБ шикастланиши, энтезитлар. РО ва АЦЦП кузатилмайди; бир ёки икки томонлама сакроилеит. Кўп

			ҳолларда HLA-B27 серопозитив.
Тизимли склеродермия	Бўғим синдроми	УҚТ, Иммунологик тестлар	Рейно феномени ва терининг қаттиқлашиши, қизилўнгач, ўпканинг шикастланиши; кам ҳолларда артрит кузатилиши мумкин, одатда артралгиялар; эрозив артрит кузатилмайди.
Ревматик полимиалгия	Бўғим синдроми	УҚТ, РО, АЦЦП, бўғимлар рентгени	Ўқ бўғимлар ва проксимал мушаклар гуруҳида диффуз оғрик ва эрталабки қарахтлик. ГКС терапияга кучли жавоб беради. ЭЧТ яққол кўтарилиши, кўпинча 50 ёшдан катталарда кузатилади
Вирусли артритлар	Бўғим синдроми	УҚТ, РО, бўғимлар рентгени	Инфекцион касалликлар ўтказганлиги. Билак-қафт ва қафт бўғимларининг симметрик шикастланиши билан эрталабки қарахтлик, РО кузатилиши мумкин, вирусли экзантема. 4-6 ҳафтада ўз-ўзидан ўтиб кетади.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-pri-porazhenii-sustavov-i-pozvonochnika>]

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Умумий тамойиллар.

Беморларни ревматологлар даволаши керак.

Даволаш шифокор ва бемор ўртасидаги яқин ҳамкорликка асосланган (бемор ва ревматолог ўртасида келишилган бўлиши керак)

БЯҚВ билан даволаш имкон қадар эрта, "имконият ойнаси" (window of opportunity) – РА нинг биринчи белгилари ривожланиш пайтидан биринчи 3 ой ичида бошланиши керак.

Даволаш қуйидагиларга асосланган: фаоллик даражаси, йўлдош касалликлар мавжудлиги, бўғимларнинг структур жароҳатланишини авж олиш тезлиги ва даволаш хавфсизлиги.

IV D	Эрта РА ва дифференцияланмаган артрит ташхисини қўйиш қийин бўлганда қафтлар МРТси тавсия этилади
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Даволаш узоқ муддатли ремиссия ёки касалликнинг паст фаоллигига эришишга қаратилган бўлиши керак (далиллар даражаси 1a, тавсия кучи А)

IV D	Эрта РА ва дифференцияланмаган артрит ташхисини қўйиш қийин бўлганда қафтлар МРТси тавсия этилади
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Даволаш самарадорлиги ҳар 1-3 ойда баҳоланиши керак, агар самарасиз бўлса, даволашдан 6 ойдан кейин коррекция қилиниши керак (далиллар даражаси 2 в, тавсия кучи В.) РА

Даволаш беморнинг ҳаёти давомида амалга оширилиши тавсия этилади.

Даволаш НТ ривожлантиши билан кузатилиши мумкин.

4.1. Номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:

Ярим тўйинган ёғ кислоталари сақлайдиган маҳсулотлардан (балиқ мойи, зайтун мойи ва б.) иборат мувозанатлаштирилган пархез, ҳўл мевалар, сабзавотлар. Бунақа пархез яллиғланишни сусайтириб, кардиоваскуляр асоратлар хавфини камайтиради.

Мунтазам жисмоний фаоллик. Доимий жисмоний тарбия функционал ҳолатни яхшилади ва беморларнинг иш қобилиятини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Физиотерапия: иссиқ ёки совуқ муолажаларлар, ультратовуш, игна билан даволаш, лазертерапияси.

Ортопедик муолажалар – бўғимлар деформациясининг олдини олиш ва коррекция қилиш (протезлар, стелькалар, ортопедик пойафзаллар).

Касалликнинг кучайишини келтириб чиқарадиган омиллардан сақланиш (интеркурент инфекциялар, стресс, чекиш, спиртли ичимликлар ва бошқалар.).

Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш.

Чекиш, семизлик ва парадонтит - РА ривожланиши ва авж олиши учун хавф омиллари бўлиб, БЯҚВ ва ТНФ- α ингибиторлари билан даволаш самарадорлигини камайтиради ва ўлим даражасини, шу жумладан юрак қон томир касалликларидан ўлимни оширади.

Жисмоний машқлар :

Даволовчи жисмоний тарбия РА ташхиси қўйилган вақтдан бошлаб барча беморлар учун аввал инструктор раҳбарлигида, сўнг уй шароитида касбий кўмак ёрдамида куч машқлари, бармоқлар ҳаракатлари ва моторикасини яхшиловчи машқлар билан биргаликда бажарилиши тавсия этилади.

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - Ia, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - B

Функционал чегараланиши бўлган РА билан беморларга эрготерапия (ЭТ) тавсия қилинади.

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - Ia, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – B

Ревматоид артритли бемор ўз-ўзига хизмат қилиш фаолиятини сақлаб қолиши учун энг фойдали бўлган маҳсус ҳаракатларни ўрганиши керак. Қўл бўғимларига алоҳида эътибор бериш керак. Қўлларнинг ташқарига оғиши билан ҳаракатлардан сақланиши керак. Қўл кафтининг ўйноқи ульнар девиацияси ёки унга мойиллиги билан бемор қўлларнинг тўғри ўқини тиклаш учун шароит яратиши керак: - қўл ўқини тиклаш – кафтни "қирғоғи билан" ёки пастга (кафтни ташқарига оғдирмасдан) ушлаб туриш қондаси; - қўлнинг кўндаланг ва бўйлама гумбазини асраш; - кафтни тинч ҳолатда тўғри тутиш – кафт теннис коптокчасида, цилиндрсимон, конуссимон юзада туради.

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

Ортопедик тавсиялар :

Хорижий адабиётларда «occupational therapy- меҳнат билан даволаш» «эрготерапия» ибораси эквиваленти бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади:

бўғимларни муҳофаза қилиш ва қувватни сақлаш,

бармоқларнинг майда моторикаларини машқ қилиш, ҳаракат кўникмаларини ўргатиш, тўғри функционал стереотипни шакллантириш, меҳнат амалиётларини бажариш, ёрдамчи мосламалар, шина ва протезлардан фойдаланиш, ўз-ўзига хизматни енгиллаштирувчи турмуш анжомлари, кўшимча жиҳозлар билан ишлаш, уй ва касбий меҳнатни бажариш.

Физиотерапевтик тавсиялар :

Реабилитация дастурига касбий терапия, аэробик, куч, гуруҳ ва индивидуал даволовчи жисмоний тарбия, физиотерапия (электр, магнит, лазер, балнео, пелоид, криотерапия, акупунктура, ультратовуш), ортотика, беморлар учун таълим дастурлари ва психологик тузатиш киради

[<https://naukaru.ru/upload/b7e930210942d4c643fe9ad2bf10a767/files/2da918a1113bf9cd9a81ac15387298fa.pdf>]

4.2.Медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:

РАнинг давоси беморга индивидуал ёндашиб, беморнинг хоҳиш ва истакларига, хавф омиллари (ёши, жинси, ёндош патологияси, семизлик, стресс, инфекция, зарарли одатлар ва ирсий омиллар), яллиғланиш белгиларининг борлиги, оғриқ даражаси, кундалик фаолиятларнинг чегараланганлиги ва хаёт сифатига мос ҳолатда олиб борилиши лозим.

Қуйидаги дори воситалари РА ни даволашда асосий ўрин тутади:

Синтетик базис яллиғланишга қарши стандарт воситалар

Базис ген-инженер биологик воситалар

Глюкокортикостероидлар

Қўшимча дори воситалари

Базис яллиғланишга қарши воситалар

Синтетик стандарт:

метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлоролин ва бошқалар

Янус-киназа ингибиторлари – перорал таргет синтетик базис яллиғланишга қарши воситалар

Ген-инженер биологик:

ФНО-α ингибиторлари, бошқа механизмли ГИБП, ИЛ-6 ингибиторлари

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

1-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	2,5 мг, 5 мг таблеткалар, ичишга, 10-15мг ҳафтада 1-2 марта	1 А
ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	олдиндан тўлдирилган шприцлар 7,5 мг-22,5 мг тери остига, ҳафтада 1 марта	2 В

иммунодепрессант	Лефлуноמיד	20 мг таблетка, ичишга, 10-20 мг, кунига 1 марта	1 А
сульфаниламидли восита	Сульфасалазин	500мг таблетка, ичишга, кунига 2-3 марта	1 А
безгакка қарши восита	Гидроксихлорохин	200мг таблетка, ичишга, кунига 1-2 марта	2 В
			[https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25340036]
Глюкокортикоидлар			
глюкокортикоид	Преднизолон	5 мг таблетка, ичишга, 0,3–0,5 мг/кг/сутка, схема бўйича	1 А
глюкокортикоид	Преднизолон	ампула, 1мл /30мг, 30мг-120мг, т/и томчилатиб, кунига 1 марта	1 А
глюкокортикоид	Метилпреднизолон	таблетка 4 мг, 16мг, 0,3–0,5 мг/кг/сутка, схема бўйича	1 А
глюкокортикоид	Метилпреднизолон	флакон 250 мг, в/и, томчилаб, 250мг, 1 маҳал/суткада	1 А
глюкокортикоид-депо шакли	Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	7мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
глюкокортикоид - депо шакли	Триамцинолон ацетонид	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
			[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/547/521?locale=ru_RU]
Базис ген-инженер биологик воситалар			
ГИБП, α-ЎНО ингибитори	Этанерцепт	шприц-ручка 25мг ва 50мг, тери остига, ҳафтасига 25 мг 2 маҳал ёки 50 мг 1 маҳал.	1а, А
	Адалимумаб*	шприц-ручка 40 мг т/о 1 маҳал 2 ҳафтада	1 А-В
	Голимумаб*	50-100 мг т/о, 1 маҳал/ойда	1 А-В
	Инфликсимаб*	5 мг/кг в/и, 0,2,6 ҳафтада,	1 А-В

		кейин хар 6 ҳафтада	
	Цертолизумаб*	200 мг т/о ҳар 2 ҳафтада	1 А-В
ГИБП, моноклонал антитаналар гуруҳидаги ўсмага қарши воситалар	Ритуксимаб	флаконлар 500мг/50 мл инъекцияга эритма тайёрлаш учун концентрат, 1000 (500) мг, т/и томчилатиб, даволашнинг 1-ва 15-кунлари, 6 ойдан сўнг яна такрорланади	Ia, A
T-хужайра костимуляция ингибиторлари	Абатацепт	125 мг т/о ҳар ҳафта ёки в/и инфузия, катталар учун бир марталик доза 0.5-1 г.	Ia, A
ГИБП, Интерлейкин-6 ингибиторлари	Тоцилизумаб	флакон 80 мг/4 мл, 200мг/10мл инфузияга эритма тайёрлаш учун концентрат, 4 ёки 8 мг/кг, т/и томчилатиб камида 1 соат давомида, 4 ҳафтада 1 марта	Ia, A
		шприц-тюбик 162мг/0,9 мл, тери остига эритма, ҳафтада 1 марта	Ia, A
(тсБПВП)	Тофацитиниб*	Таблетка 5 мг 2 маҳал/сут	Ia, A
	Барицитиниб*	Таблетка 4 мг 1 маҳал/сут	Ia, A
	Упатациниб*	Таблетка 15 мг 1 маҳал/сут	Ia, A
			[https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf]

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

Метотрексат РА ни даволашда "олтин стандарт" ҳисобланади.

I A	Метотрексат биринчи даволаш стратегиясининг бир қисми бўлиши керак
-----	--------------------------------------------------------------------

РА ривожланиш эҳтимоли юқори бўлганда РА ва дифференциаллашмаган артрит билан беморларга тайинланиши лозим.

НР хавфи бўлмаса (кекса ёшдаги, буйрак ва жигар фаолиятининг бузилиши, гематологик касалликлар ва бошқалар.), МТ билан даволашни самарадорлиги ва кўтара

олишига қараб 10-15 мг/ҳафта миқдорда таблетка шаклида ичишдан бошлаш ёки ҳар 4-6 ҳафтада 20-25 мг/ҳафта дозагача (ҳафталик 0,3 мг/кг гача) ортиши билан тери остига инъекция шаклида бошлаш керак.

II B	Метотрексатнинг т/о шакли таблетка шакли самараси етарли бўлмаганда ёки кўтара олмасликда ҳамда РАнинг “юқори фаоллиги” бўлган беморларда ($DAS28 \geq 5,1$) тавсия этилади.
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

МТ нинг тери ости шакли фармакокинетик параметрлари, сўрилиши ва фойдаланиш қулайлиги жиҳатидан перорал шаклдан устундир.

I A	МТ билан даволаш фонида фолий кислотаси (камида 5 мг/ҳафта) тавсия этилади, бу МТни қабул қилишдан 24 соатдан кейин буюрилиши керак.
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Даволаш бошланишида ҳар 1-3 ойда ва МТ нинг барқарор дозасига эришгунга қадар, кейин ҳар 3 ойда АЛТ/АСТ, креатинин ва умумий қон таҳлилини ўтказиш керак. АЛТ/АСТ концентрацияси 3 марта ортган бўлганда МТ ни даволаш тўхтатилиши ва лаборатория кўрсаткичлар нормаллашгандан кейин паст дозада қайта тикланиши керак. Ҳомиладорликни режалаштираётган аёлларда МТдан фойдаланиш мумкин эмас.

I A	Лефлуноמיד МТ билан даволашга қарши кўрсатмалар бўлган ёки кўтара олмаган беморларда лефлуноמיד (биринчи) даволаш стратегиясининг бир қисми сифатида тайинланиши керак.
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ЛФ билан даволаш фонида умумий қон таҳлилини, қон зардободаги трансминазалар, креатинин концентрациясини ва қон босимини назорат қилиш керак.

I A	Сулфасалазин МТга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки кўтара олмасликда тавсия этилади. Дастлабки миқдори кунга 2 та таблеткадан бошланиб, аста-секин 2-3 г/кунга кўтарилади.
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II B	Гидроксихлорохин МТ билан комбинирланган даволашнинг бир қисми сифатида, асосан РА энгил кечишида тавсия этилади.
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

БЯҚВ МТ билан биргаликда, айниқса МТ ни ГК билан биргаликда тайинланганда монотерапиядан устун ҳисобланмайди.

МТ ва ЛЕФ гепатит С вирусини ташувчиларда ва вирусга қарши терапия ўтказмаганларда қарши кўрсатма, бунда сульфасалазин ва гидроксихлорохин қўлланилиши мумкин.

Сулфасалазин ва гидроксихлорохинни ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин.

Ia, A	ГК - яллиғланишга қарши тез таъсирга эга бўлганлиги учун уларни БЯҚВ
-------	----------------------------------------------------------------------

	билан бирга буюриш тавсия этилади. БЯҚВ самарадорлиги даволаш бошидан 4-6 ҳафта ўтганда намоён бўлади. ГК миқдорини клиник жиҳатдан имкон борича тезроқ камайтириш лозим (тахминан 3 ой ичида).
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ГКС ларни қабул қилиш НТ ривожланиши билан кузатилади: остеопороз, инсулинга резистентлик, инфекцион ва юрак-қон томир асоратлари. Бу ҳолатлар назорат қилинмаган "ревматоид" яллиғланиш натижаси бўлиши мумкин. НТ кузатилган беморларни мос мутахассисга маслаҳатга ва даволанишга йўллаш лозим.

РА билан >5 мг/сутка миқдорда 3 ойдан ортиқ вақт давомида ГК қабул қилаётган барча беморларга глюкокортикоид остеопорознинг олдини олиш мақсадида калций ва витамин Д дори воситаларини тайинлаш лозим.

Базисли ген-инженер биологик воситалар

α-Ўсма некроз омили ингибиторлари (иммуносупрессантлар) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб ва цертолизумаб пегол)

Бошқа таъсир механизми ГИБВ: РТМ (анти В-хужайрали моноклонал антитаналар) интерлейкин-6 ингибиторлари (интерлейкин-6 рецепторларигага қарши моноклонал антитаналар)

ГИБВ тайинланиш масаласини ҳал қилиш учун бемор эксперт комиссиясига йўлланади.

Ia, A	Агар синтетик БЯҚВ ёрдамида даволаш мақсадига эришилмаганда ва нохуш башорат омиллари мавжуд бўлганда (касалликнинг юқори фаоллиги, эрозиялар мавжудлиги ва АЦЦП юқори титри) ГИБП қўшилади
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ia, A	ГИБВ синтетик БЯҚВ билан биргаликда тайинланиши лозим.
-------	--------------------------------------------------------

Ia, A	МТ (шу жумладан тери ости шакли) ва бошқа БЯҚВга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки уни кўтара олмаслик ҳолатларида ГИБВ билан монотерапия ўтказиш мумкин, интерлейкин-6 ингибиторлари танлов дори бўлиб, бошқа дориларга нисбатан афзалликларга эга.
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ia, A	Агар ГИБВ самара бермаган бўлса, бошқа ГИБВ билан даволаниш имконини кўриб чиқиш керак.
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ГИБВнинг биринчи томир ичига инфузияси ихтисослаштирилган ревматология шифохоналарда амалга оширилиши лозим.

Шприц-ручка (смартжест) билан юбориладиган дорилар, шифокор назорати остида, бемор томонидан қилиниши мумкин.

α-Ўсма некрози омили ингибиторлари (иммунодепрессив восита) ни РО/АЦЦП бўйича серонегатив РА (ёки антитаналар миқдори бироз ошганда) ва бу воситаларни тайинлашга кўрсатма сифатида қайд этилган ёндош касалликлари мавжуд бўлганда (ёки

бўғимдан ташқари белгиларда) жумладан псориаз, ичакнинг яллиғланиш касалликларида тайинлаш мақсадга мувофиқдир.

α -ЎНО ингибиторларини аутоиммун бузилишлар, хавfli ўсмалар, яширин сил инфекция реактивация хавфида, демиелинланувчи марказий асаб тизими касалликларида қўлаш тавсия этилмайди.

Этанерцепт сил инфекциянинг авж олиш хавфи бор беморларга, ҳомиладорликни режалаштираётган аёлларга ва гепатит С вируси симптомсиз ташувчиларига тавсия этилади. Этанерцепт увеит ривожланишига олиб келиши мумкин.

Іа, А	α -ЎНО ингибиторлари билан даволаш самара бермаса, беморлар бошқа таъсир механизми бўлган ГИБВ (РТМ, ТСЗ) ёки иккинчи α -ЎНО ингибитори ёки ТОФА билан даволаниши мумкин
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Бошқа таъсир механизми бўлган ГИБВ.

Ритуксимабни қизил бўричага ўхшаш синдром (артрит, плеврит ёки перикардит, тери тошмалари, АНФ титри ошганда), Фелти ва Шегрен синдроми ва юрак етишмовчилиги NYHA бўйича III-IV функционал синф (Америка кардиология ассоциацияси) каби клиник ва серологик белгилари бўлган беморларга буюриш афзалроқ ҳисобланади.

Ритуксимаб биринчи ГИБВ сифатида РО/АЦЦП-ижобий вариантыда, криоглобулинемик васкулит (гепатит С вируси ташувчанлик билан боғлиқ), анамнезида хавfli ўсмалар бўлганда, яширин сил инфекция реактивация хавфида (туберкулоз статик даволаш учун қарши кўрсатмалар бўлганда), демиелинланувчи марказий асаб тизими касалликларида (тарқоқ склероз) юқори самара беради.

Ритуксимаб билан даволаш пайтида, IgG концентрациясини айниқса, паст базал даражаларда ва кекса одамларда (60 ёшдан катталарда) динамикада аниқлаб туриш керак.

Дори воситасини биринчи марта қилишда ГК премедикацияси (ритуксимабни томишишдан олдин 100 мг 6-метилпреднизолонни томир ичига 30-60 дақиқа давомида юбориш, парацетамол (1 г) ва антигистамин воситалар (хлорфенамина 10мг томир ичига) талаб қилинади.

Интерлейкин-6 ингибиторлари

Тоцилизумаб «бирламчи» ГИБВ сифатида тайинланганда қуйидаги омилларга эътибор қаратиш лозим: РА кучли конституционал белгилар (давомли эрталабки қарахтлиқ, ҳолсизлик, озиш, уйқусизлик, иситма, кўп бўғимларда оғриқ), лаборатор ўзгаришлар (С-реактив оксил микдорининг ортиши >100 мг/л, гиперферритинемия, оғир камқонлик), сурункали яллиғланиш касалликлари, амилоидоз.

Ҳам монотерапия, ҳам МТ ва/ёки БЯҚВ билан биргаликда қўллаш мумкин.

Тоцилизумаб билан монотерапия қилиш самара жиҳатдан α -ЎНО ингибиторлари монотерапиясидан афзал бўлиб, МТга қарши кўрсатмаси бўлган ёки уни кўтара олмаган беморларга асосан тавсия этилади. Катталарда Стилл касаллигида самарали ҳисобланади.

Янус-киназа ингибиторлари – перорал таргет синтетик базис яллиғланишга қарши восита.

МТ ва бошқа сБЯҚВ (СУЛЬФ, ЛЕФ, ГХ) қўлланилишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ГИБВ, ёки тсБЯВВ (селектив иммунодепрессантлар: Барицитиниб, Тофацитиниб*) қўлланилиши тавсия этилади (тегишли хавф омилларни инобатга олган ҳолда). Барицитиниб 4

мг 1 таб 1 кунда 1 маҳал, тофацитиниб* 5 мг 1 таб 1 кунда 2 маҳал қўлланилади. ЈАК ингибиторлари қўлланилганда қуйидаги юрак-қон томир асоратлари ва ёмон сифатли ўсмалар хавф омилларини инобатга олиш зарур: 65 ёшдан катта, чекиш (ҳозирда ёки анамнезда), юрак-қон томир касалликлари бошқа хавф омиллари (диабет, семизлик, гипертония), ёмон сифатли ўсмалар бошқа хавф омиллари (анамнезда ёки ҳозирда мавжуд ёмон сифатли ўсмалар, яхши даволанган номеланом тери ракидан ташқари), тромбоземболия асорати хавф омиллари (анамнезда миокард инфаркти ёки юрак етишмовчилиги, ўсма, анамнезда наслий қон ивиши бузилиши ёки тромблар, шунингдек, комбинирланган гормонал контрацептивлар ёки ўрин босувчи гормонал терапия қабул қилувчи, катта хажмли жаррохлик амалиёти ўтказган ёки ҳаракатсиз беморлар киради).

Ремиссияга эришилгандан сўнг даволаш усули

Іа, А	ГКСни тўхтатилгандан сўнг ёки миқдори камайтирилгандан сўнгги турғун ремиссиядан кейин айниқса БЯҚВ билан биргаликда қўлланилганда ГИБВ миқдорини камайтириш ёки оралиғини узайтириш имкони кўриб чиқилади.
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Іа, А	Биринчи навбатда ГИБВ кейин БЯҚВ миқдорини камайтириш ёки бекор қилиниши керак
-------	--------------------------------------------------------------------------------

ГИБВ миқдорини камайтириш (ёки бекор) фонида касалликнинг авж олишида стандарт миқдорда шу дориларни (ёки бошқа ГИБВ) қайта тайинлашингиз мумкин.

Агар бемор доимий ремиссияда бўлса, БЯҚВ миқдорини камайтириш масаласини кўриб чиқиш мумкин.

ГИБВ тайинлашга қарши кўрсатмалар:

Фаол инфекциялар

Сил касаллиги

Оқсил компонентига юқори сезувчанлик

Иммунитет танқислиги ҳолатлари,

Жигар етишмовчилиги:

Оғир гематологик бузилишлар

Тарқоқ склероз

ТҚБ

Ўртача/оғир димланишли юрак етишмовчилиги

Онкологик касалликлар

ГИБВ билан даволаш яширин сил инфекциясининг туберкулостик профилактик олдини олиш бошланганидан 2 ойдан кейин бошланиши керак.

Инъекциядан кейинги реакциялар хавфини камайтириш учун дори воситаларини тери остига юбориш техникасига қатъий амал қилиш тавсия этилади (мунтазам равишда инъекция жойларини ўзгартириш, совутилган эритмани юбормаслик ва ҳоказо), агар лозим бўлса, антигистамин воситалар қабул қилиш, инъекция жойига маҳаллий ГК, муз қўйиш тавсия қилинади.

Қўшима дори-воситаларнинг рўйхати (50% фойдаланиш эҳтимоли билан):

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
НЯҚВ	Ацетаминофен (парацетамол)	500 мг таблетка - ичишга- 2-3 марта/кунига	1 А
НЯҚВ	Диклофенак	25мг, 50 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта	1 А
		100 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		3мл 25мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А
		1мл 75мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
НЯҚВ	Индометацин	25мг таблетка- ичишга кунига 2-3 марта	1 А
НЯҚВ	Кеторолак	10мг таблетка- ичишга- кунига 1-4 марта	1 А
		30мг/мл ампула- в/и, м/о- кунига 1-3 марта	1 А
НЯҚВ	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		400 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта	1 А
		800 мг таблетка- ичишга-2 таб кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		275мг, 550мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		100мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
		150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и- кунига 1-2 марта	1 А

НЯҚВ	Декскетопрофен	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта	1 А
		2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и- кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Теноксикам	20мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта	1 А
		20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Лорноксикам	4мг таблетка-ичишга-кунига 2-3	1 А
		8мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
		8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Пироксикам	10мг, 20мг капсула, таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		20мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Мелоксикам	7,5–15мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		15мг/1,5мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула- ичишга- кунига 2 марта	1 А
НЯҚВ	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
НЯҚВ	Целекоксиб	200 мг, капсула – ичишга – кунига 2 махал	1 А
НЯҚВ	Эторикоксиб	60мг, 90мг, 120мг таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А
витамин	Фолий кислотаси	таблетка 1 мг, 5 мг, ичишга, кунига 2-3 марта	
			[https://www.nogr.org/jour/article/view/801?locale=ru_RU]

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар (ЦОГ-1 ва ЦОГ-2 ингибиторлари) бўғимлардаги оғриқларни камайтириш учун қўлланилади.

Улар бўғимлар деструкцияси авж олишини олдини олишга таъсир қилмайди. Меъда-ичак, юрак-қон томир тизими ва бошқалар томонидан оғир ножўя таъсирлар келтириб чиқариши мумкин бўлганлиги сабабли уларни қўллашни чегаралаш лозим.

НЯҚВни танлашда уларнинг самарадорлигига нисбатан ножўя таъсирлар келтириб чиқаришидаги хавфсизлигига кўпроқ эътибор қаратилади.

Фолий кислотаси ҳафтасига 5 мг дан кам бўлмаган миқдорда МТни қабул қилгандан 24 соатдан сўнг тайинланади.

Оғриқ синдромини бартараф этиш:

НЯҚВ диклофенак 75 мг м/о га ёки 50 мг таблеткада кунига 3 маҳал ичишга ёки кетопрофен 2 мл м/о га тайинланади.

Глюкокортикоидлар бўғим ичига - яллиғланган бўғимга ёки метилпреднизолон 250мг т/и га томчилаб юборилади.

4.3. Жарроҳлик аралашуви:

Фақат стационар шароитда ўтказилади.

Жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмалар:

Синовит ёки тендосиновит сабабли нервнинг сиқилиб қолиши;

Пайлар узилиши хавфи юқори ёки узилганлиги;

Атлант ўқи чиқишининг неврологик белгилар билан кузатилиши;

Кунлик оддий ҳаракатлар бажарилишини қийинлаштирувчи деформациялар;

Оғир анкилозлар ёки пастки жағ дислокацияси;

Беморнинг ишга лаёқатини бузадиган бурситлар ҳамда яраланишга мойил ревматик тугунчаларнинг мавжудлиги;

Дорилар билан даволашга резистент бўлган синовитлар, тендосиновитлар ёки бурситлар;

Бўғимлардаги ҳаракатларнинг сезиларли чегараланиши;

Бўғимлардаги оғир деформациялар.

Жарроҳлик йўли билан даволашга қарши кўрсатмалар:

Ўткир миокард инфаркти (3 ойгача);

МҚАЎБ/ОНМК (3 ойгача);

Юрак ва жигар етишмовчилигининг терминал босқичлари

Жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари

Бўғимларни протезлаш;

даволовчи артроскопия, синовэктомия;

артродез.

РА билан беморларни жарроҳликдан олдинги даврда даволашга тегишли умумий тавсиялар

II, B	МТ билан даволаш нисбатан хавфсиз бўлганлиги сабабли жарроҳликдан олдинги даврда давом эттириш мумкин.
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

МТни тўхтатиш жарроҳликдан кейинги даврда касалликнинг авж олишига ва жарроҳлик натижаларининг ёмонлашишига олиб келиши мумкин.

II, B	Буйрак фаолиятининг оғир бузилишлари бўлган беморларда МТ билан даволашни вақтинчалик тўхтатиб туриш мақсадга мувофиқ бўлади
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ГИБП ларни дори воситасини фармакокинетик хусусиятидан келиб чиқиб вақтинчалик тўхтатиш керак.

Даволашни тўхтатиш дори воситасининг организмдан ярим чиқариш муддатига, беморларнинг индивидуал хусусиятларига, жарроҳлик турига боғлиқ бўлиб, инфекция белгилари кузатилмаганда ва жарроҳлик яраси қониқарли битганда даволанишни давом эттириш лозим бўлади.

П,В	ГК билан даволашни олдинги дозада давом этириш.
-----	-------------------------------------------------

П,В	Жарроҳлик кунига ўрин босувчи давони тайинлаш лозим.
-----	------------------------------------------------------

Ўрин босувчи даво: жарроҳликнинг мураккаблик даражасига қараб томир ичига 6-метилпреднизолон 5-30 мг томизилади.

4.4. Кейинги даволаш:

Уч тамойилга асосланади:

1. мужассамлик ва мултидисциплинар ёндашув;
2. барча босқичларда узлуксизлик;
3. жараённинг фаоллигини, функционал синфини ҳисобга олган ҳолда реабилитация дастурини тузишнинг индивидуал характери.

Санатория-курортда даволаниш РАнинг паст фаоллиги ва ремиссияси бўлган беморларга тавсия этилади. МДХ ҳудудда радон сувлари билан энг машҳур курортлар: Белокуриха, Пятигорск, Хмельник, Цхалтубо. Водород сульфидли булоқлар Сочи-Мацеста ва Пятигорск курортларига хос. Минерал сувлар ва балчиқ курортлари (Саки, Евпатория).

Ўзбекистонда радон манбалари: "Ўзбекистон" (Нагорний, Самарқанд вилояти), "Олтинсой" (Навоий вилояти) санаторийлари. Водород сульфидли булоқлар "Чимён" (Фарғона вилояти), "Жайронхона" (Сурхондарё вилояти), минерал, йод-бромли булоқлар "М.Топволдиев" (Фарғона вилояти, Риштон), йоддобромли булоқлар "Чортоқ" (Наманган вилояти) санаторийлари таркибида мавжуд.

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

[<https://cyberleninka.ru/article/n/posleoperatsionnaya-reabilitatsiya-bolnyh-revmatoidnym-artritom-obzor-literatury>]

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

- оғриқ синдромининг камайиши ёки бутунлай йўқолиши (ялиғланиш белгилари);
- янги шикастланган бўғимларнинг йўқлиги;
- ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

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

5.1. режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

-РА эрта ва исботланган ташхиси/таққослама ташхис ўтказиш ва даволаш усулини танлаш

-юқори даражадаги фаоллик, РА нинг тизимли кўринишлари

-БИПВ миқдорини танлаш ва коррекция қилиш

-ГИБВни тайинлаш тўғрисидаги масалани ҳал қилиш

-интеркуррент инфекция, септик артрит, касалликнинг ёки дори билан даволашнинг бошқа оғир асоратлари ривожланиши

-ҳомиладорликнинг биринчи триместрида РА нинг авж олиши

5.2. шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

Бўғимда кучли оғриқ синдроми ва кучли бўғимдан ташқари белгилар билан юқори фаоллик даражаси;

ГКС ва БМАРП терапиясини олган беморларда оғир интеркуррент инфекциясининг ривожланиши;

дори билан даволашнинг оғир асоратлари ривожланиши (оғир гематологик ва геморрагик асоратлар, пневмонит, ошқозон-ичак тизими шикастланиши, токсик гепатит);

неврологик симптомлар ва миелопатия билан кузатиладиган атлантоаксиал чиқишлар, (ихтисослашган нейрохирургия бўлимида), пай ёрилиши, нерв сиқилиши (ихтисослашган травматология бўлимида) ривожланиши билан кечади.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

6.1. беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:

ОШ

- оғриқ, артралгиялар, шиш, асосан майда кафт бўғимларда эрталабки қарахтлик, мушт қилишга қийналиш ва юрганда оёқ бармоқлари асосида оғриқ бўлиши, озиб кетиш, субфебрилитет.

ОШ+Ревматолог

- -УҚТ;
- -УСТ;
- -СРО;
- - РО (IgM)
- -АЦЦП
- -Қон биохимик тахлили: АСТ и АЛТ, креатинин, глюкоза, липидлар профили
- -гепатит В, С, ОИВ вируслари маркерлари
- -Манту туберкулин синамаси ва/ёки Диаскин тести

ОШ+Ревматолог

- -Қўл ва оёқ кафтларининг кўламли рентгенографияси;
- -Бўғимларни ультратовуш текшириш;
- -МРТ

ОШ+Ревматолог

- Ташхис: РА;
- Номедикаментоз амбулатор даволаш;
- Медикаментоз амбулатор даволаш.

Ревматолог+Терапевт

- Касаллик оғир кечганда, бўғимда кучли оғриқ ва яллиғланиш кузатилганда стационар даволаш.

Терапевт+Ревматолог+Травматолог+Физиотерапевт

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

Травматолог+Ревматолог+Физиотерапевт+ОШ

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

[\[https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761\]](https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761)

6.2. номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:

Физиотерапевтик тавсиялар :

Касалликнинг ўткир даврида артритни даволаш зарарланган бўғим учун дам олишни сақлаш тамойилларига асосланади.

Ўткир ости босқичида, зарарланган бўғимларнинг вазифаларини сақлаб қолиш учун, мужассамлашган жисмоний реабилитация кўрсатилади: ётоқ йўли билан даволаш, даволовчи массаж, физиотерапия муолажалари билан бирга даволаш гимнастикаси машқлари (УФН, иссиқлик муолажалари, водород сульфид ванналар).

Сурункали кечишида мужассамлашган жисмоний реабилитацияга даволовчи массаж, даволаш гимнастикаси машқлари, балнеотерапия (водород сульфиди, радон ванналари), санатория-курорт шароитлари билан биргаликда балчиқ терапияси киради.

Балнеотерапия (БТ) фаолияти паст бўлган полиартрит учун қўлланиладиган РАдаги қўшимча даволаш усули ҳисобланади.

6.3. медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:

РАнинг давоси беморга индивидуал ёндашиб, беморнинг хоҳиш ва истакларига, хавф омиллари (ёши, жинси, ёндош патологияси, семизлик, стресс, инфекция, зарарли одатлар ва ирсий омиллар), яллиғланиш белгиларининг борлиги, оғриқ даражаси, кундалик фаолиятларнинг чегараланганлиги ва хаёт сифатига мос ҳолатда олиб борилиши лозим.

Қуйидаги дори воситалари РА ни даволашда асосий ўрин тутади:

Синтетик базис яллиғланишга қарши стандарт воситалар

Базис ген-инженер биологик воситалар

Глюкокортикостероидлар

Қўшимча дори воситалари

Базис яллиғланишга қарши воситалар

Синтетик стандарт:

метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлоролин ва бошқалар

Янус-киназа ингибиторлари – перорал таргет синтетик базис яллиғланишга қарши воситалар

Ген-инженер биологик:

ФНО- α ингибиторлари, бошқа механизмли ГИБП, ИЛ-6 ингибиторлари

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

1-жадвал

Фармакотерапев	Дори-воситасининг	Қўллаш тартиби	Далил
----------------	-------------------	----------------	-------

тик гурух	Халқаро патентланган номи		лар даражаси
ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	2,5 мг, 5 мг таблеткалар, ичишга, 7,5-15мг ҳафтада 1-2 марта	1 А
ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	олдидан тўлдирилган шприцлар 7,5 мг-22,5 мг тери остига, ҳафтада 1 марта	2 В
иммунодепрессант	Лефлуноמיד	20 мг таблетка, ичишга, 10-20 мг, кунига 1 марта	1 А
сульфаниламидли восита	Сульфасалазин	500мг таблетка, ичишга, кунига 2-3 марта	1 А
безгакка қарши восита	Гидроксихлорохин	200мг таблетка, ичишга, кунига 1-2 марта	2 В
			[https://www.elibrariy.ru/item.asp?id=25340036]
Глюкокортикоидлар			
глюкокортикоид	Преднизолон	5 мг таблетка, ичишга, 0,3–0,5 мг/кг/сутка, схема бўйича	1 А
глюкокортикоид	Преднизолон	ампула, 1мл /30мг, 30мг-120мг, т/и томчилатиб, кунига 1 марта	1 А
глюкокортикоид	Метилпреднизолон	таблетка 4 мг, 16мг, 0,3–0,5 мг/кг/сутка, схема бўйича	1 А
глюкокортикоид	Метилпреднизолон	флакон 250 мг, в/и, томчилаб, 250мг, 1 маҳал/суткада	1 А
глюкокортикоид-депо шакли	Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	7мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
глюкокортикоид - депо шакли	Триамцинолон ацетонид	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия, бўғим ичига, 1,0 мл гача, схема бўйича	1 А-В
			[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/547/521?locale=ru_RU]

Базис ген-инженер биологик воситалар			
ГИБП, α-ЎНО ингибитори	Этанерцепт	шприц-ручка 25мг ва 50мг, тери остига, ҳафтасига 25 мг 2 маҳал ёки 50 мг 1 маҳал.	Ia, A
	Адалимумаб*	шприц-ручка 40 мг т/о 1 маҳал 2 ҳафтада	1 A-B
	Голимумаб*	50-100 мг т/о, 1 маҳал/ойда	1 A-B
	Инфликсимаб*	5 мг/кг в/и, 0,2,6 ҳафтада, кейин ҳар 6 ҳафтада	1 A-B
	Цертолизумаб*	200 мг т/о ҳар 2 ҳафтада	1 A-B
ГИБП, моноклонал антитаналар гуруҳидаги ўсмага қарши воситалар	Ритуксимаб	флаконлар 500мг/50 мл инъекцияга эритма тайёрлаш учун концентрат, 1000 (500) мг, т/и томчилатиб, даволашнинг 1-ва 15- кунлари, 6 ойдан сўнг яна такрорланади	Ia, A
Т-хужайра костимуляция ингибиторлари	Абатацепт	125 мг т/о ҳар ҳафта ёки в/и инфузия, катталар учун бир марталик доза 0.5-1 г.	Ia, A
ГИБП, Интерлейкин-6 ингибиторлари	Тоцилизумаб	флакон 80 мг/4 мл, 200мг/10мл инфузияга эритма тайёрлаш учун концентрат, 4 ёки 8 мг/кг, т/и томчилатиб камида 1 соат давомида, 4 ҳафтада 1 марта	Ia, A
		шприц-тюбик 162мг/0,9 мл, тери остига эритма, ҳафтада 1 марта	Ia, A
(тсБПВП)	Тофацитиниб*	Таблетка 5 мг 2 маҳал/сут	Ia, A
	Барицитиниб*	Таблетка 4 мг 1 маҳал/сут	Ia, A
	Упатациниб*	Таблетка 15 мг 1 маҳал/сут	Ia, A
			[https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf]

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

Метотрексат РА ни даволашда "олтин стандарт" ҳисобланади.

I A	Метотрексат биринчи даволаш стратегиясининг бир қисми бўлиши керак
-----	--------------------------------------------------------------------

РА ривожланиш эҳтимоли юқори бўлганда РА ва дифференциаллашмаган артрит билан беморларга тайинланиши лозим.

НР хавфи бўлмаса (кекса ёшдаги, буйрак ва жигар фаолиятининг бузилиши, гематологик касалликлар ва бошқалар.), МТ билан даволашни самарадорлиги ва кўтара олишига қараб 10-15 мг/ҳафта миқдорда таблетка шаклида ичишдан бошлаш ёки ҳар 4-6 ҳафтада 20-25 мг/ҳафта дозагача (ҳафталик 0,3 мг/кг гача) ортиши билан тери остига инъекция шаклида бошлаш керак.

II B	Метотрексатнинг т/о шакли таблетка шакли самараси етарли бўлмаганда ёки кўтара олмасликда ҳамда РАнинг “юқори фаоллиги” бўлган беморларда ($DAS28 \geq 5,1$) тавсия этилади.
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

МТ нинг тери ости шакли фармакокинетик параметрлари, сўрилиши ва фойдаланиш қулайлиги жиҳатидан перорал шаклдан устундир.

I A	МТ билан даволаш фонида фолий кислотаси (камида 5 мг/ҳафта) тавсия этилади, бу МТни қабул қилишдан 24 соатдан кейин буюрилиши керак.
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Даволаш бошланишида ҳар 1-3 ойда ва МТ нинг барқарор дозасига эришгунга қадар, кейин ҳар 3 ойда АЛТ/АСТ, креатинин ва умумий қон таҳлилини ўтказиш керак.

АЛТ/АСТ концентрацияси 3 марта ортган бўлганда МТ ни даволаш тўхтатилиши ва лаборатория кўрсаткичлар нормаллашгандан кейин паст дозада қайта тикланиши керак.

Ҳомиладорликни режалаштираётган аёлларда МТдан фойдаланиш мумкин эмас.

I A	Лефлуномид МТ билан даволашга қарши кўрсатмалар бўлган ёки кўтара олмаган беморларда лефлуномид (биринчи) даволаш стратегиясининг бир қисми сифатида тайинланиши керак.
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ЛФ билан даволаш фонида умумий қон таҳлилини, қон зардободаги трансаминазалар, креатинин концентрациясини ва қон босимини назорат қилиш керак.

I A	Сулфасалазин МТга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки кўтара олмасликда тавсия этилади. Дастлабки миқдори кунга 2 та таблеткадан бошланиб, аста-секин 2-3 г/кунга кўтарилади.
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II B	Гидроксихлорохин МТ билан комбинирланган даволашнинг бир қисми сифатида, асосан РА энгил кечишида тавсия этилади.
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

БЯҚВ МТ билан биргаликда, айниқса МТ ни ГК билан биргаликда тайинланганда монотерапиядан устун ҳисобланмайди.

МТ ва ЛЕФ гепатит С вирусини ташувчиларда ва вирусга қарши терапия ўтказмаганларда қарши кўрсатма, бунда сульфасалазин ва гидроксихлорохин қўлланилиши мумкин.

Сульфасалазин ва гидроксихлорохинни ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин.

Ia, A	ГК - яллиғланишга қарши тез таъсирга эга бўлганлиги учун уларни БЯҚВ билан бирга буюриш тавсия этилади. БЯҚВ самарадорлиги даволаш бошидан 4-6 ҳафта ўтганда намоён бўлади. ГК миқдорини клиник жиҳатдан имкон борича тезроқ камайтириш лозим (тахминан 3 ой ичида).
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ГКС ларни қабул қилиш НТ ривожланиши билан кузатилади: остеопороз, инсулинга резистентлик, инфекция ва юрак-кон томир асоратлари. Бу ҳолатлар назорат қилинмаган "ревматоид" яллиғланиш натижаси бўлиши мумкин. НТ кузатилган беморларни мос мутахассисга маслаҳатга ва даволанишга йўллаш лозим.

РА билан >5 мг/сутка миқдорда 3 ойдан ортиқ вақт давомида ГК қабул қилаётган барча беморларга глюкокортикоид остеопорознинг олдини олиш мақсадида калций ва витамин Д дори воситаларини тайинлаш лозим.

Базисли ген-инженер биологик воситалар

α-Ўсма некроз омили ингибиторлари (иммуносупрессантлар) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб ва цертолизумаб пегол)

Бошқа таъсир механизми ГИБВ: РТМ (анти В-хужайрали моноклонал антитаналар) интерлейкин-6 ингибиторлари (интерлейкин-6 рецепторларигага қарши моноклонал антитаналар)

ГИБВ тайинланиш масаласини ҳал қилиш учун бемор эксперт комиссиясига йўлланади.

Ia, A	Агар синтетик БЯҚВ ёрдамида даволаш мақсадига эришилмаганда ва нохуш башорат омиллари мавжуд бўлганда (касалликнинг юқори фаоллиги, эрозиялар мавжудлиги ва АЦЦП юқори титри) ГИБП қўшилади
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ia, A	ГИБВ синтетик БЯҚВ билан биргаликда тайинланиши лозим.
-------	--------------------------------------------------------

Ia, A	МТ (шу жумладан тери ости шакли) ва бошқа БЯҚВга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки уни кўтара олмаслик ҳолатларида ГИБВ билан монотерапия ўтказиш мумкин, интерлейкин-6 ингибиторлари танлов дори бўлиб, бошқа дориларга нисбатан афзалликларга эга.
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ia, A	Агар ГИБВ самара бермаган бўлса, бошқа ГИБВ билан даволаниш имконини кўриб чиқиш керак.
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------



ГИБВнинг биринчи томир ичига инфузияси ихтисослаштирилган ревматология шифохоналарда амалга оширилиши лозим.

Шприц-ручка (смартжест) билан юбориладиган дорилар, шифокор назорати остида, бемор томонидан қилиниши мумкин.

α-Ўсма некрози омили ингибиторлари (иммунодепрессив восита) ни РО/АЦЦП бўйича серонегатив РА (ёки антитаналар миқдори бироз ошганда) ва бу воситаларни тайинлашга кўрсатма сифатида қайд этилган ёндош касалликлари мавжуд бўлганда (ёки бўғимдан ташқари белгиларда) жумладан псориаз, ичакнинг яллиғланиш касалликларида тайинлаш мақсадга мувофиқдир.

α-ЎНО ингибиторларини аутоиммун бузилишлар, хавfli ўсмалар, яширин сил инфекция реактивация хавфида, демиелинланувчи марказий асаб тизими касалликларида қўлаш тавсия этилмайди.

Этанерцепт сил инфекциянинг авж олиш хавфи бор беморларга, ҳомиладорликни режалаштираётган аёлларга ва гепатит С вируси симптомсиз ташувчиларига тавсия этилади. Этанерцепт увеит ривожланишига олиб келиши мумкин.

Ia, A	α-ЎНО ингибиторлари билан даволаш самара бермаса, беморлар бошқа таъсир механизми бўлган ГИБВ (РТМ, ТСЗ) ёки иккинчи α-ЎНО ингибитори ёки ТОФА билан даволаниши мумкин
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Бошқа таъсир механизми бўлган ГИБВ.

Ритуксимабни қизил бўричага ўхшаш синдром (артрит, плеврит ёки перикардит, тери тошмалари, АНФ титри ошганда), Фелти ва Шегрен синдроми ва юрак етишмовчилиги NYHA бўйича III-IV функционал синф (Америка кардиология ассоциацияси) каби клиник ва серологик белгилари бўлган беморларга буюриш афзалроқ ҳисобланади.

Ритуксимаб биринчи ГИБВ сифатида РО/АЦЦП-ижобий вариантыда, криоглобулинемик васкулит (гепатит С вируси ташувчанлик билан боғлиқ), анамнезида хавfli ўсмалар бўлганда, яширин сил инфекция реактивация хавфида (туберкулостик даволаш учун қарши кўрсатмалар бўлганда), демиелинланувчи марказий асаб тизими касалликларида (тарқоқ склероз) юқори самара беради.

Ритуксимаб билан даволаш пайтида, IgG концентрациясини айниқса, паст базал даражаларда ва кекса одамларда (60 ёшдан катталарда) динамикада аниқлаб туриш керак.

Дори воситасини биринчи марта қилишда ГК премедикацияси (ритуксимабни томизишдан олдин 100 мг 6-метилпреднизолонни томир ичига 30-60 дақиқа давомида юбориш, парацетамол (1 г) ва антигистамин воситалар (хлорфенамина 10мг томир ичига) талаб қилинади.

Интерлейкин-6 ингибиторлари

Тоцилизумаб «бирламчи» ГИБВ сифатида тайинланганда қуйидаги омилларга эътибор қаратиш лозим: РА кучли конституционал белгилар (давомли эрталабки қарахтлиқ, ҳолсизлик, озиш, уйқусизлик, иситма, кўп бўғимларда оғриқ), лаборатор ўзгаришлар (С-реактив оқсил миқдорининг ортиши >100 мг/л, гиперферритинемия, оғир камқонлик), сурункали яллиғланиш касалликлари, амилоидоз.

Ҳам монотерапия, ҳам МТ ва/ёки БЯҚВ билан биргаликда қўллаш мумкин. Тоцилизумаб билан монотерапия қилиш самара жиҳатдан α -ЎНО ингибиторлари монотерапиясидан афзал бўлиб, МТга қарши кўрсатмаси бўлган ёки уни кўтара олмаган беморларга асосан тавсия этилади. Катталарда Стилл касаллигида самарали ҳисобланади.

Янус-киназа ингибиторлари – перорал таргет синтетик базис яллиғланишга қарши восита.

МТ ва бошқа сБЯҚВ (СУЛЬФ, ЛЕФ, ГХ) қўлланилишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ГИБВ, ёки тсБЯВВ (селектив иммунодепрессантлар: Барицитиниб, Тофацитиниб*) қўлланилиши тавсия этилади (тегишли хавф омилларни инobatга олган ҳолда). Барицитиниб 4 мг 1 таб 1 кунда 1 маҳал, тофацитиниб* 5 мг 1 таб 1 кунда 2 маҳал қўлланилади. ЈАК ингибиторлари қўлланилганда қуйидаги юрак-қон томир асоратлари ва ёмон сифатли ўсмалар хавф омилларини инobatга олиш зарур: 65 ёшдан катта, чекиш (ҳозирда ёки анамнезда), юрак-қон томир касалликлари бошқа хавф омиллари (диабет, семизлик, гипертония), ёмон сифатли ўсмалар бошқа хавф омиллари (анамнезда ёки ҳозирда мавжуд ёмон сифатли ўсмалар, яхши даволанган номеланом тери ракидан ташқари), тромбoэмболия асорати хавф омиллари (анамнезда миокард инфаркти ёки юрак етишмовчилиги, ўсма, анамнезда наслий қон ивиши бузилиши ёки тромблар, шунингдек, комбинирланган гормонал контрацептивлар ёки ўрин босувчи гормонал терапия қабул қилувчи, катта хажмли жаррохлик амалиёти ўтказган ёки ҳаракатсиз беморлар киради).

Ремиссияга эришилгандан сўнг даволаш усули

Іа, А	ГКСни тўхтатилгандан сўнг ёки миқдори камайтирилгандан сўнгги турғун ремиссиядан кейин айниқса БЯҚВ билан биргаликда қўлланилганда ГИБВ миқдорини камайтириш ёки оралиғини узайтириш имкони кўриб чиқилади.
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Іа, А	Биринчи навбатда ГИБВ кейин БЯҚВ миқдорини камайтириш ёки бекор қилиниши керак
-------	--------------------------------------------------------------------------------

ГИБВ миқдорини камайтириш (ёки бекор) фонида касалликнинг авж олишида стандарт миқдорда шу дориларни (ёки бошқа ГИБВ) қайта тайинлашингиз мумкин.

Агар бемор доимий ремиссияда бўлса, БЯҚВ миқдорини камайтириш масаласини кўриб чиқиш мумкин.

ГИБВ тайинлашга қарши кўрсатмалар:

Фаол инфекциялар

Сил касаллиги

Оқсил компонентига юқори сезувчанлик

Иммунитет танқислиги ҳолатлари,

Жигар етишмовчилиги:

Оғир гематологик бузилишлар

Тарқоқ склероз

ТҚБ

Ўртача/оғир димланишли юрак етишмовчилиги

Онкологик касалликлар

ГИБВ билан даволаш яширин сил инфекциясининг туберкулостик профилактик олдини олиш бошланганидан 2 ойдан кейин бошланиши керак.

Инъекциядан кейинги реакциялар хавфини камайтириш учун дори воситаларини тери остига юбориш техникасига қатъий амал қилиш тавсия этилади (мунтазам равишда инъекция жойларини ўзгартириш, совутилган эритмани юбормаслик ва хоказо), агар лозим бўлса, антигистамин воситалар қабул қилиш, инъекция жойига маҳаллий ГК, муз қўйиш тавсия қилинади.

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (50% фойдаланиш эҳтимоли билан):

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
НЯҚВ	Ацетаминофен (парацетамол)	500 мг таблетка - ичишга- 2-3 марта/кунига	1 А
НЯҚВ	Диклофенак	25мг, 50 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта	1 А
		100 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		3мл 25мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А
		1мл 75мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
НЯҚВ	Индометацин	25мг таблетка- ичишга кунига 2-3 марта	1 А
НЯҚВ	Кеторолак	10мг таблетка- ичишга- кунига 1-4 марта	1 А
		30мг/мл ампула- в/и, м/о- кунига 1-3 марта	1 А
НЯҚВ	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		400 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта	1 А
		800 мг таблетка- ичишга-кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А

		275мг, 550мг таблетка- ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		100мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
		150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и-кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Декскетопрофен	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта	1 А
		2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и-кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Теноксикам	20мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта	1 А
		20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Лорноксикам	4мг таблетка-ичишга-кунига 2-3	1 А
		8мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
		8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А
НЯҚВ	Пироксикам	10мг, 20мг капсула, таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А
		20мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Мелоксикам	7,5–15мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		15мг/1,5мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А
НЯҚВ	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула-ичишга- кунига 2 марта	1 А
НЯҚВ	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга-кунига 2 марта	1 А
НЯҚВ	Целекоксиб	200 мг, капсула – ичишга – кунига 2 махал	1 А
НЯҚВ	Эторикоксиб	60мг, 90мг, 120мг таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А
витамин	Фолий	таблетка 1 мг, 5 мг, ичишга, кунига	

	кислотаси	2-3 марта	
			[https://www.nogr.org/jour/article/view/801?locale=ru_RU]

Оғриқ синдромини бартараф этиш:

НЯҚВ диклофенак 75 мг м/о га ёки 50 мг таблеткада кунига 3 маҳал ичишга ёки кетопрофен 2 мл м/о га тайинланади.

Глюкокортикоидлар бўғим ичига - яллиғланган бўғимга ёки метилпреднизолон 250мг т/и га томчилаб юборилади.

6.4. Жарроҳлик аралашуви:

Бўғимларни эндопротезлаш амалиёти кучли оғриқ, консерватив даво самарасизлиги, бўғим функцияси бузилганда (деформациялар, бўғимнинг нотурғунлиги, контрактура ва мушак атрофиялари) тизза ва чаноқ-сон бўғими РАли беморларига тавсия қилинади. 1А

Самарадорлик давомийлиги тахминан 10 йил ва кўпроқ, инфекция асоратлар ва қайта жарроҳлик амалиётларининг учраш частотаси 0,2-2,0% га тенг. Бўғимлар эндопротезлаш амалиётининг энг яхши натижалари 45-75 ёшли, тана массаси 70 кгдан кам бўлган беморларда кузатилади.

[\[https://www.actabiomedica.ru/jour/article/view/2207?locale=ru_RU\]](https://www.actabiomedica.ru/jour/article/view/2207?locale=ru_RU)

Жарроҳлик амалиётига кўрсатма: консерватив даво самарасизлигида, III-IV рентгенологик босқичда оғриқ интенсивлиги кучли бўлганда

Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатма:

- ўткир миокард инфаркти (3 ойдан кам);
- бош мия қон айланишининг ўткир бузилишида (3 ойдан кам);
- юрак ва буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида.

6.5. Кейинги даволаш:

Беморларни ўргатиш тавсия этилади:

- Бўғимларга жисмоний юкларни камайтириш;
- ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариш;
- махсус ортопедик мосламалардан фойдаланиш;
- қулай оёқ кийими танлаш;
- тана вазнини нормаллаштириш.

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

[\[https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf\]](https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf)

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

- оғриқ синдромининг камайиши ёки бутунлай йўқолиши (яллиғланиш белгилари);

-янги шикастланган бўғимларнинг йўқлиги;

-ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

7.1 манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

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

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

**“РЕВМАТОИД АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Ревматоид артрит муаммосининг долзарблиги, энг юқори касалланиш даражаси меҳнатга лаёқатли 40-55 ёшга тўғри келади. РА касаллик бошланган дастлабки 3-5 йил ичида беморларнинг ярмида доимий меҳнатга лаёқатсизликни келтириб чиқаради. РАда юрак-қон томир патологияси, оғир инфекциялар, онкологик касалликларни юзага келиши, касалликка хос асоратларнинг юқори даражада учраши туфайли беморларнинг умр кўриш давомийлигини сезиларли даражада пасайишига олиб келади. Касаллик бошланганидан 20 йил ўтгач, беморларнинг 60-90% иш қобилиятини йўқотади ва 1/3 қисми бутунлай ногирон бўлиб қолади.

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

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

2.2. Умумий таърифи:

Ревматоид артрит - этиологияси номаълум иммун яллиғланиш (аутоиммун) ревматик касаллик бўлиб, эрта ногиронликка олиб келади ва беморларнинг умр кўриш муддатини қисқартирадиган сурункали эрозив артрит ва ички органларнинг тизимли зарарланиши билан кечадиган касаллик. Касалликнинг этиологияси мултифакториал бўлиб, унинг юзага келиши генетик ва муҳит омилларнинг ўзаро таъсири билан боғлиқ. РА дунёнинг ривожланган мамлакатларида ногиронликнинг асосий сабабларидан бири бўлиб, соғлиқни сақлаш, иқтисод тизимига ўз таъсирини кўрсатади. Популяцияда умумий тарқалиш 1-2% орасида ўзгариб туради. Россия эпидемиологик тадқиқотида кўра, қарийб 800 минг киши РАдан азият чекмоқда, бу аксарият Европа мамлакатларидаги РА учраш сонига тўғри келади.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>]

Ревматоид артрит бутун дунёда кенг тарқалган ва барча этник гуруҳларга таъсир қилади. Ривожланган мамлакатларда тарқалиш даражаси 0,5-1% (қарияларда 5%) гача. Ҳар йили 100 000 аҳолига 5 дан 50 гача одам касалланади. Касалликнинг ўртача бошланиш ёши аёлларда 40-50 ёшни, эркекларда эса бироз кўпроқни ташкил қилади. Аёллар эркекларга қараганда 3-5 марта тез-тез касал бўлишади.

[<https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf>]

2.3. Клиник таснифи:

(«Россия ревматологлар ассоциацияси» Умумроссия жамоат ташкилоти бошқаруви пленумининг мажлисида қабул қилинган, 2007 й.):

I. Асосий ташхис:

Серопозитив ревматоид артрит (M05.8);

Серонегатив ревматоид артрит (M06.0);

Ревматоид артритнинг алоҳида клиник шакллари:

Фелти синдроми (M05.0);

Катталарда Стилл касаллиги (M06.1).

Эҳтимолли ревматоид артрит (M05.9, M06.4, M06.9).

РА серопозитивлиги ва серонегативлиги ревматоид омил ва/ёки циклик цитруллинланган оқсиллар антитаначалари (АЦБ) аниқланишига қараб белгиланади, уларни аниқлаш учун стандартлаштирилган лаборатория усулларидадан фойдаланиш лозим.

II. Клиник босқичи:

Жуда эрта босқичи: касаллик давомийлиги 6 ойгача;

Эрта босқич: касаллик давомийлиги 6 ойдан - 1 йилгача;

Ифодаланган босқич: касалликка хос белгилар кузатилганда касаллик давомийлиги 1 йилдан ортиқ;

Кечки босқич: касаллик давомийлиги 2 йил ва ундан ортиқ + майда (III—IV рентгенологик босқич) ва йирик бўғимларда кучли деструкция, асоратлар мавжудлиги.

III. Касаллик фаоллик даражаси:

0 - ремиссия (DAS28 < 2,6, ЭЧТ ва СРО – норма)

I – паст (2,6 < DAS28 < 3,2, ЭЧТ ва СРО 20гача)

II - ўртача (DAS28 = 3,2-5,1, ЭЧТ ва СРО 20-40)

III - юқори (DAS28 > 5,1, ЭЧТ ва СРО > 40)

Фаолликни базавий баҳолаш сифатида DAS28 индексини қўллаш тавсия этилади.

DAS28 ҳисоблаш формуласи:

$DAS28 = 0,56\sqrt{OBC} + 0,28\sqrt{ШБС} + 0,70 \ln ЭЧТ + 0,014 БСХУБ$

Бунда, ОБС- оғриқли бўғимлар сони, ШБС– шишли бўғимлар сони қуйидаги 28дан: елка, тирсак, билаккафт, қўл кафтлари, проксимал фалангалараро, тизза, ЭЧТ –Вестергрэн усулида эритроцитлар чўкиш тезлиги,

БСХУБ – беморлар соғлиги ҳолатининг умумий баҳоси 100 миллиметрли визуал аналог шкала бўйича, мм. да

DAS28 билан мос келиши исботланган бошқа фаолликни ҳисоблаш усулларини ҳам қўллаш мумкин.

Бўғимлардан ташқари (тизимли) белгилар:

Ревматоид тугунчалар;

Ревматоид васкулит (ярали-некротик васкулит, тирнок ўриндиғининг инфаркти, дигитал артериит, ливедо-ангиит);

Нейропатиялар (мононеврит, полинейропатия);

Плеврит (курук, эксудатив), перикардит (курук, эксудатив);

Шегрен синдроми;

Кўзнинг зарарланиши (склерит, эписклерит, тўр парда васкулити);

Ўпканинг интерстициал касаллиги

IV. Инструментал тавсифи:

Эрозиялар мавжудлиги ёки йўқлиги (рентгенография, МРТ, УТТ маълумотлари):

ноэрозив;

эрозив

Рентгенологик босқич (Штейнброкер бўйича, модификацияланган):

I – бўғимолди остеопорози;

II - бўғимолди остеопорози + бўғим тирқишининг торайиши, бир нечта эрозиялар;

III – олдинги босқич белгилари + кўп сонли эрозиялар + бўғимлар чиқиши;

IV - олдинги босқич белгилари + суяк анкилози.

V. Қўшимча иммунологик тавсиф - Циклик цитруллинирланган пептидларга антианачалар (АЦЦП):

АЦЦП - мусбат

АЦЦП – салбий

VI. Функционал синф:

I синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш.

II синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда нокасбий фаолият билан шуғулланиш, касбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

III синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

IV синф – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

Ўз-ўзига хизмат қилиш: кийиниш, овқатланиш, ўзини парваришлаш ва ҳ.

Нокасбий фаолият: дам олиш элементлари, бўш вақтдан фойдаланиш, жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда спорт билан шуғулланиш ва б.

Касбий фаолият: иш, ўқш, жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда уй ишлари билан шуғулланиш (уй хизматчилари учун).

VII. Асоратлар:

Иккиламчи амилоидоз

Иккиламчи остеоартроз

Генераллашган остеопороз

Остеонекроз

Туннел синдромлар (карпал канал синдроми, тирсак, катта болдир нервлари сиқилиш синдроми).

Атланто-аксиал бўғим чиқиши, шунингдек миелопатия билан, бўйин умуртқасининг нотурғунлиги.

Қон томирларнинг атеросклеротик шикастланиши.

Ташхисда акс эттириш лозим:

Асосий ташхис

Серопозитивлик, серонегативлик

Клиник босқич

Касаллик фаоллиги

Бўғимдан ташқари (тизимли) белгилари

Инструментал тавсифи

АЦЦП мавжудлиги

Функционал синфи

Асоратлари.

[\[https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97_%D0%A0%D0%90_%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf\]](https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97_%D0%A0%D0%90_%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf)

3. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари.

3.1. муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

РАни замонавий даволаш усули «Мақсадга эришгунча даволаш» тамойилига асосланади (“Тreat to target”).

Даволашнинг мақсади касалликнинг ремиссиясига (ёки паст фаоллигига) эришиш, функционал имкониятларни барқарорлаштириш, ҳаёт сифатини ва иш қобилиятини сақлаб қолиш ва коморбид касалликлар хавфини камайтиришдир

Умумий тамойиллар.

Беморларни ревматологлар даволаши керак.

Даволаш шифокор ва бемор ўртасидаги яқин ҳамкорликка асосланган (бемор ва ревматолог ўртасида келишилган бўлиши керак)

БЯҚВ билан даволаш имкон қадар эрта, "имконият ойнаси" (window of opportunity) – РАнинг биринчи белгилари ривожланиш пайтидан биринчи 3 ой ичида бошланиши керак.

Даволаш қуйидагиларга асосланган: фаоллик даражаси, ёндош касалликлар мавжудлиги, бўғимларнинг структур жароҳатланишини авж олиш тезлиги ва даволаш хавфсизлиги.

Тегишли қатъий кўрсатмалар асосида глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш тавсия этилади. Глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш кучли яллиғланишга қарши таъсирга эга, аммо иккиламчи остеонекроз ривожланишининг юқори хавфи ва бўғимлар деградациясининг кучайишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун уларни НЯҚВ ларнинг етарли дозалари билан синовитни бартараф этишнинг иложи бўлмаган ҳолатларда қўллаш мумкин. 3 ойда бир мартадан кўп бўғим ичи ГКС инъекцияси амалиётини бажариш тавсия этилмайди.

3.2. муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

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

3.3. муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

-бўғимларнинг синовити;

-бўғимдаги оғриқ синдроми;

-бўғимлар ва бойламлардаги операциядан кейин тикланиш;

-бўғимлар ва бойламлар зарарланиши билан кечадиган касалликлар.

3.4. муолажа ёки аралашувни бажарадиган мутахассисга талаблар:

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

3.5. асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

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

3.6. муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Бўғим ичи амалиётлари

Дори воситалари (халқаро нопатент номи)	Фармокол оғик гурухи	Чиқарилиш шакли	Қўллаш усули	Бир мартали к дозаси	Қабул қилиш сони
Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	глюкокортикостероид-депо шакли	7мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия	бўғим ичига	1,0 мл гача	1 сусп.
Триамцинолон ацетонид	глюкокортикостероид - депо шакли	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия	бўғим ичига	1,0 мл гача	1 сусп.

Инъекция учун глюкокортикостероидлар-депо шакли РА тизза бўғими синовити билан кечганда ёки кучли оғриқни камайтириш учун қўлланилади. Битта бўғимга 1 йилда 2-3 инъекциядан ортиқ қўлланилмайди.

Қўл панжа бўғимларига ГК тавсия этилмайди, бироқ фалангалараро бўғимлар синовитидида қўллаш мумкин.

[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/603?locale=ru_RU]

3.7. беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Беморларни муолажага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

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

3.8. муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари: Бўғимда оғриқ синдромининг ва яллиғланишнинг камайиши.

4. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

4.1. манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

4.2. экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари)нинг маълумотлари:

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

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

**“РЕВМАТОИД АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Ревматоид артрит муаммосининг долзарблиги, энг юқори касалланиш даражаси меҳнатга лаёқатли 40-55 ёшга тўғри келади. РА касаллик бошланган дастлабки 3-5 йил ичида беморларнинг ярмида доимий меҳнатга лаёқатсизликни келтириб чиқаради. РАда юрак-қон томир патологияси, оғир инфекциялар, онкологик касалликларни юзага келиши, касалликка хос асоратларнинг юқори даражада учраши туфайли беморларнинг умр кўриш давомийлигини сезиларли даражада пасайишига олиб келади. Касаллик бошланганидан 20 йил ўтгач, беморларнинг 60-90% иш қобилиятини йўқотади ва 1/3 қисми бутунлай ногирон бўлиб қолади.

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

2.2. Профилактика ёки реабилитация таърифи:

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

[<https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-revmatoidnogo-artrita/viewer>]

Реабилитация-бу функционал бузилишларни ва уларнинг беморнинг ҳаётига салбий таъсирини камайтириш, меҳнатга лаёқатликка эришиш, ҳаётнинг барча соҳаларида мустақиллик қобилиятини ошириш, ижтимоий мослашув ва жамиятга қўшилиш мақсадида тиббий, педагогик, ижтимоий ва касбий тадбирларни биргаликда ва мувофиқлаштирилган ҳолда қўллаш тушунилади.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/posleoperatsionnaya-reabilitatsiya-bolnyh-revmatoidnym-artritom-obzor-literatury>]

2.3. Профилактика ёки реабилитациянинг турлари:

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

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учламчи.

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

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

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

Реабилитация босқичлари:

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

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

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

[<https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-revmatoidnogo-artrita/viewer>]

2.4. оммавий профилактика ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:

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

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

[<https://cyberleninka.ru/article/n/profilakticheskaya-medsina-osnova-sohraneniya-zdorovya-naseleniya>]

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

[<https://szgmu.ru/upload/files/2021/%D0%BA%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D1%8B/%D0%A1%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%BD%D0%B0%D1%83%D1%87%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%B2.pdf>]

3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари:

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

2) Бирламчи профилактика – РА хавф омилларига таъсир – соғлом турмуш тарзи, жисмоний тарбия, тўғри овқатланиш ва пародонтитни даволаш.

3) скрининг мавжуд эмас.

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

5) Учламчи профилактика – РА билан оғриган беморларнинг асоратларини реабилитация қилиш (ОП да ОШ, МКТП да ревматолог, стационар шароитларда ва реабилитация марказларида амалга оширилади);

3.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Уч тамойилга асосланади:

1. мужассамлик ва мультидисциплинар ёндашув;

2. барча босқичларда узлуксизлик;

3. жараённинг фаоллигини, функционал синфини ҳисобга олган ҳолда реабилитация дастурини тузишнинг индивидуал характери.

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

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

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

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

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

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

- ҳаёт сифатини яхшилаш: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

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

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

5. Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари:

РА ривожланишининг бирламчи профилактикаси учун беморларга касалликнинг кучайишига олиб келадиган омиллардан воз кечиш тавсия этилади (интеркуррент инфекциялар, стресс ва бошқалар.), чекишни ташлаш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш, нормал тана вазнини сақлаш ва оғиз бўшлиғи гигиенасига ва соғлом турмуш тарзига риоя қилиш.

Иккиламчи профилактика РА ва коморбид патологиянинг ривожланишига сабаб бўлувчи яллиғланиш фаоллигини тўхтатишга асосланган бўлиши керак.

6. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

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

Операциядан кейинги реабилитация даволашнинг бутун курси 2 даврдан (эрта ва кеч операциядан кейинги даврлар) иборат бўлиб, улар 5 та режимга бўлинади: 1) 1-2 кундан 5-7 кунгача юмшоқ (операциядан кейинги ўткир реактив яллиғланиш), 2) 5-7 кундан 15 кунгача тоник (операциядан кейинги ярани даволаш), 3) 15 кундан 6-8 ҳафтагача эрта тикланиш (операциядан кейин суяк тузилмаларининг резорбцияси жараёнларининг устунлиги), 4) 6-8 ҳафтадан 10 ҳафтагача кеч тикланиш (суяк тўқималарининг регенерацияси жараёнларининг устунлиги), 5) 10-12 ҳафтадан 12 ойгача мослашиш (суяк тўқимасини қайта тикланиши). Операциядан кейинги даврда эрта фаоллаштириш учун беморларни, айниқса кекса ва кекса ёшдаги беморларни тиббий реабилитация қилишни операциядан олдинги даврда бошлаш тавсия этилади. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

Операциядан олдинги давр: ЭМС иккала сон ва оёқ мушакларининг; иккала пастки экстремиталарнинг массажи; машқлар терапияси (изометрик машқлар). Операциядан кейинги эрта давр: кўкрак ва диафрагма нафас олиш учун машқлар; ФТЛ (ўта юқори частотали электр майдони (УХФ ЭП) ёки ярага ультрабинафша нурланишига таъсир қилиш, соғлом оёқдаги ЭМС №5, тикувларни олиб ташлаганингиздан сўнг - операциядан 2-3 ҳафта ўтгач массаж қилиш); 1-2 кундан бошлаб машқлар терапияси (изометрик ҳаракатлар, юқори экстремиталарнинг бўғимлари ва соғлом оёқдаги ҳаракатлар), 1 кундан бошлаб жисмоний машқлар терапияси беморга қўллари ва ётоқ рамкаси ёрдамида тўшакда ўтириш ўргатилади; операциядан бир неча соат ўтгач, қўлтиқ таёқчаларига қўшимча ёрдам билан операция қилинган оёқ-қўлда юксиз туриш ва юришга рухсат берилади. Дренажларни олиб ташлагандан сўнг, қўлтиқ таёқчаларида қўшимча таянч ва операция қилинган оёқ-қўлда дозаланган юк билан юриш тавсия этилади. Операциядан кейинги кеч давр (3 ҳафтадан бошлаб): Оёққа қисман юк (қўлтиқ таёқчалари ёрдамида зинапоёда юриш), таёқдан 3-4 ҳафта фойдаланишга рухсат берилади; машқлар терапияси; ФТЛ (оғрик қолдирувчи воситаларнинг электрофорези).

Беморларга ўртacha 1,5-3 ой ўтгач, сон ёки болдир суякларнинг тузатувчи периартикуляр остеотомияларидан кейин ва эндопротетик операциядан 1-3 ой ўтгач, бўғимнинг шикастланиш даражасига қараб, жарроҳлик аралашувининг усуллари ва хусусиятларига қараб тўлиқ юкланишга рухсат бериш тавсия этилади. Реабилитация даволашнинг ушбу давридаги терапевтик чора-тадбирларнинг асоси машқлар терапияси (шу жумладан бассейнда), симуляторлар бўйича машғулотлар ва бальнеотерапевтик муолажалар бўлиб, улар ихтисослаштирилган марказларда ёки санаторий-курорт муассасаларида ўтказилиши тавсия этилади. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

Беморларнинг маълум бир тоифаси учун қарши кўрсатмалар бўлмаса, операциядан кейинги даврда реабилитациянинг бир қисми сифатида физиотерапевтик даволанишдан

фойдаланиш тавсия этилади. Тавсияларининг ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

Эрта даврда физиотерапиянинг вазифалари операция қилинган оёқ-қўлнинг анальгезик, яллиғланишга қарши, репаратив ва регенератив таъсирларни ошириш учун қўлланилади. Шу мақсадда, клиник зарурат туғилганда, беморнинг коморбидлик омилларини ҳисобга олган ҳолда, замонавий физиотерапия усулларининг кенг арсеналидан фойдаланиш мумкин.

Жарроҳликдан кейинги даврда РА фармакотерапияси

Дори воситаси	Изоҳ
Метотрексат	Хавфсиз
Лефлуноמיד	Тавсия этилмайди; ярим чиқиш даври узок
Гидроксихлорохин	Хавфсиз; тромбозлар хавфини камайтиради
а-ЎНО Ингибиторлари	Нисбатан хавфсиз; инфекциялар хавфини оширади
Ритуксимаб	Нисбатан хавфсиз
Тоцилизумаб	Маълумотлар йўқ; динфекцион асоратларни ташхислаш қийин
Абатацепт	Маълумотлар йўқ; инфекциялар хавфи паст
НЯҚВ	Қисқа таъсир қилувчи воситаларни қўллаш керак
Аспирин	Жарроҳликдан 7-10 кун олдин тўхтатиш лозим
Глюкокортикоидлар	Тўхтатмаслик лозим; ўрин босувчи даво тайинлаш лозим

[<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402775973/>]

7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда ташхислаш тадбирлари:

Лаборатор диагностика:

-умумий қон таҳлили,

-умумий пешоб таҳлили,

-қон биокимёвий таҳлили (креатинин, глюкоза, умумий билирубин, трансаминаза, триглицеридлар, ЮЗЛ, ПЗЛ)

Лаборатор текширувлар бошқа бўғим яллиғланиш касалликларини (пирофосфат артропатия, РА, ПсА, подагра) тасдиқлаш ёки қиёсий ташхис мақсадида ўтказилади. РАда

УҚТда ЭЧТ, РО, АЦЦП, ортиши кузатилади, қон зардобиди сийдик кислотаси - одатда нормада. 4 D.

Синовиал суюқликни текшириш фақат синовит бўлган холларда қиёсий ташхис қилиш мақсадида (инфекцион артрит, пирофосфат артрит, подагра) ўтказилади.

Инструментал ташхис

Жароҳатланган бўғимлар рентгенографияси;

Синовитни ташхислаш учун бўғим УТТси;

Тизза бўғими МРТси қиёсий ташхис мақсадида.

Рентгенография

Рентгенография текшируви РАда энг ишончли диагностика усули бўлиб, бўғим тирқишининг торайиши, чекка остеофитлар, субхондрал склероз, субхондрал кисталарни аниқлайди. Рентгенография қўл ва оёқ қафти, тизза бўғими РАни ташхислаш учун "олтин стандарт" ҳисобланади.

Тизза бўғими рентгенографияси- турган холда олди ва ён проекцияларда, пателлофеморал бўғимни текшириш учун ён проекцияда тиззани буккан ҳолда ўтказилади. I B.

Қўл панжаси бўғимлари - битта плёнқада тўғри проекцияда иккала қўл панжа умумий рентгенографияси ўтказилади. I B.

УТТ тизза ва чаноқ-сон бўғими ультратовуш текшириш усули синовитни аниқлаш, менисклар, тоғай, боғламалари, мушаклари шикастланиши (тизза бўғимлари учун), ГКС чаноқ сон бўғими ичига юбориш мақсадида ўтказилади.

МРТ ички ва периартикуляр бойламлар, субхондрал суякдаги ўзгаришларни аниқлаш (остеонекрозга шубҳа бўлса) мақсадида ўтказилади.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>]

8. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

Профилактика

РА ривожланишининг бирламчи профилактикаси учун беморларга касалликнинг кучайишига олиб келадиган омиллардан воз кечиш тавсия этилади (интеркуррент инфекциялар, стресс ва бошқалар.), чекишни ташлаш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш, нормал тана вазнини сақлаш ва оғиз бўшлиғи гигиенасига ва соғлом турмуш тарзига риоя қилиш.

Иккиламчи профилактика РА ва коморбид патологиянинг ривожланишига сабаб бўлувчи яллиғланиш фаоллигини тўхтатишга асосланган бўлиши керак.

Диспансер назорати қуйидагиларга йўналтирилган:

-Касаллик авж олишининг олдини олиш

-Даволашни доимий коррекция қилиб туриш;

-Дорилар билан даволашда асоратларнинг олдини олиш;

-Ревматолог томонидан узлуксиз даволаш ва кузатув ҳар 3 ойда камида 2 марта амалга оширилиши керак;

-Ҳар 3 ойда: умумий қон ва сийдик таҳлиллари, биокимёвий қон таҳлили (АЛТ, АСТ, креатинин);

-Йилига бир марта бўғимлар рентгенографияси

-Касалликнинг авж олишига олиб келадиган омиллардан сақланиш (интеркурент инфекциялар, стресс ва бошқалар.).

-Кўрсатма бўйича касалхонага ётқизиш

-Лозим бўлганда мутахассислар маслаҳатини ўтказиш

Бирламчи тиббиёт шифокори олиб борилиши тавсия этилади. Ташриф буюрилганда қуйидагиларга: шикастланган бўғимлар сонининг ўзгаришига, оғриқ интенсивлигига (ВАШ, см), бўғимлардаги ҳаракатлар ҳажмига, дориларнинг ножўя таъсирлари пайдо бўлганлигига эътибор қаратиш лозим. Зарур бўлганда дориларнинг қабул қилиш режимини ўзгартириш, уларни бекор қилиш ёки ўзгартириш керак. Бемор тавсияларга, пархезга ва юклама тартибига риоя қиладими йўқми аниқлаштириш лозим. Бўғимларнинг бузилган биомеханикасини коррекциялаш учун- ортезлардан фойдаланилади.

Қўл панжа бўғими зарарланишида беморларга узоқ кузатув тавсия қилинади уларни индивидуал хусусиятларини инобатга олган ҳолда. 5 D.

Рада бўғимларни ҳимоя қилиш ва энергия тежайдиган стратегияси усуллари қуйидагича: - иложи бўлса, кичик бўғимларни эмас катта бўғимларга юкланиш бериш керак; - муштга ва қийшайган бармоқларга таянишдан сақланиш; - бармоқ бўғимларига кучли босим билан бирор нарсани олишнинг олдини олиш, бош ва бошқа бармоқлар учи билан нарсаларни олмаслик ("пинцет" сифатида олиш), бармоқларнинг охириги фалангаларга юкланишни камайтириш; - бармоқларнинг айланма ҳаракатларидан сақланиш; - турли хил саноат ва маиший фаолиятни амалга оширишда билан бўғимларини тўғри ёки нейтрал ҳолатда (қўлнинг тўғри ўқи, биланнинг давоми сифатида) сақланг; - турғун ҳолатлардан сақланиш (тик турган ёки ўтирган ҳолда). Ҳар 20 дақиқада бемор дам олиш учун қисқа 1-2 дақиқа танаффус қилиши керак, бу иш қобилиятини ва умумий аҳволини яхшилайдди. Жисмоний фаолиятни ўз ичига олган қисқа танаффуслар (масалан, юриш ёки танани ва қўлларни тўғрилаш каби) пассив дам олишдан кўра фойдалидир; - қоматни тўғри сақлаш: елкаларни тўғрилаб, умуртқани тўғри тутиш, курак учларини иложи борича яқинлаштириш; - гравитацион куч бўғимларнинг тўғри ҳолатини сақлашга ёрдам берганда қулай ҳолатни сақлаш ва кам энергия сарфлаш; - ишни энг оддий усулда бажариш.

жисмларни кўтариш ва олиб юриш қоидалари: - объектнинг оғирлигини олдиндан текшириш; - объект икки ёки ундан ортиқ одам томонидан кўтарилса, уларнинг баландлиги тахминан бир хил бўлиши керак; - оғир нарсаларни кўтаришда орқа тўғриланган оёқлар эса букилган бўлиши лозим; - объектни белдан юқорига кўтарганда, жараёни икки босқичга айлантдириш (аввал-стулга ўтириш ва объектни кўтариш, кейин-тиззани кўтариш ва объектни керакли баландликка кўтариш); - жисмларни танага яқинроқ ушлаш, юкланиш – билан берилди; - иложи бўлса, жисмни итариш ёки судраш керак; - ғилдиракли, орқага осиладиган ёки ёнлама тақиладиган сумкадан фойдаланиш; - иккита сумкаларга юкни тенг тақсимлаш; - иложи бўлса, кўпи билан 3 кг кўтариш; - оғир юкларни кўтаришда елка керилган орқани (умуртқа поғонасини) тўғри тутиш.

Уйни тўғри жиҳозлашнинг асосий тамойиллари ва кундалик ҳаётда ёрдамчи адаптив ускуналар ва техник қурилмалардан фойдаланиш қуйидагилар: - жуда паст ва юмшоқ стуллар ва креслоларда ўтиришдан сақланиш; иложи бўлса, таянч стули, стуллар ва суянчиғи, қўл ва бош қўйиладиган мосламаси бор креслолардан фойдаланиш; - компютерда ишлаш қоидалари (мониторнинг кўздан узоқлиги 50-70 см, кўзлар экраннинг ўртасига қарайди, клавиатура столда ёки стол даражасида, қўллар стулнинг қўллар қўйиладиган жойида туради); – кенг, қалин, конус шаклидаги, сирпанмайдиган тутқичлари бўлган жисмлардан (пичоқ, қалам, ручка ва бошқа асбоблар), имкони борича ҳар доим ўткир юзали кесувчи воситалар, узун тутқичли жисмлардан фойдаланиш; - махсус майший техника воситалари (очкичлар, эргономик пичоқ, озиқ-овқат тозалаш маҳсулотлари, ричаг шаклидаги эшик тутқичлари ва кранлардан), кир ювиш, овқат пишириш учун электр жиҳозлари (кир ва идиш-товоқ ювиш машинаси, ошхона комбайни ва бошқалар);- уйни тўғри жиҳозлаш (полдаги нотекисликларни бартараф этиш, ярим қаттиқ жойларда ётиш, бўйин учун тиргакли ёстиқлар, “ғужанак” бўлиб ухламаслик, уйда ва кўчада йиқилишдан сақланиш, ошхона ва ванна хоналарда иш жойни керакли баландликда мослаштириш).

РА билан беморларга кафтлар учун машқлар мажмуаси (копток, резина тухум, таёқча, паролон бўлаги каби снарядлардан) кафтларнинг нозик ҳаракатини, кучини ва координациясини тиклайди, бармоқлар бўғиларидаги ҳаракатлар ҳажмини, уларнинг тери-бўғим сезгирлигини яхшилайди.

РА билан оғриган беморларни реабилитация қилишнинг энг муҳим усули ортоздор, чунки касалликнинг ривожланиши муқаррар равишда қўл ва оёқларнинг бўғимларининг деформациялари ривожланиши билан боғлиқ. Қўл ва/ёки билак бўғимларини ортезлаш.

Оёқларда оғрикни камайтириш ва деформацияларни камайтириш учун бемор: 1) оёқ тагликлари, ортезлар, тўғри танланган ёки махсус поябзал кийиши; 2) оёқлар учун мунтазам машқлар қилиш; 3) деформациялар кучли бўлса, ортопед билан тузатувчи жарроҳлик зарурати ва имкониятини муҳокама қилиш керак.

Оёқ ортози ёрдамида ҳал қилиниши мумкин бўлган вазифалар қуйидагилардан иборат: 1) оғриқли жойларнинг маҳаллий юкланишини камайтириш; 2) оёқнинг таянч юза билан алоқа қилиш соҳасини ошириш; 3) оёқ остида босимнинг камайиши; 4) оёқни нейтрал ҳолатда ўрнатиш; 5) оёқ камарларини қўллаш ва шакллантириш; 6) юрганда оёқнинг амортизация хусусиятларини ошириш. РА билан оғриган беморлар пояфзал танлашнинг асосий қоидалари билан танишишлари керак: 1) пояфзал қулай, кенг, лекин ўта "юмшоқ" бўлмаслиги; 2) тўмтоқ ёки кенг бурун билан юмалоқ пояфзал; 3) оёқнинг ёстиқчалари соҳасида 0.5 см кенг ва бутун оёқ таглигидан 1 см узунроқ; 4) мослашувчан, эластик, аммо таглиги мустаҳкам ва юқориси юмшоқ; 5) таглиги 2-3 см қалинликда; 6) 1.5–2.5 см баландликдаги кенг товонли (аёллар учун, максимал 4 см); 7) орқаси кучли бўлиши; 8) оёқнинг деформациясида пояфзал ипли, ўтказгичли ёки тасмали қулай бўлиб, товон чиқиб туриши учун юмшоқ материал бўлиши лозим; 9) кучларни юмшатовчи орқаси кучли спорт оёқ кийимлари; 10) ичида оёқ кафтини ушлаб турадиган супинаторлари бўлиши; 11) оёқ муаммоларида (бўғимлар деформацияси, ясси оёқлик, суак ўсмалари, оёқ узунликлари ҳар хиллиги) – индивидуал тайёрланган тагликлар бўлиши лозим.

[<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-taktika-vedeniya-bolnyh-s-revmatoidnym-artritom-rol-vracha-obschey-praktiki/viewer>]

Вакцинация

РА билан барча беморларга БЯҚВ ва ГИБВлар билан даволанишни бошлашда грипп вируси инфекцияси ва пневмококк инфекциясига қарши эмлаш (инактив вакцина) қабул қилиш тавсия этилади.

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IV, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - D

Юқори хавф гуруҳларида гепатит В вирус инфекциясига қарши эмлаш (тиббий ходимлар ва бошқалар) тавсия этилади.

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IV, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - D

60 ёшдан катта РА билан касалланган беморларда белбоғсимон герпес (herpes zoster) вируси инфекциясига қарши вакцинация қилиш тавсия этилади.

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IV, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - D

РА билан беморлар ГИБВ билан даволанишида тирик вакциналар (қизамиқ, қизилча, паротит, полиомиелит, ротавируслар, сариқ иситма ва б.) билан вакцинация қилиш тавсия этилмайди/тақиқланади.

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - I, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - A

ГИБВни тўхтатгандан сўнг вакцинация тавсия этилади: абатацепт (3 ойдан сўнг), ададимумаб (3 ойдан сўнг), этанерцепт (1 ойдан сўнг), инфликсимаб (6 ойдан сўнг), ритуксимаб (12 ойдан сўнг), тоцилизумаб (3 ойдан сўнг).

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IV, тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - D

9. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

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

10. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.
- 2) экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари)нинг маълумотлари: Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази кардиоревматология бўлими мудири, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси Сабирова Феруза Бадриддиновна;
- 3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;
- 4) фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга ҳаволалар керак):

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Ревматоидный артрит. Клинические рекомендации, АРР 2023 г.
<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2021/17003>

2. Ревматоидный артрит Министерства здравоохранения и социального развития Республики Киргизия от 2021 года.
<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D0%BA%D1%8B%D1%80%D0%B3%D1%8B%D0%B7%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD-2022/17761>
3. Jasvinder A. Singh, Kenneth G. Saag, S. Louis Bridges JR., Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis 2015 American College of Rheumatology Care & Research DOI 10.1002/acr.22783 VC 2015.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26545825/>
4. Josef S Smolen, Robert B M Landewé, Johannes W J Bijlsma, Gerd R Burmester et. all. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31969328/>
5. Lisa R. Sammaritano, Bonnie L. Bermas, Eliza E. Chakravarty et. Al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases <https://doi.org/10.1002/art.41191>
6. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt9e44ccb701e1918c/63360f6775c0be225b8d943a/ra-guideline-2021.pdf>
7. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/bltc607487aebfe9683/63360f674d11fa0cfdb5661c/ra-guideline-appendix-1-methods-2021.pdf>
8. SUPPLEMENTARY APPENDIX 3: Clinical Outcomes 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt82a7c9f23f9dc998/63360f67a2ca982a1c795ba7/ra-guideline-appendix-3-clinical-outcomes-2021.pdf>
9. SUPPLEMENTARY APPENDIX 4: Medication Cost Estimates 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt481e7bc4619551aa/63360f8724bebb2394c27713/ra-guideline-appendix-4-medication-cost-estimates-2021.pdf>
10. SUPPLEMENTARY APPENDIX 1: Methods 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis
<https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/bltc607487aebfe9683/63360f674d11fa0cfdb5661c/ra-guideline-appendix-1-methods-2021.pdf>