

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY
REABILITATSIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

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

Toshkent – 2025

«TASDIQLAYMAN»
Toshkent tibbiyot akademiyasi
rektori t.f.d., professor
Sh.A.Boymuratov



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

TOSHKENT – 2025

Mundarija:

1.	Revmatoid artrit kasalligini tashxislash va davolash	5-bet
2.	Revmatoid artrit kasalligida tibbiy aralashuvlar	49-bet
3.	Revmatoid artrit kasalligi tibbiy profilaktikasi va reabilitatsiyasi	55-bet

**“REVMATOID ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

1. Kirish qismi.

Revmatoid artrit kasalligi dolzarbligini inobatga olib dalillarga asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, kasallikni erta tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiq etish. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun Amerika revmatologlari kollegiyasi/Artrit Fondi (ACR, 2021), Yevropa antirevmatik ligasi (YeULAR, 2022), Rossiya revmatologlar uyushmasi (ARR, 2021) klinik ko'rsatmalari, Kokreyn kutubxonasi (Cochrane Library) va PubMed (MEDLINE) ma'lumotlari asos qilib olindi.

Halqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-10 kodi:

(M05- M06) Seropozitiv revmatoid artrit	
M05.0	Felti sindromi
M05.1	O'pkaning revmatoid kasalligi (j99.0)
M05.2	Revmatoid vaskulit
M05.3	Boshqa a'zo va tizimlarga tarqalgan revmatoid artrit
M05.8	Boshqa seropozitiv revmatoid artritlar
M05.9	Noaniq seropozitiv revmatoid artrit
M06 Boshqa revmatoid artritlar	
M06.0	Seronegativ revmatoid artrit
M06.1	kattalarda rivojlanadigan Still kasalligi
M06.2	Revmatoid bursit
M06.3	Revmatoid tugunlar
M06.4	Yallig'lanishli poliartropatiya
M06.8	Boshqa aniqlashtirilgan revmatoid artritlar
M06.9	Noaniq revmatoid artrit
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12105

MKB 11	
FA20 Revmatoid artrit	FA20.0 Eroziyali revmatoid artrit
FA20.00 Bo'g'imdan tashqari zararlanishsiz eroziyali revmatoid artrit	FA20.01 Splenomegaliya va leykopeniya bilan kechuvchi eroziyali revmatoid artrit
FA20.02 O'pka kasalliklari bilan kechuvchi eroziyali revmatoid artrit	FA20.03 Eroziyali revmatoid vaskulit
FA20.04 Eroziyali revmatoid tugun	FA20.0Y Boshqa aniqlangan eroziyali revmatoid artrit turlari
FA20.0Z Aniqlanmagan eroziyali revmatoid artrit	FA20.1 Eroziyasiz revmatoid artrit
FA20.10 Bo'g'imdan tashqari zararlanishsiz eroziyasiz revmatoid artrit	FA20.11 Splenomegaliya va leykopeniya bilan kechuvchi eroziyasiz revmatoid artrit
FA20.12 O'pka kasalliklari bilan kechuvchi eroziyasiz revmatoid artrit	FA20.13 Eroziyasiz revmatoid vaskulit
FA20.14 Eroziyasiz revmatoid tugun	FA20.1Y Boshqa aniqlangan eroziyasiz revmatoid artrit turlari
FA20.1Z Aniqlanmagan eroziyasiz revmatoid artrit	FA20.Z Aniqlanmagan revmatoid artrit

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

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

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

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

Azizova F.L.	TTA ilmiy ishlar bo'yicha prorektor t.f.d., professor
Alyavi B.A.	RITvaTRIATM direktori, t.f.d., professor
Miraxmedova X.T.	SSV revmatologiya bo'yicha bosh konsultant t.f.d., prof. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini mudiri.
Raximova D.A.	RITvaTRIATM laboratoriya raxbari t.f.d., SSV terapiya xizmati bo'yicha bosh mutaxassis
Aliaxunova M.Yu.	RITvaTRIATM revmatologiya bo'limi mudiri t.f.d., professor
Nabieva D.A.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor
Dadabaeva N.A.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini dotsenti, t.f.n.

Mualliflar ro'yxati:

Miraxmedova X.T.	SSV revmatologiya bo'yicha bosh konsultant t.f.d., prof. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini mudiri.
Raximova D.A.	RITvaTRIATM laboratoriya raxbari t.f.d., SSV terapiya xizmati bo'yicha bosh mutaxassis
Aliaxunova M.Yu.	RITvaTRIATM revmatologiya bo'limi mudiri t.f.d., professor
Dadabaeva N.A.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini dotsenti, t.f.n.
Nabieva D.A.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor
Djuraeva E.R.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini dotsenti, t.f.n.
Xamraev X.X.	SamDTU 1-son ichki kasalliklar kafedrasini dotsenti, t.f.n.
Abdullaev U.S.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini assistenti, t.f.n.
Muxsimova N.R.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini assistenti, t.f.n.
Berdieva D.U.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini assistenti, t.f.n.
Najmiddinov G.R.	Farg'ona viloyati bosh revmatologi
Bomurodova D.B.	Buxoro viloyati bosh revmatologi

Taqrizchilar:

Axmedov Xalmurad Sadullaevich	–Toshkent tibbiyot akademiyasi 2- son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrasini mudiri, t.f.d., professor
Shukurova Surayo Maqsudovna	– Tojikiston Fanlar akademiyasi a'zosi, Malaka oshirish instituti terapiya va kardiorevmatologiya kafedrasini mudiri t.f.d., professor.

Klinik bayonnoma TTA ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va 2024-yil 08-may №5 sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

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

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

1. Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo‘limi mudiri, t.f.n., SSV bolalar revmatologi maslahatchisi Sabirova Feruza Badriddinovna.

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

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

Amaliyotchi shifokorlar:

1. M.V.Mirxamidov – TTA ko‘p tarmoqli klinikasi revmatologiya bo‘limi mudiri.
2. Z.X.Maxmudova – Toshkent shaxri 1-ShKSh revmatologiya bo‘limi mudiri.
3. N.A.Abduvalieva – Toshkent viloyati Olmaliq shaxri KTMP revmatolog shifokori.

Bayonnoma protokolda foydalanilgan qisqartmalar:

AB	– abatasept;
ADA	– adalimumab;
AMA	– anti-medikamentoz antitelo;
ALT	– alaninaminotransferaza;
AST	– aspartataminotransferaza;
ASSP	– siklik sitrullinirlangan peptidlarga antitelolar;
BYaQP	– bazis yallig‘lanishga qarshi preparatlar;
VASh	– vizual-analog shkala;
OITV	– odam immunitet tanqisligi virusi;
GIBP	– gen-injener biologik preparatlar;
GK	– glyukokortikoidlar;
GLM	– golimumab;
GGT	– gammaglutamiltranspeptidaza;
GX	– gidroksixloroxin;
DYuE	– dimlangan yurak yetishmovchiligi;
YuIK	– yurak ishemik kasalligi;
O‘IK	– o‘pkaning interstitsial kasalligi;
IL	– interleykin;
IgG	– immunoglobulin G;
INF	– infliksimab;
α-O‘NO	– α -o‘sma nekroz omili;
LF	– leflunomid;
YuZL	– yuqori zichlikdagi lipoprotein;
PZL	– past zichlikdagi lipoprotein;
JPZL	– juda past zichlikdagi lipoprotein;
DJT	– davolovchi jismoniy tarbiya;
MRT	– magnit-rezonans tomografiya;
MT	– metotreksat;
NDA	– differensilashmagan artrit;
NYaQV	– nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar;
NR	– nojo‘ya reaksiya;
BOB	– bemorning og‘riqni baholashi;
BKUB	– bemorning kasallikni umumiy baholashi;
PFB	– proksimal falangalararo bo‘g‘im;
KFB	– kaft-falangalar bo‘g‘imi
PLB	– plyusnofalanga bo‘g‘imi
RA	– revmatoidный artrit
RKT	– randomizirlangan klinik tekshiruv
RTM	– rituksimab
RF	– revmatoid faktor
SIR	– standart infuzion reaksiya
TQB	– tizimli qizil bo‘richa

EChT	– eritrotsitlar cho‘kish tezligi
SRO	– S-reaktiv oqsil
SSZ	– sulfasalazin
tsBPVP	– target sintetik bazis yallig‘lanishga qarshi preparat
TSZ	– totsilizumab
UTT	– ultratovush tekshiruv
SZP	– sertolizumab pegol
OBS	– og‘riqli bo‘g‘imlar soni
ShBS	– shishli bo‘g‘imlar soni
EZFGDS	– ezofagogastroduodenoskopiya
ET	– ergoterapiya
ETS	– etanersept
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

Mazkur tashxis/nozologiya bo‘yicha protokolning foydalanuvchilari:

- 1.Revmatologlar;
- 2.Terapevtlar;
- 3.Umumiy amaliyot shifokorlari;
- 4.Travmatologlar – ortopedlar;
5. JTSh shifokori, fizioterapevt
- 6.Tibbiyot oliygozlari magistrarlari, klinik ordinatorlari va katta kurs talabalari.

Bemorlar toifasi:

Revmatoid artritli bemorlar

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

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

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

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda

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

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Yuqori sifatli meta-tahlil, RNT tizimli sharhlar yoki tizimli xatolik ehtimoli juda kam bo‘lgan yirik RNT, ularning natijalari tegishli o‘zbek populyatsiyasiga mos kelishi mumkin
V	Yuqori sifatli sharhlar yoki kogort yoki hodisa-nazorat tadqiqotlar tizimli sharhi yoki tizimli xatolar xavfi juda past bo‘lgan yuqori sifatli kogort yoki hodisa-nazorat tadqiqotlari yoki tizimli xatolari xavfi juda yuqori bo‘lmagan RNT, ularning natijalari tegishli o‘zbek populyatsiyasiga mos kelishi mumkin.
S	Kogort yoki hodisa-nazorat tadqiqotlar yoki tizimli xatolari xavfi juda yuqori bo‘lmagan randomizatsiyasiz nazoratli tadqiqotlar, ularning tegishli o‘zbek populyatsiyasiga mos kelishi mumkin yoki tizimli xatolar xavfi juda past bo‘lgan yoki xavfi juda yuqori bo‘lmagan RNT, ularning natijalari bevosita tegishli o‘zbek populyatsiyasiga mos kelishi mumkin.
D	Bir qator hodisalar tavsifi yoki nazoratsiz tadqiqotlar yoki ekspertlar xulosasi.

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

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

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

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

2.2. Umumiy ta’rifi:

Revmatoid artrit - etiologiyasi noma’lum immun yallig‘lanish (autoimmun) revmatik kasallik bo‘lib, erta nogironlikka olib keladi va bemorlarning umr ko‘rish muddatini qisqartiradigan surunkali eroziv artrit va ichki organlarning tizimli zararlanishi bilan kechadigan kasallik. Kasallikning etiologiyasi ko‘p omilli bo‘lib, uning yuzaga kelishi genetik va muhit omillarning o‘zaro ta’siri bilan bog‘liq. RA dunyoning rivojlangan mamlakatlarida nogironlikning asosiy sabablaridan biri bo‘lib, sog‘liqni saqlash, iqtisod tizimiga o‘z ta’sirini ko‘rsatadi. Populyatsiyada umumiy tarqalish 1-2% orasida o‘zgarib turadi. Rossiya

epidemiologik tadqiqotiga ko'ra, qariyb 800 ming kishi RA dan aziyat chekmoqda, bu aksariyat Yevropa mamlakatlaridagi RA uchrash soniga to'g'ri keladi. [<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>]

Revmatoid artrit butun dunyoda keng tarqalgan va barcha etnik guruhlariga ta'sir qiladi. Rivojlangan mamlakatlarda tarqalish darajasi 0,5-1% (qariyalarda 5%) gacha. Har yili 100 000 aholiga 5 dan 50 gacha odam kasallanadi. Kasallikning o'rtacha boshlanish yoshi ayollarda 40-50 yoshni, erkaklarda esa biroz ko'proqni tashkil qiladi. Ayollar erkaklarga qaraganda 3-5 marta tez-tez kasal bo'lishadi.

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

2.3. Klinik tasnifi:

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

I. Asosiy tashxis:

Seropozitiv revmatoid artrit (M05.8);

Seronegativ revmatoid artrit (M06.0);

Revmatoid artritning alohida klinik shakllari:

Felti sindromi (M05.0);

Kattalarda Still kasalligi (M06.1).

Ehtimolli revmatoid artrit (M05.9, M06.4, M06.9).

RA seropozitivligi va seronegativligi revmatoid omil va/yoki siklik sitrullinirlangan oqsillar antitanachalari (ASB) aniqlanishiga qarab belgilanadi, ularni aniqlash uchun standartlashtirilgan laboratoriya usullaridan foydalanish lozim.

II. Klinik bosqichi:

Juda erta bosqichi: kasallik davomiyligi 6 oygacha;

Erta bosqich: kasallik davomiyligi 6 oydan - 1 yilgacha;

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

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

III. Kasallik faollik darajasi:

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

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

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

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

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

DAS28 hisoblash formulasi:

$DAS28 + 0,56\sqrt{OBS} + 0,28\sqrt{ShBS} + 0,70\ln EChT + 0,014 BS'HUB$

Bunda, OBS- og'riqli bo'g'imlar soni, ShBS- shishli bo'g'imlar soni quyidagi 28dan: yelka, tirsak, bilakraft, qo'l kaftlari, proksimal falangalararo, tizza, EChT –Vestergren usulida eritrotsitlar cho'kish tezligi,

BS'HUB – bemorlar sog'ligi holatining umumiy bahosi 100 millimetrli vizual analog shkala bo'yicha, mm. da

DAS28 bilan mos kelishi isbotlangan boshqa faollikni hisoblash usullarini ham qo'llash mumkin.

Bo'g'implardan tashqari (tizimli) belgilar:

Revmatoid tugunchalar;

Revmatoid vaskulit (yarali-nekrotik vaskulit, tirnoq o'rindig'ining infarkti, digital arteriit, livedo-angiit);

Neyropatiyalar (mononevrit, polineyropatiya);

Plevrit (quruq, eksudativ), perikardit (quruq, eksudativ);

Shegren sindromi;

Ko'zning zararlanishi (sklerit, episklerit, to'r parda vaskuliti);

O'pkaning interstitsial kasalligi

IV. Instrumental tavsifi:

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

noeroziv;

eroziv

Rentgenologik bosqich (Shteynbroker bo'yicha, modifikatsiyalangan):

I – bo'g'imoldi osteoporozi;

II - bo'g'imoldi osteoporozi + bo'g'im tirqishining torayishi, bir nechta eroziyalar;

III – oldingi bosqich belgilari + ko'p sonli eroziyalar + bo'g'implar chiqishi;

IV - oldingi bosqich belgilari + suyak ankilozi.

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

ASSP - musbat

ASSP – manfiy

VI. Funktsional sinf:

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

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

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

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

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

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

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

VII. Asoratlar:

Ikkilamchi amiloidoz.

Ikkilamchi osteoartroz

Generallashgan osteoporoz

Osteonekroz

Tunnel sindromlar (karpal kanal sindromi, tirsak, katta boldir nervlari siqilish sindromi).

Atlanto-aksial bo‘g‘im chiqishi, shuningdek mielopatiya bilan, bo‘yin umurtqasining noturg‘unligi.

Qon tomirlarning aterosklerotik shikastlanishi.

Tashxisda aks ettirish lozim:

Asosiy tashxis

Seropozitivlik, seronegativlik

Klinik bosqich

Kasallik faolligi

Bo‘g‘imdan tashqari (tizimli) belgilari,

Instrumental tavsifi,

ASSP mavjudligi,

Funksional sinfi

Asoratlari.

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

3.1. Tashxislash mezonlari:

Revmatoid artritning tasnifiy mezonlari

RA tashxisi ACR/EULAR 2010y tasniflash mezonlariga asoslanadi

Amerika revmatologlar kollegiyasi, 1987y.

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

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

Revmatoid artritning tasnifiy tashxislash mezonlari

ACR/EULAR 2010y.

Bo‘g‘imlarning klinik shikastlanishi (ob‘ektiv tekshiruvda shish va/yoki og‘riq) (0-5 ball)	Ballar
• 1- yirik bo‘g‘imlar	1
• 2-10 yirik bo‘g‘imlar	2
• 1-3 mayda bo‘g‘imlar (yirik bo‘g‘imlar hisobga olinmaydi)	3
• 4-10 mayda bo‘g‘imlar (yirik bo‘g‘imlar hisobga olinmaydi)	5
• >10 bo‘g‘imlar (kamida 1 ta mayda bo‘g‘im)	

RO va ASSP testlari (0-3 ball, kamida 1ta test talab qilinadi) <ul style="list-style-type: none"> • Salbiy • RO yoki ASSP uchun kuchsiz ijobiy (normaning yuqori chegarasidan 3 martagacha oshgan) • RO yoki ASSP uchun kuchli ijobiy (normaning yuqori chegarasidan 3 martadan ko'p oshgan) 	0 2 3
O'tkir fazali ko'rsatkichlar (0-1 ball, kamida 1ta test talab qilinadi) <ul style="list-style-type: none"> • EChT va SRO normal miqdorlari • EChT yoki SRO ortishi 	1
Sinovitning davomiyligi (0-1 ball) <ul style="list-style-type: none"> • < 6 hafta • ≥6 hafta 	0 1

Mezon birinchi navbatda RAni erta tashxislashga qaratilgan RA tashxisini qo'yishda quyidagilar zarur:
bemorda kamida bitta bo'g'im shishganligini aniqlash
bo'g'implarning yallig'lanish o'zgarishi bilan birga bo'lishi mumkin bo'lgan boshqa kasalliklarni istisno qilish.

4 ta bo'limda mumkin bo'lgan o'ntadan kamida 6 ball to'plash.

Asosiy o'rinni yallig'langan va og'riqli bo'g'implarning sonini aniqlash egallaydi.

Shu mezonlar asosida 4 ta bo'g'implar turkumi ajratiladi

Bo'g'implar turkumi:

Istisno bo'g'implar: distal falangalararo bo'g'implarning, birinchi bilak-kaft va birinchi oyoq kafti bo'g'implarning o'zgarishlari hisobga olinmaydi
Yirik bo'g'implar: yelka, tirsak, chanoq-son, tizza, boldir-oyoq kafti
Mayda bo'g'implar: pyastnofalang, proksimal falangalararo, 2-5 plyusnefalang, kaft katta barmog'ining falangalararo bo'g'implari, bilak-kaft bo'g'implari
Boshqa bo'g'implar: RAda shikastlangan, ammo yuqoridagi guruhlarga kiritilmagan bo'g'implar (masalan, yonoq-pastki jag', akromial-o'mrov, to'sh-o'mrov va b.)

Klinik tashxisni shakllantirishga misollar:

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

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

Seropozitiv revmatoid artrit (M05.8), kechki bosqich, faollik II, tizimli belgilar bilan (revmatoid tugunchalar, digital arterit), eroziv (rentgen bosqichi III), ASSP (tekshirilmagan), FC III, asoratlar – o'ng tomonlama karpal kanal sindromi, buyrak zararlanishi bilan ikkilamchi amiloidoz.

Ehtimolli revmatoid artrit (M06. 9), seronegativ, erta bosqichi, faollik II, noeroziv (rentgen bosqichi I), ASSP (+), FS I.

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

Klinik tashxislash

Shikoyatlari:

og'riq, artralgiyalar, shish, asosan mayda kaft bo'g'implarda ertalabki karaxtlik

musht qilishga qiynalish va yurganda oyoq barmoqlari asosida og'riq bo'lishi
 tez charchash
 umumiy holsizlik
 ozib ketish
 subfebrilitet

Anamnezi:

Artrit simptomlarining davom etishi
 Ertalabki karaxtlik mavjudligi va davomiyligi
 Bo'g'imlardagi og'riqlarning «sutkalik ritmi»
 Bo'g'imlarning simmetrik shikastlanish belgilarining turg'unligi
 Yondosh kasalliklar, oldingi va qo'shimcha terapiya, davolash usullarini tanlashga ta'sir
 qiladigan zararli odatlar, yaqin va uzoq muddatli prognozni baholash to'g'risidagi ma'lumotlar.

Fizikal tekshiruvlar:

Shish, harakatning cheklanishi, deformatsiya;
 kaft falangalari, proksimal falangalararo, bilak bo'g'imlarining simmetrik poliartikulyar
 yallig'lanishi oyoq kafti yoki yirik bo'g'imlarning shikastlanishiga nisbatan ustunlik qilishi
 mumkin;
 qo'l va/yoki oyoqlarda «ko'ndalang siqilish» ning ijobiy testi;
 suyaklararo mushaklarning atrofiyasi;
 revmatik tugunchalar;
 limfadenopatiya.

RAning klinik belgilari

Klinik bosqichlari va shakllari	Simptomlari
Erta	UASh revmatolog shifokor maslahatiga yo'llanma berish uchun RAga shubha uyg'otadigan quyidagi modifikatsiyalangan mezonlarni aniqlash lozim (Emery, et.al., 2002): uch yoki undan ortiq yallig'langan bo'g'imlarning mavjudligi; kaft falangalari va plyusnefalangalar bo'g'imlarning shikastlanishi, qo'l va/yoki oyoqlarning «ko'ndalang siqilish» ning ijobiy testi; ertalabki karaxtlik davomiyligi 30 daqiqa va undan ortiq bo'lishi
Debyut variantlari	Asta-sekin (bir necha oy ichida) qo'l panja mayda bo'g'imlarida (holatlarning yarmida) og'riq va karaxtlik kuchayib borishi bilan simmetrik poliartrit rivojlanishi. Asosan qo'l va oyoq bo'g'imlarining shikastlanishi bilan o'tkir poliartrit, ertalabki yaqqol karaxtlik, qonda revmatoid omil Tizza yoki yelka bo'g'imlarining mono-oligoartriti, jarayonga qo'l va oyoq mayda bo'g'imlarini tez jalb qilinishi bilan. Septik yoki mikrokrustalli artritga o'xshash katta bo'g'imlarning o'tkir monoartriti. Tizimli namoyon bo'lgan o'tkir oligo- yoki poliartrit (febril isitma, limfadenopatiya, gepatosplenomegaliya). Ko'pincha yoshlarda (kattalardagi

	<p>Still kasalligiga o'xshash).</p> <p>"Palindrom revmatizm": tizza va tirsak bo'g'imlarining o'tkir nosimmetrik poliartritining ko'p takrorlanadigan hurujlari, bir necha soat yoki kunlar davom etadi va to'liq tiklanish bilan yakunlanadi.</p> <p>Ko'pincha bilak bo'g'imlarida takrorlanadigan bursit va tenosinovit.</p> <p>Keksa yoshdagi o'tkir poliartrit: kichik va katta bo'g'imlarning ko'plab zararlanishi, qattiq og'riq, diffuz shish va bo'g'im harakatchanlikning cheklanganligi. "RSSYoSh sindromi" (remitirlovchi seronegativ simmetrik sinovit yostiqsimon shish bilan)</p> <p>Qariyalarda generallashgan mialgiya, karaxtlik, depressiya, ikki tomonlama karpal tunnel sindromi, vazn yo'qotish. Revmatik polimialgiyani eslatadi.</p>
Kechki	<p>Qo'llar: ulnar og'ish, odatda kasallik boshlanganidan 1-5 yil o'tgach rivojlanadi; "boutonerka" tipidagi qo'l panja barmoqlari zararlanishi (proksimal falangalararo bo'g'imlarda bukilish) yoki "oqqush bo'yni" (proksimal falangalararo bo'g'imlarda ortiqcha yozilishi); qo'l panjasining "lornetka" sifatida deformatsiyasi.</p> <p>Tizza bo'g'imlari: bukilish va valgus deformatsiyasi, Beyker kistasi.</p> <p>Oyoqlar: plyusnefalang bo'g'imlarning boshlari chiqishi, tibial og'ish, bosh barmoqning deformatsiyasi.</p> <p>Bo'yin umurtqasi: atlantoaksial bo'g'im sohasida chiqish, ba'zan orqa miya yoki umurtqa arteriyasining bosilishi bilan asoratlanishi mumkin.</p> <p>angush-cho'michsimon bo'g'im: ovozning dag'allashishi, hansirash, disfagiya, qaytalanuvchi bronxit.</p> <p>Bog'lov apparatlari va sinovial qopchalar: bilak va kaft bo'g'imlari tendosinoviti; ko'pincha tirsak bo'g'imi bursiti; tizza bo'g'imining orqa qismidagi sinovial kista (Beyker kistasi).</p>
Alohida klinik shakllar Felti sindromi	<p>neytropeniya;</p> <p>splenomegaliya;</p> <p>gepatomegaliya;</p> <p>bo'g'imlarning og'ir jarohati;</p> <p>bo'g'imdan tashqari belgilar (vaskulit, neyropatiya, o'pka fibrozi, Shegren sindromi);</p> <p>oyoqlar terisi giperpigmentatsiyasi;</p> <p>infeksion asoratlarning yuqori xavfi.</p>
Kattalarda Still kasalligi	<p>residivlanuvchi febril isitma;</p> <p>yuqori laborator faollikka ega artrit;</p> <p>RF, ASSP bo'yicha seronegativ;</p> <p>makulopapulyoz toshma.</p>

<p>Differensiativ alanmagan artrit</p>	<p>NDA: ma'lum bir nozologik shaklga kirmaydigan bir yoki bir nechta bo'g'imlarning yallig'lanishli shikastlanishi, RA yoki boshqa kassalliklar bo'yicha tasnif mezonlariga to'g'ri kelmaydi.</p> <p>RA o'ziga xos bo'lmagan belgilardan boshlanib, mezonlar bo'yicha tashxis qo'yish imkoni bo'lmaydi. NDA variantining ko'p uchraydigan belgilari:</p> <p>Yirik bo'g'imlar oligoartriti Qo'l panja bo'g'imlarining asimmetrik artriti Qo'l panja bo'g'imlarining RF bo'yicha seronegativ oligoartriti Noturg'un poliartrit</p>
<p>Tizimli belgilari</p>	<p>Konstitutsional belgilar: generallashtirilgan holsizlik, charchash, ozib ketish, subfebril isitma.</p> <p>Yurak qon tomir tizimi: perikardit, vaskulit, aterosklerozning erta rivojlanishi.</p> <p>O'pkalar: plevrit, o'pkaning interstitsial kasalliklari, o'pkadagi revmatoid tugunlar (Kaplan sindromi).</p> <p>Teri: revmatoid tugunlar (qattiq konsistensiyali, og'riqsiz, yon to'qimalar bilan yopishgan, tirsak va kaft paylari sohasida) digital arterit, nekrozlanuvchi vaskulit, to'rsimon livedo, oyoq va qo'l kaftlari kapillyariti, gemorragik vaskulit</p> <p>Asab tizimi: kompression neyropatiya, simmetrik sensor-motor neyropatiya, ko'p sonli mononevrit, bo'yin mieliti.</p> <p>Mushaklar: generallashtirilgan amiotrofiya.</p> <p>Ko'zlar: quruq keratokon'yunktivit, episklerit, sklerit, periferik yarali keratopatiya.</p> <p>Buyraklar: amiloidoz, vaskulit, nefrit (ba'zan).</p> <p>Qon tizimi: anemiya, trombositoz, neytropeniya</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>]

Laborator tekshiruvlari.

Asosiy laborator tekshiruvlari:

- umumiy qon taxlili;
- umumiy peshob tahlili;

Qo'shimcha laborator tekshiruvlari:

- SRO, revmatoid omil (IgM RO)
- ASSP
- Qon bioximik taxlili: AST i ALT, kreatinin, glyukoza
- gepatit V, S, OIV viruslari markerlari
- Homiladorlikka test

- Lipidlar profili
- Antinuklear omil
- IgG konsentratsiyasi
- Mantu tuberkulin sinamasi va/yoki Diaskin testi

RAning asosiy tashxislash biomarkerlari

Revmatoid omil (IgM RO)

ASSP (sitruilinirlangan oqsillar antitanachasi), birinchi navbatda siklik sitruilinirlangan peptidlar antitanachalari

RO Immunoglobulin IgM – sezgir, ammo RAning yetarli darajada maxsusligi kam markeri, yuqori titr – bo‘g‘imlarning tez avj oluvchi destruksiya va tizimli belgilarda kuzatiladi.

ASSP – RAning maxsus va aniq ma’lumot beradigan markeri, ayniqsa erta bosqichlarida.

I A	Tashxis qo‘yish, taqqoslama tashxis o‘tkazish va bo‘g‘imlarning tez avj oluvchi destruksiya uchun oldindan aniqlash uchun barcha bemorlarda RO va ASSPni aniqlash tavsiya etiladi
-----	---

EChT – tizimli yallig‘lanishning yuqori sezgir, ammo nospesifik va noturg‘un markeri.

SRO – yallig‘lanish faolligini baholash, bo‘g‘imlarning destruksiya tezligini bashorat qilish uchun qo‘llaniladi.

Sinovial suyuqlik sinovit bo‘lgan bemorlarda RAning mikrokrustallik yoki septik artritni taqqoslama tashxis qilish uchun qo‘llaniladi.

Lipidlar profilini (birinchi navbatda TSZ va TOFA tayinlashni rejalashtirishda) to‘liq tekshirish kerak.

IgG konsentratsiyasi (birinchi navbatda RTM ni davolashni rejalashtirishda)

Diaskin-test – Tuberkulez infeksiyasini aniqlash maqsadida, gen-injener biologik preparatlarni (GIBP) qo‘llashdan oldin, va keyinchalik 1 marta har 6 oyda.

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

Instrumental tekshiruvlar.

Asosiy instrumental tekshiruvlari:

-Qo‘l va oyoq kaftlarining ko‘lamli rentgenografiyasi;

-Bo‘g‘imlarni ultratovush tekshirish;

-MRT

Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlari:

- O‘pka R-grafiyasi va/yoki KT

-EKG

-Exokardiografiya

-EGFDS

-Densitometriya

IV D	Qo‘l va oyoq kaftlarining rentgenografiyasi – birlamchi tekshirish va keyin har yilgi bo‘g‘imlar destruksiya avj olishini baholashdagi asosiy tashxislash usuli bo‘lib hisoblanadi.
------	---

Rentgenografiya III va IV R-bosqichli bemorlarda ko'rsatma bo'yicha o'tkaziladi. Artritning erta rentgenologik belgilari quyidagilar: 2- va 3- qo'l panja pyastnofalang bo'g'imida, 3- proksimal falangalararo bo'g'implarda, kaft bo'g'implarida, kaft bilak bo'g'implarida, tirsak suyaklarining o'qsimon o'simtasida, 5- oyoq panjasi plyusnefalang bo'g'implarida. Muntazam usul sifatida RA katta bo'g'implarning rentgenografiyasi tavsiya qilinmaydi va faqat maxsus ko'rsatmalar (avaskuler nekroz, septik artrit va boshqalarga gumon qilinganda) bo'yicha amalga oshiriladi.

I A	UTT -bo'g'implarning energetik doppler bilan ultratovushli tekshirish yallig'lanish darajasini va remissiya davomiyligini bashoratlash imkonini beradi. .
-----	---

UTT Bo'g'implarni ultratovushli tekshirishda "kulrang shkala" bo'yicha quyidagi mezonlar baholanadi: sinovial membrananing qalinlashishi, bo'g'imda suyuqlik mavjudligi, bo'g'im yuzasi konturining buzilishi (eroziyaga mos keladi), periartikulyar to'qimalarning o'zgarishi (tenosinovit). Energetik doppler tekshirishda signalning lokalizatsiyasi, tarqalishi va intensivligi aniqlanadi, bu esa yallig'lanishning og'irligini baholashga imkon beradi.

Qo'l bo'g'implarning ultratovushi RAni erta tashxislash va bashorat qilishda ahamiyatga ega, BPVP va GIBP bilan davolash fonida remissiya saqlanishini bashoratlash imkonini beradi.

Bo'g'im MRTsi – bo'g'implarning standart rentgenografiyasiga qaraganda RAni aniqlashning sezgir usuli hisoblanadi. Artritning MRT-belgilari o'ziga xos emas. MRT tomonidan aniqlangan o'zgarishlar (sinovit, tenosinovit, suyak iligi shishi va suyak to'qimalarining eroziyasi) bo'g'implarning destruksiyasini bashoratlash imkonini beradi.

IV D	Erta RA va differensiyalanmagan artrit tashxisini qo'yish qiyin bo'lganda kaftlar MRTsi tavsiya etiladi
------	---

IV D	Ko'krak qafasi rentgenogrammasi nafas a'zolarining revmatik zararlanishi va o'pkaning yo'ldosh kasalliklarini aniqlash uchun dastlabki tekshiruv paytida, BPVP va GIBP terapiyasini tayinlashdan oldin va keyin, so'ngra esa hamda har yili o'tkaziladi
------	---

O'pka kompyuter tomografiyasi quyidagi holatlarda amalga oshiriladi:

O'pkaning diffuz (interstitsial) yoki o'choqli (revmatoid tugunchalar) shikastlanishlarini aniqlash uchun

Bo'g'implar va o'pkaning shikastlanishi (sarkoidoz, xavfli o'smalar va b.) bilan kechadigan boshqa kasalliklar bilan RAni taqqoslama tashxis qilish uchun davolash usulini tanlashga ta'sir qiladigan yoki NLR (sil, interstitsial o'pka kasalligi, va hokazo) xavfini oshirishi mumkin bo'lgan yondosh kasalliklarni tashxislash uchun.

EKG va ExoKG yurak-qon tomir patologiyasi tashxis uchun bemorlarda bir yilda kamida bir marta amalga oshiriladi.

EGFDS NYaQVni qabul qilgan bemorlarda yiliga kamida 1 marta amalga oshiriladi.

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

Mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar:

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

3.2.Tashxislash algoritmi:

- Ko‘rikda periferik bo‘g‘imlardan bittasi bo‘lsa ham shishganligi aniqlanishi
- Oyoq va/yoki qo‘llarda «siqish» simptomi musbat
- 30 daqiqa va undan ortiq vaqt davom etadigan ertalabki karaxtlik

- Jismoniy tekshirishlar natijasida bittasi bo‘lsa ham shishganligi aniqlanishi
- Bo‘g‘imlarning yallig‘lanishi bilan kuzitiladigan boshqa kasalliklarni istisno qilish
- Bitta bemorda kasallik manzarasi xususiyatlarini aks ettiruvchi 4 pozitsiya bo‘yicha yig‘ish mumkin bo‘lgan 10 ta balldan kamida 4 ball yig‘ish
- Bo‘g‘imlarning yallig‘lanishi bilan kuzitiladigan boshqa kasalliklarni istisno qilish

A. Bo‘g‘imlar shikastlanishining klinik

belgilari (ob‘ektiv tekshiruvda shish va/yoki og‘riq) (0-5 ball)

- 1 ta yirik bo‘g‘im
- 2-10 ta yirik bo‘g‘im
- 1-3ta mayda bo‘g‘imlar (yirik bo‘g‘imlar hisobga olinmaydi)
- 4-10 ta mayda bo‘g‘imlar (yirik bo‘g‘imlar hisobga olinmaydi)
- 10 tadan ortiq bo‘g‘imlar (kamida 1ta test talab qilinadi)

V. RO/ASSP testi salbiy (kamida 1 ta test talab qilinadi)

- RO/ASSP testi kuchsiz ijobiy (normaning yuqori chegarasidan 3 martaga oshadi)
- RO/ASSP testi kuchli ijobiy (normaning yuqori chegarasidan 3 martadan ko‘p oshadi)

S. O‘tkir fazali ko‘rsatkichlar (0-1 ball, kamida 1 ta test talab qilinadi)

- EChT va SRO ko‘rsatkichlari

me'yorida

D. Sinovitning davomiyligi (0-1 ball)

- 6 haftadan kam
- 6 hafta va undan ortiq

RA ni erta bosqichlarda aniqlash

algoritmi

RA ga shubha artrit
(EChT va SRO ko'tarilishi yoki ko'tarilmasligi)

RO ni aniqlash

RO titri yuqori

RO titri past

RO titri manfiy

RA ehtimoli yuqoriligi
kasallikning agressiv
kechishi xavfi yuqori

Anti-SSP aniqlash
natija manfiy

natija musbat

BYaQV ni yoki ularning
kombinatsiyasini zudlik
bilan tayinlash

Bo'g'imlarni UTT

Bo'g'imlarni MRT

pannusni, eroziyalarni aniqlash sinovit,
tendovaginit, revmatoid tugunchalarni
tashxisini tasdiqlash

diagnostik ahamiyatga ega
o'zgarishlar yo'qligi

RA ehtimoli yuqori

RA ehtimoli past

Bazisli dori vositalarini
tayinlash

Keyingi kuzatuv

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

3.3. Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash:

Tashxis	Qiyosiy tashxis uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Osteoartroz	Yumshoq to'qimalarning bir oz shishi, DFAB	UQT, ASSP, bo'g'imlar rentgenografiyas	Ertalabki kuchli karaxtlik bo'lmasligi, bo'g'imlardagi og'riqlar boshlang'ich yoki mexanik holatda,

	qo‘shilishi	i	ASSP, RO manfiy. Qo‘l panja R-grammasida osteoskleroz, osteofitoz manzarasi.
Tizimli qizil bo‘richa	Bo‘g‘im sindromi: mayda bo‘g‘imlar artriti	UQT, ASSP, RO, ANF, ANA, bo‘g‘imlar rentgeni	Noeroziv artrit, ANF, ANA yuqori titrda. Ichki a‘zolar tizimli shikastlanishi va yaqqol konstitutsional sindrom kuzatiladi.
Podagra	Bo‘g‘im sindromi.	UQT, UST, ASSP, RO, siydik kislotasi, bo‘g‘imlar rentgeni va punksiyasi	Ko‘proq 40-50 yoshli erkaklarda kuzatiladi. 1 plyusnefalang bo‘g‘imi o‘tkir artriti. Tofuslar bo‘lishi. Giperurekemiya. Sinovial suyuqlikda natriy monourat kristallari. Eroziyasiz subkortikal kistalar.
Reaktiv artrit	Asimmetrik monoartrit, oligoartrit	UQT, UST, RO, ASSP, HLA-V27, xlamidiyga test, chanoq suyaklari rentgeni	40 yoshgacha bo‘lganlarda kuzatiladi. Ichak va siydik yo‘llari-jinsiy a‘zolar infeksiyalari bilan bog‘liq. Assimmetriklik, oyoqlarning shikastlanishi, sosiskasimon shish, entezitlar xos. Konyunktivit. RO va ASSP kuzatilmaydi, Rengenologik sakroileit.
Psoriatik artrit	Asimmetrik monoartrit, oligoartrit, ba‘zan simmetrik poliartrit	UQT, UST, RO, ASSP, HLA-V27, chanoq suyaklari rentgeni	Psoriaz bilan bog‘liq. Mutillanuvchi, «o‘qli, sosiskasimon» artrit, daktilit. Umurtqa pohnasi, DFAB shikastlanishi, entezitlar. RO va ASSP kuzatilmaydi; bir yoki ikki tomonlama sakroileit. Ko‘p hollarda HLA-B27 seropozitiv.
Tizimli sklerodermiya	Bo‘g‘im sindromi	UQT, Immunologik testlar	Reyno fenomeni va terining qattiqlashishi, qizilo‘ngach, o‘pkaning shikastlanishi; kam hollarda artrit kuzatilishi mumkin, odatda artralgiyalar; eroziv artrit kuzatilmaydi.
Revmatik polimialgiya	Bo‘g‘im sindromi	UQT, RO, ASSP, bo‘g‘imlar rentgeni	O‘q bo‘g‘imlar va proksimal mushaklar guruhida diffuz og‘riq va ertalabki karaxtlik. GKS terapiyaga kuchli javob beradi. EChT yaqqol ko‘tarilishi, ko‘pincha 50 yoshdan kattalarda kuzatiladi
Virusli artritlar	Bo‘g‘im sindromi	UQT, RO, bo‘g‘imlar rentgeni	Infeksion kasalliklar o‘tkazganligi. Bilak-kaft va kaft bo‘g‘imlarining simmetrik shikastlanishi bilan ertalabki karaxtlik, RO kuzatilishi

			mumkin, virusli ekzantema. 4-6 haftada o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi.
--	--	--	--

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

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

Umumiy tamoyillar.

Bemorlarni revmatologlar davolashi kerak.

Davolash shifokor va bemor o‘rtasidagi yaqin hamkorlikka asoslangan (bemor va revmatolog o‘rtasida kelishilgan bo‘lishi kerak)

BYaQV bilan davolash imkon qadar erta, "imkoniyat oynasi" (window of opportunity) – RA ning birinchi belgilari rivojlanish paytidan birinchi 3 oy ichida boshlanishi kerak.

Davolash quyidagilarga asoslangan: faollik darajasi, yo‘ldosh kasalliklar mavjudligi, bo‘g‘imlarning struktur jaroxatlanishini avj olish tezligi va davolash xavfsizligi.

IV D	Erta RA va differensiyalanmagan artrit tashxisini qo‘yish qiyin bo‘lganda kaftlar MRTsi tavsiya etiladi
------	---

Davolash uzoq muddatli remissiya yoki kasallikning past faolligiga erishishga qaratilgan bo‘lishi kerak (dalillar darajasi 1a, tavsiya kuchi A)

IV D	Erta RA va differensiyalanmagan artrit tashxisini qo‘yish qiyin bo‘lganda kaftlar MRTsi tavsiya etiladi
------	---

Davolash samaradorligi har 1-3 oyda baholanishi kerak, agar samarasiz bo‘lsa, davolashdan 6 oydan keyin korreksiya qilinishi kerak (dalillar darajasi 2 b, tavsiya kuchi B.) RA

Davolash bemorning hayoti davomida amalga oshirilishi tavsiya etiladi.

Davolash NT rivojlantishi bilan kuzatilishi mumkin.

4.1. Nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:

Yarim to‘yingan yog‘ kislotalari saqlaydigan mahsulotlardan (baliq moyi, zaytun moyi va b.) iborat muvozanatlashtirilgan parhez, ho‘l mevalar, sabzavotlar. Bunaqa parhez yallig‘lanishni susaytirib, kardiovaskulyar asoratlar xavfini kamaytiradi.

Muntazzam jismoniy faollik. Doimiy jismoniy tarbiya funksional holatni yaxshilaydi va bemorlarning ish qobiliyatini saqlab qolishga yordam beradi.

Fizioterapiya: issiq yoki sovuq muolajalar, ultratovush, igna bilan davolash, lazerterapiyasi.

Ortopedik muolajalar – bo‘g‘imlar deformatsiyasining oldini olish va korreksiya qilish (protezlar, stekalar, ortopedik poyafzallar).

Kasallikning kuchayishini keltirib chiqaradigan omillardan saqlanish (interkurent infeksiyalar, stress, chekish, spirtli ichimliklar va boshqalar.).

Og‘iz bo‘shlig‘i gigienasiga rioya qilish.

Chekish, semizlik va paradontit - RA rivojlanishi va avj olishi uchun xavf omillari bo‘lib, BYaQV va TNF- α ingibitorlari bilan davolash samaradorligini kamaytiradi va o‘lim darajasini, shu jumladan yurak qon tomir kasalliklaridan o‘limni oshiradi.

Jismoniy mashqlar :

Davolovchi jismoniy tarbiya RA tashxisi qo'yilgan vaqtdan boshlab barcha bemorlar uchun avval instruktor rahbarligida, so'ng uy sharoitida kasbiy ko'mak yordamida kuch mashqlari, barmoqlar harakatlari va motorikasini yaxshilovchi mashqlar bilan birgalikda bajarilishi tavsiya etiladi.

Dalillarning ishonchlilik darajasi - Ia, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B

Funksional chegaralanishi bo'lgan RA bilan bemorlarga ergoterapiya (ET) tavsiya qilinadi.

Dalillarning ishonchlilik darajasi - Ia, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B

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

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

Ortopedik tavsiyalar :

Xorijiy adabiyotlarda «occupational therapy- mehnat bilan davolash» «ergoterapiya» iborasi ekvivalenti bo'lib, quyidagilarni o'z ichiga oladi:

bo'g'imlarni muhofaza qilish va quvvatni saqlash,

barmoqlarning mayda motorikalarini mashq qilish, harakat ko'nikmalarini o'rgatish, to'g'ri funksional stereotipni shakllanitirish, mehnat amaliyotlarini bajarish,

yordamchi moslamalar, shina va protezlardan foydalanish,

o'z-o'ziga xizmatni yengillashtiruvchi turmush anjomlari, qo'shimcha jihozlar bilan ishlash, uy va kasbiy mehnatni bajarish.

Fizioterapevtik tavsiyalar :

Reabilitatsiya dasturiga kasbiy terapiya, aerobik, kuch, guruh va individual davolovchi jismoniy tarbiya, fizioterapiya (elektr, magnit, lazer, balneo, peloid, krioterapiya, akupunktura, ultratovush), ortotika, bemorlar uchun ta'lim dasturlari va psixologik tuzatish kiradi

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

4.2. Medikamentoz (dori-vositalari bilan) davolash:

RAning davosi bemorga individual yondashib, bemorning xohish va istaklariga, xavf omillari (yoshi, jinsi, yondosh patologiyasi, semizlik, stress, infeksiya, zararli odatlar va irsiy omillar), yallig'lanish belgilarining borligi, og'riq darajasi, kundalik faoliyatlarning chegaralanganligi va xayot sifatiga mos xolatda olib borilishi lozim.

Quyidagi dori vositalari RA ni davolashda asosiy o'rin tutadi:

Sintetik bazis yallig'lanishga qarshi standart vositalar

Bazis gen-injener biologik vositalar

Glyukokortikosteroidlar

Qo'shimcha dori vositalari

Bazis yallig'lanishga qarshi vositalar**Sintetik standart:**

metotreksat, leflunomid, sulfasalazin, gidroksixlorolin va boshqalar

Yanus-kinaza ingibitorlari – peroral target sintetik bazis yallig'lanishga qarshi vositalar

Gen-injener biologik:

FNO- α ingibitorlari, boshqa mexanizimli GIBP, IL-6 ingibitorlari

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

1-jadval

Farmakoterapev tik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalil lar darajasi
o'smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	2,5 mg, 5 mg tabletkalar, ichishga, 10-15mg haftada 1-2 marta	1 A
o'smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	oldindan to'ldirilgan shprislar 7,5 mg-22,5 mg teri ostiga, haftada 1 marta	2 V
immunodepressant	Leflunomid	20 mg tabletkalar, ichishga, 10-20 mg, kuniga 1 marta	1 A
sulfanilamidli vosita	Sulfasalazin	500mg tabletkalar, ichishga, kuniga 2-3 marta	1 A
bezgakka qarshi vosita	Gidroksixloroxin	200mg tabletkalar, ichishga, kuniga 1-2 marta	2 V
			[https://www.elibrariy.ru/item.asp?id=25340036]
Glyukokortikoidlar			
glyukokortikoid	Prednizolon	5 mg tabletkalar, ichishga, 0,3–0,5 mg/kg/sutka, sxema bo'yicha	I A
glyukokortikoid	Prednizolon	ampula, 1ml /30mg, 30mg-120mg, t/i tomchilatib, kuniga 1 marta	I A
glyukokortikoid	Metilprednizolon	tabletkalar 4 mg, 16mg, 0,3–0,5 mg/kg/sutka, sxema bo'yicha	I A
glyukokortikoid	Metilprednizolon	flakon 250 mg, v/i, tomchilab, 250mg, 1 maxal/sutkada	I A
glyukokortikoid- depo shakli	Betametazon dipropionat/natriya fosfat	7mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V

glyukokortikoid -depo shakli	Triamsinolon asetonid	40 mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
			[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/547/521?locale=ru_RU]
Bazis gen-injener biologik vositalar			
GIBP, α -O'NO ingibitori	Etanersept	shpris-ruchka 25mg va 50mg, teri ostiga, haftasiga 25 mg 2 mahal yoki 50 mg 1 mahal.	Ia, A
	Adalimumab*	shpris-ruchka 40 mg t/o 1 maxal 2 xaftada	1 A-V
	Golimumab*	50-100 mg t/o, 1 maxal/oyda	1 A-V
	Infliksimumab*	5 mg/kg v/i, 0,2,6 xaftada, keyin xar 6 xaftada	1 A-V
	Sertolizumab*	200 mg t/o har 2 haftada	1 A-V
GIBP, monoklonal antitanalar guruhidagi o'smaga qarshi vositalar	Rituksimumab	flakonlar 500mg/50 ml in'eksiyaga eritma tayyorlash uchun konsentrat, 1000 (500) mg, t/i tomchilatib, davolashning 1-va 15-kunlari, 6 oydan so'ng yana takrorlanadi	Ia, A
T-hujayra kostimulyatsiya ingibitorlari	Abatasept	125 mg t/o har hafta yoki v/i infuziya, kattalar uchun bir martalik doza 0.5-1 g.	Ia, A
GIBP, Interleykin-6 ingibitorlari	Totsilizumab	flakon 80 mg/4 ml, 200mg/10ml infuziyaga eritma tayyorlash uchun konsentrat, 4 yoki 8 mg/kg, t/i tomchilatib kamida 1 soat davomida, 4 haftada 1 marta	Ia, A
		shpris-tyubik 162mg/0,9 ml, teri ostiga eritma, haftada 1 marta	Ia, A
(tsBPVP)	Tofatsitinib*	Tabletka 5 mg 2 maxal/sut	Ia, A
	Baritsitinib*	Tabletka 4 mg 1 maxal/sut	Ia, A
	Upatatsinib*	Tabletka 15 mg 1 maxal/sut	Ia, A
			[https://we

			bmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf
--	--	--	--

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

Metotreksat RA ni davolashda "oltin standart" hisoblanadi.

I A	Metotreksat birinchi davolash strategiyasining bir qismi bo‘lishi kerak
-----	---

RA rivojlanish ehtimoli yuqori bo‘lganda RA va differensiallashmagan artrit bilan bemorlarga tayinlanishi lozim.

NR xavfi bo‘lmasa (keksa yoshdagi, buyrak va jigar faoliyatining buzilishi, gematologik kasalliklar va boshqalar.), MT bilan davolashni samaradorligi va ko‘tara olishiga qarab 10-15 mg/hafta miqdorda tabletka shaklida ichishdan boshlash yoki har 4-6 haftada 20-25 mg/hafta dozagacha (haftalik 0,3 mg/kg gacha) ortishi bilan teri ostiga in‘eksiya shaklida boshlash kerak.

II B	Metotreksatning t/o shakli tabletka shakli samarasi yetarli bo‘lmaganda yoki ko‘tara olmaslikda hamda RAning “yuqori faolligi” bo‘lgan bemorlarda (DAS28 \geq 5,1) tavsiya etiladi.
------	--

MT ning teri osti shakli farmakokinetik parametrlari, so‘rilishi va foydalanish qulayligi jihatidan peroral shakldan ustundir.

I A	MT bilan davolash fonida foliy kislotasi (kamida 5 mg/hafta) tavsiya etiladi, bu MTni qabul qilishdan 24 soatdan keyin buyurilishi kerak.
-----	---

Davolash boshlanishida har 1-3 oyda va MT ning barqaror dozasi erishgunga qadar, keyin har 3 oyda ALT/AST, kreatinin va umumiy qon tahlilini o‘tkazish kerak.

ALT/AST konsentratsiyasi 3 marta ortgan bo‘lganda MT ni davolash to‘xtatilishi va laboratoriya ko‘rsatkichlar normallashtirishdan keyin past dozada qayta tiklanishi kerak.

Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda MTdan foydalanish mumkin emas.

I A	Leflunomid MT bilan davolashga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lgan yoki ko‘tara olmagan bemorlarda leflunomid (birinchi) davolash strategiyasining bir qismi sifatida tayinlanishi kerak.
-----	---

LF bilan davolash fonida umumiy qon tahlilini, qon zardobidagi transaminazalar, kreatinin konsentratsiyasini va qon bosimini nazorat qilish kerak.

I A	Sulfasalazin MTga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda yoki ko'tara olmaslikda tavsiya etiladi. Dastlabki miqdori kuniga 2 ta tabletkadan boshlanib, asta-sekin 2-3 g/kunga ko'tariladi.
-----	---

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

BYaQV MT bilan birgalikda, ayniqsa MT ni GK bilan birgalikda tayinlanganda monoterapiyadan ustun hisoblanmaydi.

MT va LEF gepatit S virusini tashuvchilarda va virusga qarshi terapiya o'tkazmaganlarda qarshi ko'rsatma, bunda sulfasalazin va gidroksixloroxin qo'llanilishi mumkin.

Sulfasalazin va gidroksixloroxinni homiladorlik davrida qo'llash mumkin.

Ia, A	GK - yallig'lanishga qarshi tez ta'sirga ega bo'lganligi uchun ularni BYaQV bilan birga buyurish tavsiya etiladi. BYaQV samaradorligi davolash boshidan 4-6 hafta o'tganda namoyon bo'ladi. GK miqdorini klinik jihatdan imkon boricha tezroq kamaytirish lozim (taxminan 3 oy ichida).
-------	---

GKS larni qabul qilish NT rivojlanishi bilan kuzatiladi: osteoporoz, insulinga rezistentlik, infeksiyon va yurak-qon tomir asoratlari. Bu holatlar nazorat qilinmagan "revmatoid" yallig'lanish natijasi bo'lishi mumkin. NT kuzatilgan bemorlarni mos mutaxassisga maslahatga va davolanishga yo'llash lozim.

RA bilan >5 mg/sutka miqdorda 3 oydan ortiq vaqt davomida GK qabul qilayotgan barcha bemorlarga glyukokortikoid osteoporozning oldini olish maqsadida kalsiy va vitamin D dori vositalarini tayinlash lozim.

Bazisli gen-injener biologik vositalar

α -O'sma nekroz omili ingibitorlari (immunosupressantlar) (infliksimumab, adalimumab, etanersept, golimumab va sertolizumab pegol)

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

interleykin-6 ingibitorlari (interleykin-6 retseptorlarigaga qarshi monoklonal antitanalar)

GIBV tayinlanish masalasini hal qilish uchun bemor ekspert komissiyasiga yo'llanadi.

Ia, A	Agar sintetik BYaQV yordamida davolash maqsadiga erishilmaganda va noxush bashorat omillari mavjud bo'lganda (kasallikning yuqori faolligi, eroziyalar mavjudligi va ASSP yuqori titri) GIBP qo'shiladi
-------	---

Ia, A	GIBV sintetik BYaQV bilan birgalikda tayinlanishi lozim.
-------	--

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

--	--

Ia, A	Agar GIBV samara bermagan bo'lsa, boshqa GIBV bilan davolanish imkonini ko'rib chiqish kerak.
-------	---

GIBVning birinchi tomir ichiga infuziyasi ixtisoslashtirilgan revmatologiya shifoxonalarda amalga oshirilishi lozim.

Shpris-ruchka (smartject) bilan yuboriladigan dorilar, shifokor nazorati ostida, bemor tomonidan qilinishi mumkin.

α -O'sma nekrozi omili ingibitorlari (immunodepressiv vosita) ni RO/ASSP bo'yicha seronegativ RA (yoki antitanalar miqdori biroz oshganda) va bu vositalarni tayinlashga ko'rsatma sifatida qayd etilgan yondosh kasalliklari mavjud bo'lganda (yoki bo'g'imdan tashqari belgilarda) jumladan psoriasis, ichakning yallig'lanish kasalliklarida tayinlash maqsadga muvofiqdir.

α -O'NO ingibitorlarini autoimmun buzilishlar, xavfli o'smalar, yashirin sil infeksiya reaktivatsiya xavfida, demielinlanuvchi markaziy asab tizimi kasalliklarida qo'lash tavsiya etilmaydi.

Etanersept sil infeksiyaning avj olish xavfi bor bemorlarga, homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarga va gepatit C virusi simptomsiz tashuvchilariga tavsiya etiladi. Etanersept uveit rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ia, A	α -O'NO ingibitorlari bilan davolash samara bermasa, bemorlar boshqa ta'sir mexanizmi bo'lgan GIBV (RTM, TCZ) yoki ikkinchi α -O'NO ingibitori yoki TOFA bilan davolanishi mumkin
-------	---

Boshqa ta'sir mexanizmi bo'lgan GIBV.

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

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

Rituksimab bilan davolash paytida, IgG konsentratsiyasini ayniqsa, past bazal darajalarda va keksa odamlarda (60 yoshdan kattalarda) dinamikada aniqlab turish kerak.

Dori vositasini birinchi marta qilishda GK premedikatsiyasi (rituksimabni tomizishdan oldin 100 mg 6-metilprednizoloni tomir ichiga 30-60 daqiqa davomida yuborish, parasetamol (1 g) va antigistamin vositalar (xlorfenamina 10mg tomir ichiga) talab qilinadi.

Interleykin-6 ingibitorlari

Totsilizumab «birlamchi» GIBV sifatida tayinlanganda quyidagi omillarga e'tibor qaratish lozim: RA kuchli konstitutsional belgilar (davomli ertalabki karaxtlik, holsizlik, ozish, uyqusizlik, isitma, ko'p bo'g'imlarda og'riq), laborator o'zgarishlar (S-reaktiv oqsil miqdorining ortishi >100 mg/l, giperferritinemiya, og'ir kamqonlik), surunkali yallig'lanish kasalliklari, amiloidoz.

Ham monoterapiya, ham MT va/yoki BYaQV bilan birgalikda qo‘llash mumkin. Totsilizumab bilan monoterapiya qilish samara jihatdan α -O‘NO ingibitorlari monoterapiyasidan afzal bo‘lib, MTga qarshi ko‘rsatmasi bo‘lgan yoki uni ko‘tara olmagan bemorlarga asosan tavsiya etiladi. Kattalarda Still kasalligida samarali hisoblanadi.

Yanus-kinaza ingibitorlari – peroral target sintetik bazis yallig‘lanishga qarshi vosita.

MT va boshqa sBYaQV (SULF, LEF, GX) qo‘llanilishga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lganda, GIBV, yoki tsBYaVV (selektiv immunodepressantlar: Baritsitinib, Tofatsitinib*) qo‘llanilishi tavsiya etiladi (tegishli xavf omillarni inobatga olgan holda). Baritsitinib 4 mg 1 tab 1 kunda 1 mahal, tofatsitinib* 5 mg 1 tab 1 kunda 2 mahal qo‘llaniladi. JAK ingibitorlari qo‘llanilganda quyidagi yurak-qon tomir asoratlari va yomon sifatli o‘smalar xavf omillarini inobatga olish zarur: 65 yoshdan katta, chekish (hozirda yoki anamnezda), yurak-qon tomir kasalliklari boshqa xavf omillari (diabet, semizlik, gipertoniya), yomon sifatli o‘smalar boshqa xavf omillari (anamnezda yoki hozirda mavjud yomon sifatli o‘smalar, yaxshi davolangan nomelanom teri rakidan tashqari), tromboemboliya asorati xavf omillari (anamnezda miokard infarkti yoki yurak yetishmovchiligi, o‘sma, anamnezda nasliy qon ivishi buzilishi yoki tromblar, shuningdek, kombinirlangan gormonal kontraseptivlar yoki o‘rin bosuvchi gormonal terapiya qabul qiluvchi, katta xajmli jarroxlik amaliyoti o‘tkazgan yoki harakatsiz bemorlar kiradi).

Remissiyaga erishilgandan so‘ng davolash usuli

Ia, A	GKSni to‘xtatilgandan so‘ng yoki miqdori kamaytirilgandan so‘nggi turg‘un remissiyadan keyin ayniqsa BYaQV bilan birgalikda qo‘llanilganda GIBV miqdorini kamaytirish yoki oralig‘ini uzaytirish imkoni ko‘rib chiqiladi.
-------	---

Ia, A	Birinchi navbatda GIBV keyin BYaQV miqdorini kamaytirish yoki bekor qilinishi kerak
-------	---

GIBV miqdorini kamaytirish (yoki bekor) fonida kasallikning avj olishida standart miqdorda shu dorilarni (yoki boshqa GIBV) qayta tayinlashingiz mumkin.

Agar bemor doimiy remissiyada bo‘lsa, BYaQV miqdorini kamaytirish masalasini ko‘rib chiqish mumkin.

GIBV tayinlashga qarshi ko‘rsatmalar:

Faol infeksiyalar

Sil kasalligi

Oqsil komponentiga yuqori sezuvchanlik

Immunitet tanqisligi holatlari,

Jigar yetishmovchiligi:

Og‘ir gematologik buzilishlar

Tarqoq skleroz

TQB

O‘rtacha/og‘ir dimlanishli yurak yetishmovchiligi

Onkologik kasalliklar

GIBV bilan davolash yashirin sil infeksiyasining tuberkulostatik profilaktik oldini olish boshlanganidan 2 oydan keyin boshlanishi kerak.

In‘eksiyadan keyingi reaksiyalar xavfini kamaytirish uchun dori vositalarini teri ostiga yuborish texnikasiga qat‘iy amal qilish tavsiya etiladi (muntazam ravishda in‘eksiya joylarini

o'zgartirish, sovutilgan eritmani yubormaslik va hokazo), agar lozim bo'lsa, antigistamin vositalar qabul qilish, in'eksiya joyiga mahalliy GK, muz qo'yish tavsiya qilinadi.

Qo'shima dori-vositalarning ro'yxati (50% foydalanish ehtimoli bilan):

2-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
NYaQV	Asetaminofen (parasetamol)	500 mg tabletka - ichishga- 2-3 marta/kuniga	1 A
NYaQV	Diklofenak	25mg, 50 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		100 mg tabletka, kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		3ml 25mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
		1ml 75mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Aseklofenak	100 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
NYaQV	Indometatsin	25mg tabletka- ichishga kuniga 2-3 marta	1 A
NYaQV	Ketorolak	10mg tabletka- ichishga- kuniga 1-4 marta	1 A
		30mg/ml ampula- v/i, m/o- kuniga 1-3 marta	1 A
NYaQV	Ibuprofen	200 mg tabletka- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A
		400 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		800 mg tabletka- ichishga- 800 mg tabletka- ichishga-2 tab kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Naproksen	250mg, 500mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		275mg, 550mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Ketoprofen	50 mg kapsula- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A
		100mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
		150 mg tabletka va kapsula- ichishga-	1 A

		kuniga 1 marta	
		2 ml 50mg/ml ampula- m/o, v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Deksketoprofen	12,5 mg, 25mg tabletka 25 mg ichishga eritma tayyorlash uchun granulali paketcha-ichishga- kuniga 1-3 marta	1 A
		2 ml 25mg/ml ampula-m/o yoki v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Tenoksikam	20mg tabletka-ichishga-kuniga 1 marta	1 A
		20 mg liofillangan kukun va erituvchi flakon-m/o, v/i-kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Lornoksikam	4mg tabletka-ichishga-kuniga 2-3	1 A
		8mg tabletka-ichishga-kuniga 1-2 marta	1 A
		8 mg flakon v/i va m/o kiritish uchun eritma tayyorlashga liofilizat- v/i, m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Piroksikam	10mg, 20mg kapsula, tabletka- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		20mg/ml ampula- kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Meloksikam	7,5–15mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		15mg/1,5ml ampula- m/o- kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Nimesulid	100mg tabletka, 100 mg/2 g suspenziya tayyorlab ichish uchun granula- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
NYaQV	Etodolak	400mg, 600 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
NYaQV	Selekoksib	200 mg, kapsula – ichishga – kuniga 2 maxal	1 A
NYaQV	Etorikoksib	60mg, 90mg, 120mg tabletka- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
vitamin	Foliy kislotalari	tabletka 1 mg, 5 mg, ichishga, kuniga 2-3 marta	
			[https://www.nogr.org/jour/article/view/801?locale=ru_RU]

Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (SOG-1 va sOG-2 ingibitorlari) bo'g'imlardagi og'riqlarni kamaytirish uchun qo'llaniladi.

Ular bo'g'imlar destruksiyasi avj olishini oldini olishga ta'sir qilmaydi. Me'da-ichak, yurak-qon tomir tizimi va boshqalar tomonidan og'ir nojo'ya ta'sirlar keltirib chiqarishi mumkin bo'lganligi sababli ularni qo'llashni chegaralash lozim.

NYaQVni tanlashda ularning samaradorligiga nisbatan nojo'ya ta'sirlar keltirib chiqarishidagi xavfsizligiga ko'proq e'tibor qaratiladi.

Foliy kislotasi haftasiga 5 mg dan kam bo'lmagan miqdorda MTni qabul qilgandan 24 soatdan so'ng tainlanadi.

Og'riq sindromini bartaraf etish:

NYaQV diklofenak 75 mg m/o ga yoki 50 mg tabletkada kuniga 3 mahal ichishga yoki ketoprofen 2 ml m/o ga tainlanadi.

Glyukokortikoidlar bo'g'im ichiga - yallig'langan bo'g'imga yoki metilprednizolon 250mg t/i ga tomchilab yuboriladi.

4.3. Jarrohlik aralashuvi:

Faqat statsionar sharoitda o'tkaziladi.

Jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar:

Sinovit yoki tendosinovit sababli nervning siqilib qolishi;

Paylar uzilishi xavfi yuqori yoki uzilganligi;

Atlant o'qi chiqishining nevrologik belgilar bilan kuzatilishi;

Kunlik oddiy harakatlar bajarilishini qiyinlashtiruvchi deformatsiyalar;

Og'ir ankilozlar yoki pastki jag' dislokatsiyasi;

Bemorning ishga layoqatini buzadigan bursitlar hamda yaralanishga moyil revmatik tugunchalarning mavjudligi;

Dorilar bilan davolashga rezistent bo'lgan sinovitlar, tendosinovitlar yoki bursitlar;

Bo'g'imlardagi harakatlarning sezilarli chegaralanishi;

Bo'g'imlardagi og'ir deformatsiyalar.

Jarrohlik yo'li bilan davolashga qarshi ko'rsatmalar:

O'tkir miokard infarkti (3 oygacha);

MQAO'B/ONMK (3 oygacha);

Yurak va jigar yetishmovchiligining terminal bosqichlari

Jarrohlik yo'li bilan davolash usullari

Bo'g'imlarni protezlash;

davolovchi artroskopiya, sinovektomiya;

artrodez.

RA bilan bemorlarni jarrohlikdan oldingi davrda davolashga tegishli umumiy tavsiyalar

II,B	MT bilan davolash nisbatan xavfsiz bo'lganligi sababli jarrohlikdan oldingi davrda davom ettirish mumkin.
------	---

MTni to'xtatish jarrohlikdan keyingi davrda kasallikning avj olishiga va jarrohlik natijalarining yomonlashishiga olib kelishi mumkin.

II,B	Buyrak faoliyatining og'ir buzilishlari bo'lgan bemorlarda MT bilan davolashni vaqtinchalik to'xtatib turish maqsadga muvofiq bo'ladi
------	---

GIBP larni dori vositasini farmakokinetik xususiyatidan kelib chiqib vaqtinchalik to'xtatish kerak.

Davolashni to'xtatish dori vositasining organizmdan yarim chiqarish muddatiga, bemorlarning individual xususiyatlariga, jarrohlik turiga bog'liq bo'lib, infeksiya belgilari kuzatilmaganda va jarrohlik yarasi qoniqarli bitganda davolanishni davom ettirish lozim bo'ladi.

II,B	GK bilan davolashni oldingi dozada davom ettirish.
------	--

II,B	Jarrohlik kuniga o'rin bosuvchi davoni tayinlash lozim.
------	---

O'rin bosuvchi davo: jarrohlikning murakkablik darajasiga qarab tomir ichiga 6-metilprednizolon 5-30 mg tomiziladi.

4.4. Keyingi davolash:

Uch tamoyilga asoslanadi:

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

Sanatoriya-kurortda davolanish RAning past faolligi va remissiyasi bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. MDH hududida radon suvlari bilan eng mashhur kurortlar: Belokurixa, Pyatigorsk, Xmelnik, sxaltubo. Vodorod sulfidli buloqlar Sochi-Masesta va Pyatigorsk kurortlariga xos. Mineral suvlar va balchiq kurortlari (Saki, Yevpatoriya).

O'zbekistonda radon manbalari: "O'zbekiston" (Nagorniy, Samarqand viloyati), "Oltinsoy" (Navoiy viloyati) sanatoriylari. Vodorod sulfidli buloqlar "Chimyon" (Farg'ona viloyati), "Jayronxona" (Surxondaryo viloyati), mineral, yod-bromli buloqlar "M.Topvoldiev" (Farg'ona viloyati, Rishton), yoddobromli buloqlar "Chortoq" (Namangan viloyati) santoriylari tarkibida mavjud.

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

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

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

- og'riq sindromining kamayishi yoki butunlay yo'qolishi (yallig'lanish belgilari);
- yangi shikastlangan bo'g'imlarning yo'qligi;
- hayot sifatining yaxshilanishi.

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

5.1. rejali yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- RA erta va isbotlangan tashxisi/taqqoslama tashxis o'tkazish va davolash usulini tanlash

- yuqori darajadagi faollik, RA ning tizimli ko‘rinishlari
- BIPV miqdorini tanlash va korreksiya qilish
- GIBVni tayinlash to‘g‘risidagi masalani hal qilish
- interkurent infeksiya, septik artrit, kasallikning yoki dori bilan davolashning boshqa og‘ir asoratlari rivojlanishi
- homiladorlikning birinchi trimestrida RA ning avj olishi

5.2. shoshilinch yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

Bo‘g‘imda kuchli og‘riq sindromi va kuchli bo‘g‘imdan tashqari belgilar bilan yuqori faollik darajasi;

GKC va BMARP terapiyasini olgan bemorlarda og‘ir interkurent infeksiyasining rivojlanishi;

dori bilan davolashning og‘ir asoratlari rivojlanishi (og‘ir gematologik va gemorragik asoratlar, pnevmonit, oshqozon-ichak tizimi shikastlanishi, toksik gepatit);

nevrologik simptomlar va mielopatiya bilan kuzatiladigan atlantoaksial chiqishlar, (ixtisoslashgan neyroxirurgiya bo‘limida), pay yorilishi, nerv siqilishi (ixtisoslashgan travmatologiya bo‘limida) rivojlanishi bilan kechadi.

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi:

6.1. bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:

OSH

- og‘riq, artralgiyalar, shish, asosan mayda kaft bo‘g‘imlarda ertalabki karaxtlik, mushht qilishga qiynalish va yurganda oyoq barmoqlari asosida og‘riq bo‘lishi, ozib ketish, subfebrilitet.

OSH+Revmatolog

- -UQT;
- -UST;
- -SRO;
- - RO (IgM)
- -ASSP
- -Qon bioximik taxlili: AST i ALT, kreatinin, glyukoza, lipidlar profili
- -gepatit V, S, OIV viruslari markerlari
- -Mantu tuberkulin sinamasi va/yoki Diaskin testi

OSH+Revmatolog

- -Qo‘l va oyoq kaftlarining ko‘lamli rentgenografiyasi;
- -Bo‘g‘imlarni ul‘tratovush tekshirish;
- -MRT

OSH+Revmatolog

- Tashxis: RA;
- Nomedikamentoz ambulator davolash;
- Medikamentoz ambulator davolash.

Revmatolog+Terapevt

- Kasallik og‘ir kechganda, bo‘g‘imda kuchli og‘riq va yallig‘lanish kuzatilganda stasionar davolash.

Terapevt+Revmatolog+Travmatolog+Fizioterapevt

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

Travmatolog+Revmatolog+Fizioterapevt+OSH

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

[<https://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. nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:

Fizioterapevtik tavsiyalar :

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

O'tkir osti bosqichida, zararlangan bo'g'imlarning vazifalarini saqlab qolish uchun, mujassamlashgan jismoniy reabilitatsiya ko'rsatiladi: yotoq yo'li bilan davolash, davolovchi massaj, fizioterapiya muolajalari bilan birga davolash gimnastikasi mashqlari (UFN, issiqlik muolajalari, vodorod sulfid vannalari).

Surunkali kechishida mujassamlashgan jismoniy reabilitatsiyaga davolovchi massaj, davolash gimnastikasi mashqlari, balneoterapiya (vodorod sulfidi, radon vannalari), sanatoriya-kurort sharoitlari bilan birgalikda balchiq terapiyasi kiradi.

Balneoterapiya (BT) faoliyati past bo'lgan poliartrit uchun qo'llaniladigan RAdagi qo'shimcha davolash usuli hisoblanadi.

6.3. medikamentoz (dori-vositalari bilan) davolash:

RAning davosi bemorga individual yondashib, bemorning xohish va istaklariga, xavf omillari (yoshi, jinsi, yondosh patologiyasi, semizlik, stress, infeksiya, zararli odatlar va irsiy omillar), yallig'lanish belgilarining borligi, og'riq darajasi, kundalik faoliyatlarning chegaralanganligi va xayot sifatiga mos xolatda olib borilishi lozim.

Quyidagi dori vositalari RA ni davolashda asosiy o'rin tutadi:

Sintetik bazis yallig'lanishga qarshi standart vositalar

Bazis gen-injener biologik vositalar

Glyukokortikosteroidlar

Qo'shimcha dori vositalari

Bazis yallig'lanishga qarshi vositalar

Sintetik standart:

metotreksat, leflunomid, sulfasalazin, gidroksiklorolin va boshqalar

Yanus-kinaza ingibitorlari – peroral target sintetik bazis yallig'lanishga qarshi vositalar

Gen-injener biologik:

FNO- α ingibitorlari, boshqa mexanizimli GIBP, IL-6 ingibitorlari

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

1-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
-------------------------	---------------------------	------------------	-------------------

	patentlangan nomi		
o'smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	2,5 mg, 5 mg tabletkalar, ichishga, 7,5-15mg haftada 1-2 marta	1 A
o'smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	oldindan to'ldirilgan shprislar 7,5 mg-22,5 mg teri ostiga, haftada 1marta	2 V
immunodepressant	Leflunomid	20 mg tabletkalar, ichishga, 10-20 mg, kuniga 1 marta	1 A
sulfanilamidli vosita	Sulfasalazin	500mg tabletkalar, ichishga, kuniga 2-3 marta	1 A
bezgakka qarshi vosita	Gidroksixloroxin	200mg tabletkalar, ichishga, kuniga 1-2 marta	2 V
			[https://www.elibrariy.ru/item.asp?id=25340036]
Glyukokortikoidlar			
glyukokortikoid	Prednizolon	5 mg tabletkalar, ichishga, 0,3–0,5 mg/kg/sutka, sxema bo'yicha	I A
glyukokortikoid	Prednizolon	ampula, 1 ml /30mg, 30mg-120mg, t/i tomchilatib, kuniga 1 marta	I A
glyukokortikoid	Metilprednizolon	tabletkalar 4 mg, 16mg, 0,3–0,5 mg/kg/sutka, sxema bo'yicha	I A
glyukokortikoid	Metilprednizolon	flakon 250 mg, v/i, tomchilab, 250mg, 1 maxal/sutkada	I A
glyukokortikoid- depo shakli	Betametazon dipropionat/natriya fosfat	7mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
glyukokortikoid -depo shakli	Triamsinolon asetonid	40 mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya, bo'g'im ichiga, 1,0 ml gacha, sxema bo'yicha	1 A-V
			[https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/547/521?locale=ru_RU]
Bazis gen-injener biologik vositalar			

GIBP, α -O'NO ingibitori	Etanersept	shpris-ruchka 25mg va 50mg, teri ostiga, haftasiga 25 mg 2 mahal yoki 50 mg 1 mahal.	Ia, A
	Adalimumab*	shpris-ruchka 40 mg t/o 1 maxal 2 xaftada	1 A-V
	Golimumab*	50-100 mg t/o, 1 maxal/oyda	1 A-V
	Infliksimumab*	5 mg/kg v/i, 0,2,6 xaftada, keyin xar 6 xaftada	1 A-V
	Sertolizimumab*	200 mg t/o har 2 xaftada	1 A-V
GIBP, monoklonal antitanalar guruhidagi o'smaga qarshi vositalar	Rituksimumab	flakonlar 500mg/50 ml in'eksiyaga eritma tayyorlash uchun konsentrat, 1000 (500) mg, t/i tomchilatib, davolashning 1-va 15-kunlari, 6 oydan so'ng yana takrorlanadi	Ia, A
T-hujayra kostimulyatsiya ingibitorlari	Abatasept	125 mg t/o har hafta yoki v/i infuziya, kattalar uchun bir martalik doza 0.5-1 g.	Ia, A
GIBP, Interleykin-6 ingibitorlari	Totsilizimumab	flakon 80 mg/4 ml, 200mg/10ml infuziyaga eritma tayyorlash uchun konsentrat, 4 yoki 8 mg/kg, t/i tomchilatib kamida 1 soat davomida, 4 xaftada 1 marta	Ia, A
		shpris-tyubik 162mg/0,9 ml, teri ostiga eritma, xaftada 1 marta	Ia, A
(tsBPVP)	Tofatsitinib*	Tabletka 5 mg 2 maxal/sut	Ia, A
	Baritsitinib*	Tabletka 4 mg 1 maxal/sut	Ia, A
	Upatatsinib*	Tabletka 15 mg 1 maxal/sut	Ia, A
			[https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr250.pdf]

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

Metotreksat RA ni davolashda "oltin standart" hisoblanadi.

I A	Metotreksat birinchi davolash strategiyasining bir qismi bo'lishi kerak
-----	---

RA rivojlanish ehtimoli yuqori bo'lganda RA va differensiallashmagan artrit bilan bemorlarga tayinlanishi lozim.

NR xavfi bo'lmasa (keksa yoshdagi, buyrak va jigar faoliyatining buzilishi, gematologik kasalliklar va boshqalar.), MT bilan davolashni samaradorligi va ko'tara olishiga qarab 10-15 mg/hafta miqdorda tabletka shaklida ichishdan boshlash yoki har 4-6 haftada 20-25 mg/hafta dozagacha (haftalik 0,3 mg/kg gacha) ortishi bilan teri ostiga in'eksiya shaklida boshlash kerak.

II B	Metotreksatning t/o shakli tabletka shakli samarasi yetarli bo'lmaganda yoki ko'tara olmaslikda hamda RAning "yuqori faolligi" bo'lgan bemorlarda (DAS28 \geq 5,1) tavsiya etiladi.
------	--

MT ning teri osti shakli farmakokinetik parametrlari, so'rilishi va foydalanish qulayligi jihatidan peroral shakldan ustundir.

I A	MT bilan davolash fonida foliy kislotasi (kamida 5 mg/hafta) tavsiya etiladi, bu MTni qabul qilishdan 24 soatdan keyin buyurilishi kerak.
-----	---

Davolash boshlanishida har 1-3 oyda va MT ning barqaror dozasi erishgunga qadar, keyin har 3 oyda ALT/AST, kreatinin va umumiy qon tahlilini o'tkazish kerak.

ALT/AST konsentratsiyasi 3 marta ortgan bo'lganda MT ni davolash to'xtatilishi va laboratoriya ko'rsatkichlar normallashtirishdan keyin past dozada qayta tiklanishi kerak.

Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda MTdan foydalanish mumkin emas.

I A	Leflunomid MT bilan davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan yoki ko'tara olmagan bemorlarda leflunomid (birinchi) davolash strategiyasining bir qismi sifatida tayinlanishi kerak.
-----	---

LF bilan davolash fonida umumiy qon tahlilini, qon zardobidagi transaminazalar, kreatinin konsentratsiyasini va qon bosimini nazorat qilish kerak.

I A	Sulfasalazin MTga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda yoki ko'tara olmaslikda tavsiya etiladi. Dastlabki miqdori kuniga 2 ta tabletkadan boshlanib, asta-sekin 2-3 g/kunga ko'tariladi.
-----	---

II B	Gidrosixloroxin MT bilan kombinirlangan davolashning bir qismi sifatida, asosan RA yengil kechishida tavsiya etiladi.
------	---

--	--

BYaQV MT bilan birgalikda, ayniqsa MT ni GK bilan birgalikda tayinlanganda monoterapiyadan ustun hisoblanmaydi.

MT va LEF gepatit S virusini tashuvchilarda va virusga qarshi terapiya o'tkazmaganlarda qarshi ko'rsatma, bunda sulfasalazin va gidroksixloroxin qo'llanilishi mumkin.

Sulfasalazin va gidroksixloroxinni homiladorlik davrida qo'llash mumkin.

Ia, A	GK - yallig'lanishga qarshi tez ta'sirga ega bo'lganligi uchun ularni BYaQV bilan birga buyurish tavsiya etiladi. BYaQV samaradorligi davolash boshidan 4-6 hafta o'tganda namoyon bo'ladi. GK miqdorini klinik jihatdan imkon boricha tezroq kamaytirish lozim (taxminan 3 oy ichida).
-------	---

GKS larni qabul qilish NT rivojlanishi bilan kuzatiladi: osteoporoz, insulinga rezistentlik, infeksiyon va yurak-qon tomir asoratlari. Bu holatlar nazorat qilinmagan "revmatoid" yallig'lanish natijasi bo'lishi mumkin. NT kuzatilgan bemorlarni mos mutaxassisga maslahatga va davolanishga yo'llash lozim.

RA bilan >5 mg/sutka miqdorda 3 oydan ortiq vaqt davomida GK qabul qilayotgan barcha bemorlarga glyukokortikoid osteoporozning oldini olish maqsadida kalsiy va vitamin D dori vositalarini tayinlash lozim.

Bazisli gen-injener biologik vositalar

α -O'sma nekroz omili ingibitorlari (immunosupressantlar) (infliksimab, adalimumab, etanersept, golimumab va sertolizumab pegol)

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

interleykin-6 ingibitorlari (interleykin-6 retseptorlarigaga qarshi monoklonal antitanalar)

GIBV tayinlanish masalasini hal qilish uchun bemor ekspert komissiyasiga yo'llanadi.

Ia, A	Agar sintetik BYaQV yordamida davolash maqsadiga erishilmaganda va noxush bashorat omillari mavjud bo'lganda (kasallikning yuqori faolligi, eroziyalar mavjudligi va ASSP yuqori titri) GIBP qo'shiladi
-------	---

Ia, A	GIBV sintetik BYaQV bilan birgalikda tayinlanishi lozim.
-------	--

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

Ia, A	Agar GIBV samara bermagan bo'lsa, boshqa GIBV bilan davolanish imkonini ko'rib chiqish kerak.
-------	---

GIBVning birinchi tomir ichiga infuziyasi ixtisoslashtirilgan revmatologiya shifoxonalarda amalga oshirilishi lozim.

Shpris-ruchka (smartject) bilan yuboriladigan dorilar, shifokor nazorati ostida, bemor tomonidan qilinishi mumkin.

α -O'sma nekrozi omili ingibitorlari (immunodepressiv vosita) ni RO/ASSP bo'yicha seronegativ RA (yoki antitanalar miqdori biroz oshganda) va bu vositalarni tayinlashga ko'rsatma sifatida qayd etilgan yondosh kasalliklari mavjud bo'lganda (yoki bo'g'imdan tashqari belgilarda) jumladan psoriaz, ichakning yallig'lanish kasalliklarida tayinlash maqsadga muvofiqdir.

α -O'NO ingibitorlarini autoimmun buzilishlar, xavfli o'smalar, yashirin sil infeksiya reaktivatsiya xavfida, demielinlanuvchi markaziy asab tizimi kasalliklarida qo'lash tavsiya etilmaydi.

Etanersept sil infeksiyaning avj olish xavfi bor bemorlarga, homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarga va gepatit C virusi simptomsiz tashuvchilariga tavsiya etiladi. Etanersept uveit rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ia, A	α -O'NO ingibitorlari bilan davolash samara bermasa, bemorlar boshqa ta'sir mexanizmi bo'lgan GIBV (RTM, TCZ) yoki ikkinchi α -O'NO ingibitori yoki TOFA bilan davolanishi mumkin
-------	---

Boshqa ta'sir mexanizmi bo'lgan GIBV.

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

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

Rituksimab bilan davolash paytida, IgG konsentratsiyasini ayniqsa, past bazal darajalarda va keksa odamlarda (60 yoshdan kattalarda) dinamikada aniqlab turish kerak.

Dori vositasini birinchi marta qilishda GK premedikatsiyasi (rituksimabni tomizishdan oldin 100 mg 6-metilprednizoloni tomir ichiga 30-60 daqiqa davomida yuborish, parasetamol (1 g) va antigistamin vositalar (xlorfenamina 10mg tomir ichiga) talab qilinadi.

Interleykin-6 ingibitorlari

Totsilizumab «birlamchi» GIBV sifatida tayinlanganda quyidagi omillarga e'tibor qaratish lozim: RA kuchli konstitutsional belgilar (davomli ertalabki karaxtlik, holsizlik, ozish, uyqusizlik, isitma, ko'p bo'g'implarda og'riq), laborator o'zgarishlar (S-reaktiv oqsil miqdorining ortishi >100 mg/l, giperferritinemiya, og'ir kamqonlik), surunkali yallig'lanish kasalliklari, amiloidoz.

Ham monoterapiya, ham MT va/yoki BYaQV bilan birgalikda qo'llash mumkin.

Totsilizumab bilan monoterapiya qilish samara jihatdan α -O'NO ingibitorlari monoterapiyasidan afzal bo'lib, MTga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan yoki uni ko'tara olmagan bemorlarga asosan tavsiya etiladi. Kattalarda Still kasalligida samarali hisoblanadi.

Yanus-kinaza ingibitorlari – peroral target sintetik bazis yallig'lanishga qarshi vosita.

MT va boshqa sBYaQV (SULF, LEF, GX) qo'llanilishga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda, GIBV, yoki tsBYaVV (selektiv immunodepressantlar: Baritsitinib, Tofatsitinib*) qo'llanilishi tavsiya etiladi (tegishli xavf omillarni inobatga olgan holda). Baritsitinib 4 mg 1 tab 1 kunda 1 mahal, tofatsitinib* 5 mg 1 tab 1 kunda 2 mahal qo'llaniladi. JAK ingibitorlari qo'llanilganda quyidagi yurak-qon tomir asoratlari va yomon sifatli o'smalar xavf omillarini inobatga olish zarur: 65 yoshdan katta, chekish (hozirda yoki anamnezda), yurak-qon tomir kasalliklari boshqa xavf omillari (diabet, semizlik, gipertoniya), yomon sifatli o'smalar boshqa xavf omillari (anamnezda yoki hozirda mavjud yomon sifatli o'smalar, yaxshi davolangan nomelanom teri rakidan tashqari), tromboemboliya asorati xavf omillari (anamnezda miokard infarkti yoki yurak yetishmovchiligi, o'sma, anamnezda nasliy qon ivishi buzilishi yoki tromblar, shuningdek, kombinirlangan gormonal kontraseptivlar yoki o'rin bosuvchi gormonal terapiya qabul qiluvchi, katta xajmli jarroxlilik amaliyoti o'tkazgan yoki harakatsiz bemorlar kiradi).

Remissiyaga erishilgandan so'ng davolash usuli

Ia, A	GKSni to'xtatilgandan so'ng yoki miqdori kamaytirilgandan so'nggi turg'un remissiyadan keyin ayniqsa BYaQV bilan birgalikda qo'llanilganda GIBV miqdorini kamaytirish yoki oralig'ini uzaytirish imkoni ko'rib chiqiladi.
-------	---

Ia, A	Birinchi navbatda GIBV keyin BYaQV miqdorini kamaytirish yoki bekor qilinishi kerak
-------	---

GIBV miqdorini kamaytirish (yoki bekor) fonida kasallikning avj olishida standart miqdorda shu dorilarni (yoki boshqa GIBV) qayta tayinlashingiz mumkin.

Agar bemor doimiy remissiyada bo'lsa, BYaQV miqdorini kamaytirish masalasini ko'rib chiqish mumkin.

GIBV tayinlashga qarshi ko'rsatmalar:

Faol infeksiyalar

Sil kasalligi

Oqsil komponentiga yuqori sezuvchanlik

Immunitet tanqisligi holatlari,

Jigar yetishmovchiligi:

Og'ir gematologik buzilishlar

Tarqoq skleroz

TQB

O'rtacha/og'ir dimlanishli yurak yetishmovchiligi

Onkologik kasalliklar

GIBV bilan davolash yashirin sil infeksiyasining tuberkulostatik profilaktik oldini olish boshlanganidan 2 oydan keyin boshlanishi kerak.

In'eksiyadan keyingi reaksiyalar xavfini kamaytirish uchun dori vositalarini teri ostiga yuborish texnikasiga qat'iy amal qilish tavsiya etiladi (muntazam ravishda in'eksiya joylarini

o'zgartirish, sovutilgan eritmani yubormaslik va hokazo), agar lozim bo'lsa, antigistamin vositalar qabul qilish, in'eksiya joyiga mahalliy GK, muz qo'yish tavsiya qilinadi.

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (50% foydalanish ehtimoli bilan):

2-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
NYaQV	Asetaminofen (parasetamol)	500 mg tabletka - ichishga- 2-3 marta/kuniga	1 A
NYaQV	Diklofenak	25mg, 50 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		100 mg tabletka, kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		3ml 25mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
		1ml 75mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Aseklofenak	100 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
NYaQV	Indometatsin	25mg tabletka- ichishga kuniga 2-3 marta	1 A
NYaQV	Ketorolak	10mg tabletka- ichishga- kuniga 1-4 marta	1 A
		30mg/ml ampula- v/i, m/o- kuniga 1-3 marta	1 A
NYaQV	Ibuprofen	200 mg tabletka- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A
		400 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		800 mg tabletka- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Naproksen	250mg, 500mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		275mg, 550mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Ketoprofen	50 mg kapsula- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A

		100mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
		150 mg tabletka va kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		2 ml 50mg/ml ampula- m/o, v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Deksketoprofen	12,5 mg, 25mg tabletka 25 mg ichishga eritma tayyorlash uchun granulali paketcha-ichishga- kuniga 1-3 marta	1 A
		2 ml 25mg/ml ampula-m/o yoki v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Tenoksikam	20mg tabletka-ichishga-kuniga 1 marta	1 A
		20 mg liofillangan kukun va erituvchi flakon-m/o, v/i-kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Lornoksikam	4mg tabletka-ichishga-kuniga 2-3	1 A
		8mg tabletka-ichishga-kuniga 1-2 marta	1 A
		8 mg flakon v/i va m/o kiritish uchun eritma tayyorlashga liofilizat- v/i, m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
NYaQV	Piroksikam	10mg, 20mg kapsula, tabletka-ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		20mg/ml ampula- kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Meloksikam	7,5–15mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		15mg/1,5ml ampula- m/o- kuniga 1 marta	1 A
NYaQV	Nimesulid	100mg tabletka, 100 mg/2 g suspenziya tayyorlab ichish uchun granula- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
NYaQV	Etodolak	400mg, 600 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
NYaQV	Selekoksib	200 mg, kapsula – ichishga – kuniga 2 maxal	1 A
NYaQV	Etorikoksib	60mg, 90mg, 120mg tabletka-ichishga- kuniga 1 marta	1 A
vitamin	Foliy kislotalari	tabletka 1 mg, 5 mg, ichishga, kuniga 2-3 marta	
			[https://www.nogr.org/jour/article/view/]

			801?locale=ru_RU
--	--	--	----------------------------------

Og‘riq sindromini bartaraf etish:

NYaQV diklofenak 75 mg m/o ga yoki 50 mg tabletkada kuniga 3 mahal ichishga yoki ketoprofen 2 ml m/o ga tayinlanadi.

Glyukokortikoidlar bo‘g‘im ichiga - yallig‘langan bo‘g‘imga yoki metilprednizolon 250mg t/i ga tomchilab yuboriladi.

6.4. Jarrohlik aralashuvi:

Bo‘g‘imlarni endoprotezlash amaliyoti kuchli og‘riq, konservativ davo samarasizligi, bo‘g‘im funksiyasi buzilganda (deformatsiyalar, bo‘g‘imning noturg‘unligi, kontraktura va mushak atrofiyalari) tizza va chanoq-son bo‘g‘imi RAlI bemorlariga tavsiya qilinadi. 1A

Samaradorlik davomiyligi taxminan 10 yil va ko‘proq, infeksiyon asoratlar va qayta jarroxlik amaliyotlarining uchrash chastotasi 0,2-2,0% ga teng. Bo‘g‘imlar endoprotezlash amaliyotining eng yaxshi natijalari 45-75 yoshli, tana massasi 70 kgdan kam bo‘lgan bemorlarda kuzatiladi.

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

Jarroxlik amaliyotiga ko‘rsatma: konservativ davo samarasizligida, III-IV rentgenologik bosqichda og‘riq intensivligi kuchli bo‘lganda

Jarroxlik amaliyotiga qarshi ko‘rsatma:

- o‘tkir miokard infarkti (3 oydan kam);
- bosh miya qon aylanishining o‘tkir buzilishida (3 oydan kam);
- yurak va buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichida.

6.5. Keyingi davolash:

Bemorlarni o‘rgatish tavsiya etiladi:

- Bo‘g‘imlarga jismoniy yuklamani kamaytirish;
- har kunlik davolovchi jismoniy mashqlar bajarish;
- maxsus ortopedik moslamalardan foydalanish;
- qulay oyoq kiyimi tanlash;
- tana vaznini normallashtirish.

Ambulator kuzatuv va davolash: OSh, revmatolog, fizioterapevt va ortoped-travmatolog mutaxassislari tomonidan olib boriladi. Kuzatuv davomiyligi individual tartibda, yuqorida ko‘rsatilgan mutaxassislar tomonidan olib boriladi.

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

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

- og‘riq sindromining kamayishi yoki butunlay yo‘qolishi (yallig‘lanish belgilari);
- yangi shikastlangan bo‘g‘imlarning yo‘qligi;
- hayot sifatining yaxshilanishi.

7. Protokolning tashkiliy jihatlari:

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

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

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

**“REVMATOID ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY
ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent 2025

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

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

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

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

2.2. Umumiy ta'rifi:

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

[<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>]

Revmatoid artrit butun dunyoda keng tarqalgan va barcha etnik guruhlariga ta'sir qiladi. Rivojlangan mamlakatlarda tarqalish darajasi 0,5-1% (qariyalarda 5%) gacha. Har yili 100 000 aholiga 5 dan 50 gacha odam kasallanadi. Kasallikning o'rtacha boshlanish yoshi ayollarda 40-50 yoshni, erkaklarda esa biroz ko'proqni tashkil qiladi. Ayollar erkaklarga qaraganda 3-5 marta tez-tez kasal bo'lishadi.

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

2.3. Klinik tasnifi:

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

I. Asosiy tashxis:

Seropozitiv revmatoid artrit (M05.8);

Seronegativ revmatoid artrit (M06.0);

Revmatoid artritning alohida klinik shakllari:

Felti sindromi (M05.0);

Kattalarda Still kasalligi (M06.1).

Ehtimolli revmatoid artrit (M05.9, M06.4, M06.9).

RA seropozitivligi va seronegativligi revmatoid omil va/yoki siklik sitrullinirlangan oqsillar antitanachalari (ASB) aniqlanishiga qarab belgilanadi, ularni aniqlash uchun standartlashtirilgan laboratoriya usullaridan foydalanish lozim.

II. Klinik bosqichi:

Juda erta bosqichi: kasallik davomiyligi 6 oygacha;

Erta bosqich: kasallik davomiyligi 6 oydan - 1 yilgacha;

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

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

III. Kasallik faollik darajasi:

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

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

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

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

Faollikni bazaviy baholash sifatida DAS28 indeksini qo‘llash tavsiya etiladi.

DAS28 hisoblash formulasi:

$DAS28 + 0,56\sqrt{OBS} + 0,28\sqrt{ShBS} + 0,70\ln EChT + 0,014 BS'HUB$

Bunda, OBS- og‘riqli bo‘g‘imlar soni, ShBS- shishli bo‘g‘imlar soni quyidagi 28dan: yelka, tirsak, bilakraft, qo‘l kaflari, proksimal falangalararo, tizza, EChT –Vestergren usulida eritrotsitlar cho‘kish tezligi,

BS'HUB – bemorlar sog‘ligi holatining umumiy bahosi 100 millimetrli vizual analog shkala bo‘yicha, mm. da

DAS28 bilan mos kelishi isbotlangan boshqa faollikni hisoblash usullarini ham qo‘llash mumkin.

Bo‘g‘imlardan tashqari (tizimli) belgilar:

Revmatoid tugunchalar;

Revmatoid vaskulit (yarali-nekrotik vaskulit, tirnoq o‘rindig‘ining infarkti, digital arteriit, livedo-angiit);

Neyropatiyalar (mononevrit, polineyropatiya);

Plevrit (quruq, eksudativ), perikardit (quruq, eksudativ);

Shегren sindromi;

Ko‘zning zararlanishi (sklerit, episklerit, to‘r parda vaskuliti);

O‘pkaning interstitsial kasalligi

IV. Instrumental tavsifi:

Eroziyalar mavjudligi yoki yo‘qligi (rentgenografiya, MRT, UTT ma’lumotlari):

noeroziv;

eroziv

Rentgenologik bosqich (Shteynbroker bo‘yicha, modifikatsiyalangan):

I – bo‘g‘imoldi osteoporoz;

II - bo‘g‘imoldi osteoporoz + bo‘g‘im tirqishining torayishi, bir nechta eroziyalar;

III – oldingi bosqich belgilari + ko‘p sonli eroziyalar + bo‘g‘imlar chiqishi;

IV - oldingi bosqich belgilari + suyak ankilozi.

V. Qo‘shimcha immunologik tavsif - Siklik sitrullinirlangan peptidlarga antianachalar (ASSP):

ASSP - musbat

ASSP – salbiy

VI. Funksional sinf:

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

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

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

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

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

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

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

VII. Asoratlari:

Ikkilamchi amiloidoz

Ikkilamchi osteoartroz

Generallashtirilgan osteoporoz

Osteonekroz

Tunnel sindromlar (karpal kanal sindromi, tirsak, katta boldir nervlari siqilish sindromi).

Atlanto-aksial bo'g'im chiqishi, shuningdek mielopatiya bilan, bo'yin umurtqasining noturg'unligi.

Qon tomirlarning aterosklerotik shikastlanishi.

Tashxisda aks ettirish lozim:

Asosiy tashxis

Seropozitivlik, seronegativlik

Klinik bosqich

Kasallik faolligi

Bo'g'imdan tashqari (tizimli) belgilari

Instrumental tavsifi

ASSP mavjudligi

Funksional sinfi

Asoratlari.

[\[https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2021/%D0%A0%D0%9D%D0%9C%D0%9E%D0%A2%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%93%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%98%D0%97%D0%A0%D0%90%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.pdf\]](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. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari.

3.1. muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

RAni zamonaviy davolash usuli «Maqsadga erishguncha davolash» tamoyiliga asoslanadi (“Treat to target”).

Davolashning maqsadi kasallikning remissiyasiga (yoki past faolligiga) erishish, funksional imkoniyatlarni barqarorlashtirish, hayot sifatini va ish qobiliyatini saqlab qolish va komorbid kasalliklar xavfini kamaytirishdir

Umumiy tamoyillar.

Bemorlarni revmatologlar davolashi kerak.

Davolash shifokor va bemor o'rtasidagi yaqin hamkorlikka asoslangan (bemor va revmatolog o'rtasida kelishilgan bo'lishi kerak)

BYaQV bilan davolash imkon qadar erta, "imkoniyat oynasi" (window of opportunity) – RA ning birinchi belgilari rivojlanish paytidan birinchi 3 oy ichida boshlanishi kerak.

Davolash quyidagilarga asoslangan: faollik darajasi, yondosh kasalliklar mavjudligi, bo'g'imlarning struktur jaroxatlanishini avj olish tezligi va davolash xavfsizligi.

Tegishli qat'iy ko'rsatmalar asosida glyukokortikoidlarni bo'g'im ichiga yuborish tavsiya etiladi. Glyukokortikoidlarni bo'g'im ichiga yuborish kuchli yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega, ammo ikkilamchi osteonekroz rivojlanishining yuqori xavfi va bo'g'imlar degradatsiyasining kuchayishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ularni NYaQV larning yetarli dozalari bilan sinovitni bartaraf etishning iloji bo'lmagan holatlarda qo'llash mumkin. 3 oyda bir martadan ko'p bo'g'im ichi GKS in'eksiyasi amaliyotini bajarish tavsiya etilmaydi.

3.2. muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

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

3.3. muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar:

- bo'g'imlarning sinoviti;
- bo'g'imdagi og'riq sindromi;
- bo'g'imlar va boylamlardagi operatsiyadan keyin tiklanish;
- bo'g'imlar va boylamlar zararlanishi bilan kechadigan kasalliklar.

3.4. muolaja yoki aralashuvni bajaradigan mutaxassisga talablar:

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

3.5. asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

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

3.6. muolaja yoki aralashuvni o'tkazishga qo'yiladigan talablar:

Bo'g'im ichi amaliyotlari

Dori vositalari (xalqaro nopatent nomi)	Farmokologik guruxi	Chiqarilish shakli	Qo'llash usuli	Bir martalik dozasi	Qabul qilish soni
Betametazon dipropionat/natriya fosfat	glyukokortikoid- depo shakli	7mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya	bo'g'im ichiga	1,0 ml gacha	1 susp.
Triamsinolon asetonid	glyukokortikoid -depo shakli	40 mg/ml-1,0ml in'eksiya uchun suspenziya	bo'g'im ichiga	1,0 ml gacha	1 susp.

In'eksiya uchun glyukokortikoidlar-depo shakli RA tizza bo'g'imi sinoviti bilan kechganda yoki kuchli og'riqni kamaytirish uchun qo'llaniladi. Bitta bo'g'imga 1 yilda 2-3 in'eksiyadan ortiq qo'llanilmaydi.

Qo'l panja bo'g'imlariga GK tavsiya etilmaydi, biroq falangalararo bo'g'imlar sinovitida qo'llash mumkin.

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

3.7. bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Bemorlarni muolajaga tayyorlash uchun maxsus talablar yo'q.

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

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

4. Protokolning tashkiliy jihatlari:

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

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

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

**“REVMATOID ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent 2025

55

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

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

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

2.2. Profilaktika yoki reabilitatsiya ta'rifi:

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

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

Reabilitatsiya-bu funksional buzilishlarni va ularning bemorning hayotiga salbiy ta'sirini kamaytirish, mehnatga layoqatlikka erishish, hayotning barcha sohalarida mustaqillik qobiliyatini oshirish, ijtimoiy moslashuv va jamiyatga qo'shilish maqsadida tibbiy, pedagogik, ijtimoiy va kasbiy tadbirlarni birgalikda va muvofiqlashtirilgan holda qo'llash tushuniladi.

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

2.3. Profilaktika yoki reabilitatsiyaning turlari:

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

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

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

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

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

Reabilitatsiya bosqichlari:

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

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

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

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

2.4. ommaviy profilaktika va individual profilaktika tadbirlarini o‘tkazish tamoyillari:

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

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

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

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

[<https://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. Profilaktika usullari va muolajalari:

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

2) Birlamchi profilaktika – RA xavf omillariga ta‘sir – sog‘lom turmush tarzi, jismoniy tarbiya, to‘g‘ri ovqatlanish va parodontitni davolash.

3) skrining mavjud emas.

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

5) Uchlamchi profilaktika – RA bilan og‘rigan bemorlarning asoratlarini rehabilitatsiya qilish (OP da OSh, MKTP da revmatolog, statsionar sharoitlarda va rehabilitatsiya markazlarida amalga oshiriladi);

[<https://rheumo.ru/methods/profilaktika/147-profilaktika-revmaticheskix-zabolevanij.html>]

3.2. Rehabilitatsiya usullari va muolajalari:

Uch tamoyilga asoslanadi:

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

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

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

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

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

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

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

- hayot sifatini yaxshilash: bemorlarni reabilitatsiya qilishning zamonaviy usullari.

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

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

5. Profilaktika turlarini o'tkazishni aniqlash mezonlari:

RA rivojlanishining birlamchi profilaktikasi uchun bemorlarga kasallikning kuchayishiga olib keladigan omillardan voz kechish tavsiya etiladi (interkurrent infeksiyalar, stress va boshqalar.), chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni cheklash, normal tana vaznini saqlash va og'iz bo'shlig'i gigienasiga va sog'lom turmush tarziga rioya qilish.

Ikkilamchi profilaktika RA va komorbid patologiyaning rivojlanishiga sabab bo'luvchi yallig'lanish faolligini to'xtatishga asoslangan bo'lishi kerak.

6. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari:

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

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

Operatsiyadan oldingi davr: EMS ikkala son va oyoq mushaklarining; ikkala pastki ekstremitalarning massaji; mashqlar terapiyasi (izometrik mashqlar). Operatsiyadan keyingi erta davr: ko‘krak va diafragma nafas olish uchun mashqlar; FTL (o‘ta yuqori chastotali elektr maydoni (UHF EP) yoki yaraga ultrabinafsha nurlanishiga ta’sir qilish, sog‘lom oyoqdagi EMC №5, tikuvlarni olib tashlaganingizdan so‘ng - operatsiyadan 2-3 hafta o‘tgach massaj qilish); 1-2 kundan boshlab mashqlar terapiyasi (izometrik harakatlar, yuqori ekstremitalarning bo‘g‘imlari va sog‘lom oyoqdagi harakatlar), 1 kundan boshlab jismoniy mashqlar terapiyasi bemorga qo‘llari va yotoq ramkasi yordamida to‘shakda o‘tirish o‘rgatiladi; operatsiyadan bir necha soat o‘tgach, qo‘ltiq tayoqchalariga qo‘shimcha yordam bilan operatsiya qilingan oyoq-qo‘lda yuksiz turish va yurishga ruxsat beriladi. Drenajlarni olib tashlagandan so‘ng, qo‘ltiq tayoqchalarida qo‘shimcha tayanch va operatsiya qilingan oyoq-qo‘lda dozalangan yuk bilan yurish tavsiya etiladi. Operatsiyadan keyingi kech davr (3 haftadan boshlab): Oyoqqa qisman yuk (qo‘ltiq tayoqchalari yordamida zinapoyada yurish), tayoqdan 3-4 hafta foydalanishga ruxsat beriladi; mashqlar terapiyasi; FTL (og‘riq qoldiruvchi vositalarning elektroforezi).

Bemorlarga o‘rtacha 1,5-3 oy o‘tgach, son yoki boldir suyaklarning tuzatuvchi periartikulyar osteotomiyalaridan keyin va endoprostetik operatsiyadan 1-3 oy o‘tgach, bo‘g‘imning shikastlanish darajasiga qarab, jarrohlik aralashuvining usullari va xususiyatlariga qarab to‘liq yuklanishga ruxsat berish tavsiya etiladi. Reabilitatsiya davolashning ushbu davridagi terapevtik chora-tadbirlarning asosi mashqlar terapiyasi (shu jumladan basseyn), simulyatorlar bo‘yicha mashg‘ulotlar va balneoterapevtik muolajalar bo‘lib, ular ixtisoslashtirilgan markazlarda yoki sanatoriy-kurort muassasalarida o‘tkazilishi tavsiya etiladi. Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Bemorlarning ma’lum bir toifasi uchun qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa, operatsiyadan keyingi davrda reabilitatsiyaning bir qismi sifatida fizioterapevtik davolanishdan foydalanish tavsiya etiladi. Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2).

Erta davrda fizioterapiyaning vazifalari operatsiya qilingan oyoq-qo‘lning analgezik, yallig‘lanishga qarshi, reparativ va regenerativ ta’sirlarni oshirish uchun qo‘llaniladi. Shu maqsadda, klinik zarurat tug‘ilganda, bemorning komorbidlik omillarini hisobga olgan holda, zamonaviy fizioterapiya usullarining keng arsenalidan foydalanish mumkin.

Jarrohlikdan keyingi davrda RA farmakoterapiyasi

Dori vositasi	Izoh
Metotreksat	Xavfsiz

Leflunomid	Tavsiya etilmaydi; yarim chiqish davri uzoq
Gidroksixloroxin	Xavfsiz; trombozlar xavfini kamaytiradi
a-O'NO Ingibitorlari	Nisbatan xavfsiz; infeksiyalar xavfini oshiradi
Rituksimab	Nisbatan xavfsiz
Totsilizumab	Ma'lumotlar yo'q; infeksiyon asoratlarni tashxislash qiyin
Abatasept	Ma'lumotlar yo'q; infeksiyalar xavfi past
NYaQV	Qisqa ta'sir qiluvchi vositalarni qo'llash kerak
Aspirin	Jarrohlikdan 7-10 kun oldin to'xtatish lozim
Glyukokortikoidlar	To'xtatmaslik lozim; o'rin bosuvchi davo tayinlash lozim

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

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

Laborator diagnostika:

-umumiy qon taxlili,

-umumiy peshob tahlili,

-qon biokimyoviy taxlili (kreatinin, glyukoza, umumiy bilirubin, transaminaza, triglitseridlar, YuZL, PZL)

Laborator tekshiruvlar boshqa bo'g'im yallig'lanish kasalliklarini (pirofosfat artropatiya, RA, PsA, podagra) tasdiqlash yoki qiyosiy tashxis maqsadida o'tkaziladi. RAda UQTda EChT, RO, ASSP, ortishi kuzatiladi, qon zardobida siydik kislotasi - odatda normada. 4 D.

Sinovial suyuqlikni tekshirish faqat sinovit bo'lgan xollarda qiyosiy tashxis qilish maqsadida (infeksiyon artrit, pirofosfat artrit, podagra) o'tkaziladi.

Instrumental tashxis

Jarohatlangan bo'g'imlar rentgenografiyasi;

Sinovitni tashxislash uchun bo'g'im UTTsi;

Tizza bo'g'imi MRTsi qiyosiy tashxis maqsadida.

Rentgenografiya

Rentgenografiya tekshiruvi RAda eng ishonchli diagnostika usuli bo'lib, bo'g'im tirqishining torayishi, chekka osteofitlar, subxondral skleroz, subxondral kistalarni aniqlaydi. Rentgenografiya qo'l va oyoq kafti, tizza bo'g'imi RAni tashxislash uchun "oltin standart" hisoblanadi.

Tizza bo'g'imi rentgenografiyasi- turgan xolda oldi va yon proeksiyalarda, patellofemoral bo'g'imni tekshirish uchun yon proeksiyada tizzani bukkan holda o'tkaziladi. I B.

Qo'l panjasi bo'g'imlari - bitta plyonkada to'g'ri proeksiyada ikkala qo'l panja umumiy rentgenografiyasi o'tkaziladi. I B.

UTT tizza va chanoq-son bo'g'imi ultratovush tekshirish usuli sinovitni aniqlash, menisklar, tog'ay, bog'lamlari, mushaklari shikastlanishi (tizza bo'g'imlari uchun), GKS chanoq son bo'g'imi ichiga yuborish maqsadida o'tkaziladi.

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

[<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. Darajasi ko'rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki rehabilitatsiyaning taktikasi:

Profilaktika

RA rivojlanishining birlamchi profilaktikasi uchun bemorlarga kasallikning kuchayishiga olib keladigan omillardan voz kechish tavsiya etiladi (interkurrent infeksiyalar, stress va boshqalar.), chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni cheklash, normal tana vaznini saqlash va og'iz bo'shlig'i gigienasiga va sog'lom turmush tarziga rioya qilish.

Ikkilamchi profilaktika RA va komorbid patologiyaning rivojlanishiga sabab bo'luvchi yallig'lanish faolligini to'xtatishga asoslangan bo'lishi kerak.

Dispanser nazorati quyidagilarga yo'naltirilgan:

- Kasallik avj olishining oldini olish
- Davolashni doimiy korreksiya qilib turish;
- Dorilar bilan davolashda asoratlarning oldini olish;
- Revmatolog tomonidan uzluksiz davolash va kuzatuv har 3 oyda kamida 2 marta amalga oshirilishi kerak;
- Har 3 oyda: umumiy qon va siydik tahlillari, biokimyoviy qon tahlili (ALT, AST, kreatinin);
- Yiliga bir marta bo'g'imlar rentgenografiyasi
- Kasallikning avj olishiga olib keladigan omillardan saqlanish (interkurent infeksiyalar, stress va boshqalar.).
- Ko'rsatma bo'yicha kasalxonaga yotqizish
- Lozim bo'lganda mutaxassislar maslahatini o'tkazish

Birlamchi tibbiyot shifokori olib borilishi tavsiya etiladi. Tashrif buyurilganda quyidagilarga: shikastlangan bo'g'imlar sonining o'zgarishiga, og'riq intensivligiga (VASH, sm), bo'g'imlardagi harakatlar xajmiga, dorilarning nojo'ya ta'sirlari paydo bo'lganligiga e'tibor qaratish lozim. Zarur bo'lganda dorilarning qabul qilish rejimini o'zgartirish, ularni bekor qilish yoki o'zgartirish kerak. Bemor tavsiyalarga, parhezga va yuklama tartibiga rioya qiladimi yo'qmi aniqlashtirish lozim. Bo'g'imlarning buzilgan biomexanikasini korreksiyalash uchun ortezlardan foydalaniladi.

Qo'l panja bo'g'imi zararlanishida bemorlarga uzoq kuzatuv tavsiya qilinadi ularni individual xususiyatlarini inobatga olgan xolda. 5 D.

RA da bo'g'implarni himoya qilish va energiya tejaydigan strategiyasi usullari quyidagicha: - iloji bo'lsa, kichik bo'g'implarni emas katta bo'g'implarga yuklanish berish kerak; - mushtga va qiyshaygan barmoqlarga tayanishdan saqlanish; - barmoq bo'g'implariga kuchli bosim bilan biror narsani olishning oldini olish, bosh va boshqa barmoqlar uchi bilan narsalarni olmaslik ("pinset" sifatida olish), barmoqlarning oxirgi falangalarga yuklanishni kamaytirish; - barmoqlarning aylanma harakatlaridan saqlanish; - turli xil sanoat va maishiy faoliyatni amalga oshirishda bilak bo'g'implarini to'g'ri yoki neytral holatda (qo'lning to'g'ri o'qi, bilakning davomi sifatida) saqlang; - turg'un holatlardan saqlanish (tik turgan yoki o'tirgan holda). Har 20 daqiqada bemor dam olish uchun qisqa 1-2 daqiqa tanaffus qilishi kerak, bu ish qobiliyatini va umumiy ahvolini yaxshilaydi. Jismoniy faoliyatni o'z ichiga olgan qisqa tanaffuslar (masalan, yurish yoki tanani va qo'llarni to'g'rilash kabi) passiv dam olishdan ko'ra foydalidir; - qomatni to'g'ri saqlash: yelkalarni to'g'rilab, umurtqani to'g'ri tutish, kurak uchlarini iloji boricha yaqinlashtirish; - gravitatsion kuch bo'g'implarning to'g'ri holatini saqlashga yordam berganda qulay holatni saqlash va kam energiya sarflash; - ishni eng oddiy usulda bajarish.

jismlarni ko'tarish va olib yurish qoidalari: - ob'ektning og'irligini oldindan tekshirish; - ob'ekt ikki yoki undan ortiq odam tomonidan ko'tarilsa, ularning balandligi taxminan bir xil bo'lishi kerak; - og'ir narsalarni ko'tarishda orqa to'g'rilangan oyoqlar esa bukilgan bo'lishi lozim; - ob'ektни beldan yuqoriga ko'targanda, jarayonni ikki bosqichga aylantirish (avval-stulga o'tirish va ob'ektни ko'tarish, keyin-tizzani ko'tarish va ob'ektни kerakli balandlikka ko'tarish); - jismlarni tanaga yaqinroq ushlash, yuklanish – bilakka beriladi; - iloji bo'lsa, jismini itarish yoki sudrash kerak; - g'ildirakli, orqaga osiladigan yoki yonlama taqiladigan sumkadan foydalanish; - ikkita sumkalarga yukni teng taqsimlash; - iloji bo'lsa, ko'pi bilan 3 kg ko'tarish; - og'ir yuklarni ko'tarishda yelka kerilgan orqani (umurtqa pog'onasini) to'g'ri tutish.

Uyni to'g'ri jihozlashning asosiy tamoyillari va kundalik hayotda yordamchi adaptiv uskunalar va texnik qurilmalardan foydalanish quyidagilar: - juda past va yumshoq stullar va kreslolarda o'tirishdan saqlanish; iloji bo'lsa, tayanch stuli, stullar va suyanchig'i, qo'l va bosh qo'yiladigan moslamasi bor kreslolardan foydalanish; - kompyuterda ishlash qoidalari (monitorning ko'zdan uzoqligi 50-70 sm, ko'zlar ekranning o'rtasiga qaraydi, klaviatura stolda yoki stol darajasida, qo'llar stulning qo'llar qo'yiladigan joyida turadi); – keng, qalin, konus shaklidagi, sirpanmaydigan tutqichlari bo'lgan jismlardan (pichoq, qalam, ruchka va boshqa asboblar), imkoni boricha har doim o'tkir yuzali kesuvchi vositalar, uzun tutqichli jismlardan foydalanish; - maxsus maishiy texnika vositalari (ochqichlar, ergonomik pichoq, oziq-ovqat tozalash mahsulotlari, richag shaklidagi eshik tutqichlari va kranlardan), kir yuvish, ovqat pishirish uchun elektr jihozlari (kir va idish-tovoq yuvish mashinasi, oshxona kombayni va boshqalar);- uyni to'g'ri jihozlash (poldagi notekisliklarni bartaraf etish, yarim qattiq joylarda yotish, bo'yin uchun tirgakli yostiqlar, "g'ujanak" bo'lib uxlamaslik, uyda va ko'chada yiqilishdan saqlanish, oshxona va vanna xonalarda ish joyini kerakli balandlikda moslashtirish).

RA bilan bemorlarga kaftlar uchun mashqlar majmuasi (koptok, rezina tuxum, tayoqcha, parolon bo'lagi kabi snaryadlardan) kaftlarning nozik harakatini, kuchini va koordinatsiyasini tiklaydi, barmoqlar bo'g'ilaridagi harakatlar hajmini, ularning teri-bo'g'im sezgirligini yaxshilaydi.

RA bilan og'rigan bemorlarni rehabilitatsiya qilishning eng muhim usuli ortozdir, chunki kasallikning rivojlanishi muqarrar ravishda qo'l va oyoqlarning bo'g'implarining deformatsiyalari rivojlanishi bilan bog'liq. Qo'l va/yoki bilak bo'g'implarini ortezlash.

Oyoqlarda og'riqni kamaytirish va deformatsiyalarni kamaytirish uchun bemor: 1) oyoq tagliklari, ortezlar, to'g'ri tanlangan yoki maxsus poyabzal kiyishi; 2) oyoqlar uchun muntazam mashqlar qilish; 3)

deformatsiyalar kuchli bo'lsa, ortoped bilan tuzatuvchi jarrohlik zarurati va imkoniyatini muhokama qilish kerak.

Oyoq ortozi yordamida hal qilinishi mumkin bo'lgan vazifalar quyidagilardan iborat: 1) og'riqli joylarning mahalliy yuklanishini kamaytirish; 2) oyoqning tayanch yuza bilan aloqa qilish sohasini oshirish; 3) oyoq ostida bosimning kamayishi; 4) oyoqni neytral holatda o'rnatish; 5) oyoq kamarlarini qo'llash va shakllantirish; 6) yurganda oyoqning amortizatsiya xususiyatlarini oshirish. RA bilan og'rikan bemorlar poyafzal tanlashning asosiy qoidalari bilan tanishishlari kerak: 1) poyafzal qulay, keng, lekin o'ta "yumshoq" bo'lmasligi; 2) to'mtoq yoki keng burun bilan yumaloq poyafzal; 3) oyoqning yostiqchalari sohasida 0.5 sm keng va butun oyoq tagligidan 1 sm uzunroq; 4) moslashuvchan, elastik, ammo tagligi mustahkam va yuqorisi yumshoq; 5) tagligi 2-3 sm qalinlikda; 6) 1.5–2.5 sm balandlikdagi keng tovonli (ayollar uchun, maksimal 4 sm); 7) orqasi kuchli bo'lishi; 8) oyoqning deformatsiyasida poyafzal ipli, o'tkazgichli yoki tasmali qulay bo'lib, tovon chiqib turishi uchun yumshoq material bo'lishi lozim; 9) kuchlarni yumshatuvchi orqasi kuchli sport oyoq kiyimlari; 10) ichida oyoq kaftini ushlab turadigan supinatorlari bo'lishi; 11) oyoq muammolarida (bo'g'imlar deformatsiyasi, yassi oyoqlik, suak o'smalari, oyoq uzunliklari har xilligi) – individual tayyorlangan tagliklar bo'lishi lozim.

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

Vaksinatsiya

RA bilan barcha bemorlarga BYaQV va GIBVlar bilan davolanishni boshlashda gripp virusi infeksiyasi va pnemokokk infeksiyasiga qarshi emlash (inaktiv vakcina) qabul qilish tavsiya etiladi.

Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - D

Yuqori xavf guruhlarida gepatit V virus infeksiyasiga qarshi emlash (tibbiy xodimlar va boshqalar) tavsiya etiladi.

Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - D

60 yoshdan katta RA bilan kasallangan bemorlarda belbog'simon herpes (herpes zoster) virusi infeksiyasiga qarshi vaksinatsiya qilish tavsiya etiladi.

Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - D

RA bilan bemorlar GIBV bilan davolanishida tirik vaktsinalar (qizamiq, qizilcha, parotit, poliomielit, rotaviruslar, sariq isitma va b.) bilan vaktsinatsiya qilish tavsiya etilmaydi/taqiqlanadi.

Dalillarning ishonchlilik darajasi - I, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A

GIBVni to'xtatgandan so'ng vaksinatsiya tavsiya etiladi: abatasept (3 oydan so'ng), adadimumab (3 oydan so'ng), etanersept (1 oydan so'ng), infliksimab (6 oydan so'ng), rituksimab (12 oydan so'ng), totsilizumab (3 oydan so'ng).

Dalillarning ishonchlilik darajasi - IV, tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - D

9. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari:

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

- Zararlangan bo'g'imning funksional faoliyatini qisman yoki to'liq tiklash.

Adekvat analgeziya darajasi uchun:

- turli farmakologik vositalardan multimodal foydalanish;

- nomedikamentoz terapiya va reabilitatsiya usullaridan foydalanish;

- Davomiylik, izchillik, murakkablik, shuningdek, profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazishda individual yondashuv.

10 . Protokolning tashkiliy jihatlar:

- 1) manfaatlar to'qnashuvi mavjud emasligi to'g'risida ma'lumot – mavjud emas.
- 2) ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari)ning ma'lumotlari: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi kardiorevmatologiya bo'limi mudiri, t.f.n., SSV bolalar revmatologi maslahatchisi Sabirova Feruza Badriddinovna;
- 3) bayonnomani qayta ko'rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi;
- 4) foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati (bayonnoma matnida sanab o'tilgan manbalarga havolalar kerak):

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Revmatoidный 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. Revmatoidный 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 Vurmester 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>