

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

**ЎЗБЕКИСТОН RESPУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

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

**“РЕАКТИВ АРТРИТ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

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



23 _____ 2025 йил

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

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа:

1.	Реактив артрит касаллигини ташхислаш ва даволаш	5-бет
2.	Реактив артрит касаллигида тиббий аралашувлар	44-бет
3.	Реактив артрит касаллиги тиббий профилактикаси ва реабилитацияси	50-бет

**“РЕАКТИВ АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент – 2025

1. Кириш қисми.

Ушбу клиник баённома **Реактив артрит** касаллигининг долзарблигини инobatга олиб, далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этишни назарда тутди. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун Америка ревматологлари (ACR), Европа антиревматик лигаси (EULAR), Россия ревматологлар уюшмаси (АРР) клиник кўрсатмалари асос қилиб олинди.

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

(M02)	Реактив артропатиялар:
(M02)/FA11.0.	Ичак шунтида кузатиладиган артропатия
M.02.1/FA12.0	Дизентериядан кейин ривожланган артропатия
M02.2/FA11.1	Имунизациядан кейинги артропатия
M02.3/FA11.2	Рейтер касаллиги
M02.8/FA11.Y	Бошқа турдаги реактив артропатиялар
M02.9/FA11.Z	Ноаниқ реактив артропатиялар
Юқлаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12019

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

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

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш бўйича ревматология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

Муаллифлар рўйхати:

Азизова Ф.Л.	ГТА илмий ишлар бўйича проректор т.ф.д., профессор
---------------------	---

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

Муаллифлар рўйхати:

Мирахмедова Х.Т.	ССВ ревматология бўйича бош консультант т.ф.д., проф. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири.
Рахимова Д.А.	РИТваТРИАТМ лаборатория рахбари т.ф.д., ССВ терапия хизмати бўйича бош мутахассис
Алиахунова М.Ю.	РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудири т.ф.д., профессор
Дадабаева Н.А.	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти, т.ф.н.
Набиева Д.А.	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
Абдурахмонова Н.М.	ТТА 2-сон оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси доценти, т.ф.д.
Джураева Э.Р.	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси доценти, т.ф.н.
Хамраев Х.Х.	СамДТУ 1-сон ички касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.
Абдуллаев У.С.	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти, т.ф.н.
Мухсимова Н.Р.	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти, т.ф.н.
Саидрасулова Г.Б.	ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти, т.ф.н.

Ганиева Н.А.	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси ассистенти, т.ф.н.
Бердиева Д.У.	ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси ассистенти, т.ф.н.
Буранова С.Н.	ТТА 2-сон оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.
Нажмиддинов Г.Р.	Фарғона вилояти бош ревматологи
Бомуродова Д.Б.	Бухоро вилояти бош ревматологи

Такризчилар:

Набиева Дилдора Абдумаликовна	–Тошкент тиббиёт академияси 1-сон факультет ва госпитал терапия, касб касалликлари кафедраси мудири, профессор т.ф.д.
Шукурова Сураё Максудовна	– Тожикистон Фанлар академияси аъзоси, Малака ошириш институти терапия ва кардиоревматология кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Техник экспертиза ва тахрирлаш:

1. ТТА 2-сон оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси доценти, т.ф.д
Ф.И.Халметова
2. ТТА 2-сон оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси ассистенти, PhD
М.Б.Рахимова;

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

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

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

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

Амалиётчи шифокорлар:

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

Баённома протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

АЛТ	– аланинаминотрансфераза;
АСТ	– аспартатаминотрансфераза;

АЦЦП	– циклик цитрулин пептидга антителолар;
БЯҚВ	– базис яллиғланишга қарши воситалар;
ВАШ	– визуал аналог шкаласи;
ГиК	– гиалурон кислотаси;
ГКС	– глюкокортикоид препаратлар;
ИМТ	– индекс тана вазни;
ЛФК	– даволовчи жисмоний машқлар;
МКБ (ХКК-10)	– халқаро касалликлар классификациясининг 10-қайта кўриги;
МРТ	– магнит-резонанс томография;
НЯҚВ	– ностероид яллиғланишга қарши воситалар;
ОА	– Остеартроз;
ОШ	-Оилавий шифокор
УХ	– умумий холестерин;
ПМФ	– проксимал фалангалараро бўғимлар;
ПЯФ	– кафт-фалангалар бўғимлари;
РА	– ревматоид артрит;
РеА	-реактив артрит
РО	– ревматоид омил;
ЭЧТ	– эритроцитлар чўкиш тезлиги;
СРО	– С реактив оқсил;
ТГ	- триглицеридлар;
УТТ	– ультратовуш текшируви;
ЭГФДС	– эзофагогастроуденоскопия;
ЭКГ	-электрокардиография;
ESCEO	– Остеопороз ва остеоартритнинг клиник ва иқтисодий томонлари бўйича Европхамжамияти;
EULAR	– Европа антиревматик лигаси;
ACR	– Америка ревматологлари уюшмаси;
APP	– Россия ревматологлар уюшмаси;
ACR	– Американская коллегия ревматологов;

Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:

1. Ревматологлар;

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

Беморлар тоифаси:

Реактив артритга чалинган беморлар

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

ДД	Далилларнинг ишончлилиқ даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

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

ДД	Далилларнинг ишончлилиқ даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно

3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

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

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

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Реактив артрит (РеА)га чалинган беморларнинг бўғим тоғайида деструкциянинг ривожланиши, ўз навбатида беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир этиши, айниқса навқирон ёшдаги инсонларнинг хасталаниши, уларнинг иш қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик кўрсаткичининг ортиб бориши ревматологиядаги долзарб муаммо сифатида намоён бўлмоқда. Шу нуқтаи назардан, РеАни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий зарарни камайтиришда катта аҳамиятга эга.

2.2. Умумий таърифи:

Реактив артрит (РеА) – ўтказилган ўткир ичак ёки урогенитал инфекциядан кейин хронологик боғлиқлик асосида (одатда 1 ойдан кечикмаган муддатда) ривожланувчи

бўғимларнинг йирингли бўлмаган яллиғланишли касаллиги ҳисобланади.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5->

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5->

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458153/>]] [<https://rheumatology.org/patients/reactive-arthritis>]

2.3. РеА таснифи:

Этиологиясига кўра:

- ✓ -Энтероген (энтероколитик) ўтказилган ичак инфекциясидан кейинги (қўзғатувчилари: Yersinia enterocolitica, Yersinia pseudotuberculosis, Salmonella enteritidis, Shigella flexneri, S Typhimurium, Campylobacter jejuni),
- ✓ -Урогенитал (Chlamidia trachomatis).

[<https://doi.org/10.1002/art.40359>]

Кечишига кўра:

- ✓ ўткир (6 ойгача)
- ✓ ўткир ости (6 ойдан 1 йилгача)
- ✓ сурункали (1 йилдан юқори)

Фаоллик даражасига кўра:

- ✓ 0 - ремиссия
- ✓ I - паст
- ✓ II - ўрта
- ✓ III - юқори

Функционал синф:

- ✓ I синф - касбий бўлмаган фаолият ва касбий фаолият билан ўз-ўзига хизмат қилиш тўлиқ сақланган.
- ✓ II синф - касбий бўлмаган фаолият билан шуғулланиш, касбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланади, ўзига хизмат қилиш имконияти сақланган.
- ✓ III синф - ўз-ўзига хизмат кўрсатиш имкониятлари сақланиб қолади, касбий ва касбий бўлмаган фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланади.
- ✓ IV синф - ўз-ўзига хизмат кўрсатиш, касбий бўлмаган ва касбий фаолият имкониятлари чекланган.

Ўзига хизмат қилиш: кийиниш, овқатланиш, ўзини парваришлаш ва бошқ.

Касбий бўлмаган фаолият: жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда дам олиш, спорт билан шугулланиш ва бошқалар.

Касбий фаолият: жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда иш, ўқиш, уй хўжалиги (уй бекалари учун).

[\[https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152012\]](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152012)

3. Усуллар, ёндашувлар ва таъхислаш жараёнлари.

3.1. Таъхислаш мезонлари:

РеА серонегатив спондилоартритлар гуруҳига мансуб бўлиб, Европа спондилоартритларни ўрганувчи мезонларига мос келади (ESSG). Шу ўринда РеА хос умумий белгилар қуйидагилар ҳисобланади:

1. Касалликнинг дебюти 30–40 ёшларга тўғри келиши.
2. Артрит ва олдинги ўтказилган ичак инфекцияси (диарея), уrogenитал инфекция, ҳамда конъюнктивит ўртасида хронологик боғлиқлик мавжудлиги.
3. Касалликнинг ўткир бошланиши.
4. Чегараланган сонли бўғимларнинг зарарланиши (моноолигоартрит).
5. Тананинг ўқ скелети ва бўғимларининг ассиметрик зарарланиши.
6. Жараёнга пай ва боғламлар аппаратининг жалб этилиши.
7. Тизимли яллиғланиш белгиларининг бўлиши (тери, шиллиқ қаватлар, ички аъзолар, кўз зарарланиши)
8. Ревмо омилнинг манфийлиги.
9. Инфекцион омилнинг серологик ва бактериологик текширув натижалари орқали исботланганлиги.
10. Оилавий анамнезда бемор қариндошларда серонегатив спондилоартропатия мавжудлиги ёки HLA-B27 нинг мусбатлиги.
11. Аксарият ҳолларда касалликнинг нисбатан яхши сифатли кечади ва яллиғланишни ортга қайтаришга эришиш мумкин, лекин баъзан жараён сурункали тусга ўтиб, рецидивлар билан кечиши мумкин.

[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109520/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109520/)

[\[https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Reaktivnye_artrity_podhody_k_diaagnostike/#ixzz8cRхu5oxj\]](https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Reaktivnye_artrity_podhody_k_diaagnostike/#ixzz8cRхu5oxj)

Ҳозирги кунда РеАни ташхислаш учун умумкиритилган мезонлар мавжуд эмас. Шундай бўлсада, РеАни АCR ва Берлин мезонига (1999) асосланган умум қабул қилинган куйидаги ташхислаш мезонлари ишлаб чиқилган:

International Workshop on Reactive Arthritis, Берлин мезонлари 1999)

мезонлар	тавсифи
Асосий	Оёқ бўғимларининг ассиметрик олиго ёки моноартрити. Ёки: Ўтказилган энтерит ёки уретритдан сўнг 3 кундан 6 ҳафтагача бўлган интервалда артрит белгилари ривожланиши.
Қўшимча	Триггер инфекциянинг мавжудлиги мусбат лаборатор тестлар орқали исботланган бўлиши. Синовиал қобикнинг яллиғланиш белгилари яққол мавжудлиги.
Сийдик таносил тизими зарарланиш белгилари, оёқ панжа майда бўғимлари шикастланиши, С-реактив оқсилнинг баланд кўрсаткичи ҳамда HLA-B27 нинг мусбат натижаси реактив артрит ташхисотида 69% сезгирлик ва 93,5% спецификликни таъминлайди.	

[<https://cyberleninka.ru/article/n/diagnosticheskie-kriterii-seronegativnyh-spondiloartritov-etapy-razvitiya-i-optimizatsii-sravnitelnyy-analiz-obzor>]

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31169570/>

<https://autoimmun.ru/guide/artrity-i-artropatii/seronegativnye-spondiloartropatii/>

РеА ташхиси верификацияси учун 2014 йилда С. Selmi, М.Е. Gershwin томонидан ишлаб чиқилган ташхис мезонлари бугунги кунда ҳам клиник амалиётда кенг қўлланилиб келинмоқда.

**Реактив артритни ташхислаш мезонлари
(С. Selmi, М.Е. Gershwin, 2014й.)**

мезон	тавсиф
-------	--------

Катта	<p>1. Қуйидаги белгилардан 2 та ёки 3 тасини ўз ичига олган артрит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • асимметрик кечиши • моно- ёки олигоартрит кўринишида зарарланиш устунлиги • оёқ бўғимларнинг зарарланиши
	<p>2. Бемор анамнезида инфекцион жараённинг бошдан кечирганлиги ва қуйидаги белгилардан 1 ёки 2 таси аниқланиши:</p> <ul style="list-style-type: none"> • энтерит (артрит бошланишидан олдин 3 кундан 6 ҳафтагача оралиғидаги муддатда камида 1 кун давом этган диарея) ; • уретрит (беморда артрит бошланишидан олдин 3 кундан 6 ҳафтагача оралиғидаги муддатда камида 1 кун давом этган дизурия ёки сийдик йўллари ёки қиндан оқма келганлиги қайд этилиши).
Кичик	<p>Қуйидагилардан камида биттасининг қайд этилиши:</p> <p>1. Инфекция мавжудлигини тасдиқловчи лаборатор текширувларнинг мусбат натижалари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сийдикнинг лигаз реакциясининг мусбат бўлиши ёки уретра/бачадон бўйни (қин) суртмасида <i>S. Trachomatis</i>; аниқланиши. • ахлатнинг бактериологик текширувида артритоген ичак инфекциялари аниқланиши.
	<p>2. Синовиал қобикда инфекция мавжудлигини тасдиқловчи лаборатор маълумотлар (иммуногистологик текширувлар ёки <i>Chlamydia</i> нинг ПЦР орқали аниқланиши).</p>

Ишончли РеА: Иккала «катта» мезонлар ва «кичик» мезонларга таянилади.

Эхтимолий РеА: Иккала «катта» мезонлар ва «кичик» мезонларга ёки биринчи «катта» ва «кичик» мезонларга таянилади. Триггер инфекцияни идентификациялаш зарур.

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24418301/>]]

Клиник ташхисни шакллантиришга мисоллар:

Реактив артрит уроген (хламидия) этиологияли, ўткир ости кечиши, Фаоллик II , ФС1, икки томонлама конъюнктивит.

Ректив артрит дизентериядан кейинги сурункали кечиши, Фаоллик II, ФС1, Бир томонлама сакроилиит.

РеА клиник ташҳисоти:

Бемор шикоятлари:

- оғриқ, оёқ бўғимларининг ассиметрик шиши
- бўғимлар терисининг устида гипертермия ва қизариш ёки кўкимтирлик
- товон соҳасида оғриқ
- тез чарчаш
- умумий ҳолсизлик
- озиб кетиш
- субфебрилитет
- кўз қизариши

Анамнез

- ✓ Артрит ривожланишининг урогенитал (дизурия, тез-тез сийиш) ёки ичак инфекцияси (диарея) билан хронологик боғлиқлиги.
- ✓ Касаллик бошланишидан олдин "шубҳали" жинсий алоқанинг мавжудлиги ташхис қўйишда муҳим рол ўйнайди. Ногонококкли уретрит (НГУ) тасодифий жинсий алоқадан 7-28 кун ўтгач ривожланади.
- ✓ Эркакларда НГУ, одатда, ўткир ости кечиб, шиллик-йирингли ажралма келиши ва сезиларсиз дизурик ўзгаришлар билан кечади. Ўткир уретритда аёллар тез-тез пешоб ажралишига, пешоб ажратиш вақтида оғриқ ва ачишиш хиссига, цервицит (гинеколог томонидан ташхис қўйилган)дан шикоят қиладилар. Аксарият ҳолларда урогенитал хламидия симптомсиз кечиши билан тавсифланади, беморлар уретритни сезмайдилар. Урологик, гинекологик ва лаборатор тадқиқотлар давомида аниқланган жинсий аъзолардаги ҳар қандай фаол носпецифик сурункали яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги ҳисобга олиниши керак.
- ✓ Иерсиниозли артритни ташхислаш кўпинча қийинчилик туғдиради, чунки ич бузилиши ва артрит ўртасидаги боғлиқликни ўрнатишнинг ҳар доим ҳам имкони йўқ ва артрит бошланишида бактериологик таҳлил кўпинча манфий бўлади. Қисқа муддатли (1 ҳафтадан кўп бўлмаган) диарея ёки нажаснинг

кўпайиши ва унинг консистенцияси ўзгариши (шаклланмаган, бўтқасимон) муҳим ҳисобланади.

Физикал текширув

- шиш, бўғимлар ҳаракатининг чегараланиши
- оёқ бўғимларининг асимметрик жароҳатланиши
- кафт бармоқларида «сосискасимон» дефигурация
- ахиллоидит
- конъюнктивит
- афтоз стоматит
- кератодермия
- циркуляр баланит, баланопостит
- лимфаденопатия

РеА клиник кўринишлари

Клиник шакллари	Клиник кўринишлари
Артрит	Оёқ бўғимларининг ассиметрик артрити, одатда моно ёки олигоартрит. Яққол оғриқ, жароҳатланган бўғимлар териси устида гиперемия, одатда тизза ва болдир товон бўғимлари зарарланади. Чанок-сон бўғими ва қўл бўғимлари кам ҳолларда жароҳатланади. Иерсиниоз ёки салмонеллез ўтказган беморларда қўл кафти майда бўғимлари жароҳатланиши мумкин.
Дактилит	Периартикуляр шиш ҳисобига бўғимлараро тўқима жароҳатланиши оёқ бармоқлари «сосискасимон» дефигурацияси хос.
Энтезит	Пай-боғлам аппаратининг яллиғланиши ва бурсит. Ахиллов пайининг тендинити, кафт ости бурсити, товон фасциити
Белда яллиғланишли оғриқ	Белда яллиғланиш оғриғи, думғаза бирикмасида, умуртқа поғонасининг бўйин ва бел қисмида карахтлиқ, оғриқ ва ҳаракат бузилиши кузатилиши мумкин. Сакроилеит кўпинча бир томонлама, шунингдек камдан кам спондилит.
Тери ва шиллиқ қаватининг ўзгариши:	ярали стоматит, глоссит, кератодермия (товоннинг кенг қисми ва кафти), ониходистрофия (тирноқ жароҳатланиши), эрозив циркуляр баланит, цервицит, проктит

Тизимли кўринишлар	Кўз жароҳатланиши – конъюнктивит, ўткир олдинги увеит, иридоциклит. Чов лимфа тугунларининг лимфаденопатияси- тос аъзолари инфекциясига нисбатан реакция. Иситма. Камдан-кам ҳолларда аортит, аорта қопқоғи етишмовчилиги, миокардит, АВ ўтказувчанлигининг бузилиши
Уретро-окуло-синовиал синдром	Клиник учлик: уретрит, артрит, конъюнктивит РеАнинг варианты ҳисобланади. Касалликнинг иккита шакли бор. Chlamidia trachomatisдан инфекциялангандан кейин ривожланувчи спорадик (венерик). Иерсиниоз, шигеллез ва салмонеллез инфекциясидан кейинги.

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

Лаборатория текширувлари

- Умумий қон таҳлили
- Умумий пешоб таҳлили
- Умумий нажас таҳлили
- СРО, АСЛО, ревматоид омиллар (IgM , РО)
- Қон биохимик текшируви: АСТ ва АЛТ, креатинин, глюкоза, умумий оқсил, сийдик кислотаси
- ПЦР ёки ИФА: хламидия, иерсиния, шигелла, сальмонелла ва кампилобактерияга IgM, IgA синфи антитанаси
- Иерсиния, сальмонелла, шигелла ва кампилобактерия антитанасини аниқлаш учун серологик текширув (РНГА)
- Пешоб, нажас, синовиал суюқликни микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигига бактериологик таҳлил
- Эркакларда уретрадан, аёлларда цервикал каналдан суртмани микробиологик текшириш
- Гепатит В, С вирус маркёрлари, ОИВ
- HLA-B27
- АЦЦП

- Бруцеллезни инкор этувчи тестлар
- сийдик кислотаси

Инструментал ташхислаш

- Кўл, оёқ ва тос суяклари кўламли рентгенографияси
 - Бўғимларни ультратовуш текшируви
 - МРТ
 - ЭКГ
 - Эхокардиография
 - ЭГФДС (кўрсатмага кўра)
 - Колоноскопия (кўрсатмага кўра)
- **Рентгенография. Тос суяклари рентгенографияси** – бир томонлама сакроилиит хос. **Бўғимлар рентгенографияси:** бўғим атрофи остеопорози, периостит-пайларни суякларга бирикиш соҳасида сезилмайдиган периостал ғадир-будурлик, «дағал шпоралар», жуда кам ҳолларда бўғим юзасида эрозиялар
 - **Бўғимлар УТТси:** синовиал қобик ва боғлам қалинлашиши, бўғим бўшлиғида ва бўғим халтасида синовиал суюқлик тўпланиши
 - **КТ ёки МРТ–бўғимлар** ва думғаза-ёнбош соҳаси кўрсатмага кўра буюрилади. Бунда суяк ва синовиал мембранада яллиғланиш шиши кузатилади; товон суяклари шпораси; суякда эрозиялар ва яққол пролиферациялар; думғаза-ёнбош бирикмада ўткир ва сурункали яллиғланишли ўзгаришлар.
 - **ЭКГ** РеАли беморларнинг барчасида камида бир йилда бир марта юрак-қон томир касалликларини аниқлаш учун ўтказилади.
 - **ЭхоКГ-** РеАли беморларнинг барчасида қон-томир патологияларига шубҳа бўлганда амалга оширилади.
 - **ЭГФДС** РеАда, НЯҚВ қабул қилаётганларда ўтказилади (йилига 1 мартадан кам бўлмаган)

Мутахассисларнинг консултив кўруви учун кўрсатмалар:

Уролог (акушер-гинеколог) маслаҳати - урогенитал инфекция белгилари мавжуд бўлганда; базис дорилар билан даволаш пайтида; ҳомиладорликни бошқариш тактикаси тўғрисида қарорни қабул қилиш жараёнида.

Дерматолог-венеролог маслаҳати-урогенитал инфекция белгилари мавжуд бўлган ҳолатда (диагностика ва даволаш тактикаси).

Окулист маслаҳати: кўз шикастланиш белгилари мавжуд ҳолатда (кўрув аъзоларини жароҳатланишини аниқлаш, маҳаллий давони буюриш);

Инфекционист маслаҳати: энтероколитик шакли билан боғлиқлик ҳолатларида (ичак ва бошқа юқумли касалликлар диагностикаси ва даволаш тактикаси учун).

Стоматолог маслаҳати-оғиз шиллиқ қаватининг ярали зарарланиш ҳолатларида.

Фтизиатр маслаҳати- базис даво фонидида махсус инфекцияга шубҳа қилинган ҳолатда.

Гастроэнтеролог маслаҳати- ошқозон-ичак тизимининг эрозив ва ярали зарарланиши ҳолатларида.

Жарроҳ маслаҳати-ошқозон-ичакдан қон кетишига шубҳали ҳолатлар бўлганда.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>]

3.2. Ташхислаш алгоритми:

Бўғим синдроми:

- ✓ - асимметрик артрит кўринишида ўткир ёки сурункали шаклда бўғимларда яллиғланиш белгилари, маҳаллий кўрикда бўғим устида гиперемия, гипертермия, оғрик ва шиш аниқланиши

- ✓ Умумий қон таҳлили
- ✓ Умумий пешоб таҳлили
- ✓ Умумий нажас таҳлили
- ✓ СРО, АСЛО, РО
- ✓ ПЦР ёки ИФА: хламидия, иерсиния, шигелла, сальмонелла ва кампилобактерияга IgM, IgA синфи антитанаси
- ✓ Иерсиния, сальмонелла, шигелла ва кампилобактерия антитанасини аниқлаш учун серологик текширув (РНГА)
- ✓ Пешоб, нажас, синовиал суюқликни микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигига бактериологик таҳлил
- ✓ Эркакларда уретрадан, аёлларда цервикал каналдан суртмани микробиологик текшириш
- ✓ HLA-B27
- ✓ Рентгенография текшируви.
- ✓ Бруцеллезни инкор этувчи тестлар
- ✓ сийдик кислотаси
- ✓ АЦЦП

Агар:

- ✓ УҚТда ЭЧТ ошиши;
- ✓ СРО мусбат ва РО – манфий натижаси;
- ✓ HLA-B27 мусбатлиги (60%гача ҳолларда)
- ✓ уроген ёки энтероген инфекцион омил мавжудлигининг серологик ва бактериологик текширув натижалари орқали исботланганлиги
- ✓ Рентгенограммада артритга хос белгилар, бир томонлама сакроилиит

+

- ✓ 1-4 бўғимлар зарарланиши (олигомоноартрит) , артритнинг асосан оёқ бўғимларда қайд этилиши
- ✓ Бўғим синдромининг ўтказилган урогенитал ёки ичак инфекция билан хронологик боғлиқлиги (1 кундан 8 ҳафтагача)
- ✓ Бўғимдан ташқари белгиларнинг мавжудлиги (тери ва шиллик қаватлар ўзига хос зарарланиши)

ReA

Агар:

- ✓ РО – мусбат бўлса;
- ✓ HLA-B27 манфий
- ✓ уроген ёки энтероген инфекцион омил мавжудлиги серологик ва бактериологик текширув натижалари орқали тасдиқланмаса
- ✓ АЦЦП мусбат натижа
- ✓ Бруцеллез мусбат натижаси
- ✓ Терида псориастик тошмалар
- ✓ қонда сийдик кислота баландлиги

Диагностик текширувни давом эттириш

3.3. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

Ташхис	Қийёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ревматоид артрит	РО, СРО АЦЦП, қўл ва оёқ қафти рентгенограммаси, МРТ, бўғимлар УТТси.	РО, СРО АЦЦП, рентгенография, МРТ, УТТ.	РА учун қўл ва оёқ қафти майда бўғимларининг шикастланиши, қафт- фалангалар ва қўл панжа ПФАБ артрити, 1 соатдан ортиқ эрталабки қарахтлик хосдир.
Подагрик артрит	УҚТ, УПТ, креатинин, сийдик кислота микдори, товон рентгенограммаси, бўғимлар УТТси, синовиал суюқлик текшируви	УҚТ, УПТ, креатинин, сийдик кислота микдори, рентгенография, УТТ, синовиал суюқлик текшируви	Бўғимларда ўткир, хуржсимон оғриқлар юқори маҳаллий фаоллик билан пайдо бўлади, жараён локализацияси оёқ қафти I бармоқ, қафт-фаланга бўғимида, Рда «пробойник» симптоми. Синовиал суюқликда ёки тофусда МУН кристалларининг бўлиши аниқланади.
Бруцеллезли артрит	Юқори иситма чиқиши, бўғимдаги оғриқлар совуққотиш билан бирга кечиши, тунги терлашлар, эпид анамнез.	УҚТ, Райт Хедельсон, Brucella abortus IgG, IgM, умуртқа ва тос суюқлари ентгенограммаси.	Эпидемиологик анамнез, узоқ муддатли иситма, тунги терлашлар, совуққотиш, анамнездан хом сут, термик яхши пишмаган гўшт махсулотларни қабул қилиш, бруцеллез билан касаланган қорамоллар билан контакт

Сил этиологияли спондилит	Рентгенограмма, квантиферон тести, диаскин тести	УҚТ, УСТ, Синовиал суюқлик текшируви, СРО, Рентгенография, УТТ, квантиферон тести, диаскин тести, умуртқа поғонаси МРТ текшируви	Эпидемиологик анамнез, узок муддатли субфебрил иситма, ўпкада бирламчи ўчок мавжудлиги, умуртқадаги оғриқлар, қисқа муддатли эрталабки карахтлик, терлаш, умумий холсизлик. Умуртқа визуализацион текширувларида деструкция ўчоқлари аниқланиши. Сил микобактериялари учун мусбат синамалар
Псориатик артропатия	УҚТ, СРО, тос, оёқ ва қўл кафти суяклари рентгенограммаси, дерматолог маслаҳати	УҚТ, СРО, рентгенография, Ауспиц синамаси мусбатлиги	Оёқларнинг ассиметрик жароҳатланиши. Кўрик вақтида, анамнезида, оилавий анамнезида Псориаз, тирноқ жароҳатланиши. Дактилит. Рентгенологик сакроилиит, қўл ва оёқ панжа бўғимлари рентгенида қирғоқ ўсимтаси типида (остеофитдан ташқари) бўғимдан ташқари суяк пролиферацияси белгилари.

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

4.1. Номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:

✓ Касаллик кечишини зўрайтирувчи хавф омилларни олдини олиш (интеркуррент инфекциялар, ортиқча вазн, чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва стресс);

- ✓ тўйинмаган ёғ кислоталарга бой маҳсулотлар, мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш;
- ✓ даволовчи жисмоний машқларни бажариш;
- ✓ физиотерапевтик муолажаларни касалликнинг энгил фаоллигида тавсия этилади (мутахассис маслаҳатидан сўнг);
- ✓ санатор-курорт даволаш (касалликнинг ремиссия даврида).
- ✓ Беморларга касалликнинг кечиши, оқибати, дори воситаларининг ижобий ва ножўя таъсирлари, жисмоний машқларнинг аҳамияти ҳақида тушунчалар берилади.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

4.2. Медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:

Реактив артрит билан хасталанган беморни даволаш бемор ва мутахассиснинг биргаликдаги қарорига асосланиши керак.

Урогенитал хламидиоз РеА ни антибактериал даволаш 28-30 кун ва постэнтероколитик РеА ни 10 кунгача тавсия этилади.

Урогенитал хламидиоз РеА билан чалинган беморни даволашда унинг жинсий ҳамкори ҳам бир вақтнинг ўзида даволаниши керак.

Комплекс медикаментоз терапия ўз ичига қуйидаги дори воситаларни ўз ичига олади:

- Антибактериал даво
- НЯҚВ
- Глюкокортикоидлар
- БЯҚВ

Chlamydia trachomatis ни эрадикация мақсадида антибиотиклар даволашда қўлланилади

Дори воситаси (халқаро номи) (номи)	Фармокологик гурухи	Қўллаш тартиби	Ишончлилик даражаси
Азитромицин	макролид	Таблетка, 500мг, ичишга, кунига 1 маҳал	1А
Доксициклин	тетрациклинлар	Таблетка, 100мг, ичишга, кунига 2 маҳал	1А
Кларитромицин	макролид	Таблетка, 500мг, ичишга, кунига 2 маҳал	1А
Ципрофлоксацин левофлоксацин	фторхинолон	Таблетка, 400мг, 500 мг ичишга, кунига 2 маҳал	1А

Фуразолидон	нитрофуран унумлари	Таблетка, 100-150мг,	1А
		ичшига қунига 4 мартагача	
		https://diseases.medelement.com/disease/	

I A	Кенг таъсир доирали антибактериал препаратлар РеАнинг асосий давоси ҳисобланади.
-----	--

Антибиотиклардан танлов препарати бўлиб макролидлар ёки тетрациклинлар ҳисобланади. Ушбу дори воситаларни кўтара олмасликда ёки самарасизликда, фторхинолонлар ишлатилади. 6 ойлик комбинацияланган антибактериал терапия курслари (доксциклин + рифампицин ёки азитромицин + рифампицин) самарали ҳисобланади. Антибактериал терапия курсидан 3-4 ҳафта ўтгач, хламидияни қайта назорат қилиш.

Гинеколог ёки уролог томонидан жинсий ҳамкорни текшириш ва даволаш мажбурийдир. Даволашни яқунлашдан ва назорат текширувини ўтказишдан олдин сақланиш (презервативлардан фойдаланиш) тавсия этилади. Урогенитал инфекцияни баргараф этиш, касалликнинг қайталаниши ва сурункали кечишига ўтишини олдини олади.

Хламидия этиологияли реактив артритда пенициллин гуруҳи антибиотиклардан фойдаланиш қарши кўрсатмадир, чунки улар хламидияни антибактериал терапияга жуда чидамли L- шаклларига ўтказишади. Узоқ курс даволаш натижасида ноҳўй таъсирлар, ёндош касалликлар ривожланиши мумкин: фотосенсибилизация, оғир дисбактериоз, токсик гепатит, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитик анемия

Постэнтероколитик РеАда антибактериал терапия курси қисқа муддатли ва ҳар доим ҳам самарали эмас.

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Дори- воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
-----------------------------	--	----------------	--------------------------

анилид гурухидаги нонаркотик аналгетик	Ацетаминофен (парацетамол)	500мг таблетка- ичишга- марта/кунига 2-3	1 А
фенил-сирка	Диклофенак	25мг, 50 мг таблетка- ичишга-	1 А
кислота унумлари		кунига 2-3 марта	
		100 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		3мл 25мг/мл ампула- м/о- кунига 1- 2 марта	1 А
		1мл 75мг/мл ампула- м/о- кунига 1- 2 марта	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Индометацин	25мг таблетка- ичишга кунига 2-3 марта	1 А
арил-сирка кислота унумлари	Кеторолак	10мг таблетка- ичишга- кунига 1-4 марта	1 А
		30мг/мл ампула- в/и, м/о- кунига 1- 3 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		400 мг таблетка- ичишга- кунига 2- 3 марта	1 А
		800 мг таблетка- ичишга-кунига 1 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		275мг, 550мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А

унумлари		100мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
		150 мг таблетка ва капсула-	1 А
		ичишга- кунига 1 марта	
		2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и- кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Декскетопрофен	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта	1 А
		2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и- кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Теноксикам	20мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта	1 А
		20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А
оксикам	Лорноксикам	4мг таблетка-ичишга-кунига 2-3	1 А
		8мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
		8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Пироксикам	10мг, 20мг капсула, таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А
		20мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А
сирка кислота унумлари ва унинг бирикмалари	Амтолметил гуацил	600мг таблетка-ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Мелоксикам	7,5–15мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		15мг/1,5мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А

сульфонанилид унумлари	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула-ичишга- кунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
юқори селектив НЯҚВ	Целекоксиб	200 мг, капсула – ичишга – кунига 1-2 махал	1 А
юқори селектив НЯҚВ	Эторикоксиб	60мг, 90мг, 120мг таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А
		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/	

НЯҚВлар касаллик фаоллигида оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши терапия сифатида қўлланилади. НЯҚВ ўткир синовит, артрит ва энтезитда қўлланилади. Ремиссияга эришилганда НЯҚВни бекор қилинади. НЯҚВни танлашда уларнинг самарадорлигига нисбатан ножўя таъсирлар келтириб чиқаришидаги хавфсизлигига кўпроқ эътибор қаратилади. Давомийлиги суткалик дозада 2 хафтагача тавсия этилади.

<https://crcp.tums.ac.ir/index.php/crcp/article/download/357/373>

Глюкокортикоид даво

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
глюкокортикоидлар-депо форма	Бетаметазон дипропионат/натрий фосфат	инъекция учун суспензия 7мг/мл-1,0мл, бўғим ичига, схема бўйича	1 Б
глюкокортикоидлар-депо форма	Триамцинолон ацетонид	инъекция учун суспензия 40 мг/мл-1,0мл, бўғим ичига, схема бўйича.	1 Б
глюкокортикоид	преднизолон	таблетка 5 мг ичишга 5мг схема бўйича	1 Б
глюкокортикоид	метилпреднизолон	таблетка 4 мг, 16мг ичишга 4мг схема бўйича	1 Б

глюкокортикоид	Дексаметазон	Суспензия кўз томчилари маҳаллий 3-5 марта кўрсатма билан	1 Б https://diseases.medelem.com/disease/

В	РеАнинг юқори фаоллигида прогностик салбий тизимли кўринишларнинг ривожланишида (нефрит, кардит ва бошқалар.), преднизолонни ўрта дозаларда ичишга буюриш мумкин.
---	---

Преднизолоннинг дозаси касалликнинг фаоллигига боғлиқ, терапевтик самарага эришгандан сўнг, препаратнинг дозаси аста-секин камайтирилиб тўлиқ бекор қилинади.

Яққол ифодаланган синовитда ГК бўғим ичига, периартикуляр энтезит соҳаларига юборилади. Увеитда ГК нинг топик терапияси амалга оширилади.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499831>

Базис яллиғланишга қарши воситалар

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Сульфаниламидли восита	Сульфасалазин	500мг таблетка ичишга- 500-2000мг/кунига https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/	1 А
Ўсмага қарши восита, антиметаболит	Метотрексат	2,5, 5 мг таблетка- ичишга - 7.5-25мг/Ҳафта	1 А
		олдидан тўлдирилган шприцлар 7,5 мг-22,5 мг	

		https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241.	
Иммунодепрессант	Лефлуномид	20 мг таблетка- кунига 1 маҳал https://medi.ru/instrukciya/leflunomid_20777/	1 А
		20777/	
Иммунодепрессант	Азатиоприн	таблетка 50 мг ичишга , 50мг кунига 1- 2 маҳал	1 А
Безгакка қарши восита	Гидроксихлорохин	таблетка 200мг, ичишга 200 мг кунига1-2 маҳал https://www.vidal.ru/drugs/hydroxychloroquine	1 А

БЯҚВ сурункали РеАда, клиник- лаборатор фаоллик юкори бўлганда ва тизимли жароҳатланишда буюрилади: сулфасалазин, метотрексат, азатиоприн, лефлуномид.

Сулфасалазин (5-аминосалицил кислотаси ва сулфапиридиннинг конюгати). Даволаш кунига 0,5г дан бошланади, (толерантликни баҳолаш учун), кейин у ҳафтасига 0,5 г дан кунига максимал 2-3 г гача кўпайтирилади. ССЗ жавоб секин. Баъзи ҳолларда ремиссияга 3-6 ойдан кейин эришилади. Ремиссияга эришилганда, препаратнинг дозаси камайтирилади. Ремиссияга эришгандан сўнг, ССЗ билан даволаш 3-6 ой давомида давом эттирилади. Агар 2-3 ойдан кейин ҳеч қандай самара кузатилмаса, бошқа БЯҚВ буюрилади. https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/

Метотрексат (фолий кислотаси антагонисти). Дастлабки доза кўп ҳолларда ҳафтасига 7,5-10 мг ни ташкил қилади. Эрталаб ва кечкурун 12 соатлик интервал билан эрталаб ва кечкурун буюриш тавсия этилади. Клиник таъсири 4-8 ҳафтадан сўнг баҳоланади, яхши ўзлаштирилганда ҳафтасига 15-20 мг гача кўпайтирилади. Тери-шиллик жароҳатланиши ва иридоциклитда жуда самарали эканлиги исботланган. [https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241.](https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241) Метотрексат қабул қилиш фониди юзага келадиган ножўя таъсирларнинг таъсирини камайтириш мақсадида беморларга **Фолий кислота** (таблетка, 1 мкг, витамин) камида 5 мг / ҳафтасига, МТ қабул қилгандан 24 соат ўтгандан сўнг тавсия этилади.

Азатиоприн. 6-меркаптопурин хосиласи бўлиб, ДНК репликацияси ва пурин синтез йўлини блоклайди, иммуносупрессив антиметаболит. Азатиоприн секин таъсир этувчи препарат ва дори тўхтатилгандан кейин ҳам таъсири давом этади. Бошланғич доза 1 мг/кг, 50мг ва 100 мг гача. Терапевтик эффект 6-8 ҳафтадан кейин намоён бўлади. Даволаш давомийли минимум 12 ҳафта.

Гидроксихлорохин (Плаквенил). DMARD, цитокинлар ишлаб чиқарилишига таъсир этиб, самарали эффект кўрсатади. Дастлабки доза 400мг дан 600 мг гача. Кумулятив

эффе́кт кўратиши бир неча ҳафта, ойларни талаб этади. Давомий доза 200 мг ни ташкил этади. Дастлабки давомийлик 12 ҳафта.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40588-020-00152-6>

Реактив артритда тизза бўғимлари зарарланганда ва иккиламчи остеоартрит ривожланганда қўшимча хондропротекторлар, табиий хондропротектив ва яллиғланишга қарши хусусиятга эга бўлган (Цель Т ва Траумель С) гиёҳли воситалар тавсия қилиниши мумкин.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187638201730135X>

4.3. Жарроҳлик аралашуви:

Фақат стационар шароитда ўтказилади.

<https://emedicine.medscape.com/article/331347-treatment?form=fpf#d9>

4.4. Кейинги даволаш:

Беморларни соғлом турмуш тарзига риоя қилишга ўргатиш тавсия этилади:

- ✓ ичак инфекцияларини олдини олиш бўйича умумий гигиеник тадбирлар (қўл, сабзаёт ва меваларни ювиш, маҳсулотларни термик ишлов бериш, озиқ-овқат маҳсулотларининг сақланиш муддатини кузатиш) ўтказиш;
- ✓ жинсий йўл билан юқувчи инфекцияни олдини олиш-презервативдан фойдаланиш
- ✓ ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариш.
- ✓ Амбулатор кузатув ва даволаш: ОШ, ревматолог, уролог, акушер-гинеколог, дерматолог-венеролог, окулист, инфекционист, стоматолог ва ортопед-травматолог мутахассислари томонидан олиб борилади. Кузатув давомийлиги индивидуал тартибда, юқорида кўрсатилган мутахассислар томонидан олиб борилади.

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

- оғриқ синдромининг камайиши ёки бутунлай йўқолиши (яллиғланиш белгилари);
- бўғимларнинг функционал фаоллигининг яхшиланиши ёки нормаллаши;
- клиник-лаборатор ремиссияга эришиш.

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

5.1. режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- юқори интенсивликдаги оғриқ синдроми ёки даво фонидида оғриқнинг кучайишида;
- турғун/рецидивланувчи синовит;
- беморнинг ҳаракат фаолиятига таъсир қилувчи яққол ифодаланган функционал бузилишлар.

5.2. шошинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

мавжуд эмас.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси

6.1 Беморни кузатиш картаси, бемор маршрутизацияси:

ОШ

- асимметрик артрит кўринишида ўткир ёки сурункали шаклда бўғимларда яллиғланиш, оғриқ ва шиш аниқланиши
- аксарият ҳолатларда оёқ бўғимлари зарарланиши
- "зинапоясимон" зарарланиш
- уроген ёки энтероген инфекция билан хронологик боғлиқлик мавжудлиги

30 минутдан кам бўлган эрталабки қарахтлик.

- -УҚТ;
- -УСТ;
- Умумий ахлат таҳлили;
- -СРО;
- -РО;
- Ахлат бактериологик текшируви (энтероколитик вариантда);
- Сийдик бактериологик текшируви (урогенитал вариантда);
- HLA-B27;
- хламидия инфекциясини аниқлаш мақсадида ПЦР ва ИФА текширувлар;
- -Рентгенография текшируви;

Ревматолог кўриги

ОШ+Ревматолог

- Агар:
- -УҚТ да ЭЧТ ошиши кузатилса;
- -СРО – мусбат бўлса
- Сийдик ва ахлат таҳлилларида бактерия топилиши
- HLA-B27 мусбатлиги
- хламидия инфекцияси ва энтероколитик инфекциянинг ПЦР ва ИФА текширувларда аниқланиши
- РО манфий бўлса;
- -Рентгенограммада бир тарафлама сакроилеит бўлса

ОШ+Ревматолог

- Таъхис: РеА;
- Номедикаментоз амбулатор даволаш;
- Медикаментоз амбулатор даволаш.

Ревматолог+Терапевт

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

Терапевт+Ревматолог+дерматовенеролог (ёки инфекционист)+Физиотерапевт

- Стационарда: ревматолог, дерматовенеролог (ёки инфекционист) физиотерапевт тавсиялари билан номедикаментоз ва медикаментоз даволаниш.

Ревматолог+дерматовенеролог (ёки инфекционист)+Физиотерапевт+ОШ

- Стационар шароитдан кейин амбулатор шароитда сифатли реабилитация;
- Амбулатор шароитда профилактика;
- Амбулатор шароитда диспансеризация.

6.2. номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:

Касаллик кечишини зўрайтирувчи хавф омилларни олдини олиш (интеркуррент инфекциялар, ортиқча вазн, чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва стресс);

тўйинмаган ёғ кислоталарга бой маҳсулотлар, мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш; даволовчи жисмоний машқларни бажариш;

физиотерапевтик муолажаларни касалликнинг энгил фаоллигида тавсия этилади (мутахассис маслаҳатидан сўнг);

санатор-курорт даволаш (касалликнинг ремиссия даврида).

Беморларга касалликнинг кечиши, оқибати, дори воситаларининг ижобий ва ножўя таъсирлари, жисмоний машқларнинг аҳамияти ҳақида тушунчалар берилади.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

6.3. Медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:

Реактив артрит билан хасталанган беморни даволаш бемор ва мутахассиснинг биргаликдаги қарорига асосланиши керак.

Урогенитал хламидиоз РеА ни антибактериал даволаш 28-30 кун ва постэнтероколитик РеА ни 10 кунгача тавсия этилади.

Урогенитал хламидиоз РеА билан чалинган беморни даволашда унинг жинсий ҳамкори ҳам бир вақтнинг ўзида даволаниши керак.

Комплекс медикаментоз терапия куйидаги дори воситаларни ўз ичига олади:

- Антибактериал даво
- НЯҚВ
- Глюкокортикоидлар
- БЯҚВ

Chlamydia trachomatis ни эрадикация мақсадида антибиотиклар даволашда қўлланилади

Дори воситаси (халқаро нотижорат номи)	Фармокологик гурухи	Қўллаш тартиби	Ишончлилик даражаси
Азитромицин	макролид	Таблетка, 500мг, ичишга, кунига 1 маҳал	1А
Доксициклин	тетрациклинлар	Таблетка, 100мг, ичишга, кунига 2 маҳал	1А
Кларитромицин	макролид	Таблетка, 500мг, ичишга, кунига 2 маҳал	1А

Ципрофлоксацин левофлоксацин	фторхинолон	Таблетка, 400мг, 500 мг ичишга, кунига 2 махал	1А
Фуразолидон	нитрофуран унумлари	Таблетка, 100-150мг, ичишга кунига 4 мартагача	1А
		https://diseases.medelement.com/disease/	

I A	Кенг таъсир доирали антибактериал препаратлар РеАнинг асосий давоси ҳисобланади.
-----	--

Антибиотиклардан танлов препарати бўлиб макролидлар ёки тетрациклинлар ҳисобланади. Ушбу дори воситаларни кўтара олмасликда ёки самарасизликда, фторхинолонлар ишлатилади. 6 ойлик комбинацияланган антибактериал терапия курслари (доксциклин + рифампицин ёки азитромицин + рифампицин) самарали ҳисобланади. Антибактериал терапия курсидан 3-4 ҳафта ўтгач, хламидияни қайта назорат қилиш.

Гинеколог ёки уролог томонидан жинсий ҳамкорни текшириш ва даволаш мажбурийдир. Даволашни яқунлашдан ва назорат текширувини ўтказишдан олдин сақланиш (презервативлардан фойдаланиш) тавсия этилади. Урогенитал инфекцияни бартараф этиш, касалликнинг қайталаниши ва сурункали кечишига ўтишини олдини олади.

Хламидия этиологияли реактив артритда пенициллин гуруҳи антибиотиклардан фойдаланиш қарши кўрсатмадир, чунки улар хламидияни антибактериал терапияга жуда чидамли L- шаклларига ўтказишади. Узоқ курс даволаш натижасида ноғўя таъсирлар, ёндош касалликлар ривожланиши мумкин: фотосенсибилизация, оғир дисбактериоз, токсик гепатит, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитик анемия

Постэнтероколитик РеАда антибактериал терапия курси қисқа муддатли ва ҳар доим ҳам самарали эмас.

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар (ЦОГ-1 ва ЦОГ-2) ва анальгетиклар

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Дори- воситасининг Халқаро патентланган	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
-----------------------------	--	----------------	--------------------------

	НОМИ		
анилид гуруҳидаги нонаркотик аналгетик	Ацетаминофен (парацетамол)	500мг таблетка- ичишга- марта/қунига 2-3	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Диклофенак	25мг, 50 мг таблетка- ичишга- қунига 2-3 марта	1 А
		100 мг таблетка, капсула- ичишга- қунига 1 марта	1 А
		3мл 25мг/мл ампула- м/о- қунига 1- 2 марта	1 А
		1мл 75мг/мл ампула- м/о- қунига 1- 2 марта	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- қунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Индометацин	25мг таблетка- ичишга қунига 2-3 марта	1 А
арил-сирка кислота унумлари	Кеторолак	10мг таблетка- ичишга- қунига 1-4 марта	1 А
		30мг/мл ампула- в/и, м/о- қунига 1- 3 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- қунига 3-4 марта	1 А
		400 мг таблетка- ичишга- қунига 2- 3 марта	1 А
		800 мг таблетка- ичишга-қунига 1 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- қунига 2 марта	1 А
		275мг, 550мг таблетка- ичишга- қунига 1-2 марта	1 А

пропион кислота унумлари	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		100мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
		150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и- кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Декскетопрофен	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта	1 А
		2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и- кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Теноксикам	20мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта	1 А
		20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А
оксикам	Лорноксикам	4мг таблетка-ичишга-кунига 2-3	1 А
		8мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
		8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Пироксикам	10мг, 20мг капсула, таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		20мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А
сирка кислота унумлари ва унинг бирикмалари	Амтолметил гуацил	600мг таблетка-ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Мелоксикам	7,5–15мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А

		15мг/1,5мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А
сульфонанилид унумлари	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула-ичишга- кунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
юқори селектив НЯҚВ	Целекоксиб	200 мг, капсула – ичишга – кунига 1-2 махал	1 А
юқори селектив НЯҚВ	Эторикоксиб	60мг, 90мг, 120мг таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А
		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/	

НЯҚВлар касаллик фаоллигида оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши терапия сифатида қўлланилади. НЯҚВ ўткир синовит, артрит ва энтезитда қўлланилади. Ремиссияга эришилганда НЯҚВни бекор қилинади. НЯҚВни танлашда уларнинг самарадорлигига нисбатан ножўя таъсирлар келтириб чиқаришидаги хавфсизлигига кўпроқ эътибор қаратилади. Давомийлиги суткалик дозада 2 ҳафтагача тавсия этилади.

<https://crcp.tums.ac.ir/index.php/crcp/article/download/357/373>

Глюкокортикоид даво

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
глюкокортикоидлар-депо форма	Бетаметазон дипропионат/натрий фосфат	инъекция учун суспензия 7мг/мл-1,0мл, бўғим ичига, схема бўйича	1 Б
глюкокортикоидлар-депо форма	Триамцинолон ацетонид	инъекция учун суспензия 40 мг/мл-1,0мл, бўғим ичига, схема бўйича.	1 Б

глюкокортикоид	преднизолон	таблетка 5 мг ичишга 5мг схема бўйича	1 Б
глюкокортикоид	метилпреднизолон	таблетка 4 мг, 16мг ичишга 4мг схема бўйича	1 Б
глюкокортикоид	Дексаметазон	Суспензия кўз томчилари маҳаллий 3-5 марта кўрсатма билан	1 Б https://diseases.medelem.com/disease/

РеАнинг юқори фаоллигида прогностик салбий тизимли кўринишларнинг ривожланишида (нефрит, кардит ва бошқалар.), преднизолонни ўрта дозаларда ичишга буюриш мумкин. Преднизолоннинг дозаси касалликнинг фаоллигига боғлиқ, терапевтик самарага эришгандан сўнг, препаратнинг дозаси аста-секин камайтирилиб тўлиқ бекор қилинади.

Яққол ифодаланган синовитда ГК бўғим ичига, периартикуляр энтезит соҳаларига юборилади. Увеитда ГК нинг топик терапияси амалга оширилади.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499831>

Базис яллиғланишга қарши воситалар

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
Сульфаниламидли восита	Сульфасалазин	500мг таблетка ичишга- 500-2000мг/кунига https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/	1 А
Ўсмага қарши восита,	Метотрексат	2,5, 5 мг таблетка- ичишга - 7.5-25мг/Ҳафта	1 А

антиметаболит		олдиндан тўлдирилган шприцлар 7,5 мг-22,5 мг https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241 .	
Иммунодепрессант	Лефлуномид	20 мг таблетка- кунига 1 маҳал https://medi.ru/instrukciya/leflunomid20777/	1 А
Иммунодепрессант	Азатиоприн	таблетка 50 мг ичишга , 50мг кунига 1- 2 маҳал	1 А
Безгакка қарши восита	Гидроксихлорохин	таблетка 200мг, ичишга 200 мг кунига1-2 маҳал https://www.vidal.ru/drugs/hydroxychloroquine	1 А

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22821199/>

БЯҚВ сурункали РеАда, клиник- лаборатор фаоллик юқори бўлганда ва тизимли жароҳатланишда буюрилади: сулфасалазин, метотрексат, азатиоприн.

Сулфасалазин (5-аминосалицил кислотаси ва сулфапиридиннинг конъюгати). Даволаш кунига 0,5г дан бошланади, (толерантликни баҳолаш учун), кейин у ҳафтасига 0,5 г дан кунига максимал 2-3 г гача кўпайтирилади. ССЗ жавоб секин. Баъзи ҳолларда ремиссияга 3-6 ойдан кейин эришилади. Ремиссияга эришилганда, препаратнинг дозаси камайтирилади. Ремиссияга эришгандан сўнг, ССЗ билан даволаш 3-6 ой давомида давом эттирилади. Агар 2-3 ойдан кейин ҳеч қандай самара кузатилмаса, бошқа БЯҚВ буюрилади. https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/

Метотрексат (фолий кислотаси антагонисти). Дастлабки доза кўп ҳолларда ҳафтасига 10 мг ни ташкил қилади. Эрталаб ва кечқурун 12 соатлик интервал билан эрталаб ва кечқурун буюриш тавсия этилади. Клиник таъсири 4-8 ҳафтадан сўнг баҳоланади, яхши ўзлаштирилганда ҳафтасига 15-20 мг гача кўпайтирилади. Тери-шиллик жароҳатланиши ва иридоциклитда жуда самарали эканлиги исботланган.
https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=mlvetn8i4m348834241

Фолий кислота (таблетка, 1 мкг, витамин) камида 5 мг / ҳафтасига, МТ қабул қилгандан 24 соат ўтгандан сўнг тавсия этилади.

Азатиоприн. 6-меркаптопурин хосиласи бўлиб, ДНК репликацияси ва пурин синтез йўлини блоклайди, иммуносупрессив антиметаболит. Азатиоприн секин таъсир этувчи препарат ва дори тўхтатилгандан кейин ҳам таъсири давом этади. Бошланғич доза 1 мг/кг, 50мг ва 100 мг гача. Терапевтик эффект 6-8 ҳафтадан кейин намоён бўлади. Даволаш давомийли минимум 12 ҳафта.

Гидроксихлорохин (Плаквенил). DMARD, цитокинлар ишлаб чиқарилишига таъсир этиб, самарали эффект кўрсатади. Дастлабки доза 400мг дан 600 мг гача. Кумулятив эффект кўрсатиши бир неча ҳафта, ойларни талаб этади. Давомий доза 200 мг ни ташкил этади. Дастлабки давомийлик 12 ҳафта.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40588-020-00152-6>

Реактив артритда тизза бўғимлари зарарланганда ва иккиламчи остеоартрит ривожланганда қўшимча хондропротекторлар, табиий хондропротектив ва яллиғланишга қарши хусусиятга эга бўлган (Цель Т ва Траумель С) гиёҳли воситалар тавсия қилиниши мумкин.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187638201730135X>

6.4. Кейинги даволаш:

- ✓ Беморларни соғлом турмуш тарзига риоя қилишга ўргатиш тавсия этилади:
- ✓ ичак инфекцияларини олдини олиш бўйича умумий гигиеник тадбирлар (қўл, сабзаёт ва меваларни ювиш, маҳсулотларни термик ишлов бериш, озиқ-овқат маҳсулотларининг сақланиш муддатини кузатиш) ўтказиш;
- ✓ жинсий йўл билан юқувчи инфекцияни олдини олиш-презервативдан фойдаланиш
- ✓ ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариш.
- ✓ Амбулатор кузатув ва даволаш: ОШ, ревматолог, уролог, акушер-гинеколог, дерматолог-венеролог, окулист, инфекционист, стоматолог ва ортопед-травматолог мутахассислари томонидан олиб борилади. Кузатув давомийлиги индивидуал тартибда, юқорида кўрсатилган мутахассислар томонидан олиб борилади.

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

- оғриқ синдромининг камайиши ёки бутунлай йўқолиши (яллиғланиш белгилари);
- бўғимларнинг функционал фаоллигининг яхшиланиши ёки нормаллаши;
- клиник-лаборатор ремиссияга эришиш.
- ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

7.1 манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

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

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

7.4. фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга ҳаволалар керак):

**“РЕАКТИВ АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК
БАЁННОМАСИ**

Тошкент 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Реактив артрит (РеА)га чалинган беморларнинг бўғим тоғайида деструкциянинг ривожланиши, ўз навбатида беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир этиши, айниқса навқирон ёшдаги инсонларнинг хасталаниши, уларнинг иш қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик кўрсаткичининг ортиб бориши ревматологиядаги долзарб муаммо сифатида намоён бўлмоқда. Шу нуқтаи назардан, РеАни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий зарарни камайтиришда катта аҳамиятга эга.

2.2. Умумий таърифи:

Реактив артрит (РеА) – ўтказилган ўткир ичак ёки урогенитал инфекциядан кейин хронологик боғлиқлик асосида (одатда 1 ойдан кечикмаган муддатда) ривожланувчи бўғимларнинг йирингли бўлмаган яллиғланишли касаллиги ҳисобланади.

[[https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-](https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946)

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>]

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458153/>] [<https://rheumatology.org/patients/reactive-arthritis>]

3. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари.

3.1. муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

РеА даволашда антибактериал терапия билан бир қаторда яққол ифодаланган синовитда ГК бўғим ичига, периартикуляр энтезит соҳаларига юборилади. Увейтда ГК нинг топик терапияси амалга оширилади.

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

3.2. муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

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

3.3. муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

- бўғимларда шиш (синовит);
- бўғимдаги оғриқ синдроми;
- бўғимлардаги операциядан кейин тикланиш;
- бўғимлар зарарланиши билан кечадиган касалликлар.

3.4. муолажа ёки аралашувни бажарадиган мутахассисга талаблар:

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

3.5. асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

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

3.6. муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Бўғим ичи амалиётлари

Дори воситалари (халқаро нопатент номи)	Фармакологик гуруҳи	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
Бетаметазон дипропионат/нат рия фосфат	глюкокортикоид- депо шакли	7мг/мл-1,0мл инекция учун суспензия бўғим ичига 1,0 мл гача схема бўйича	1А
Триамцинолон ацетонид	глюкокортикоид -депо шакли	40 мг/мл-1,0мл инекция учун суспензия бўғим ичига 1,0 мл гача схема бўйича	1А

Гиалурон кислотаси	Гиалурон кислотаси юкори ва паст молекуляр гибрид комбинирланган комплекси	тўлдирилган шприцда 64 мг/2 мл, бўғим ичига 2 мл, схема бўйича иккиламчи ОА да	1А
---------------------------	--	--	----

Инъекция учун глюкокортикоидлар-депо шакли тизза, елка, болдир-товон ва чаноқ-сон бўғими иккиламчи синовит билан кечганда ёки кучли оғриқни камайтириш учун қўлланилади. Битта бўғимга 1 йилда 2-3 инъекциядан ортиқ қўлланилмайди.

1 А Глюкокортикоидларни чаноқ-сон бўғимига инъекция қилиш ультратовуш назорати остида амалга оширилади.

1 А Қўл панжа бўғимлари синовитида ГК тавсия этилмайди, бироқ фалангалараро бўғимлар синовитида қўллаш мумкин.

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22821199/>

3.7. беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Беморларни муолажага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

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

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

4. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

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

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

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

кардиоревматология бўлими мудири, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси

Сабилова Феруза Бадриддиновна;

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

4.4. фойдаланилган адабиётлар рўйхати

**“РЕАКТИВ АРТРИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Реактив артрит (РеА) – ўтказилган ўткир ичак ёки урогенитал инфекциядан кейин хронологик боғлиқлик асосида (одатда 1 ойдан кечикмаган муддатда) ривожланувчи бўғимларнинг йирингли бўлмаган яллиғланишли касаллиги ҳисобланади. Реактив артрит (РеА)га чалинган беморларнинг бўғим тоғайида деструкциянинг ривожланиши, ўз навбатида беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир этиши, айниқса навқирон ёшдаги инсонларнинг хасталаниши, уларнинг иш қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик кўрсаткичининг ортиб бориши ревматологиядаги долзарб муаммо сифатида намоён бўлмоқда. Шу нуқтаи назардан, РеАни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий зарарни камайтиришда катта аҳамиятга эга.

[<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5->

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5->

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnyy-artrit-1>

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>

2.2. Профилактика ёки реабилитация таърифи:

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

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

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>

2.3. Профилактика ёки реабилитациянинг турлари:

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

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учламчи.

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

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

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

Реабилитация босқичлари:

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

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

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

2.4. Оммавий профилактика ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:

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

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

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

[\https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnyy-artrit-1> <https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnyy-artrit-1> <https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>

3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари:

РеАнинг бирламчи профилактикаси:

- ✓ Ичак инфекцияларини олдини олиш бўйича умумий гигиеник тадбирлар (қўл, сабзавот ва меваларни ювиш, маҳсулотларни термик ишлов бериш, озиқ-овқат маҳсулотларининг сақланиш муддатини кузатиш) ва бошқалар.
- ✓ Жинсий йўл билан юқувчи инфекцияни олдини олиш-презервативдан фойдаланиш.
- ✓ Хламидияга текшириш ва жинсий ҳамкорларни даволаш.

РеАнинг иккиламчи профилактикаси:

- ✓ Бўғимлардаги яллиғланиш жараёнларини кучайтириши мумкин бўлган омиллар таъсирини камайтириш (бўғимларга ортикча юклама, травмалар, сурункали инфекция ўчоқлари санацияси)
- ✓ Патогенни йўқ қилишни назорат қилиш билан ўз вақтида антибактериал терапия
- ✓ Препаратнинг клиник таъсири ва толерантлигини ҳисобга олган ҳолда индивидуал танлов
- ✓ Юқори фаолликда маҳаллий даволаш
- ✓ Артритни қайталанувчи, ўткир ости ва сурункали кечишида базис препаратлар қўлланилади.

РеАнинг учинчи даражали профилактикаси – РеА билан оғриган беморларнинг асоратларини реабилитация қилиш (ОП да ОШ, МКТП да ревматолог, стационар шароитларда ва реабилитация марказларида амалга оширилади);

<https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnyy-artrit>

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1>

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5->

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5->

3.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

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

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

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

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

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

- ҳаёт сифатини яхшилаш: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

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

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

Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

РеАга чалинган беморлар маълум бир тоифаси учун қарши кўрсатмалар бўлмаса, реабилитациянинг бир қисми сифатида физиотерапевтик даволанишдан фойдаланиш тавсия этилади. Тавсияларининг ишончлилиги даражаси Б (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2). Реактив артритнинг паст ва ўртача фаолликда кечишида даво комплексига даволовчи жисмоний терапия машқлари ва физиотерапевтик муолажаларни киритиш мумкин (лазеротерапия, ультратовуш, электрофорез ва х.к)

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда ташхислаш тадбирлари:

Лаборатор диагностика:

- Умумий қон таҳлили
- Умумий пешоб таҳлили
- Умумий нажас таҳлили
- СРО, АСЛО, ревматоид омиллар (IgM , РО)
- Қон биохимик текшируви: АСТ ва АЛТ, креатинин, глюкоза, умумий оқсил, сийдик кислотаси
- ПЦР ёки ИФА: хламидия, иерсиния, шигелла, сальмонелла ва кампилобактерияга IgM, IgA синфи антитанаси
- Иерсиния, сальмонелла, шигелла ва кампилобактерия антитанасини аниқлаш учун серологик текширув (РНГА)
- Пешоб, нажас, синовиал суюқликни микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигига бактериологик таҳлил
- Эркакларда уретрадан, аёлларда цервикал каналдан суртмани микробиологик текшириш
- Гепатит В, С вирус маркёрлари, ОИВ
- HLA-B27
- АЦЦП
- Бруцеллезни инкор этувчи тестлар
- сийдик кислотаси

Инструментал ташхислаш

- Кўл, оёқ ва тос суяклари кўламли рентгенографияси
 - Бўғимларни ультратовуш текшируви
 - МРТ
 - ЭКГ
 - Эхокардиография
 - ЭГФДС (кўрсатмага кўра)
 - Колоноскопия (кўрсатмага кўра)
- **Рентгенография. Тос суяклари рентгенографияси** – бир томонлама сакроилиит хос. **Бўғимлар рентгенографияси:** бўғим атрофи остеопорози, периостит-пайларни суякларга бирикиш соҳасида сезилмайдиган периостал ғадир-будурлик, «дағал шпоралар», жуда кам ҳолларда бўғим юзасида эрозиялар

- **Бўғимлар УТТси:** синовиал қобик ва боғлам қалинлашиши, бўғим бўшлиғида ва бўғим халтасида синовиал суюқлик тўпланиши
- **КТ ёки МРТ**–бўғимлар ва думғаза-ёнбош соҳаси кўрсатмага кўра буюрилади. Бунда суяк ва синовиал мембранада яллиғланиш шиши кузатилади; товон суяклари шпораси; суякда эрозиялар ва яққол пролиферациялар; думғаза-ёнбош бирикмада ўткир ва сурункали яллиғланишли ўзгаришлар.
- **ЭКГ** РеАли беморларнинг барчасида камида бир йилда бир марта юрак-қон томир касалликларини аниқлаш учун ўтказилади.
- **ЭхоКГ-** РеАли беморларнинг барчасида қон-томир патологияларига шубҳа бўлганда амалга оширилади.
- **ЭГФДС** РеАда, НЯҚВ қабул қилаётганларда ўтказилади (йилига 1 мартадан кам бўлмаган)

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%8B/14946>

Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

Профилактика

РеА да энг муҳим профилактик тадбирлар ўз ичига: ичак инфекцияларини олдини олиш бўйича умумий гигиеник тадбирлар (қўл, сабзавот ва меваларни ювиш, маҳсулотларни термик ишлов бериш, озиқ-овқат маҳсулотларининг сақланиш муддатини кузатиш) ва бошқалар, жинсий йўл билан юқувчи инфекцияни олдини олиш-презервативдан фойдаланиш, Хламидияга текширувлар ўтказиш ва жинсий ҳамкорларни даволашдан ташкил топган.

Диспансер назорати қуйидагиларга йўналтирилган:

- касаллик хуружининг профилактикаси;
- давони доимий коррекциялаш;
- турғун клиник ремиссияга эришиш
- дорилар асоратининг профилактикаси.

Бирламчи тиббиёт бўғимидаги оилавий шифокор томонидан диспансер назорати олиб борилиши тавсия этилади. Ташриф буюрилганда қуйидагиларга: шикастланган бўғимлар сонининг ўзгаришига, оғриқ интенсивлигига (ВАШ, см), бўғимлардаги ҳаракатлар

хажмига, дориларнинг ножўя таъсирлари пайдо бўлганлигига эътибор қаратиш лозим. Зарур бўлганда дориларнинг қабул қилиш режимини ўзгартириш, уларни бекор қилиш ёки ўзгартириш керак. Бемор тавсияларга, юклама тартибига риоя қиладими йўқми аниқлаштириш лозим. Бўғимларнинг бузилган биомеханикасини коррекциялаш учун ортезлардан фойдаланилади.

РеА нинг сурункали шаклига чалинган беморларга индивидуал хусусиятларини инобатга олган ҳолда узоқ кузатув тавсия қилинади. 5 D.

Беморларни ўргатиш:

Беморларни ўргатиш - беморга мослаштирилган ва касаллик ҳақида маълумот, турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар, вазн йўқотиш ва даволовчи жисмоний машқлар зарурлигини ўз ичига олади.

Даволаш усуллари танлаш бемор ва мутахассиснинг биргаликдаги қарорига асосланиши керак.

Озиш :

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

Ортиқча вазнли беморларга (ТВИ 25 кг/м² дан ортиқ) тана вазнини 6 ой ичида камида 5% ёки йил давомида 10% га камайтириш тавсия этилади.

Жисмоний машқлар :

1 А	Барча РеА ли беморларига мушаклар функцияси ва кучини яхшилаш ва оғриқни камайтириш учун машқ қилиш тавсия этилади.
-----	---

Машқларни тавсия қилади: аеробик, куч ёки қаршилик, мослашувчанлик ва чўзилиш учун, сувда яхшироқ. Юриш аероб машқлари сифатида ишлатилиши мумкин.

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

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

Ортопедик тавсиялар :

Оёқ учун қулай ва амортизацияловчи поябзалларни танлаш, бармоқларнинг қулай жойлашиши учун етарлича катта поябзал кийиш ва баланд пошналардан сақланиш.

Физиотерапевтик тавсиялар :

РеАнинг фаоллиги пасайганда реабилитация тадбирлари даволаш режасига киритилади: физиотерапия (микротўлқинли терапия, гидрокортисон билан фонофорез,

электрофорез, озокерит қўлланилиши, парафин ва терапевтик балчик). ДЖТ дастлаб статик машқлар буюрилади, кейин массаж бир вақтнинг ўзида тавсия қилинади. Касалликнинг ремиссия даврида беморларга санатор-курорт даво буюрилади. МДХ худудида радон сувлари: Белокуриха, Пятигорск, Хмельник, Цхалтубо. Водород сульфидли Сочи-Мацест ва Пятигорск каби санатор-курорт масканлар мавжуд. Евпаториянинг минерал сувлари ва шифобахш балчиқлари, Нафталан курортида нафталан мойлари бор. Ўзбекистонда радонли сув манбалари: «Ўзбекистон» (Нагорний, Самарқанд вилояти), «Олтинсой» (Навоий вилояти) санаторияларида. Водород сульфидли сув манбалари «Чимъён» (Фарғона вилояти), минерал, йод-бромли сувлар «М. Топволдиев» (Фарғона вилояти, Риштон), «Жайронхона» (Сурхондарё вилояти), «Чортоқ» (Наманган вилояти) санатор-курорт масканларида мавжуд.

Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

- Зарарланган бўғимдаги оғриқни камайтириш;
- Зарарланган бўғимнинг функционал фаолиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш.

Адекват анальгезия даражаси учун:

- турли фармакологик воситалардан мультимодал фойдаланиш;
- номедикаментоз терапия ва реабилитация усулларида фойдаланиш;
- Давомийлик, изчиллик, мураккаблик, шунингдек, профилактика ва реабилитация тадбирларини ўтказишда индивидуал ёндашув.

10 . Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
2. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
3. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
4. Kvien TK , Gaston JS , Bardin T , Butrimiene I , Dijkmans BA , Leirisalo-Repo M , Solakov P , Altwegg M , Mowinckel P , Plan PA , Vischer T and EULAR. Three month treatment of reactive arthritis with azithromycin : a EULAR double blind, placebo controlled study. *Annals of the rheumatic diseases*, 2004, 63(9), 1113
5. Carter JD , Espinoza LR , Inman RD , Sneed KB , Ricca LR , Vasey FB , Valeriano J , Stanich JA , Oszust C , Gerard HC and Hudson AP. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis : a double-blind, placebo-controlled, prospective trial. *Arthritis and rheumatism*, 2010, 62(5), 1298
6. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: [http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-](http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html)

7. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
8. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. Int J STD AIDS November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
9. Carter JD , Valeriano J and Vasey FB. Doxycycline versus doxycycline and rifampin in undifferentiated spondyloarthropathy, with special reference to chlamydia-induced arthritis . A prospective, randomized 9-month comparison. The Journal of rheumatology, 2004, 31(10), 1973
10. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosu, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
11. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
12. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. Int J STD AIDS November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
13. Moskowitz RW, Lesko M, Hooper M. Open-label study of clarithromycin in patients with undifferentiated connective tissue disease. Semin Arthritis Rheum. 2006 Oct;36(2):82-7.

14. Sieper J , Fendler C , Laitko S , Sörensen H , Gripenberg-Lerche C , Hiepe F , Alten R , Keitel W , Groh A , Uksila J , Eggens U , Granfors K and Braun J. No benefit of long-term ciprofloxacin treatment in patients with reactive arthritis and undifferentiated oligoarthritis: a three-month, multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Arthritis and rheumatism*, 1999, 42(7), 1386
15. Yli-Kerttula T , Luukkainen R , Yli-Kerttula U , Möttönen T , Hakola M , Korpela M , Sanila M, Uksila J and Toivanen A. Effect of a three month course of ciprofloxacin on the late prognosis of reactive arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 2003, 62(9), 880
16. Liu J, Sun D, He J, Yang C, Hu T. et al. Gastroprotective effects of several H2RAs on ibuprofen-induced gastric ulcer in rats. *Life Sci*. 2016 Mar 15;149:65-71. doi: 10.1016/j.lfs.2016.02.045. Epub 2016 Feb 13.
17. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
18. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
19. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
20. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: [http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-](http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html)

21. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
22. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
23. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
24. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
25. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
26. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
27. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available

from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>

28. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
29. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
30. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
31. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
32. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
33. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
34. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi:

35. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosí, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
36. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
37. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
38. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosí, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
39. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
40. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
41. Clegg DO , Reda DJ , Weisman MH , Cush JJ , Vasey FB , Schumacher HR , et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of reactive arthritis (Reiter's

syndrome). A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. Arthritis and rheumatism, 1996, 39(12), 2021

42. Ramiro S, Radner H, van der Heijde D, van Tubergen A, Buchbinder R, Aletaha D, Landewé RBM. Combination therapy for pain management in inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 10. Art. No.: CD008886. DOI: 10.1002/14651858.CD008886.pub2.
43. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
44. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
45. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
46. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
47. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available

from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>

48. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
49. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
50. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
51. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
52. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndos, Jo Adams, Lena Andersen, Christina Bode, Carina Boström, Yvonne van Eijk-Hustings, Laure Gossec, Jana Korandová, Gabriel Mendes, Karin Niedermann, Jette Primdahl, Michaela Stoffer, Marieke Voshaar, Astrid van Tubergen. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-962 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206807. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2015/03/03/annrheumdis-2014-206807.full.pdf+html>
53. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
54. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi:

55. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis(external link). British Association for Sexual Health and HIV. 2008. Available from: <http://www.bashh.org/documents/1772.pdf>
56. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* November 2014 25: 901-912, first published on June 27, 2014. doi: 10.1177/0956462414540617
57. Lanas A , Goldstein JL , Chan FKL , Wilcox CM , Peura DA , Li C , Sands GH and Scheiman JM. Risk factors associated with a decrease >2 g/dL in haemoglobin and/or $>10\%$ haematocrit in osteoarthritis patients taking celecoxib or a nonselective NSAID plus a PPI in a large randomised controlled trial (CONDOR). *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2012, 36(5), 485
58. Lanas A , Goldstein JL , Chan FKL , Wilcox CM , Peura DA , Li C , Sands GH and Scheiman JM. Risk factors associated with a decrease >2 g/dL in haemoglobin and/or $>10\%$ haematocrit in osteoarthritis patients taking celecoxib or a nonselective NSAID plus a PPI in a large randomised controlled trial (CONDOR). *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2012, 36(5), 485
59. Liu J, Sun D, He J, Yang C, Hu T. et al. Gastroprotective effects of several H2RAs on ibuprofen-induced gastric ulcer in rats. *Life Sci*. 2016 Mar 15;149:65-71. doi: 10.1016/j.lfs.2016.02.045. Epub 2016 Feb 13.
60. Gamaletsou MN, Rammaert B, Bueno MA, Sipsas NV, Moriyama B, Kontoyiannis DP, Roilides E, Zeller V, Taj-Aldeen SJ, Miller AO, Petraitiene R, Lortholary O, Walsh TJ. Candida Arthritis: Analysis of 112 Pediatric and Adult Cases. *Open Forum Infect Dis*. 2015 Dec 23;3(1):ofv207. doi: 10.1093/ofid/ofv207. eCollection 2016 Jan.
61. Bekiarova P , Gerginova V and Sheitanov I. Clinical evaluation of the drug Mydocalm ("gedeon richter") in patients with ankylosing spondylitis and spondyloarthritis. [Bulgarian]. *Revmatologiya (Moscow, Russia)*, 2000, 8(4), 41
- Usha PR , Naidu MUR and Datla R. Clinical efficacy and tolerability evaluation of pentoxifylline in rheumatoid arthritis : A double-blind, randomised, placebo-controlled

study. *Clinical drug investigation*, 2002, 22(5), 329. Available from: <http://link.springer.com/article/10.2165/00044011-200222050-00007>

62. Beverley Shea , Michael V Swinden , Elizabeth Tanjong Ghogomu , Zulma Ortiz , Wanruchada Katchamart, Tamara Rader , Claire Bombardier , George A Wells and Peter Tugwell. Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Online Publication Date: May 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD000951.pub2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000951.pub2/full>
63. Huang SC , Wei JC , Wu DJ and Huang YC. Vitamin B(6) supplementation improves pro-inflammatory responses in patients with rheumatoid arthritis. *European journal of clinical nutrition*, 2010, 64(9), 1007. Available from: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v64/n9/full/ejcn2010107a.html>
64. Syngle A, Vohra K, Garg N, Kaur L, Chand P. Advanced glycation end-products inhibition improves endothelial dysfunction in rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2012 Feb;15(1):45-55. doi: 10.1111/j.1756-185X.2011.01679.x. Epub 2011 Oct 10. Syngle A, Vohra K, Garg N, Kaur L, Chand P. Advanced glycation end-products inhibition improves endothelial dysfunction in rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2012 Feb;15(1):45-55. doi: 10.1111/j.1756-185X.2011.01679.x. Epub 2011 Oct 10.