

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY
REABILITASIYA ILMIIY-AMALIIY TIBBIYOT MARKAZI

“REAKTIV ARTRIT”
NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA

Toshkent – 2025

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



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

TOSHKENT – 2025

Mundarija:

1.	Reaktiv artrit kasalligini tashxislash va davolash	5-bet
2.	Reaktiv artrit kasalligida tibbiy aralashuvlar	41-bet
3.	Reaktiv artrit kasalligi tibbiy profilaktikasi va rehabilitatsiyasi	45-bet

**“REAKTIV ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

1. Kirish qismi.

Ushbu klinik bayonnoma **Reaktiv artrit** kasalligining dolzarbligini inobatga olib, dalillarga asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, kasallikni erta tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiriq etishni nazarda tutadi. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun Amerika revmatologlari (ACR), Yevropa antirevmatik ligasi (YEULAR), Rossiya revmatologlar uyushmasi (ARR) klinik ko'rsatmalari asos qilib olindi.

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

(M02)	Reaktiv artropatiyalar:
(M02)/FA11.0.	Ichak shuntida kuzatiladigan artropatiya
M.02.1/FA12.0	Dizenteriyadan keyin rivojlangan artropatiya
M02.2/FA11.1	Imunizatsiyadan keyingi artropatiya
M02.3/FA11.2	Reyter kasalligi
M02.8/FA11.Y	Boshqa turdagi reaktiv artropatiyalar
M02.9/FA11.Z	Noaniq reaktiv artropatiyalar
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12019

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

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

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

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

Mualliflar ro'yxati:

Azizova F.L.	TTA ilmiy ishlar bo'yicha prorektor t.f.d., professor
Alyavi B.A.	RITvaTRIATM direktori, t.f.d., professor
Miraxmedova X.T.	SSV revmatologiya bo'yicha bosh konsultant t.f.d., prof. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasini mudiri.

Raximova D.A.	RITvaTRIATM laboratoriya raxbari t.f.d., SSV terapiya xizmati bo'yicha bosh mutaxassis
Aliaxunova M.Yu.	RITvaTRIATM revmatologiya bo'limi mudiri t.f.d., professor
Nabieva D.A.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
Dadabaeva N.A.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti, t.f.n.

Mualliflar ro'yxati:

Miraxmedova X.T.	SSV revmatologiya bo'yicha bosh konsultant t.f.d., prof. TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri.
Raximova D.A.	RITvaTRIATM laboratoriya raxbari t.f.d., SSV terapiya xizmati bo'yicha bosh mutaxassis
Aliaxunova M.Yu.	RITvaTRIATM revmatologiya bo'limi mudiri t.f.d., professor
Dadabaeva N.A.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti, t.f.n.
Nabieva D.A.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
Abduraxmonova N.M.	TTA 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
Djuraeva E.R.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası dotsenti, t.f.n.
Xamraev X.X.	SamDTU 1-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.n.
Abdullaev U.S.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, t.f.n.
Muxsimova N.R.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, t.f.n.
Saidrasulova G.B.	TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti, t.f.n.
Ganieva N.A.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası assistenti, t.f.n.
Berdieva D.U.	TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kafedrası assistenti, t.f.n.
Buranova S.N.	TTA 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası katta o'qituvchisi, t.f.n.
Najmiddinov G.R.	Farg'ona viloyati bosh revmatologi
Bomurodova D.B.	Buxoro viloyati bosh revmatologi

Taqrizchilar:

Nabieva Dildora Abdumalikovna	–Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrasini mudiri, professor t.f.d.
Shukurova Surayo Maqsudovna	– Tojikiston Fanlar akademiyasi a’zosi, Malaka oshirish instituti terapiya va kardiorevmatologiya kafedrasini mudiri t.f.d., professor.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. TTA 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrasini dotsenti, t.f.d F.I.Xalmetova
2. TTA 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrasini assistenti, PhD M.B.Raximova;

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

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

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

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

Amaliyotchi shifokorlar:

1. M.V.Mirxamidov – TTA ko‘p tarmoqli klinikasi revmatologiya bo‘limi mudiri.

2. Z.X.Maxmudova – Toshkent shaxri 1-ShKSh revmatologiya bo‘limi mudiri.
3. N.A.Abduvalieva – Toshkent viloyati Olmaliq shaxri KTMP revmatolog shifokori.

Bayonnoma protokolda foydalanilgan qisqartmalar:

ALT	– alaninaminotransferaza;
AST	– aspartataminotransferaza;
ASSP	– tsiklik tsitrulin peptidga antitelolar;
BYaQV	– bazis yallig‘lanishga qarshi vositalar;
VASh	– vizual analog shkalasi;
GiK	– gialuron kislotasi;
GKS	– glyukokortikoid preparatlar;
IMT	– indeks tana vazni;
LFK	– davolovchi jismoniy mashqlar;
MKB (XKK-10)	– xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasining 10-qayta ko‘rigi;
MRT	– magnit-rezonans tomografiya;
NYaQV	– nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar;
OA	– Osteartroz;
OSH	-oilaviy shifokor
UX	– umumiy xolesterin;
PFAB	– proksimal falangalararo bo‘g‘imlar;
PYaF	– kaft-falangalar bo‘g‘imlari;
RA	– revmatoid artrit;
ReA	-reaktiv artrit
RO	– revmatoid omil;
EChT	– eritrotsitlar cho‘kish tezligi;
SRO	– S reaktiv oqsil;
TG	- triglitseridlar;
UTT	– ultratovush tekshiruvi;
EGFDS	– ezofagogastroduodenoskopiya;
EKG	-elektrokardiografiya;

ESCEO	– Osteoporoz va osteoartritning klinik va iqtisodiy tomonlari bo‘yicha Yevrophamjamiyati;
YeULAR	– Yevropa antirevmatik ligasi;
ACR	– Amerika revmatologlari uyushmasi;
ARR	– Rossiya revmatologlar uyushmasi;
ACR	– Amerikanskaya kollegiya revmatologov;
WOMAC	– Tizza bo‘g‘imi va son-chanoq bo‘g‘imlari osteoartrozida funksional baholash indeksi (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index).

Mazkur tashxis/nozologiya bo‘yicha protokolning foydalanuvchilari:

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

Bemorlar toifasi:

Reaktiv artritga chalingan bemorlar

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi

(DD)

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

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

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

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

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

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

Reaktiv artrit (ReA)ga chalingan bemorlarning bo'g'im tog'ayida destruktivning rivojlanishi, o'z navbatida bemorlarning hayot sifatiga salbiy ta'sir etishi, ayniqsa navqiron yoshdagi insonlarning xastalanishi, ularning ish qobiliyatining pasayishi va nogironlik ko'rsatkichining ortib borishi revmatologiyadagi dolzarb muammo sifatida namoyon bo'lmoqda. Shu nuqtai nazardan, ReA ni tashxislash, davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqish bemorlar salomatligini yaxshilash va sog'liqni saqlash tizimiga tushayotgan ijtimoiy-iqtisodiy zararni kamaytirishda katta ahamiyatga ega.

2.2. Umumiy ta'rifi:

Reaktiv artrit (ReA) – o'tkazilgan o'tkir ichak yoki urogenital infeksiyadan keyin xronologik bog'liqlik asosida (odatda 1 oydan kechikmagan muddatda) rivojlanuvchi bo'g'imlarning yiringli bo'lmagan yallig'lanishli kasalligi hisoblanadi.

[<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. ReA tasnifi:

Etiologiyasiga ko'ra:

- ✓ -Enterogen (enterokolitik) o'tkazilgan ichak infeksiyasidan keyingi (qo'zg'atuvchilari: Yersinia enterocolitica, Yersinia pseudotuberculosis, Salmonella enteritidis, Shigella flexnery, S Typhimurium, Campylobacter jejuni),
- ✓ -Urogenital (Chlamidia trachomatis).

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

Kechishiga ko'ra:

- ✓ o'tkir (6 oygacha)
- ✓ o'tkir osti (6 oydan 1 yilgacha)
- ✓ surunkali (1 yildan yuqori)

Faollik darajasiga ko'ra:

- ✓ 0 - remissiya
- ✓ I - past
- ✓ II - o'rta
- ✓ III - yuqori

Funksional sinf:

- ✓ I sinf - kasbiy bo'lmagan faoliyat va kasbiy faoliyat bilan o'z-o'ziga xizmat qilish to'liq saqlangan.
- ✓ II sinf - kasbiy bo'lmagan faoliyat bilan shug'ullanish, kasbiy faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklanadi, o'ziga xizmat qilish imkoniyati saqlangan.
- ✓ III sinf - o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish imkoniyatlari saqlanib qoladi, kasbiy va kasbiy bo'lmagan faoliyat bilan shug'ullanish imkoniyatlari cheklanadi.
- ✓ IV sinf - o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, kasbiy bo'lmagan va kasbiy faoliyat imkoniyatlari cheklangan.

O'ziga xizmat qilish: kiyinish, ovqatlanish, o'zini parvarishlash va boshq.

Kasbiy bo'lmagan faoliyat: jinsi va yoshini hisobga olgan holda dam olish, sport bilan shug'ullanish va boshqalar.

Kasbiy faoliyat: jinsi va yoshini hisobga olgan holda ish, o'qish, uy xo'jaligi (uy bekalari uchun).

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

3. Usullar, yondashuvlar va tashxislash jarayonlari.**3.1. Tashxislash mezonlari:**

ReA seronegativ spondiloartritlar guruhiga mansub bo'lib, Yevropa spondiloartritlarni o'rganuvchi mezonlariga mos keladi (ESSG). Shu o'rinda ReA xos umumiy belgilar quyidagilar hisoblanadi:

1. Kasallikning debyuti 30–40 yoshlarga to'g'ri kelishi.
2. Artrit va oldingi o'tkazilgan ichak infeksiyasi (diareya), urogenital infeksiya, hamda kon'yunktivit o'rtasida xronologik bog'liqlik mavjudligi.
3. Kasallikning o'tkir boshlanishi.
4. Chegaralangan sonli bo'g'imlarning zararlanishi (monooligoartrit).

5. Tananing o'q skeleti va bo'g'imlarining assimetrik zararlanishi.
6. Jarayonga pay va bog'lamlar apparatining jalb etilishi.
7. Tizimli yallig'lanish belgilarining bo'lishi (teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar, ko'z zararlanishi)
8. Revmo omilning manfiyligi.
9. Infektsion omilning serologik va bakteriologik tekshiruv natijalari orqali isbotlanganligi.
10. Oilaviy anamnezda bemor qarindoshlarda seronegativ spondiloartropatiya mavjudligi yoki HLA-B27 ning musbatligi.
11. Aksariyat hollarda kasallikning nisbatan yaxshi sifatli kechadi va yallig'lanishni ortga qaytarishga erishish mumkin, lekin ba'zan jarayon surunkali tusga o'tib, retsidivlar bilan kechishi mumkin.

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109520/>]

[https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Reaktivnye_artrity_podhody_k_diagnostike/#ixzz8cRxu5oxj]

Hozirgi kunda ReAni tashxislash uchun umumkiritilgan mezonlar mavjud emas. Shunday bo'lsada, ReAni ACR va Berlin mezoniga (1999) asoslangan umum qabul qilingan quyidagi tashxislash mezonlari ishlab chiqilgan:

International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin mezonlari 1999)

mezonlar	tavsifi
Asosiy	O'q bo'g'imlarining assimetrik oligo yoki monoartriti. Yoki: O'tkazilgan enterit yoki uretritdan so'ng 3 kundan 6 haftagacha bo'lgan intervalda artrit belgilari rivojlanishi.
Qo'shimcha	Trigger infeksiyaning mavjudligi musbat laborator testlar orqali isbotlangan bo'lishi. Sinovial qobiqning yallig'lanish belgilari yaqqol mavjudligi.
Siydik tanosil tizimi zararlanish belgilari, oyoq panja mayda bo'g'imlari shikastlanishi, S-reaktiv oqsilining baland ko'rsatkichi hamda HLA-B27 ning musbat natijasi reaktiv artrit tashhisotida 69% sezgirlik va 93,5% spetsifiklikni ta'minlaydi.	

[<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/>

ReA tashhisi verifikatsiyasi uchun 2014 yilda C. Selmi, M.E. Gershwin tomonidan ishlab chiqilgan tashhis mezonlari bugungi kunda ham klinik amaliyotda keng qo'llanilib kelinmoqda.

Reaktiv artritni tashxislash mezonlari

(C. Selmi, M.E. Gershwin, 2014y.)

mezon	tavsif
Katta	1. Quyidagi belgilardan 2 ta yoki 3 tasini o'z ichiga olgan artrit: <ul style="list-style-type: none">• asimmetrik kechishi• mono- yoki oligoartrit ko'rinishida zararlanish ustunligi• oyoq bo'g'imlarning zararlanishi
	2. Bemor anamnezida infeksiyon jarayonning boshdan kechirganligi va quyidagi belgilardan 1 yoki 2 tasi aniqlanishi: <ul style="list-style-type: none">• enterit (artrit boshlanishidan oldin 3 kundan 6 haftagacha oralg'idagi muddatda kamida 1 kun davom etgan diareya) ;• uretrit (bemorda artrit boshlanishidan oldin 3 kundan 6 haftagacha oralg'idagi muddatda kamida 1 kun davom etgan dizuriya yoki siydik yo'llari yoki qindan oqma kelganligi qayd etilishi).
Kichik	Quyidagilardan kamida bittasining qayd etilishi: 1. Infeksiya mavjudligini tasdiqlovchi laborator tekshiruvlarning musbat natijalari: <ul style="list-style-type: none">• siydikning ligaz reaksiyasining musbat bo'lishi yoki uretra/bachadon bo'yni (qin) surtmasida C. Trachomatis; aniqlanishi.• axlatning bakteriologik tekshiruvda artritogen ichak infeksiyalari aniqlanishi.
	2. Sinovial qobiqda infeksiya mavjudligini tasdiqlovchi laborator ma'lumotlar (immunogistologik tekshiruvlar yoki Chlamydia ning PSR orqali aniqlanishi).

Ishonchli ReA: Ikkala «katta» mezonlar va «kichik» mezonlarga tayaniladi. **Extimoliy ReA:** Ikkala «katta» mezonlar va «kichik» mezonlarga yoki birinchi «katta» va «kichik» mezonlarga tayaniladi. Trigger infeksiyani identifikatsiyalash zarur.

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

Klinik tashxisni shakllantirishga misollar:

Reaktiv artrit urogen (xlamidiya) etiologiyali, o'tkir osti kechishi, Faollik II , FS1, ikki tomonlama kon'yuktivit.

Reaktiv artrit dizenteriyadan keyingi surunkali kechishi, Faollik II, FS1, Bir tomonlama sakroiliit.

ReA klinik tashhisoti:

Bemor shikoyatlari:

- og'riq, oyoq bo'g'imlarining assimetrik shishi
- bo'g'imlar terisining ustida gipertermiya va qizarish yoki ko'kimtirlik
- tovon soxasida og'riq
- tez charchash
- umumiy holsizlik
- ozib ketish
- subfebrilitet
- ko'z qizarishi

Anamnez

- ✓ Artrit rivojlanishining urogenital (dizuriya, tez-tez siyish) yoki ichak infeksiyasi (diareya) bilan xronologik bog'liqligi.
- ✓ Kasallik boshlanishidan oldin "shubhali" jinsiy aloqaning mavjudligi tashxis qo'yishda muhim rol o'ynaydi. Nagonokokkli uretrit (NGU) tasodifiy jinsiy aloqadan 7-28 kun o'tgach rivojlanadi.
- ✓ Erkaklarda NGU, odatda, o'tkir osti kechib, shilliq-yiringli ajralma kelishi va sezilarsiz dizurik o'zgarishlar bilan kechadi. O'tkir uretritda ayollar tez-tez peshob ajralishiga, peshob ajratish vaqtida og'riq va achishish xissiga, tservitsit (ginekolog tomonidan tashxis qo'yilgan)dan shikoyat qiladilar. Aksariyat hollarda urogenital xlamidiya simptomsiz kechishi bilan tavsiflanadi, bemorlar uretritni sezmaydilar. Urologik, ginekologik va laborator tadqiqotlar davomida aniqlangan jinsiy a'zodagi har qanday faol nospetsifik surunkali yallig'lanish jarayonining mavjudligi hisobga olinishi kerak.
- ✓ Iersiniozli artritni tashxislash ko'pincha qiyinchilik tug'diradi, chunki ich buzilishi va artrit o'rtasidagi bog'liqlikni o'rnatishning har doim ham imkoni yo'q va artrit boshlanishida

bakteriologik tahlil ko‘pincha manfiy bo‘ladi. Qisqa muddatli (1 haftadan ko‘p bo‘lmagan) diareya yoki najasning ko‘payishi va uning konsistentsiyasi o‘zgarishi (shakllanmagan, bo‘tqasimon) muhim xisoblanadi.

Fizikal tekshiruv

- shish, bo‘g‘imlar harakatining chegaralanishi
- oyoq bo‘g‘imlarining asimmetrik jarohatlanishi
- kaft barmoqlarida «sosiskasimon» defiguratsiya
- axilloidit
- konyunktivit
- aftoz stomatit
- keratodermiya
- tsirkulyar balanit, balanopostit
- limfadenopatiya

ReA klinik ko‘rinishlari

Klinik shakllari	Klinik ko‘rinishlari
Artrit	Oyoq bo‘g‘imlarining assimetrik artriti, odatda mono yoki oligoartrit. Yaqqol og‘riq, jarohatlangan bo‘g‘imlar terisi ustida giperemiya, odatda tizza va boldir tovon bo‘g‘imlari zararlanadi. Chanoq-son bo‘g‘imi va qo‘l bo‘g‘imlari kam hollarda jarohatlanadi. Iersinioz yoki salmonellyoz o‘tkazgan bemorlarda qo‘l kafti mayda bo‘g‘imlari jarohatlanishi mumkin.
Daktilit	Periartikulyar shish xisobiga bo‘g‘imlararo to‘qima jarohatlanishi oyoq barmoqlari «sosiskasimon» defiguratsiyasi xos.
Entezit	Pay-bog‘lam apparatining yallig‘lanishi va bursit. Axillov payining tendiniti, kaft osti bursiti, tovon fastsiiti
Belda yallig‘lanishli og‘riq	Belda yallig‘lanish og‘rig‘i, dumg‘aza birikmasida, umurtqa pog‘onasining bo‘yin va bel qismida karaxtlik, og‘riq va xarakat buzilishi kuzatilishi mumkin. Sakroileit ko‘pincha bir tomonlama, shuningdek kamdan kam spondilit.
Teri va shilliq qavatining o‘zgarishi:	yarali stomatit, glossit, keratodermiya (tovonning keng qismi va kafti), onixodistrofiya (tirnoq jarohatlanishi), eroziv tsirkulyar balanit, tservitsit, proktit
Tizimli ko‘rinishlar	Ko‘z jarohatlanishi – kon’yunktivit, o‘tkir oldingi uveit, iridotsiklit. Chov limfa tugunlarining limfadenopatiyasi- tos a‘zolari infektsiyasiga

	nisbatan reaksiya. Isitma. Kamdan-kam hollarda aortit, aorta qopqog‘i yetishmovchiligi, miokardit, AV o‘tkazuvchanligining buzilishi
Uretro-okulo-sinovial sindrom	Klinik uchlik: uretrit, artrit, kon‘yunktivit ReAning varianti hisoblanadi. Kasallikning ikkita shakli bor. Chlamidia trachomatisdan infeksiyalangandan keyin rivojlanuvchi sporadik (venerik). Iersinioz, shigellez va salmonellez infeksiyasidan keyingi.

<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>

Laboratoriya tekshiruvlari

- Umumiy qon tahlili
- Umumiy peshob tahlili
- Umumiy najas tahlili
- SRO, ASLO, revmatoid omillar (IgM , RO)
- Qon bioximik tekshiruvi: AST va ALT, kreatinin, glyukoza, umumiy oqsil, siydik kislotasi
- PSR yoki IFA: xlamidiya, iersiniya, shigella, salmonella va kampilobakteriyaga IgM, IgA sinfi antitanasi
- Iersiniya, salmonella, shigella va kampilobakteriya antitanasini aniqlash uchun serologik tekshiruv (RNGA)
- Peshob, najas, sinovial suyuqlikni mikroflora va antibiotiklarga sezuvchanligiga bakteriologik tahlil
- Erkaklarda uretradan, ayollarda tservikal kanaldan surtmani mikrobiologik tekshirish
- Gepatit V, S virus markyorlari, OIV
- HLA-B27
- ASSP
- Brutsellezni inkor etuvchi testlar
- siydik kislotasi

Instrumental tashxislash

- Qo‘l, oyoq va tos suyaklari ko‘lamli rentgenografiyasi
- Bo‘g‘imlarni ultratovush tekshiruvi
- MRT
- EKG
- Exokardiografiya
- EGFDS (ko‘rsatmaga ko‘ra)

- Kolonoskopiya (ko'rsatmaga ko'ra)
- **Rentgenografiya. Tos suyaklari rentgenografiyasi** – bir tomonlama sakroiliit xos. **Bo'g'imlar rentgenografiyasi:** bo'g'im atrofi osteoporoz, periostit- paylarni suyaklarga birikish soxasida sezilmaydigan periostal g'adir-budurlik, «dag'al shporalar», juda kam hollarda bo'g'im yuzasida eroziyalar
- **Bo'g'imlar UTTsi:** sinovial qobiq va bog'lam qalinlashishi, bo'g'im bo'shlig'ida va bo'g'im xaltasida sinovial suyuqlik to'planishi
- **KT yoki MRT**–bo'g'imlar va dumg'aza-yonbosh soxasi ko'rsatmaga ko'ra buyuriladi. Bunda suyak va sinovial membranada yallig'lanish shishi kuzatiladi; tovon suyaklari shporasi; suyakda eroziyalar va yaqqol proliferatsiyalar; dumg'aza-yonbosh birikmada o'tkir va surunkali yallig'lanishli o'zgarishlar.
- **EKG** ReAli bemorlarning barchasida kamida bir yilda bir marta yurak-qon tomir kasalliklarini aniqlash uchun o'tkaziladi.
- **ExoKG-** ReAli bemorlarning barchasida qon-tomir patologiyalariga shubha bo'lganda amalga oshiriladi.
- **EGFDS** ReAda, NYaQV qabul qilayotganlarda o'tkaziladi (yiliga 1 martadan kam bo'lmagan)

Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

Urolog (akusher-ginekolog) maslahati - urogenital infeksiya belgilari mavjud bo'lganda; bazis dorilar bilan davolash paytida; homiladorlikni boshqarish taktikasi to'g'risida qarorni qabul qilish jarayonida.

Dermatolog-venerolog maslahati-urogenital infeksiya belgilari mavjud bo'lgan holatda (diagnostika va davolash taktikasi).

Okulist maslahati: ko'z shikastlanish belgilari mavjud holatda (ko'ruv a'zolarini jaroxatlanishini aniqlash, maxalliy davoni buyurish);

Infeksionist maslahati: enterokolitik shakli bilan bog'liqlik holatlarida (ichak va boshqa yuqumli kasalliklar diagnostikasi va davolash taktikasi uchun).

Stomatolog maslahati-og'iz shilliq qavatining yarali zararlanish holatlarida.

Ftiziatr maslahati- bazis davo fonida maxsus infeksiyaga shubha qilingan holatda.

Gastroenterolog maslahati- oshqozon-ichak tizimining eroziv va yarali zararlanishi holatlarida.

Jarroh maslahati-oshqozon-ichakdan qon ketishiga shubhali holatlar bo'lganda.

[<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. Tashxislash algoritmi:

Bo'g'im sindromi:

- ✓ - asimmetrik artrit ko'rinishida o'tkir yoki surunkali shaklda bo'g'implarda yallig'lanish belgilari, mahalliy ko'rikda bo'g'im ustida giperemiya, gipertermiya, og'riq va shish aniqlanishi

- ✓ Umumiy qon tahlili
- ✓ Umumiy peshob tahlili
- ✓ Umumiy najas tahlili
- ✓ SRO, ASLO, RO
- ✓ PSR yoki IFA: xlamidiya, iersiniya, shigella, salmonella va kampilobakteriyaga IgM, IgA sinfi antitanasi
- ✓ Iersiniya, salmonella, shigella va kampilobakteriya antitanasini aniqlash uchun serologik tekshiruv (RNGA)
- ✓ Peshob, najas, sinovial suyuqlikni mikroflora va antibiotiklarga sezuvchanligiga bakteriologik tahlil
- ✓ Erkaklarda uretradan, ayollarda tservikal kanaldan surtmani mikrobiologik tekshirish
- ✓ HLA-B27
- ✓ Rentgenografiya tekshiruvi.
- ✓ Brutsellezni inkor etuvchi testlar
- ✓ siydik kislotasi
- ✓ ASSP

- Agar:
- ✓ UQTda EChT oshishi;
 - ✓ SRO musbat va RO – manfiy natijasi;
 - ✓ HLA-B27 musbatligi (60% gacha hollarda)
 - ✓ urogen yoki enterogen infeksiyon omil mavjudligining serologik va bakteriologik tekshiruv natijalari orqali isbotlanganligi
 - ✓ Rentgenogrammada artritga xos belgilar, bir tomonlama sakroiliit
- +
- ✓ 1-4 bo'g'imlar zararlanishi (oligomonoartrit), artritning asosan oyoq bo'g'implarda qayd etilishi
 - ✓ Bo'g'im sindromining o'tkazilgan urogenital yoki ichak infeksiya bilan xronologik bog'liqligi (1 kundan 8 haftagacha)
 - ✓ Bo'g'imdan tashqari belgilarning mavjudligi (teri va shilliq qavatlar o'ziga xos zararlanishi)

- Agar:
- ✓ RO – musbat bo'lsa;
 - ✓ HLA-B27 manfiy
 - ✓ urogen yoki enterogen infeksiyon omil mavjudligi serologik va bakteriologik tekshiruv natijalari orqali tasdiqlanmasa
 - ✓ ASSP musbat natija
 - ✓ Brutsellez musbat natijasi
 - ✓ Terida psoriatik toshmalar
 - ✓ qonda siydik kislotasi balandligi

Diagnostik tekshiruvni davom etish

ReA

3.3. Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash:

Tashxis	Qiyosiy tashxis uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Revmatoid artrit	RO, SRO ASSP, qo'l va oyoq kafti rentgenogrammasi, MRT, bo'g'imlar UTTsi.	RO, SRO ASSP, rentgenografiya, MRT, UTT.	RA uchun qo'l va oyoq kafti mayda bo'g'imlarining shikastlanishi, kaft-falangalar va qo'l panja PFAB artrit, 1 soatdan ortiq ertalabki karaxtlik xosdir.
Podagrik artrit	UQT, UPT, kreatinin, siydik kislota miqdori, tovon rentgenogrammasi, bo'g'imlar UTTsi, sinovial suyuqlik tekshiruvi	UQT, UPT, kreatinin, siydik kislota miqdori, rentgenografiya, UTT, sinovial suyuqlik tekshiruvi	Bo'g'implarda o'tkir, xurujsimon og'riqlar yuqori maxalliy faollik bilan paydo bo'ladi, jarayon lokalizatsiyasi oyoq kafti I barmoq, kaft-falanga bo'g'imida, Rda «proboynik» simptomi. Sinovial suyuqlikda yoki tofusda MUN kristallarining bo'lishi aniqlanadi.
Brutsellezli artrit	Yuqori isitma chiqishi, bo'g'imdagi og'riqlar sovuqqotish bilan birga kechishi, tungi terlashlar, epid anamnez.	UQT, Rayt Xedelson, Brucella abortus IgG, IgM, umurtqa va tos suyaklari yentgenogrammasi.	Epidemiologik anamnez, uzoq muddatli isitma, tungi terlashlar, sovuqqotish, anamnezidan xom sut, termik yaxshi pishmagan go'sht maxsulotlarni qabul qilish, brutsellez bilan kasallangan qoramollar bilan kontakt

Sil etiologiyali spondilit	Rentgenogramma, kvantiferon testi, diaskin testi	UQT, UST, Sinovial suyuqlik tekshiruvi, SRO, Rentgenografiya, UTT, kvantiferon testi, diaskin testi, umurtqa pog'onasi MRT tekshiruvi	Epidemiologik anamnez, uzoq muddatli subfebril isitma, o'pkada birlamchi o'choq mavjudligi, umurtqadagi og'riqlar, qisqa muddatli ertalabki karaxtlik, terlash, umumiy xolsizlik. Umurtqa vizualizatsion tekshiruvlarida destruksiya o'choqlari aniqlanishi. Sil mikobakteriyalari uchun musbat sinamalar
Psoriatik artropatiya	UQT, SRO, tos, oyoq va qo'l kafti suyaklari rentgenogrammasi, dermatolog maslahati	UQT, SRO, rentgenografiya, Auspits sinamasi musbatligi	Oyoqlarning assimetrik jarohatlanishi. Ko'rik vaqtida, anamnezida, oilaviy anamnezida Psoriaz, tirnoq jarohatlanishi. Daktilit. Rentgenologik sakroiliit, qo'l va oyoq panja bo'g'imlari rentgenida qirg'oq o'simtasi tipida (osteofitdan tashqari) bo'g'imdan tashqari suyak proliferatsiyasi belgilari.

<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. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

4.1. Nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:

- ✓ Kasallik kechishini zo'raytiruvchi xavf omillarni oldini olish (interkurrent infeksiyalar, ortiqcha vazn, chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va stress);
- ✓ to'yinmagan yog' kislotalarga boy mahsulotlar, meva va sabzavotlarni iste'mol qilish;
- ✓ davolovchi jismoniy mashqlarni bajarish;

- ✓ fizioterapevtik muolajalarni kasallikning yengil faolligida tavsiya etiladi (mutaxassis maslahatidan so‘ng);
- ✓ sanator-kurort davolash (kasallikning remissiya davrida).
- ✓ Bemorlarga kasallikning kechishi, oqibati, dori vositalarining ijobiy va nojo‘ya ta’sirlari, jismoniy mashqlarning ahamiyati haqida tushunchalar beriladi.

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

4.2. Medikamentoz (dori-vositalari bilan) davolash:

Reaktiv artrit bilan xastalangan bemorni davolash bemor va mutaxassisning birgalikdagi qaroriga asoslanishi kerak.

Urogenital xlamidioz ReA ni antibakterial davolash 28-30 kun va postenterokolitik ReA ni 10 kungacha tavsiya etiladi.

Urogenital xlamidioz ReA bilan chalingan bemorni davolashda uning jinsiy hamkori ham bir vaqtning o‘zida davolanishi kerak.

Kompleks medikamentoz terapiya o‘z ichiga quyidagi dori vositalarni o‘z ichiga oladi:

- **Antibakterial davo**
- **NYaQV**
- **Glyukokortikoidlar**
- **ByaQV**

Chlamydia trachomatis ni eradikatsiya maqsadida antibiotiklar davolashda qo‘llaniladi

Dori vositasi (xalqaro notijorat nomi)	Farmokologik guruhi	Qo‘llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Azitromitsin	makrolid	Tabletka , 500mg, ichishga, kuniga 1 mahal	1A
Doksitsiklin	tetratsiklinlar	Tabletka, 100mg, ichishga, kuniga 2 mahal	1A
Klaritromitsin	makrolid	Tabletka, 500mg, ichishga, kuniga 2 mahal	1A

Siprofloksatsin levofloksatsin	ftorxinolon	Tabletka, 400mg, 500 mg ichishga, kuniga 2 maxal	1A
Furazolidon	nitrofuran unumlari	Tabletka, 100-150mg, ichishga kuniga 4 martagacha	1A
		https://diseases.medelement.com/disease/	

IA	Keng ta'sir doirali antibakterial preparatlar ReAning asosiy davosi hisoblanadi.
----	--

Antibiotiklardan tanlov preparati bo'lib makrolidlar yoki tetratsiklinlar hisoblanadi. Ushbu dori vositalarni ko'tara olmaslikda yoki samarasizlikda, ftorxinolonlar ishlatiladi. 6 oylik kombinatsiyalangan antibakterial terapiya kurslari (doksitsiklin + rifampitsin yoki azitromitsin + rifampitsin) samarali hisoblanadi. Antibakterial terapiya kursidan 3-4 hafta o'tgach, xlamidiyani qayta nazorat qilish.

Ginekolog yoki urolog tomonidan jinsiy hamkorni tekshirish va davolash majburiydir. Davolashni yakunlashdan va nazorat tekshiruvini o'tkazishdan oldin saqlanish (prezervativlardan foydalanish) tavsiya etiladi. Urogenital infeksiyani bartaraf etish, kasallikning qaytalanishi va surunkali kechishiga o'tishini oldini oladi.

Xlamidiya etiologiyali reaktiv artritda penitsillin guruhi antibiotiklardan foydalanish qarshi ko'rsatmadir, chunki ular xlamidiyani antibakterial terapiyaga juda chidamli L- shakllariga o'tkazadi. Uzoq kurs davolash natijasida nojo'ya ta'sirlar, yondosh kasalliklar rivojlanishi mumkin: fotosensibilizatsiya, og'ir disbakterioz, toksik gepatit, agranulotsitoz, trombositopeniya, gemolitik anemiya

Postenterokolitik ReAda antibakterial terapiya kursi qisqa muddatli va har doim ham samarali emas.

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
anilid guruxidagi nonarkotik analgetik	Atsetaminofen (paratsetamol)	500mg tabletka- ichishga- 2-3 marta/kuniga	1 A
fenil-sirka kislota unumlari	Diklofenak	25mg, 50 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		100 mg tabletka, kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		3ml 25mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
		1ml 75mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
fenil-sirka kislota unumlari	Atseklofenak	100 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
indol-sirka kislota unumlari	Indometatsin	25mg tabletka- ichishga kuniga 2-3 marta	1 A
aril-sirka kislota unumlari	Ketorolak	10mg tabletka- ichishga- kuniga 1-4 marta	1 A
		30mg/ml ampula- v/i, m/o- kuniga 1-3 marta	1 A
propion kislota unumlari	Ibuprofen	200 mg tabletka- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A
		400 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		800 mg tabletka- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
propion kislota unumlari	Naproksen	250mg, 500mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		275mg, 550mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A

propion kislota unumlari	Ketoprofen	50 mg kapsula- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A
		100mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
		150 mg tabletka va kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		2 ml 50mg/ml ampula- m/o, v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
propion kislota unumlari	Deksketoprofen	12,5 mg, 25mg tabletka 25 mg ichishga eritma tayyorlash uchun granulasi paketcha-ichishga- kuniga 1-3 marta	1 A
		2 ml 25mg/ml ampula-m/o yoki v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
oksikam	Tenoksikam	20mg tabletka-ichishga-kuniga 1 marta	1 A
		20 mg liofilangan kukun va erituvchi flakon-m/o, v/i-kuniga 1 marta	1 A
oksikam	Lornoksikam	4mg tabletka-ichishga-kuniga 2-3	1 A
		8mg tabletka-ichishga-kuniga 1-2 marta	1 A
		8 mg flakon v/i va m/o kiritish uchun eritma tayyorlashga liofilizat- v/i, m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
oksikam	Piroksikam	10mg, 20mg kapsula, tabletka-ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		20mg/ml ampula- kuniga 1 marta	1 A
sirka kislota unumlari va uning birikmalari	Amtolmetil guatsil	600mg tabletka-ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
oksikam	Meloksikam	7,5–15mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		15mg/1,5ml ampula- m/o- kuniga 1 marta	1 A

sulfonanilid unumlari	Nimesulid	100mg tabletk, 100 mg/2 g suspenziya tayyorlab ichish uchun granula-ichishga- kuniga 2 marta	1 A
indol-sirka kislota unumlari	Etodolak	400mg, 600 mg tabletk- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
yuqori selektiv NYaQV	Selekoksib	200 mg, kapsula – ichishga – kuniga 1-2 maxal	1 A
yuqori selektiv NYaQV	Etorikoksib	60mg, 90mg, 120mg tabletk- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/	

NYaQVlar kasallik faolligida og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi terapiya sifatida qo‘llaniladi. NYaQV o‘tkir sinovit, artrit va entezitda qo‘llaniladi. Remissiyaga erishilganda NYaQVni bekor qilinadi. NYaQVni tanlashda ularning samaradorligiga nisbatan nojo‘ya ta’sirlar keltirib chiqarishidagi xavfsizligiga ko‘proq e’tibor qaratiladi. Davomiyligi sutkalik dozada 2 xaftagacha tavsiya etiladi.

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

Glyukokortikoid davo

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasing Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
glyukokortikoidlar- depo forma	Betametazon dipropionat/natriy fosfat	in’ektsiya uchun suspenziya 7mg/ml-1,0ml, bo‘g‘im ichiga, sxema bo‘yicha	1 B
glyukokortikoidlar- depo forma	Triamtsinolon atsetonid	in’ektsiya uchun suspenziya 40 mg/ml-1,0ml, bo‘g‘im ichiga, sxema bo‘yicha.	1 B
glyukokortikoid	prednizolon	tabletk 5 mg ichishga 5mg sxema bo‘yicha	1 B
glyukokortikoid	metilprednizolon	tabletk 4 mg, 16mg ichishga 4mg sxema bo‘yicha	1 B

glyukokortikoid	Deksametazon	Suspenziya ko‘z tomchilari mahalliy 3-5 marta ko‘rsatma bilan https://diseases.medelement.com/disease/	1 B
-----------------	--------------	--	-----

IV	ReAning yuqori faolligida prognostik salbiy tizimli ko‘rinishlarning rivojlanishida (nefrit, kardit va boshqalar.), prednizoloni o‘rta dozalarda ichishga buyurish mumkin.
----	--

Prednizolonning dozasi kasallikning faolligiga bog‘liq, terapevtik samaraga erishgandan so‘ng, preparatning dozasi asta-sekin kamaytirilib to‘liq bekor qilinadi.

Yaqqol ifodalangan sinovitda GK bo‘g‘im ichiga, periartikulyar entezit sohalariga yuboriladi. Uveitda GK ning topik terapiyasi amalga oshiriladi.

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

Bazis yallig‘lanishga qarshi vositalar

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
Sulfanilamidli vosita	Sulfasalazin	500mg tabletkacha ichishga- 500-2000mg/kuniga https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/	1 A
O‘smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	2,5, 5 mg tabletkacha- ichishga - 7.5-25mg/Hafta	1 A
		oldindan to‘ldirilgan shprislar 7,5 mg-22,5 mg	

		https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241	
Immunodepressant	Leflunomid	20 mg tabletka- kuniga 1 mahal https://medi.ru/instrukciya/leflunomid20777/	1 A
Immunodepressant	Azatioprin	tabletka 50 mg ichishga , 50mg kuniga 1- 2 maxal	1 A
Bezgakka qarshi vosita	Gidroksixloroxin	tabletka 200mg, ichishga 200 mg kuniga1-2 maxal https://www.vidal.ru/drugs/hydroxychloroquine	1 A

BYaQV surunkali ReAda, klinik- laborator faollik yuqori bo'lganda va tizimli jarohatlanishda buyuriladi: sulfasalazin, metotreksat, azatioprin.

Sulfasalazin (5-aminosalitsil kislotasi va sulfapiridinining konyugati). Davolash kuniga 0,5g dan boshlanadi, (tolerantlikni baholash uchun), keyin u haftasiga 0,5 g dan kuniga maksimal 2-3 g gacha ko'paytiriladi. SSZ javob sekin. Ba'zi hollarda remissiyaga 3-6 oydan keyin erishiladi. Remissiyaga erishilganda, preparatning dozasi kamaytiriladi. Remissiyaga erishgandan so'ng, SSZ bilan davolash 3-6 oy davomida davom ettiriladi. Agar 2-3 oydan keyin hech qanday samara kuzatilmasa, boshqa BYaQV buyuriladi. https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/

Metotreksat (foliy kislotasi antagonist). Dastlabki doza ko'p hollarda haftasiga 10 mg ni tashkil qiladi. Ertalab va kechqurun 12 soatlik interval bilan ertalab va kechqurun buyurish tavsiya etiladi. Klinik ta'siri 4-8 haftadan so'ng baholanadi, yaxshi o'zlashtirilganda haftasiga 15-20 mg gacha ko'paytiriladi. Teri-shilliq jarohatlanishi va iridotsiklitda juda samarali ekanligi isbotlangan. https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241

Foliy kislota (tabletka, 1 mkg, vitamin) kamida 5 mg / haftasiga, MT qabul qilgandan 24 soat o'tgandan so'ng tavsiya etiladi.

Azatioprin. 6-merkaptopurin xosilasi bo'lib, DNK replikatsiyasi va purin sintez yo'lini bloklaydi, immunosupressiv antimetabolit. Azatioprin sekin ta'sir etuvchi preparat va dori to'xtatilgandan keyin ham ta'siri davom etadi. Boshlang'ich doza 1 mg/kg, 50mg va 100 mg gacha. Terapevtik effekt 6-8 haftadan keyin namoyon bo'ladi. Davolash davomiyligi minimum 12 hafta.

Gidroksixloroxin (Plakvenil). DMARD, tsitokinlar ishlab chiqarilishiga ta'sir etib, samarali effekt ko'rsatadi. Dastlabki doza 400mg dan 600 mg gacha. Kumulyativ effekt ko'rsatishi bir necha hafta, oylarni talab etadi. Davomiy doza 200 mg ni tashkil etadi. Dastlabki davomiylik 12 hafta.

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

Reaktiv artritda tizza bo‘g‘imlari zararlanganda va ikkilamchi osteoartrit rivojlanganda qo‘shimcha xondroprotektorlar, tabiiy xondroprotektiv va yallig‘lanishga qarshi (Zeel T va Traumeel S) hususiyatga ega bo‘lgan giyohli vositalar tavsiya qilinishi mumkin.

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

4.3. Jarrohlik aralashuvi:

Faqat statsionar sharoitda o‘tkaziladi.

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

4.4. Keyingi davolash:

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

✓ ichak infeksiyalarini oldini olish bo‘yicha umumiy gigienik tadbirlar (qo‘l, sabzavot va mevalarni yuvish, mahsulotlarni termik ishlov berish, oziq-ovqat mahsulotlarining saqlanish muddatini kuzatish) o‘tkazish;

✓ jinsiy yo‘l bilan yuquvchi infeksiyani oldini olish-prezervativdan foydalanish

✓ har kunlik davolovchi jismoniy mashqlar bajarish.

✓ Ambulator kuzatuv va davolash: OSh, revmatolog, urolog, akusher-ginekolog, dermatolog-venerolog, okulist, infeksiyonist, stomatolog va ortoped-travmatolog mutaxassislari tomonidan olib boriladi. Kuzatuv davomiyligi individual tartibda, yuqorida ko‘rsatilgan mutaxassislar tomonidan olib boriladi.

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

-og‘riq sindromining kamayishi yoki butunlay yo‘qolishi (yallig‘lanish belgilari);

-bo‘g‘imlarning funktsional faolligining yaxshilanishi yoki normallashi;

-klinik-laborator remissiyaga erishish.

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

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

-yuqori intensivlikdagi og‘riq sindromi yoki davo fonida og‘rikning kuchayishida;

-turg‘un/retsdivlanuvchi sinovit;

-bemorning xarakat faoliyatiga ta’sir qiluvchi yaqqol ifodalangan funktsional buzilishlar.

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

mavjud emas.

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi:

6.1. bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:

OSH

- asimmetrik artrit ko'rinishida o'tkir yoki surunkali shaklda bo'g'imlarda yallig'lanish, og'riq va shish aniqlanishi
- aksariyat holatlarda oyoq bo'g'imlari zararlanishi
- "zinapoyasimon" zararlanish
- urogen yoki enterogen infeksiya bilan xronologik bog'liqlik mavjudligi
- -30 minutdan kam bo'lgan ertalabki karaxtlik.

OSH

- -UQT;
- -UST;
- Umumiy ahlat tahlili;
- -SRO;
- -RO;
- Ahlat bakteriologik tekshiruvi (enterokolitik variantda);
- Siydik bakteriologik tekshiruvi (urogenital variantda);
- HLA-B27;
- Chlamidiyani aniqlashga IFA, PSR;
- -Rengenografiya
- -Revmatolog ko'rigi.

OSH+Revmatolog

- Agar:
- -UQTda ECHT oshishi kuzatilsa;
- -SRO – musbat bo'lsa
- Siydik va ahlatda bakteriya aniqlansa
- HLA-B27 musbatligi
- Chlamidiyani aniqlashi IFA, PSR tekshiruvlarda;
- RO manfiyligi
- -Rentgenda bir tomonlama sakroiliit bo'lishi

OSH+Revmatolog

- Tashxis: ReA
- nomedikamentoz ambulator davolash;
- medikamentoz ambulator davolash.

revmatolog+terapevt

- kasallik og'ir kechganda, bo'g'imda kuchli yallig'lanish va og'riq bilan kechsa stasionar davolanish

terapevt+revmatolog+dermatovenerolog (yoki infeksionist)+fizioterapevt

- Stasionarda dermatovenerolog (yoki infeksionist), fizioterapevt tavsiyalari bilan medikamentoz va nomedikamentoz davolanish.

terapevt+revmatolog+dermatovenerolog (yoki infeksionist)+fizioterapevt+OSH

- stasionardan keyin ambulator sharoitda sifatli rehabilitatsiya
- ambulator sharoitda profilaktika;
- ambulator sharoitda dispanserizatsiya.

6.2. nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash:

Kasallik kechishini zo'raytiruvchi xavf omillarni oldini olish (interkurrent infeksiyalar, ortiqcha vazn, chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va stress);

to'yinmagan yog' kislotalarga boy mahsulotlar, meva va sabzavotlarni iste'mol qilish;

davolovchi jismoniy mashqlarni bajarish;

fizioterapevtik muolajalarni kasallikning yengil faolligida tavsiya etiladi (mutaxassis maslahatidan so'ng);

sanator-kurort davolash (kasallikning remissiya davrida).

Bemorlarga kasallikning kechishi, oqibati, dori vositalarining ijobiy va nojo'ya ta'sirlari, jismoniy mashqlarning ahamiyati haqida tushunchalar beriladi.

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

6.3. Medikamentoz (dori-vositalari bilan) davolash:

Reaktiv artrit bilan xastalangan bemorni davolash bemor va mutaxassisning birgalikdagi qaroriga asoslanishi kerak.

Urogenital xlamidioz ReA ni antibakterial davolash 28-30 kun va postenterokolitik ReA ni 10 kungacha tavsiya etiladi.

Urogenital xlamidioz ReA bilan chalingan bemorni davolashda uning jinsiy hamkori ham bir vaqtning o'zida davolanishi kerak.

Kompleks medikamentoz terapiya quyidagi dori vositalarni o'z ichiga oladi:

- **Antibakterial davo**
- **NYaQV**
- **Glyukokortikoidlar**
- **BYaQV**

Chlamydia trachomatis ni eradikatsiya maqsadida antibiotiklar davolashda qo'llaniladi

Dori vositasi (xalqaro notijorat nomi)	Farmokologik guruhi	Qo'llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Azitromitsin	makrolid	<i>Tabletka</i> , 500mg, ichishga, kuniga 1 mahal	1A
Doksitsiklin	tetratsiklinlar	<i>Tabletka</i> , 100mg, ichishga, kuniga 2 mahal	1A
Klaritromitsin	makrolid	<i>Tabletka</i> , 500mg, ichishga, kuniga 2 mahal	1A

Siprofloksatsin levofloksatsin	ftorxinolon	Tabletka, 400mg, 500 mg ichishga, kuniga 2 maxal	1A
Furazolidon	nitrofurani unumlari	Tabletka, 100-150mg, ichishga kuniga 4 martagacha	1A
		https://diseases.medelem.com/disease/	

IA	Keng ta'sir doirali antibakterial preparatlar ReAning asosiy davosi hisoblanadi.
----	--

Antibiotiklardan tanlov preparati bo'lib makrolidlar yoki tetratsiklinlar hisoblanadi. Ushbu dori vositalarni ko'tara olmaslikda yoki samarasizlikda, ftorxinolonlar ishlatiladi. 6 oylik kombinatsiyalangan antibakterial terapiya kurslari (doksitsiklin + rifampitsin yoki azitromitsin + rifampitsin) samarali hisoblanadi. Antibakterial terapiya kursidan 3-4 hafta o'tgach, xlamidiyani qayta nazorat qilish.

Ginekolog yoki urolog tomonidan jinsiy hamkorni tekshirish va davolash majburiydir. Davolashni yakunlashdan va nazorat tekshiruvini o'tkazishdan oldin saqlanish (prezervativlardan foydalanish) tavsiya etiladi. Urogenital infeksiyani bartaraf etish, kasallikning qaytalanishi va surunkali kechishiga o'tishini oldini oladi.

Xlamidiya etiologiyali reaktiv artritda penitsillin guruhi antibiotiklardan foydalanish qarshi ko'rsatmadir, chunki ular xlamidiyani antibakterial terapiyaga juda chidamli L- shakllariga o'tkazadi. Uzoq kurs davolash natijasida nojo'ya ta'sirlar, yondosh kasalliklar rivojlanishi mumkin: fotosensibilizatsiya, og'ir disbakterioz, toksik gepatit, agranulotsitoz, trombositopeniya, gemolitik anemiya

Postenterokolitik ReAda antibakterial terapiya kursi qisqa muddatli va har doim ham samarali emas.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar

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

anilid guruxidagi nonarkotik analgetik	Atsetaminofen (paratsetamol)	500mg tabletka- ichishga- 2-3 marta/kuniga	1 A
fenil-sirka kislota unumlari	Diklofenak	25mg, 50 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		100 mg tabletka, kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		3ml 25mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
		1ml 75mg/ml ampula- m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
fenil-sirka kislota unumlari	Atseklofenak	100 mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
indol-sirka kislota unumlari	Indometatsin	25mg tabletka- ichishga kuniga 2-3 marta	1 A
aril-sirka kislota unumlari	Ketorolak	10mg tabletka- ichishga- kuniga 1-4 marta	1 A
		30mg/ml ampula- v/i, m/o- kuniga 1-3 marta	1 A
propion kislota unumlari	Ibuprofen	200 mg tabletka- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A
		400 mg tabletka- ichishga- kuniga 2-3 marta	1 A
		800 mg tabletka- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
propion kislota unumlari	Naproksen	250mg, 500mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		275mg, 550mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
propion kislota unumlari	Ketoprofen	50 mg kapsula- ichishga- kuniga 3-4 marta	1 A

		100mg tabletka- ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
		150 mg tabletka va kapsula- ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		2 ml 50mg/ml ampula- m/o, v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
propion kislota unumlari	Deksketoprofen	12,5 mg, 25mg tabletka 25 mg ichishga eritma tayyorlash uchun granulasi paketcha-ichishga- kuniga 1-3 marta	1 A
		2 ml 25mg/ml ampula-m/o yoki v/i- kuniga 1-2 marta	1 A
oksikam	Tenoksikam	20mg tabletka-ichishga-kuniga 1 marta	1 A
		20 mg liofillangan kukun va erituvchi flakon-m/o, v/i-kuniga 1 marta	1 A
oksikam	Lornoksikam	4mg tabletka-ichishga-kuniga 2-3	1 A
		8mg tabletka-ichishga-kuniga 1-2 marta	1 A
		8 mg flakon v/i va m/o kiritish uchun eritma tayyorlashga liofilizat- v/i, m/o- kuniga 1-2 marta	1 A
oksikam	Piroksikam	10mg, 20mg kapsula, tabletka-ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		20mg/ml ampula- kuniga 1 marta	1 A
sirka kislota unumlari va uning birikmalari	Amtolmetil guatsil	600mg tabletka-ichishga- kuniga 1-2 marta	1 A
oksikam	Meloksikam	7,5–15mg tabletka- ichishga- kuniga 2 marta	1 A
		15mg/1,5ml ampula- m/o- kuniga 1 marta	1 A
sulfonanilid unumlari	Nimesulid	100mg tabletka, 100 mg/2 g suspenziya tayyorlab ichish uchun granula-ichishga- kuniga 2 marta	1 A

indol-sirka kislota unumlari	Etodolak	400mg, 600 mg tabletka- ichishga-kuniga 2 marta	1 A
yuqori selektiv NYaQV	Selekoksib	200 mg, kapsula – ichishga – kuniga 1-2 maxal	1 A
yuqori selektiv NYaQV	Etorikoksib	60mg, 90mg, 120mg tabletka-ichishga- kuniga 1 marta	1 A
		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/	

NYaQVlar kasallik faolligida og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi terapiya sifatida qo‘llaniladi. NYaQV o‘tkir sinovit, artrit va entezitda qo‘llaniladi. Remissiyaga erishilganda NYaQVni bekor qilinadi. NYaQVni tanlashda ularning samaradorligiga nisbatan nojo‘ya ta’sirlar keltirib chiqarishidagi xavfsizligiga ko‘proq e’tibor qaratiladi. Davomiyligi sutkalik dozada 2 haftagacha tavsiya etiladi.

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

Glyukokortikoid davo

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
glyukokortikoidlar-depo forma	Betametazon dipropionat/natriy fosfat	in’ektsiya uchun suspenziya 7mg/ml-1,0ml, bo‘g‘im ichiga, sxema bo‘yicha	1 B
glyukokortikoidlar-depo forma	Triamtsinolon atsetonid	in’ektsiya uchun suspenziya 40 mg/ml-1,0ml, bo‘g‘im ichiga, sxema bo‘yicha.	1 B
glyukokortikoid	prednizolon	tabletka 5 mg ichishga 5mg sxema bo‘yicha	1 B
glyukokortikoid	metilprednizolon	tabletka 4 mg, 16mg ichishga 4mg sxema bo‘yicha	1 B

glyukokortikoid	Deksametazon	Suspenziya ko‘z tomchilari mahalliy 3-5 marta ko‘rsatma bilan	1 B https://diseases.medicines.com/disease/
-----------------	--------------	---	--

IV	ReAning yuqori faolligida prognostik salbiy tizimli ko‘rinishlarning rivojlanishida (nefrit, kardit va boshqalar.), prednizolonni o‘rta dozalarda ichishga buyurish mumkin.
----	---

Prednizolonning dozasi kasallikning faolligiga bog‘liq, terapevtik samaraga erishgandan so‘ng, preparatning dozasi asta-sekin kamaytirilib to‘liq bekor qilinadi.

Yaqqol ifodalangan sinovitda GK bo‘g‘im ichiga, periartikulyar entezit sohalariga yuboriladi. Uveitda GK ning topik terapiyasi amalga oshiriladi.

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

Bazis yallig‘lanishga qarshi vositalar

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
Sulfanilamidli vosita	Sulfasalazin	500mg tabletka ichishga- 500-2000mg/kuniga https://medi.ru/instrukciya/sulfasalazin_23432/	1 A
O‘smaga qarshi vosita, antimetabolit	Metotreksat	2,5, 5 mg tabletka- ichishga - 7.5-25mg/Hafta	1 A
		oldindan to‘ldirilgan shprislar 7,5 mg-22,5 mg	

		https://www.vidal.ru/drugs/methotrexate_13437?ysclid=m1vetn8i4m348834241.	
Immunodepressant	Leflunomid	20 mg tabletka- kuniga 1 mahal https://medi.ru/instrukciya/leflunomid20777/	1 A
Immunodepressant	Azatioprin	tabletka 50 mg ichishga , 50mg kuniga 1- 2 maxal	1 A
Bezgakka qarshi vosita	Gidroksixloroxin	tabletka 200mg, ichishga 200 mg kuniga1-2 maxal https://www.vidal.ru/drugs/hydroxychloroquine	1 A

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

BYaQV surunkali ReAda, klinik- laborator faollik yuqori bo‘lganda va tizimli jarohatlanishda buyuriladi: sulfasalazin, metotreksat, azatioprin.

Sulfasalazin (5-aminosalitsil kislotasi va sulfapiridinning kon‘yugati). Davolash kuniga 0,5g dan boshlanadi, (tolerantlikni baholash uchun), keyin u haftasiga 0,5 g dan kuniga maksimal 2-3 g gacha ko‘paytiriladi. SSZ javob sekin. Ba‘zi hollarda remissiyaga 3-6 oydan keyin erishiladi. Remissiyaga erishilganda, preparatning dozasi kamaytiriladi. Remissiyaga erishgandan so‘ng, SSZ bilan davolash 3-6 oy davomida davom ettiriladi. Agar 2-3 oydan keyin hech qanday samara kuzatilmasa, boshqa BYaQV buyuriladi.

Metotreksat (foliy kislotasi antagonisti). Dastlabki doza ko‘p hollarda haftasiga 10 mg ni tashkil qiladi. Ertalab va kechqurun 12 soatlik interval bilan ertalab va kechqurun buyurish tavsiya etiladi. Klinik ta‘siri 4-8 haftadan so‘ng baholanadi, yaxshi o‘zlashtirilganda haftasiga 15-20 mg gacha ko‘paytiriladi. Teri-shilliq jarohatlanishi va iridotsiklitda juda samarali ekanligi isbotlangan.

Foliy kislota (tabletk, 1 mkg, vitamin) kamida 5 mg / haftasiga, MT qabul qilgandan 24 soat o'tgandan so'ng tavsiya etiladi.

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

Azatioprin. 6-merkaptopurin xosilasi bo'lib, DNK replikatsiyasi va purin sintez yo'lini bloklaydi, immunosuppressiv antimetabolit. Azatioprin sekin ta'sir etuvchi preparat va dori to'xtatilgandan keyin ham ta'siri davom etadi. Boshlang'ich doza 1 mg/kg, 50mg va 100 mg gacha. Terapevtik effekt 6-8 haftadan keyin namoyon bo'ladi. Davolash davomiyligi minimum 12 hafta.

Gidroksixloroxin (Plakvenil). DMARD, tsitokinlar ishlab chiqarilishiga ta'sir etib, samarali effekt ko'rsatadi. Dastlabki doza 400mg dan 600 mg gacha. Kumulyativ effekt ko'rsatishi bir necha hafta, oylarni talab etadi. Davomiy doza 200 mg ni tashkil etadi. Dastlabki davomiyligi 12 hafta.

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

Reaktiv artritda tizza bo'g'imlari zararlanganda va ikkilamchi osteoartrit rivojlanganda qo'shimcha xondroprotektorlar, tabiiy xondroprotektiv va yallig'lanishga qarshi (Zeel T va Traumeel S) hususiyatga ega bo'lgan giyohli vositalar tavsiya qilinishi mumkin.

6.4. Keyingi davolash:

- ✓ Bemorlarni sog'lom turmush tarziga rioya qilishga o'rgatish tavsiya etiladi:
- ✓ ichak infeksiyalarini oldini olish bo'yicha umumiy gigienik tadbirlar (qo'l, sabzavot va mevalarni yuvish, mahsulotlarni termik ishlov berish, oziq-ovqat mahsulotlarining saqlanish muddatini kuzatish) o'tkazish;
- ✓ jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyani oldini olish-prezervativdan foydalanish
- ✓ har kunlik davolovchi jismoniy mashqlar bajarish.
- ✓ Ambulator kuzatuv va davolash: OSh, revmatolog, urolog, akusher-ginekolog, dermatolog-venerolog, okulist, infeksiyonist, stomatolog va ortoped-travmatolog mutaxassislari tomonidan olib boriladi. Kuzatuv davomiyligi individual tartibda, yuqorida ko'rsatilgan mutaxassislar tomonidan olib boriladi.

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

- og'riq sindromining kamayishi yoki butunlay yo'qolishi (yallig'lanish belgilari);
- bo'g'imlarning funktsional faolligining yaxshilanishi yoki normallashi;
- klinik-laborator remissiyaga erishish.
- hayot sifatining yaxshilanishi.

7. Protokolning tashkiliy jihatlari:

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

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

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

7.4. foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati (bayonnoma matnida sanab o‘tilgan manbalarga havolalar kerak):

**“REAKTIV ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TIBBIY
ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent 2025

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

Reaktiv artrit (ReA)ga chalingan bemorlarning bo'g'im tog'ayida destruktiv rivojlanishi, o'z navbatida bemorlarning hayot sifatiga salbiy ta'sir etishi, ayniqsa navqiron yoshdagi insonlarning xastalanishi, ularning ish qobiliyatining pasayishi va nogironlik ko'rsatkichining ortib borishi revmatologiyadagi dolzarb muammo sifatida namoyon bo'lmoqda. Shu nuqtai nazardan, ReA ni tashxislash, davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqish bemorlar salomatligini yaxshilash va sog'liqni saqlash tizimiga tushayotgan ijtimoiy-iqtisodiy zararni kamaytirishda katta ahamiyatga ega.

2.2. Umumiy ta'rifi:

Reaktiv artrit (ReA) – o'tkazilgan o'tkir ichak yoki urogenital infeksiyadan keyin xronologik bog'liqlik asosida (odatda 1 oydan kechikmagan muddatda) rivojlanuvchi bo'g'imlarning yiringli bo'lmagan yallig'lanishli kasalligi hisoblanadi.

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

<https://diseases.medicalelement.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>]

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari.

3.1. muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

ReA davolashda antibakterial terapiya bilan bir qatorda yaqqol ifodalangan sinovitda GK bo'g'im ichiga, periartikulyar entezit sohaslariga yuboriladi. Uveitda GK ning topik terapiyasi amalga oshiriladi.

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

3.2. muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

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

3.3. muolaja yoki aralashuvga ko‘rsatmalar:

- bo‘g‘imlarda shish (sinovit);
- bo‘g‘imdagi og‘riq sindromi;
- bo‘g‘imlardagi operatsiyadan keyin tiklanish;
- bo‘g‘imlar zararlanishi bilan kechadigan kasalliklar.

3.4. muolaja yoki aralashuvni bajaradigan mutaxassisga talablar:

Bo‘g‘im ichi inektsiyasi ortoped-travmatolog yoki revmatolog tomonidan amalga oshiriladi.

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

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

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

Bo‘g‘im ichi amaliyotlari

Dori vositalari (xalqaro nopatent nomi)	Farmakologik guruhi	Qo‘llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Betametazon dipropionat/natriya fosfat	glyukokortikoid- depo shakli	7mg/ml-1,0ml in’ektsiya uchun suspenziya bo‘g‘im ichiga 1,0 ml gacha sxema bo‘yicha	1A
Triamtsinolon atsetonid	glyukokortikoid -depo shakli	40 mg/ml-1,0ml in’ektsiya uchun suspenziya bo‘g‘im ichiga 1,0 ml gacha sxema bo‘yicha	1A
		1,0 ml gacha sxema bo‘yicha	

Gialuron kislotasi	Gialuron kislotasi yuqori va past molekulyar gibrid kombinirlangan kompleksi	to'ldirilgan shprisda 64 mg/2 ml, bo'g'im ichiga 2 ml, sxema bo'yicha ikkilamchi OA da	1A
---------------------------	--	--	----

In'ektsiya uchun glyukokortikoidlar-depo shakli tizza, yelka, boldir-tovon va chanoq-son bo'g'imi ikkilamchi sinovit bilan kechganda yoki kuchli og'riqni kamaytirish uchun qo'llaniladi. Bitta bo'g'imga 1 yilda 2-3 in'ektsiyadan ortiq qo'llanilmaydi.

Glyukokortikoidlarni chanoq-son bo'g'imiga inektsiya qilish ultratovush nazorati ostida amalga oshiriladi. 1A.

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

<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/>

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

3.7. bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Bemorlarni muolajaga tayyorlash uchun maxsus talablar yo'q.

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

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

4. Protokolning tashkiliy jihatlari:

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

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

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

4.4. foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

**“REAKTIV ARTRIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent 2025

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

Reaktiv artrit (ReA) – o‘tkazilgan o‘tkir ichak yoki urogenital infeksiyadan keyin xronologik bog‘liqlik asosida (odatda 1 oydan kechikmagan muddatda) rivojlanuvchi bo‘g‘imlarning yiringli bo‘lmagan yallig‘lanishli kasalligi hisoblanadi. Reaktiv artrit (ReA)ga chalingan bemorlarning bo‘g‘im tog‘ayida destruksiyaning rivojlanishi, o‘z navbatida bemorlarning hayot sifatiga salbiy ta‘sir etishi, ayniqsa navqiron yoshdagi insonlarning xastalanishi, ularning ish qobiliyatining pasayishi va nogironlik ko‘rsatkichining ortib borishi revmatologiyadagi dolzarb muammo sifatida namoyon bo‘lmoqda. Shu nuqtai nazardan, ReA ni tashxislash, davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqish bemorlar salomatligini yaxshilash va sog‘liqni saqlash tizimiga tushayotgan ijtimoiy-iqtisodiy zararni kamaytirishda katta ahamiyatga ega.

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

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

2.2. Profilaktika yoki reabilitatsiya ta‘rifi:

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

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

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

2.3. Profilaktika yoki reabilitatsiyaning turlari:

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

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

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

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

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

Reabilitatsiya bosqichlari:

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

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

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

2.4. Ommaviy profilaktika va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari:

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

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

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

[<https://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-](https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya)

[artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya](https://cyberleninka.ru/article/n/reaktivnye-artrity-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya)

3.1. Profilaktika usullari va muolajalari:

ReAning birlamchi profilaktikasi:

- ✓ Ichak infeksiyalarini oldini olish bo'yicha umumiy gigienik tadbirlar (qo'l, sabzavot va mevalarni yuvish, mahsulotlarni termik ishlov berish, oziq-ovqat mahsulotlarining saqlanish muddatini kuzatish) va boshqalar.
- ✓ Jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyani oldini olish-prezervativdan foydalanish.
- ✓ Xlamidiyaga tekshirish va jinsiy hamkorlarni davolash.
- ✓

ReAning ikkilamchi profilaktikasi:

- ✓ Bo'g'imlardagi yallig'lanish jarayonlarini kuchaytirishi mumkin bo'lgan omillar ta'sirini kamaytirish (bo'g'imlarga ortiqcha yuklama, travmalar, surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi)
- ✓ Patogenni yo'q qilishni nazorat qilish bilan o'z vaqtida antibakterial terapiya
- ✓ Preparatning klinik ta'siri va tolerantligini hisobga olgan holda individual tanlov
- ✓ Yuqori faollikda mahalliy davolash
- ✓ Artritni qaytalanuvchi, o'tkir osti va surunkali kechishida bazis preparatlar qo'llaniladi.
- ✓

ReAning uchinchi darajali profilaktikasi – ReA bilan og'rigan bemorlarning asoratlarini reabilitatsiya qilish (OP da OSh, MKTP da revmatolog, statsionar sharoitlarda va reabilitatsiya markazlarida amalga oshiriladi);

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

<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. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:

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

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

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

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

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

- hayot sifatini yaxshilash: bemorlarni rehabilitatsiya qilishning zamonaviy usullari.

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

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

Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari:

ReAga chalingan bemorlar ma'lum bir toifasi uchun qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, reabilitatsiyaning bir qismi sifatida fizioterapevtik davolanishdan foydalanish tavsiya etiladi. Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2). Reaktiv artritning past va o'rtacha faollikda kechishida davo kompleksiga davolovchi jismoniy terapiya mashqlari va fizioterapevtik muolajalarni kiritish mumkin (lazeroterapiya, ultratovush, elektroforez va x.k)

<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>

Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatgan xolda tashxislash tadbirlari:

Laborator diagnostika:

- Umumiy qon tahlili
- Umumiy peshob tahlili
- Umumiy najas tahlili
- SRO, ASLO, revmatoid omillar (IgM, RO)
- Qon bioximik tekshiruvi: AST va ALT, kreatinin, glyukoza, umumiy oqsil, siydik kislotasi
- PSR yoki IFA: xlamidiya, iersiniya, shigella, salmonella va kampilobakteriyaga IgM, IgA sinfi antitanasi
- Iersiniya, salmonella, shigella va kampilobakteriya antitanasini aniqlash uchun serologik tekshiruv (RNGA)

- Peshob, najas, sinovial suyuqlikni mikroflora va antibiotiklarga sezuvchanligiga bakteriologik tahlil
- Erkaklarda uretradan, ayollarda tservikal kanaldan surtmani mikrobiologik tekshirish
- Gepatit V, S virus markyorlari, OIV
- HLA-B27
- ASSP
- Brutsellezni inkor etuvchi testlar
- siydik kislotasi

Instrumental tashxislash

- Qo'l, oyoq va tos suyaklari ko'lamli rentgenografiyasi
 - Bo'g'imlarni ultratovush tekshiruvi
 - MRT
 - EKG
 - Exokardiografiya
 - EGFDS (ko'rsatmaga ko'ra)
 - Kolonoskopiya (ko'rsatmaga ko'ra)
- **Rentgenografiya. Tos suyaklari rentgenografiyasi** – bir tomonlama sakroiliit xos. **Bo'g'imlar rentgenografiyasi:** bo'g'im atrofi osteoporozi, periostit- paylarni suyaklarga birikish soxasida sezilmaydigan periostal g'adir-budurlik, «dag'al shporalar», juda kam hollarda bo'g'im yuzasida eroziyalar
 - **Bo'g'imlar UTTsi:** sinovial qobiq va bog'lam qalinlashishi, bo'g'im bo'shlig'ida va bo'g'im xaltasida sinovial suyuqlik to'planishi
 - **KT yoki MRT**–bo'g'imlar va dumg'aza-yonbosh soxasi ko'rsatmaga ko'ra buyuriladi. Bunda suyak va sinovial membranada yallig'lanish shishi kuzatiladi; tovon suyaklari shporasi; suyakda eroziyalar va yaqqol proliferatsiyalar; dumg'aza-yonbosh birikmada o'tkir va surunkali yallig'lanishli o'zgarishlar.
 - **EKG** ReAli bemorlarning barchasida kamida bir yilda bir marta yurak-qon tomir kasalliklarini aniqlash uchun o'tkaziladi.
 - **ExoKG-** ReAli bemorlarning barchasida qon-tomir patologiyalariga shubha bo'lganda amalga oshiriladi.
 - **EGFDS** ReAda, NYaQV qabul qilayotganlarda o'tkaziladi (yiliga 1 martadan kam bo'lmagan)

<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>

Darajasi ko'rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiyaning taktikasi:

Profilaktika

ReA da eng muhim profilaktik tadbirlar o'z ichiga: ichak infeksiyalarini oldini olish bo'yicha umumiy gigienik tadbirlar (qo'l, sabzavot va mevalarni yuvish, mahsulotlarni termik ishlov berish, oziq-ovqat mahsulotlarining saqlanish muddatini kuzatish) va boshqalar, jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyani oldini olish-prezervativdan foydalanish, Xlamidiyaga tekshiruvlar o'tkazish va jinsiy hamkorlarni davolashdan tashkil topgan.

Dispanser nazorati quyidagilarga yo'naltirilgan:

- kasallik xurujining profilaktikasi;
- davoni doimiy korrektsiyalash;
- turg'un klinik remissiyaga erishish
- dorilar asoratining profilaktikasi.

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

ReA ning surunkali shakliga chalingan bemorlarga individual xususiyatlarini inobatga olgan xolda uzoq kuzatuv tavsiya qilinadi. 5 D.

Bemorlarni o'rgatish:

Bemorlarni o'rgatish - bemorga moslashtirilgan va kasallik haqida ma'lumot, turmush tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalar, vazn yo'qotish va davolovchi jismoniy mashqlar zarurligini o'z ichiga oladi.

Davolash usullarini tanlash bemor va mutaxassisning birgalikdagi qaroriga asoslanishi kerak.

Ozish :

Ortiqcha vaznli yoki semizlik bilan og'riq, tizza va/yoki son-chanoq bo'g'imi zararlanishi bilan kechayotgan ReA li bemorlarga vaznni boshqarish tavsiya etiladi.

Ortiqcha vaznli bemorlarga (TVI 25 kg/m² dan ortiq) tana vaznini 6 oy ichida kamida 5% yoki yil davomida 10% ga kamaytirish tavsiya etiladi.

Jismoniy mashqlar :

1 A	Barcha ReA li bemorlariga mushaklar funksiyasi va kuchini yaxshilash va og'riqni kamaytirish uchun mashq qilish tavsiya etiladi.
-----	--

Mashqlarni tavsiya qiladi: aerobik, kuch yoki qarshilik, moslashuvchanlik va cho'zilish uchun, suvda yaxshiroq. Yurish aerob mashqlari sifatida ishlatilishi mumkin.

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

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

Ortopedik tavsiyalar :

Oyoq uchun qulay va amortizatsiyalovchi poyabzallarni tanlash, barmoqlarning qulay joylashishi uchun yetarlicha katta poyabzal kiyish va baland poshnalardan saqlanish.

Fizioterapevtik tavsiyalar :

ReAning faolligi pasayganda reabilitatsiya tadbirlari davolash rejasiga kiritiladi: fizioterapiya (mikroto'lqinli terapiya, gidrokortizon bilan fonoforez, elektroforez, ozokerit qo'llanilishi, parafin va terapevtik balchiq). DJT dastlab statik mashqlar buyuriladi, keyin massaj bir vaqtning o'zida tavsiya qilinadi. Kasallikning remissiya davrida bemorlarga sanator-kurort davo buyuriladi. MDH xududida radon suvlari: Belokurixa, Pyatigorsk, Xmelnik, Sxaltubo. Vodorod sulfidli Sochi- Matses va Pyatigorsk kabi sanator-kurort maskanlar mavjud. Yevpatoriyaning mineral suvlari va shifobaxsh balchiqlari, Naftalan kurortida naftalan moylari bor. O'zbekistonda radonli suv manbaalari: «o'zbekiston» (Nagorniy, Samarqand viloyati), «Oltinsoy» (Navoiy viloyati) sanatoriyalarida. Vodorod sulfidli suv manbalari «Chimyon» (Farg'ona viloyati), mineral, yod- bromli suvlar «M. Topvoldiev» (Farg'ona viloyati, Rishton), «Jayronxona» (Surxondaryo viloyati), «Chortoq» (Namangan viloyati) sanator-kurort maskanlarida mavjud.

Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari:

- Zararlangan bo'g'imdagi og'riqni kamaytirish;
- Zararlangan bo'g'imning funktsional faoliyatini qisman yoki to'liq tiklash.

Adekvat analgeziya darajasi uchun:

- turli farmakologik vositalardan multimodal foydalanish;
- nomedikamentoz terapiya va reabilitatsiya usullaridan foydalanish;
- Davomiylik, izchillik, murakkablik, shuningdek, profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazishda individual yondashuv.

10 . Protokolning tashkiliy jihatlari:

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

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. Heidi A Zangi, Mwidimi Ndosi, 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->

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.