

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil “ ” dagi
-son buyrug‘iga
-ilova

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN PEDIATRIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«BOLALARDA TIZIMLI BOSHLANUVCHI YUVENIL ARTRIT»LI
BEMORLARNI OLIB BORISH BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025



«TASDIQLAYMAN»

O'zR SSV RIPIATM direktori

A.A. Abduqayumov 

« » _____ 2025 yil

**«BOLALARDA TIZIMLI BOSHLANUVCHI YUVENIL ARTRIT»LI
BEMORLARNI OLIB BORISH BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025

**«BOLALARDA TIZIMLI BOSHLANUVCHI YUVENIL ARTRIT»LI
BEMORLARNI OLIB BORISH BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025

1. KIRISH QISMI

Bolalarda tizimli boshlanadigan yuvenil idiopatik artrit, davolanmasa bemorning o‘limi va nogironligiga olib keladigan hayot uchun xavfli va surunkali rivojlanuvchi noyob (orfan) kasallik hisoblanadi. Shunday qilib, ushbu patologiya salbiy oqibatlar va asoratlarning yuqori chastotasi bilan, erta nogironlik rivojlanishiga aniq tendentsiya bilan tavsiflanadi. Zamonaviy tibbiyotning yutuqlariga qaramay, yuvenil artriting tizimli variantini glukokortikoidlar va immunodepressantlar bilan davolash har doim ham samarali emas. Glyukokortikoidlarni qo‘llash kasallik kechishini nazorat qilmaydi, suyak-tog‘ay destruksiyasi rivojlanishini oldini olmaydi, ularni uzoq davomli tayinlanishi og‘ir, ko‘pincha qaytarib bo‘lmaydigan asoratlarga olib keladi.

http://disuria.ru/_ld/11/1107_kr21M08p2MZ.pdf?ysclid=lu6v31pvk4911522747

Ushbu klinik protokolga tizimli boshlanadigan yuvenil artritli bolalarni olib borish bo‘yicha tavsiyalar kiradi, ushbu patologiyali bemorlarni diagnostika, davolash va reabilitatsiyasini qamrab oladi.

Kod (lar) МКБ-11:

| XKT -11 | |
|---------|---|
| FA24.4 | Tizimli boshlanadigan yuvenil artrit |
| | Yuklab oling (XKT dan havola) |
| | https://mkb-11.com/index.php?id=FA24 |

Ishlab chiqish sanasi .2025 yil; va protokolni qayta ko‘rib chiqish 2025-2029y.

Milliy klinik bayonnoma ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Respublika Ixtisoslashtirilgna Pediatriya Ilmiy amaliy tibbiyot markazi RIPIATM, Toshkent
Pediatriya Tibbiyot Instituti ToshPTI.

Mualliflar ro‘yxati:

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

| | |
|---------------------|--|
| Axmedova D.I. | Tibbiyot fanlari doktori, prof, Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti 1-Gospital pediatriya kafedrasini mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Soglikni saklash vazirligi bolalar bosh pediatri |
| Sabirova F.B. | Tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashtirilgan Pediatriya Ilmiy Amaliy Tibbiyot Markazi kardiorevmatologiya bo‘limi mudiri, Soglikni saklash vazirligi bolalar revmatologi maslahatchisi |
| Axmedova N.R. | Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti 2-Gospital pediatriya kafedrasini assistenti |
| Aripov A.N. | Tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika Ixtisoslashtirilgan Pediatriya Ilmiy Amaliy Tibbiyot Markazi laboratoriyasi mudiri |
| Ibragimov A.A. | Tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika Ixtisoslashtirilgan Pediatriya Ilmiy Amaliy Tibbiyot Markazi kardiorevmatologiya bulimi vrach ordinatori |
| Ruzmatova D.M. T | Tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika xtiisoslashtirilgan Pediatriya Ilmiy Amaliy Tibbiyot Markazi mutaxassisi |

Taqrizchilar:

| | |
|------------------|---|
| Kostik M.M. | Tibbiyot fanlari doktori, professor, gospital pediatriya kafedrası FGBOU VO Sankt Peterburg davlat pediatriya meditsina universiteti MZRF, Sankt–Peterburg va Rossiya Federatsiyasining Shimoliy-Garbiy Okrugı bosh bolalar revmatologi maslaxatchisi |
| Kuzgibekova A.B. | Tbbiyot fanlari nomzodi, professor Karaganda shaxri Tibbiyet universiteti «Semeynaya meditsina» kafedrası dotsenti |
| Axmedova I.M. | Tibbiyet fanlari doktori, Toshkent Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi «Pediatriya va bolalarni ovqatlantirish kafedrası» mudiri. |

Klinik bayonnoma OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Bolalar Revmatologiyasi assotsiatsiyasi a'zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIPIATM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat bolalar tibbiyot muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 2025-yil № -sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi..

Ishchi guruh rahbari– Axmedova D.I. tibbiyet fanlari doktori, prof, Toshkent Pediatriya Tibbiyet Instituti 1-Gospital pediatriya kafedrası mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Soglikni saklash vazirligi bolalar bosh pediatri Ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi. 2025 yil , -sonli bayonnoma.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

Klinik protokolga kiritilishi tavsiya yetiladigan qo‘shimcha tavsiyalar: yo‘q

Klinik protokoldan chiqarib tashlash kerak bo‘lgan tavsiyalar dalil bazasiga yega yemas: yo‘q
Xulosa: protokol tasdiqlash va amalga oshirish uchun tavsiya yetiladi.

lavozimi: Shamansurova Yelmira Amanullayevna, tibbiyet fanlari doktori, professor Toshkent Pediatriya Tibbiyet Instituti Oilaviy shifokorlik №1 kafedrası mudiri
Sana: _____ 2025

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, 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.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Амалий шифокор:

- 1/
- 2/
- 3/

Mundarija :

| | | |
|----|--|--------|
| 1. | Kirish qismi | 5 бет |
| 2. | Bayonnomada foydalanilgan qisqartmalar: | 7 бет |
| 3. | Assosiy qismi | 9 бет |
| 4/ | Diagnostika usullari yondosuvllari va tartiblari | 11 бет |
| 5. | Tahxislash algoritmi | 18 бет |
| 6 | Ambulator sharoitda davolash taktikasi | 21 бет |
| 7 | Statsionar sharoitda davolash taknikasi | 23 бет |
| 8. | .Pratakolning tashkiliy jihatlari | 42 бет |

Bayonnomada foydalanilgan qisqartmalar:

| | |
|---------|--|
| ARK | Amerika revmatologlari kollegiyasi |
| ARKpedi | Amerika revmatologlari kollegiyasi pediatrik mezonlari |
| Anti-Xa | anti-o'ninchi qon ivish omilining faolligi |
| ANO | Antinuklear omil |
| VASh | Vizual analog shkalasi |
| GIBP | Gen-injener biologik preparatlar |
| GK | Glyukokortikosteroid |
| DNK | Dezoksiribonuklein kislotaci |
| IL | Interleykin |
| IL6 | Interleykin 6 |
| KT | Kompyuter tomografiya |
| DV | Dori vositasi |
| DF | Davolash fuzkulturasasi |
| MRT | Magnit-rezonans tomografiya |
| NPVP | Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar |
| O'RI | O'tkir respirator infeksiya |
| RO | Revmatoid omil |
| YeChT | Eritrotsitlarning cho'kish tezligi |
| SRB | S-reaktiv oqsil |
| TYuA | Tizimli yuvenil artrit |
| TBYuIA | tizimli boshlanuvchi yuvenil idiopatik artrit |
| UTT | Ultratovushli tekshiruv |
| UFN | Ultrafiolet nurlanish |
| O'NO | O'smaning nekroz omili |
| SMV | Sitomegalovirus |
| YeKG | Elektrokardiografiya |
| YexoKG | Exokardiografiya |
| YuA | Yuvenil artrit |

| | |
|-----------|--|
| CINCA | Go'daklar multizimli yallig'lanishli kasalligi |
| FCAS | Oilaviy sovuq qavarchiq |
| HLA-B27 | Antigen B27 asosiy gisto-muvofiqlik kompleksi 1-sinf |
| IgG, M, A | Immunoglobulinlar G, M, A |
| MKD | Mevalon atsiduriya |
| MWS Makl | – Uels Sindromi |
| PFAPA | PFAPA (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis) sindromi |
| TRAPS | O'simta nekrozi omili retseptorlari mutatsiyasi bilan bog'liq davriy sindrom |

Ushbu nozologiya uchun protokol foydalanuvchilari:

- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Pediatrlar;
- Bolalar kardiorevmatologlari;
- Immunologlar;
- Bolalar xirurglari;
- Fizioterapevtlar;

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:

Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi: tizimli boshlanuvchi yuvenil artritga gumon qilingan va tizimli boshlanuvchi yuvenil artrit tasdiqlangan bemorlar.

Tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi:

Ushbu qo'llanmadagi barcha asosiy tavsiyalar lotin harflarida A dan D gacha bo'lgan o'z gradatsiyasiga ega. Bundan tashqari, har bir gradatsiya ma'lumotlarning ma'lum darajasiga mos keladi. Bu shuni anglatadiki, tavsiyalar turli darajadagi aniqlikka ega bo'lgan tadqiqot ma'lumotlariga asoslangan. Tavsiyaning bahosi qanchalik yuqori bo'lsa, u asoslangan tadqiqotlarning ishonchliligi shunchalik yuqori bo'ladi. Quyida ushbu qo'llanmaga kiritilgan tavsiyalar darajasining turli darajalarini tavsiflovchi shkala mavjud.

| <i>Tavsiyalarning ishonchliligi toifasi</i> | <i>Tavsifi</i> |
|--|---|
| A (ishonchlilik darajasi I) | Dalillar Koxran markazining tizimli sharhlarida yoki tizimli ko'rib chiqishlarda va meta-tahlillarda bildirilgan yirik, randomizatsiyalangan klinik sinovlardan (RKS) olingan. |
| B (ishonchlilik darajasi II) | Dalillar randomizatsiyasiz kamida bitta nazorat ostidagi sinovdan olingan. |
| C (ishonchlilik darajasi III) | Dalillar qiyosiy tadqiqotlar, korrelyatsion tadqiqotlar, vaziyatni nazorat qilish tadqiqotlari kabi tavsifiy tadqiqotlardan kelib chiqadi. |
| D (ishonchlilik darajasi IV) | Dalillar ekspert komissiyalarining hisobotlaridan olinadi, shuningdek: <ul style="list-style-type: none"> • Xodisa seriyasining tavsifi yoki • Nazoratsiz tadqiqot • Nufuzli ekspertlarning fikrlari va/yoki klinik tajribasi. |

2.ASOSIY QISMI.

2.1.Kirish.

Tizimli boshlanadigan yuvenil idiopatik artrit, davolanmasa bemorning o‘limi va nogironligiga olib keladigan hayot uchun xavfli va surunkali rivojlanuvchi noyob (orfan) kasallik hisoblanadi. Shunday qilib, ushbu patologiya salbiy oqibatlar va asoratlarning yuqori chastotasi bilan, erta nogironlik rivojlanishiga aniq tendentsiya bilan tavsiflanadi. Zamonaviy tibbiyotning yutuqlariga qaramay, yuvenil artritning tizimli variantini glyukokortikoidlar va immunodepressantlar bilan davolash har doim ham samarali emas.

<https://congressph.ru/common/htdocs/upload/fm/revma13/19/prez/203.pdf>

Glyukokortikoidlarni qo‘llash kasallik kechishini nazorat qilmaydi, suyak-tog‘ay destruktiviyasi rivojlanishini oldini olmaydi, ularni uzoq davomli tayinlanishi og‘ir, ko‘pincha qaytarib bo‘lmaydigan asoratlarga olib keladi.

Ushbu klinik protokolga tizimli boshlanuvchi yuvenil artritli bolalarni olib borish, diagnostikasi, davolash va ushbu kasallikli bolalarni reabilitatsiyasini qamrab oladi.

<https://cyberleninka.ru/article/n/glyukokortikoidindutsirovanny-osteoporoz-patogenez-profilaktika-lechenie?ysclid=lu6vx9e81t102814436>

2.2. Umumiy ta'rifi:

ExoKG- yurak va uning klapan apparatining morfologik va funktsional o‘zgarishlarini tekshirishga qaratilgan UTT usuli. Yurak tuzilmasidan aks ettirilgan ultratovush signallarini ilg‘ashga asoslangan [1,2].

JADAS (Juvenile Arthritis Score Disease Activity) – yuvenil artrit kasalligining faollik ko‘rsatkichi (JADAS) – yuvenil idiopatik artritda kasallik faolligini baholash yangi ishlab chiqilgan kompozitli vosita (JIA). **JADAS** to‘rtta predmetdan iborat; umumiy taxlil, shifokor va bemor/ota-onasini umumiy baholash, shu jumladan yallig‘lanish markerlari

sifatida eritrotsitlarning cho‘kish tezligi (EChT). S-reaktiv oqsil (SRO) muqobil yallig‘lanish markeri sifatida taklif etilgan [3,4].

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12969-016-0085-5#:~:text=The%20Juvenile%20Disease%20Activity%20Score,thorough%20control%20of%20the%20patient>

Biologik terapiya – endogen biologik faol moddalarning ta'sirini bloklovchi, o‘rni bosuvchi yoki taqlid qiluvchi dori vositalaridan (gen-injenerlik biologik vositalar) foydalanib davolashning patogenetik tamoyilini amalga oshirishga qaratilgan davolash chora-tadbirlari majmuidir [5,6].

ILAR (International League of Associations for Rheumatology) – 2007 yilda Xalqaro revmatizmga qarshi ligasi rivojlanayotgan mamlakatlarda revmatologiyani rivojlantirish missiyasi bilan Xalqaro revmatologlar assotsiatsiyasi ligasiga qayta tashkillashtirilgan. ILAR ijroiya qo‘mitasi ACR, AFLAR, APLAR, EULAR va PANLAR xamkor tashkilotlardan tashkil topgan [7,8,9].

<https://www.ilar.org/>

Gemofagotsitar sindrom – Gemofagotsitar limfogiistiotsitoz, og‘ir kasallik, sitotoksik T-limfotsitlar va makrofaglarning nazoratsiz faollashishiga va natijada organlarning jiddiy yallig‘lanish shikastlanishiga olib keladigan immunitet reaksiyasini tartibga solishning buzilishiga asoslangan [10,11].

Revmoomil RO - G sinf shaxsiy immunoglobulinlariga antitanachalar. Virus yoki boshqa agent ta'sirida o'z xususiyatlarini o'zgartirgan o'z immunoglobulinlari G bilan autoantigen sifatida reaksiyaga kirishadigan antitanachalar (odatda IgM sinfiga tegishli). Sinovial qobiqning plazmatik hujayralari tomonidan sintezlanadi [12,13].

IL interleykinlari - asosan limfotsitlar va monotsitlar tomonidan ishlab chiqariladigan eruvchan mediatrlar bo'lib, immunitet tizimining boshqa hujayralariga yoki organizmning immun reaksiyasida ishtirok etadigan hujayralarga tartibga soluvchi ta'sir ko'rsatadi [14,15].

Prokaltsitonin - bakterial infektsiyaning belgisi sifatida Prokaltsitonin (PCT) - kaltsitonin (KT) gormonining kashshofidir. Bakterial infektsiya paytida qonda PCT kontsentratsiyasining oshishi tasodifan aniqlangan [16,17].

Osteodentsitometriya - suyak to'qimalarining mineral zichligini aniqlashga qaratilgan rentgen tekshiruv usuli. Dentsitometriya osteoporoz rivojlanish xavfini va suyak to'qimalarining demineralizatsiyasini sekinlashtiradigan terapiya samaradorligini baholash uchun amalga oshiriladi [18].

Oilaviy O'rta yer dengizi isitmasi (**Familial Mediterranean fever-FMF**) - granulotsit hujayralarida sintezlangan pirin oqsilini kodlaydigan MEFV genidagi mutatsiyalar natijasida kelib chiqqan irsiy autosom-retsessiv kasallik. Ushbu gendagi mutatsiyalar pirinning to'sqinliksiz faolligiga va natijada interleykin-1 (IL-1) ning nazoratsiz ishlab

<https://clinpractice.ru/upload/iblock/a6c/a6c0e390b74e798211a75d7772cbac2d.pdf?ysclid=lu6vhz1ls1183250502>

chiqarilishiga olib keladi. IL-1 qorin parda, plevra va bo'g'imlarda yallig'lanish bilan birga isitma epizodlarini keltirib chiqaradi [19,20].

<https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-fekalnogo-kalprotektina-v-monitoringe-aktivnosti-vospalitelnyh-zabolevaniy-kishechnika?ysclid=lu6vjonlq4701529908>

Kastlman kasalligi - kam uchraydigan yaxshi sifatli limfoproliferativ kasallik bo'lib, angiofollikulyar limfoma, gigant limfa tugunlarining giperplaziyasi, **Kastlmanning** tuguni, yolg'on o'smasi, limfogamartroma va boshqalar sifatida ham tanilgan [18,21]

Fekal kalprotektin - leykotsitlarda ishlab chiqariladigan oqsil bo'lib, uning najasdagi kontsentratsiyasi ichakka kiradigan leykotsitlar soniga to'g'ridan-to'g'ri proporsionaldir. Najasdagi kalprotektin miqdorini aniqlash - yallig'lanishli ichak kasalliklarini tashxislash imkonini beruvchi tekshiruvdir [20].

Sitokinlar - gormonga o'xshash oqsillar va peptidlar guruxi bo'lgan sitokinlar immun tizimining hujayralari va boshqa hujayra turlari tomonidan sintezlanadi va chiqariladi. Sitokinlarga interleykinlar [IL (IL)], limfokinlar, monokinlar, kimokinlar, interferonlar [If (IFN)], koloniyani stimullovchi omillar [KSF (CSF)] kiradi [22].

Giperimmunoglobulin D sindromi (isitma hurujlari bilan giperimmunoglobulinemiya D) - mevalonatkinaza yetishmovchiligi bilan davriy isitma sindromi davriy isitmaning irsiy shakllari guruxiga kiradi, erta boshlanishi va nisbatan qulay kursi bilan tavsiflanadi; bemorlarda, odatda, immunoglobulin D darajasi ko'tariladi [24].

Diaskin testi - diagnostik test bo'lib, ikkita o'zaro bog'langan antigen - ESAT6 va CFP10 ni o'z ichiga olgan rekombinant oqsil bo'lib, Mycobacterium tuberculosis (Mycobacterium Tuberculosis i Mycobacterium Bovis) ning virulent shtammlariga xosdir [25].

2.3. Klinik tasnifi:

1) ILAR tasnifiga ko‘ra, tizimli yuvenil idiopatik artrit (tYuA).

Amerika revmatologlari kollegiyasi (ARK, 2013) ajratadi:
o Tizimli YuA (tizimli boshlangan yuvenil artriti) faol tizimli ko‘rinishlari va turli darajadagi artrit faolligi bilan.
o Tizimli YuA (tizimli boshlangan yuvenil artriti) faol tizimli namoyon bo‘lmagan va turli darajadagi artrit faolligi bilan
o Gemofagotsitar sindrom belgilari bilan tizimli YuA

2)

Massiv makrofaglarni faollashtirish sindromi uchun yangi tasniflash mezonlari [3]:

- isitmalayotgan, aniq yoki tizimli YuA gumon qilinayotgan bemor
- Ferritin > 684 ng/ml va quyidagi 2 yoki undan ortiq mezonlar
- Trombotsitlar miqdori $\leq 181 \times 10^9/l$
- Aspartataminotransferaza > 48 birlik/l
- Triglitseridlar > 156 mg/dl
- Fibrinogen ≤ 360 mg/dl

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%8E%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17349>

3. DIAGNOSTIKA USULLARI, YONDASUVLAR VA TARTIBLARI

3.1. Tashxislash mezonlari:

Shikoyatlar va anamnez:

Shikoyatlar:

- bo‘g‘imlarning og‘rig‘i va/yoki shishishi va sezgirligi;
- ertalabki qattqlik;
- yurishning buzilishi;
- tana haroratining kuniga bir martadan bir necha marta 38-40°C gacha ko‘tarilishi;
- yuqori isitma darajasida yomonlashadigan teri toshmasi;
- mushaklardagi og‘riq;
- vazn yo‘qotish

Anamnez:

| | |
|--|---|
| Onaning ginekologik va akusherlik anamnezini amalga oshirish[2,12,14,15,16,19] | Homiladorlikdan oldin va homiladorlik paytida bolada YuA uchun trigger bo‘lishi mumkin bo‘lgan urogenital va boshqa infeksiyalar (xlamidiya, mikoplazma, sitomegalovirus, herpes, Epshteyn-Barr virusi va boshqalar) mavjudligini aniqlash. |
|--|---|

| | |
|---|---|
| | Oldingi homiladorlikning kechishi haqidagi ma'lumotlar. Bachadon ichi homila o'limi, surunkali abort, erta tug'ilish, birlamchi yoki ikkilamchi bepustlik bo'lganligini aniqlash kerak. Bachadonichi homila o'limi, surunkali homila ko'taraolmaslik, muddatidan oldingi tug'ruq, birlamchi yoki ikkilamchi bepustlik bo'lganligini aniqlash kerak. Bu patologiyalarning barchasi homilaning bachadonichi infeksiyasi, xususan, virusli va bakterial infeksiyalarning natijasi bo'lishi mumkin. Joriy homiladorlikning kechishi to'g'risidagi ma'lumotlar (homiladorlik davrida onaning duch kelgan xavflari, birinchi va ikkinchi yarmidagi preeklampsiya, erta va kechki bosqichlarda abort tahdidlari, homilador ayollarning kamqonligi, homiladorlik paytida o'tkazgan kasalliklari). Tug'ilish jarayoni to'g'risidagi ma'lumotlar (o'z vaqtidagi tug'ruq, suvsiz davrning davomiyligi, tug'ilishning birinchi va ikkinchi bosqichlarining davomiyligi, amniotik suyuqlikning tavsifi, platsentaning o'z vaqtida ajralishi va uning sifati) |
| Bolaning hayot anamnezini o'rganish [2,12,14,15,16,19] | Infeksiyalarning klinik –ko'rinishlariga alohida e'tibor berilishi kerak: kon'yunktivit, omfalit, balanit, balanopostit, olatning tashqi kertmagining infitsirlanishi (o'g'il bolalarda), sistit, vulvovaginit, vulvit, asemptomatik leykotsituriya, dizurik hodisalar (qizlar), tez-tez o'tkir otit, bronxit, pnevmoniya, yuzida gerpetik toshmalar mavjudligi, tez-tez o'tkir respiratorli infeksiyalar (O'RI), ichak infeksiyalari. Allergik reaksiyalar, shuningdek, profilaktik emlashlarga bo'lgan reaksiyalarga, uyda hayvonlar va qushlarning mavjudligiga e'tibor berish kerak. |
| Nasliy anamnezni taxlil qilish [2,12,14,15,16,19] | Qarindoshlarning revmatik kasalliklari (revmatoid artrit, o'tkir revmatik isitma, tizimli qizil yuguruk, dermatomiozit, skleroderma va boshqalar), HLA-V27 bilan bog'liq kasalliklar (Reyter kasalligi, Bexter kasalligi, Kron kasalligi, yarali kolit, psoriatik artropariya) mavjudligini aniqlash kerak. |
| Kasallik anamnezi taxlil qilish [2,12,14,15,16,19] | Kasallikning rivojlanishiga nima olib kelganligini (travma, o'tkir respirator infeksiya, bakterial infeksiya, emlash, insolyatsiya, psixologik travma, urogenital, ichak infeksiyasi, kon'yunktivit, bronx-o'pka infeksiyasi, otit), bemor antibakterial dorilarni qabul qilganligini aniqlash kerak: qanday, ularning dozasi va foydalanish muddati qanday edi. Boshlanishning tabiatini baholash (o'tkir yoki o'tkir osti, qo'shma zararlangan yoki zararsiz) |

Klinik holati va fizikal tekshiruv: [2,12,19]

Isitmani baholash: tana harorati kunning istalgan vaqtida kuniga bir yoki ikki marta $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ga ko'tariladi, lekin ko'pincha tushdan keyin. Ba'zan kuchli terlash, kamdan-kam hollarda titroq bilan birga, tez normallashadi yoki me'yordan pastga tushadi, ayniqsa erta tongda, kasallikning boshlanishida isitma sYuA uchun xos bo'lmasligi mumkin. Gemofagotsitik sindromning rivojlanishi bilan isitma og'ir xarakterga ega. Umumiy holatni baholash: isitma balandligida bolalarning umumiy holati o'rtacha og'ir yoki og'ir. Ko'pincha bola bo'g'imlar va mushaklardagi og'riqdan qichqiradi, yotoqda aylana olmaydi, qattqlik va zaiflik mavjud. Tana harorati pasayganda, salomatlik holati normal holatga qaytadi va bola faol bo'ladi. Gemofagotsitar sindromning rivojlanishi bilan vaziyat keskin yomonlashadi. Poliorgan yetishmovchiligi, ong buzilishi va koma rivojlanishi mumkin. Og'ir, nazoratsiz holatlarda o'lim mumkin.

Terida toshma borligini tekshirish: toshma dog'simon va/yoki dog'simon- papulyoz, chiziqli, kamdan-kam hollarda urtikar yoki gemorragik (gemofagotsitar sindrom bilan). Dog'larning o'lchami 2-5 mm ga yetadi. Dog'lar, odatda, rangpar doira bilan o'ralgan; kattaroq elementlarning markazida tozalash markazi hosil bo'ladi. Toshma qichishish bilan birga kelmaydi, beqaror, iz qoldirmasdan paydo bo'ladi va yo'qoladi, qisqa vaqt ichida isitma balandligida kuchayadi, asosan bo'g'imlarda, yuzda, gavdaning yon yuzalarida, dumbalarda va oyoq-qo'llarda joylashadi. Gemofagotsitik sindromning rivojlanishi bilan gemorragik toshma paydo bo'ladi.

Vaskulit mavjudligi uchun terini tekshirish: odatda, kaft va/yoki oyoqosti kapillyarlarida rivojlanadi, bu kaft va oyoqlarning sianotik rangini va terining "marmarsimon" rangini keltirib chiqaradi. Mahalliy angionevrotik bo'lishi mumkin, ko'pincha qo'l soxasida lokalizatsiyalanadi.

Limfadenopatiya mavjudligini baholash uchun limfa tugunlarini palpatsiya qilish: ko'p hollarda diametri 4-6 sm gacha bo'lgan limfa tugunlarining deyarli barcha guruxlarida o'sish aniqlanadi. Limfa tugunlari, qoida tariqasida, harakatchan, og'riqsiz, bir-biriga yoki pastki to'qimalarga qo'shilmagan va yumshoq yoki zich elastik konsistentsiyaga ega. Gemofagotsitik sindromning rivojlanishi bilan limfadenopatiya keskin ortadi.

Chegaralar perkussiyasi va yurak auskultatsiyasini bajarish: aksariyat hollarda perikardit jinsi va yoshidan qat'iy nazar, katta yoshdagi bolalarda rivojlanadi. Perikardit artriting namoyon bo'lishidan oldin bo'lishi mumkin va, odatda, kasallikning har qanday vaqtida tizimli ko'rinishlarning kuchayishi cho'qqisida rivojlanadi. Epizodning davomiyligi 1-8 hafta. Perikardit ko'pincha simptomlarsiz kechadi, ammo nafas qisilishi, yurak soxasidagi og'riqlar, gorizontol holatda kuchayishi,

orqaga, yelkalariga va bo'yniga uzatilishi mumkin. Jismoniy tekshiruvda yurak tovushlari bo'g'iq, taxikardiya, nisbiy yurak to'mtoqligi chegaralarining kengayishi va perikardial ishqalanish shovqini aniqlanadi.

Miokardit perikarditga qaraganda kamroq rivojlanadi va kardiomegaliya va yurak yetishmovchiligi bilan birga kechishi mumkin.

O'pkaning perkussiyasi va auskultatsiyasini o'tkazish: o'pka parenximasining zararlanishi kam uchraydi. Plevrit, odatda, perikardit bilan birgalikda rivojlanadi, ko'pincha asimptomatik bo'lib, o'pkaning rentgenologik tekshiruvi bilan diagnostika qilinadi.

Qorin bo'shlig'ining, shu jumladan jigar va taloqning perkussiyasi va palpatsiyasini o'tkazish: splenomegaliya kasallikning birinchi yillarida eng aniq namoyon bo'ladi. Taloqning kattalashishi sezilarli bo'lishi mumkin, ammo neytropeniya bilan birga kechmaydi. Gepatomegaliya splenomegaliyaga qaraganda kamroq rivojlanadi. Jigar hajmining progressiv o'sishi ikkilamchi amiloidozga xosdir.

Bo'g'imlarning barcha guruhlarini tekshirish va paypaslash, bo'g'im ustidagi terining rangini, mahalliy haroratni, shish va og'riq mavjudligini baholash: aksariyat bemorlarda poliartrit rivojlanadi, bu antirevmatik terapiyaga qarshilik va bo'g'imlarning og'ir funktsional yetishmovchiligi bilan tavsiflanadi. Poliartritli bemorlarda ko'pincha tenosinovit va sinovial kistalar rivojlanadi. Jarayonda ko'pincha bilak, tizza va to'piq bo'g'imlari jalb qilinadi. Bemorlarning 50% dan ortig'ida bo'yin umurtqa pog'onasi bo'g'imlari, kaftning mayda bo'g'imlari va jag'-chakka bo'g'imlar ham zararlanadi. Kasallikning boshlanishida bo'g'im sindromi minimal bo'lishi mumkin, ammo uning tarqalishi bir necha oy davomida oshadi. Ba'zi hollarda, bir necha yillar davomida bo'g'im sindromi sezilmaydi va artralgiya bilan namoyon bo'ladi. Bo'g'imlarni shishishiga tekshirish kerak. Tizza va oyoq ustidagi terining haroratini barmoqlarning orqa tomoni bilan tegizish orqali, so'ngra terining nosimmetrik joylari haroratidagi farqni baholash kerak. Bo'g'imlarning bir tomonlama yallig'lanishi bilan teri haroratidagi farq har doim aniqlanadi.

Bo'g'imlardagi passiv va faol harakatlar diapazonini tekshirish: bo'g'imlarning harakatchanligini baholash: agar normal harakat oralig'i bo'lgan bo'g'imlarda og'riq bo'lmasa, og'riqning ko'rinishini (mushaklarning himoya kuchlanishi, qarshilik) maksimal harakat diapazonida baholash kerak.

Harakatlarning simmetrikligini baholash:

- umurtqa pog'onasining bo'yin qismi. So'rash: boshinni orqaga tashlab (normal egilish 50-60°), pastki jag'ni ko'krakka tegizish (normal egilish 45°), boshini o'ngga, chapga burish (normal aylanish 60-80°), boshni o'ng va chap yelkaga qo'yish (yonga egilish - 40°).

-Jag'-chakka bo'g'imlari. So'rash: og'zini ochish, pastki jag'ni oldinga va orqaga siljitish, pastki jag'ning yonga harakatlarini bajarish.

- Yelka bo'g'imlari. So'rash: qo'llarini yon tomondan yuqoriga ko'tarish, boshning orqa qismidan o'ng va chap quloqlarga yetib borish, orqa tomondan qarama-qarshi qo'l bilan o'ng va chap kuraklariga yetib borish, ko'yлагini, futbolkani mustaqil yechish, sochini tarash.

- Tirsak bo'g'imlari. So'rash: qo'llarni yelkalariga qo'yish (odatda, egilish burchagi 20° dan oshmaydi), qo'lni tirsak bo'g'imida yoyish (odatda, kamida 180°), pronatsiya va supinatsiyani tekshirish (odatda 90°).

- Bilak bo'g'imlari. Tekshirish: dortsifleksiya (normada – 70°), kaft yoyilishi (normal – 90°).

- kaftning mayda bo'g'imlari. So'rash: barmoqlarini mushtga yig'ish (musht qattiq bo'lishi kerak), paypoq va kolgotkani mustaqil yechish, tugmachalarni yechish, qadash.

-Odatda barmoqlar kaftga oson tegadi.

-Son bo'g'imlari: Tekshirish: yoyish (kamida 140°), yig'ish (son va tizzalar ko'kragiga tegishi kerak), tashqi va ichki aylanish (odatda kamida 40-45°).

- Son bo'g'imlarida ichki aylanishni tekshirish. Bunday holda, bola 90° burchak ostida egilgan son va tizza bo'g'imlari bilan orqa tomonida yotadi. Tizzalarni birga ushlab, oyoqlarini tashqariga burish.

-Son bo'g'imlarning deyarli barcha kasalliklarida birinchi navbatda ichki aylanish o'zgaradi.

- tizza bo'g'imlari. So'rash: oyoqlarini tizza bo'g'imlarida bukish (tovon bilan dumbaga yetib borish kerak), tizzaga o'tirish va dumbalarin tovonga tushirish, tizza bo'g'imlarini to'g'rilash (burchak 180°), pastga cho'zish.

-Tizzausti ballotatsiyasining alomatini tekshirish.

-oyoqlarni tizza bo'g'imlarida bukish. Odatda, tovonni dumbaga tegizish qiyinchiliksiz sodir bo'ladi. Bola orqasi bilan yotganida oyoqlar tizza bo'g'imlarida iloji boricha cho'ziladi.

-Oyoq bo'g'imlari, to'piq bo'g'imlari. Tekshirish: dorsifleksiya (odatda 45° burchak), plantar yoyish (odatda 20° burchak), supinatsiya (oyoqning ichkariga aylanishi - 30°), pronatsiya (oyoqning tashqi tomonga aylanishi - 20°). So'rash: oyoq uchida turish va yurish, tovonida turish va yurish (odatda, bola buni qiyinchiliksiz bajarishi kerak). To'piqlarni turli yo'nalishlarda harakatlantirganda assimetriyani kuzatish. Qayrilishida sezilarli cheklov odatda qiyinchiliksiz, hatto bo'g'imlarning sezilarli shishishi bo'lmasa ham aniqlanadi.

Yurishni baholash:

Yurish variantlari:

- tana vaznining zararlangan oyoqdan sog'lomiga tez o'tishi bilan (tizza, son bo'g'imlari, oyoqlarning zararlanishi). Bemor butun oyog'i yoki barmog'i ustida turadi (tovonning zararlanishi),

- "o'rdaksimon" - lapanglab (son bo'g'imlarining ikki tomonlama zararlanishi).

Yurish va yugurish paytida yurishni kuzatish: bemorning oqsoqlanishi og'riq yoki qattqlikni aniqlash uchun muhim diagnostik belgidir. Ota-onalarning oqsoqlik mavjudligi to'g'risidagi ko'rsatmalari, hatto tekshiruv vaqtida bolada oqsoqlik bo'lmasa ham, odatda to'g'ri bo'ladi.

Mushaklarning zararlanish darajasini baholash: mialgiya ko'pincha tizimli ko'rinishlarning faolligining balandligida paydo bo'ladi. Og'riqning namoyon bo'lishi nuqtai nazaridan, mialgiya artritdan

ustundir. Ba'zi bemorlarda miozit mushaklarning shishishi, og'riq va qonda mushaklarning parchalanishi fermentlarining konsentratsiyasining ortishi bilan kuzatiladi

. Laboratoriya diagnostikasi [3.19]

-qon klinik tekshiruvi - leykotsitoz ($>30-50 \cdot 10^9/l$), chapga neytrofil siljishi, eritrotsitlarning cho'kish tezligining (EChT) ortishi (100 mm/soatgacha, ba'zan yuqori), gipoxrom anemiya, trombositoz ($>500 \cdot 10^9/l$). Gemofagotsitlarning sindromi rivojlanganda trombositopeniya, leykopeniya, eritropeniya rivojlanadi va EChT ko'rsatkichi pasayadi. Qonning klinik taxlili tYuA uchun xos emas, shuning uchun differentsial diagnostika qidiruvini davom ettirish kerak.

-koagulyatsion gemostazni o'rganish - vaskulitning namoyon bo'lishida, agar gemofagotsitik sindromga shubha bo'lsa (gemofagotsitar sindrom II, VII, X qon ivish omillari konsentratsiyasining pasayishi bilan tavsiflanadi)

-koagulogramma - vaskulit namoyon bo'lganda, periferik qon aylanishining buzilishi, gemofagotsitar sindrom belgilari (tYuA giperkoagulyatsiyasi kabi gemostaz tizimidagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Gemofagotsitar sindromning rivojlanishi bilan fibrinogen va fibrin degradatsiyasi mahsulotlarining ko'payishi bilan aniqlanadi (erta klinikagacha belgisi). Keyinchalik koagulopatiya rivojlanishi bilan gipokoagulyatsiya belgilari rivojlanadi.)

-siydikning klinik tahlili, siydik cho'kmasining mikroskopik tekshiruvi, siydikdagi oqsilni aniqlash - buyrak kasalliklari bilan differentsial tashxis qo'yish va boshqa revmatik, revmatik bo'lmagan kasalliklar va yatrogenik asoratlarni istisno qilish uchun barcha bemorlarda o'tkaziladi. Mikro-makrogematuriya NYaQDN va metotreksatning buyraklarga toksik ta'sirining natijasi bo'lishi mumkin; Proteinuriya buyrak amilidozining natijasi bo'lishi mumkin. TYuAda, odatda, hech qanday o'zgarishlar bo'lmaydi.

- **qonning biokimyoviy taxlili** (qon zardobdagi umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin (bevosita, bilvosita fraktsiyalar), kreatinin, mochevina, siydik kislotasi, transaminazalar, laktat dehidrogenaza (LDG), kreatin fosfokinaza (KFK), amilaza, elektrolitlar, triglitseridlar, ferritin).

- **prokaltsitonin testi** (tizimli ko‘rinishlar mavjud bo‘lganda) - o‘tkir yallig‘lanish reaksiyasi (sepsis) bilan differentsial tashxis qo‘yish uchun o‘tkaziladi. O‘tkir yallig‘lanish javobida ko‘rsatkich yuqori bo‘ladi. Yuqumli asoratlarsiz tYuAda prokaltsitonin testi salbiy hisoblanadi.

- **immunologik qon taxlili** - immunoglobulinlar (Ig), revmatik omil (RO), antistreptolizin O (ASLO), antinuklear omil (ANO), ikki zanjirli DNKga antitanachalar, siklik sitrulinlangan peptidga (ACCP) antitanachalar, neytrofillar sitoplazmasiga (ANCA), SLc70 antitanachalar kontsentratsiyasi aniqlanadi. Shu jumladan, HLA-B27 ham aniqlanadi. IgM, IgG va CRP kontsentratsiyasi, odatda, tYuAda sezilarli darajada oshadi; ANF, ikki zanjirli DNKga antitanachalar, ACCP, ANCA, SLc70, HLA-B27 - salbiy, komplement darajasi oshgan.

- **limfotsitlarning immunofenotipini aniqlash** - ko‘pincha virusli, yiringli bakterial infeksiyalar, shu jumladan opportunistik infeksiyalar bilan og‘rigan bemorlar uchun immunitet tanqisligi holatlari bilan differentsial tashxis qo‘yish uchun amalga oshiriladi. tYuAda o‘ziga xos o‘zgarishlar yo‘q.

- **tuberkulin bilan teri sinamasi** (Mantu sinamasi, Diaskintest)

- **Qonda A, M, G sinflaridagi Salmonella enterica, Yersinia enterocolitica, Y.pseudotuberculosis, Chlamydia trachomatis, C.psittaci, C.pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae ga antitanachalarni aniqlash** barcha bemorlarda terapiya yoki davolashni tayinlashdan oldin o‘tkaziladi. GK va/yoki immunodepressantlar va/yoki biologik faol dori-darmonlarni qabul qiluvchi bemorlar, shuningdek, oxirgi oy davomida ichak infeksiyasi va/yoki ichak va/yoki xlamidiya va/yoki mikoplazma infeksiyasining klinik ko‘rinishlari haqida ma'lumotlarga ega bo‘lgan bemorlar. O‘choqli va/yoki interstitsial pnevmoniya bilan og‘rigan bemorlarda xlamidiya va mikoplazma infeksiyalari uchun tekshiruv o‘tkaziladi.

-**Qon, so‘lak, siydikning gerpetik guruh viruslari uchun PZR tekshiruvi** barcha bemorlarga antirevmatik terapiyani tayinlashdan/tuzatishdan oldin, glyukokortikosteroidlar (GC) va/yoki immunodepressantlar va/yoki biologik faol dorilarni qabul qiladigan bemorlar, klinik ko‘rinishlari bo‘lgan, gerpetik infeksiya, interstitsial pnevmoniya bilan og‘rigan bemorlar uchun o‘tkaziladi.

- **aerob va fakultativ anaerob mikroorganizmlar uchun bodomsimon bezlar va tomoqning orqa devoridagi shilliqni bakteriologik tekshirish**

- **pnevmonsistga M, G sinf antitanachalarini aniqlash** o‘choqli va/yoki interstitsial pnevmoniya bilan og‘rigan bemorlarda GK va/yoki immunodepressantlar va/yoki biologik faol dorilarni qabul qilishda o‘tkaziladi.

- barcha bemorlarda **molekulyar-genetik qon testlarini o‘tkazish**: monogen avtoyallig‘lanish sindromlar bilan differentsial tashxis qo‘yish uchun tadqiqotlar o‘tkaziladi. O‘simta nekroz omili retseptorlari mutatsiyasi (TRAPS), mevalon atsiduriya (MKD), oilaviy sovuq qavarchiq (FCAS), Muckl-Wells sindromi (MWS), chaqaloqlarning ko‘p tizimli yallig‘lanish kasalligi (CINCA), PFAPA sindromi (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis) (PAPA) bilan bog‘liq davriy sindromning rivojlanishi uchun mas‘ul bo‘lgan genlarning mutatsiyalari.

- **qon va siydikni mikrobiologik tekshirish**

- **kalprotektin uchun najas testi**

3.4. Instrumental diagnostika - UD-D [14,15,16,19]

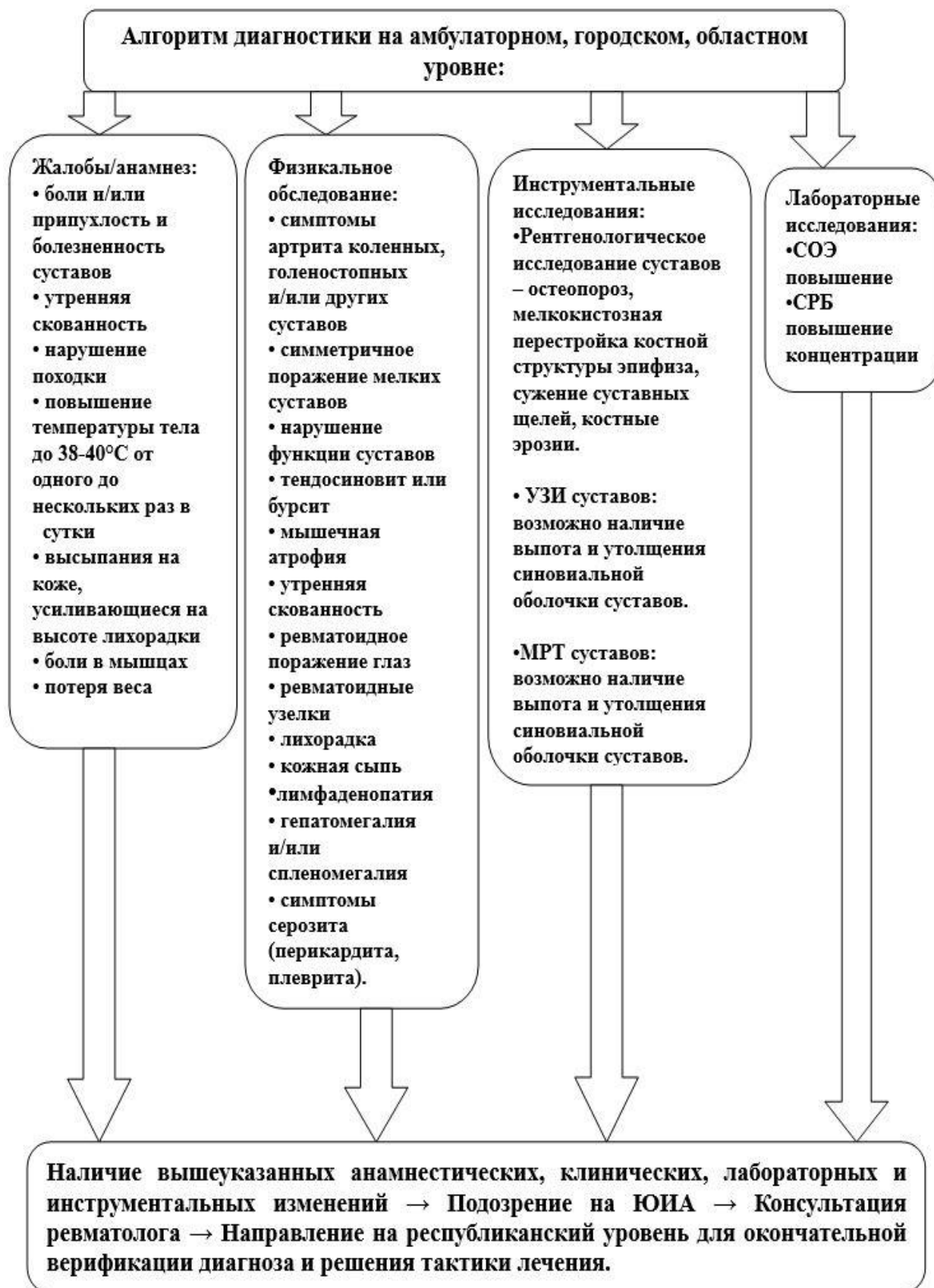
- ichki organlarning keng qamrovli ultratovush tekshiruvi
- exokardiyografiya
- yeletrokardiografiya
- faol artritli barcha bemorlar uchun bo'g'imlarning ultratovush tekshiruvi
- zararlangan bo'g'imlarning rentgenografiyasi / kompyuter tomografiyasi
- ta'sirlangan bo'g'imlarning magnit-rezonans tomografiyasi
- oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining biopsiyasi bilan ezofagogastroduodenoskopiya
- Helicobacter pylori mavjudligi uchun oshqozon shilliq qavatining biopsiyasi
- ko'krak qafasi organlarining kompyuter tomografiyasi
- osteodentsitometriya

Boshqa mutaxassislar bilan maslahatlari

Asosiy kasallikning namoyon bo'lishi birga keladigan patologiyani va/yoki asoratlarni tashxislash va davolash uchun boshqa mutaxassislarga murojaat qilish tavsiya yetiladi: - **UD-D**

- Oftalmolog
- Endokrinolog
- Otolaringolog.
- Stomatolog, ortodon
- Ftiziater
- Gematolog, onkolog
- Ortoped-travmatolog.
- Genetik (bir nechta kichik rivojlanish anomaliyalari, biriktiruvchi to'qima displaziyasi sindromi).
- Immunolog
- klinik farmakolog
- jismoniy tarbiya va sport bo'yicha shifokor bi• fizioterapevt maslahati lan maslahatlashish

3.2. TASHXISLASH ALGORITMI



3.3. Differentsial diagnostika va qoshimcha tadqiqotlar uchun asoslash

| Diagnoz | Differentsial diagnostika uchun asoslash | Tekshirish | Diagnozni inkor qilish mezonlari |
|--|--|---|---|
| Tizimli qizil yuguruk | Kasallikning dastlabki davrida uchuvchan tabiatli poliartralgiiyasi va bo'g'imlarning assimetrik shikastlanishi mavjud. Kasallikning zo'rayishida - bo'g'imlarning nosimmetrik shikastlanishi. | Klinik qon tekshiruvi (leykopeniya va trombositopeniya), qizil yugurukning antikoagulyantini, antinuklear omilni, DNKga antitanachalar, antifosfolipid va antitanachalarni aniqlash. | Bo'g'imlarning zararlanishi eroziya va doimiy deformatsiyalar, ertalabki qattiqlik bilan birga kelmaydi. Klinik ko'rinishda ko'pincha yuzning tipik qizarishi, poliserozit (odatda plevrit), nefrit, markaziy asab tizimining shikastlanishi aniqlanadi |
| Gemorragik vaskulit (Shenleyn - Genox kasalligi) | Artralgiiyalar yoki artrit, Polimorf toshmalar | Gematolog maslahati | Bo'g'im sindromi beqaror. Oyoqlar, yirik bo'g'imlar, dumbada gemorragik toshmalar qayd etiladi. Qorin bo'shlig'i va buyrak sindromi bilan kechadi. |
| Surunkali nospetsifik yarali kolit, Kron kasalligi | Bo'g'im sindromi: periferik asimetrik artrit, ko'proq oyoqlar zararlanishi bilan | HLA-B27 ni aniqlashning yuqori darajasi. zofagogastroduodenografiya, videokapsulali endoskopiya, biopsiya bilan kolonoskopiya va yo'g'on ichak shilliq qavatini morfologik tekshirish ko'rsatilgan. | Spondilit, sakroileit, asosiy kasallikning faolligi bilan bog'liq. |
| Sil | Bo'g'im sindromi: og'ir | Silga qarshi ijobiy testlar bilan birgalikda. | Diffuz osteoporoz, |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>artralgiya, orqamiya shikastlanishi, birtomonlama gonit, koksit. Shuningdek, vitseral sil kasalligi fonida rivojlanadigan reaktiv poliartrit ham mavjud. Mayda bo'g'imlarning zararlanishi ham xos.</p> | <p>Ko'krak qafasi va ta'sirlangan bo'g'inlar kompyuter tomografiyasi talab qilinadi</p> | <p>suyak chetlari nuqsonlari rivojlanadi va kamdan-kam hollarda sekvestr mavjudligi bilan cheklangan suyak bo'shlig'i; suyaklarning artikulyar uchlarining parchalanishi, ularning siljishi va chala chiqishi</p> |
| <p>Giperimmunoglobulin – D-sindromi (giperimmunoglobulinemiy a D isitma hurujlari bilan)</p> | <p>Isitmaning takroriy 'pizodlari bilan bosh og'rig'i, limfadenopatiya, splenomegaliya, artralgiya, oshqozon-ichak trakti buzilishlari (qorin og'rig'i, diareya, ko'ngil aynishi) va teri toshmasi (dog'li yoki dog'li-papulyoz, urtikar, kamdan-kam hollarda petexial purpur toshmalar mahalliy xususiyatga ega). Odatda, artrit nosimmetrik, nodestruktiv, yirik bo'g'imlar zararlanishin bilan. Teri va bo'g'im simptomlari asta-sekin yo'qoladi. Yuqori laborator faol ko'rsatkichlari</p> | <p>Laboratoriya diagnostikasi mezoni zardobdagi IgD ning 100UI/ml dan yuqori bo'lgan darajasini 1 oy davomida ikki og'ishmada aniqlashdir; ammo IgD darajasi klinik ko'rinishlarning intensivligi bilan bog'liq emas. 80% hollarda IgA va 40% - IgG tarkibining ortishi kuzatiladi. 12-juft xromosomalarning uzun yelkasida joylashgan mevalonatkinaza genidagi mutatsiyalarni aniqlash. Bemorlarning 75 foizida aniqlangan yeng keng tarqalgan mutatsiya V3771 hisoblanadi</p> | <p>Hurujlarning davomiyligi 3-7 kun, paroksizmlar 4-6 hafta oralig'ida kuzatiladi. Odatda hayotning birinchi yillarida boshlanadi. Og'zida va jinsiy a'zolarining yaralari kuzatilishi mumkin. Qon zardobida - qon zardobida xolesterin darajasining pasayishi va febril xurujlar vaqtida siydikda mevalon kislotasi (xolesterin biosintezining oraliq mahsuloti) kuzatilishi mumkin.</p> |

| | | | |
|--------------------|--|--|---|
| | (EChT tezlashishi, leykotsitoz, trombotsitoz, o‘tkir bosqichning kuchayishi ko‘rsatkichlar). | | |
| Kactlman kasalligi | Davriy isitma, tana vazning kamayishi, limfa tugunlarining kattalashishi, anemiya, qonning yallig‘lanishli faolligi. | Limfatugunlari biopsiyasi diagnoz qo‘yishning asosiy usuli hisoblanadi, shu jumladan kasallikni u yoki bu gistologik tipga kiritish. Suyak ko‘migi preparatining gistologik tekshiruvi tavsiya etiladi | Periferik nevropatiya, neyropatiyalar, ko‘krak qafasidagi yoki qorin bo‘shlig‘ida a‘zolaridagi og‘riq |

<https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-yuvenilnogo-artrita-s-sistemnym-debyutom-i-revmaticheskikh-masok-onkologematologicheskikh-zabolevaniy?ysclid=lu6voszqao170297319>

4.AMBULATOR SHAROITDA DAVOLASH TAKTIKASI

4.1 dori-darmonsiz davolash (sog‘lom turmush tarzi elementlari, to‘g‘ri ovqatlanish, harakat faolligi, kundalik va uyqu rejimi, parhez (10-stol);

4.2 medikamentoz davolash

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar tavsiya etiladi:

Ambulator sharoitda bemorlarni olib borish

Tizimli boshlanadigan yuvenil artritli barcha bemorlarni olib borish

Bolalarni “nogiron bola” maqomini rasmiylashtirish uchun tibbiy-ijtimoiy ekspertiza byurosiga yuborish; kasallikning faol bosqichida bolalarni uyda o‘qitish; kasallikning remissiya bosqichida davolash jisminiy tarbiyasi mashqlari bilan davolash [14,15,16].

GK va immunodeprassantlarni qabul qiluvchi bemorlarni boshqarish [19]

- Har 2 haftada bir marta qonning klinik taxlilini o‘tkazish
- Har 2 haftada bir marta qonning biokimyoviy
- har 3 oyda bir marta qonning immunologik taxlilini o‘tkazish
- Siydikning klinik tahlili - oyiga bir marta
- EKG 3 oyda bir marta o‘tkazish.
- Qorin bo‘shlig‘i, yurak, buyraklarning ultratovush tekshiruvi - har 6 oyda bir marta
- yiliga 2 marta kasalxonaga rejali yotqizish
- kasallikning zo‘rayishida yoki immunodeprassantlarni turg‘un ko‘tara olmaslik holatida kasalxonaga rejadan tashqari yotqizish

Gen-injenerlik biologik preparatlarni qabul qiluvchi bemorlarni olib borish

TNF-a ingibitorlarini olgan bemorlarni olib borish [22]

- har 2 haftada bir marta qonning klinik taxlilini o'tkazish
- har 2 haftada bir marta qonning biokimyoviy taxlilini o'tkazish
- har 3 oyda bir marta qonning immunologik taxlilini o'tkazish
- siydikning klinik taxlili - oyiga bir marta
- EKG 3 oyda bir marta o'tkazish.
- qorin bo'shlig'i, yurak, buyraklarning ultratovush tekshiruvi - har 6 oyda bir marta
- okulist maslahati 3 oyda 1 marta
- yiliga 2 marta kasalxonaga rejali yotqizish
- kasallikning zo'rayishida kasalxonaga rejadan tashqari yotqizish

Rituximab*, kanakinumab* olgan bemorlarni olib borish [10,18]

- oyiga bir marta revmatolog ko'rigidan o'tish
- har 2 haftada bir marta qonning klinik taxlilini o'tkazish
- neytrofillarning mutlaq soni $1,5 \times 10^9/l$ dan kam bo'lgan leykopeniya va neytropeniya uchun granulotsitlar koloniyasini stimulyatsiya qiluvchi omil (filgrastim) teri ostiga kuniga 5-10 mkg/kg dozada buyuriladi.
- febril neytropeniya (isitma bilan kechadigan neytropeniya) uchun granulotsitlar koloniyasini stimulyatsiya qiluvchi omil (filgrastim) 5-10 mkg/kg/kun teri ostiga keng spektrli antibiotiklar bilan birgalikda tomir ichiga yuborish.
- har 2 haftada bir marta qonning biokimyoviy taxlilini o'tkazish

***- O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalari**

- har 3 oyda bir marta qonning immunologik tekshiruvini o'tkazish
- qon zardobida barcha immunoglobulinlar konsentratsiyasi pasaygan taqdirda, IgA, G va M ni o'z ichiga olgan oddiy vena immunoglobulinini 2-8 ml/kg dozada tayinlash.
- qon zardobida immunoglobulin G (IgG) darajasi pasaygan taqdirda 2-8 ml/kg dozada IgG ni o'z ichiga olgan oddiy vena immunoglobulinini tayinlash.
- oyda bir marta qonning klinik taxlilini o'tkazish
- EKG 3 oyda bir marta o'tkazish.
- Qorin bo'shlig'i, yurak, buyraklarning ultratovush tekshiruvi - har 6 oyda bir marta
- Vena ichiga yuborish: ko-trimaksozol + trimetoprim 15 mg/kg/kun (trimetoprim uchun), klaritromitsin 15 mg/kg/kun va seftriakson 50-100 mg/kg kataral belgilari, isitma, yo'talda
- Yiliga 2 marta rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish

- kasallikning kuchayishi yoki jiddiy noxush hodisalarning rivojlanishida rejadan tashqari kasalxonaga yotqizish.

- Yiliga 2 marta kasalxonaga rejali yotqizish

- kasallikning zo'rayishida yoki noxush holatlar rivojlanishi holatida kasalxonaga rejadan tashqari yotqizish

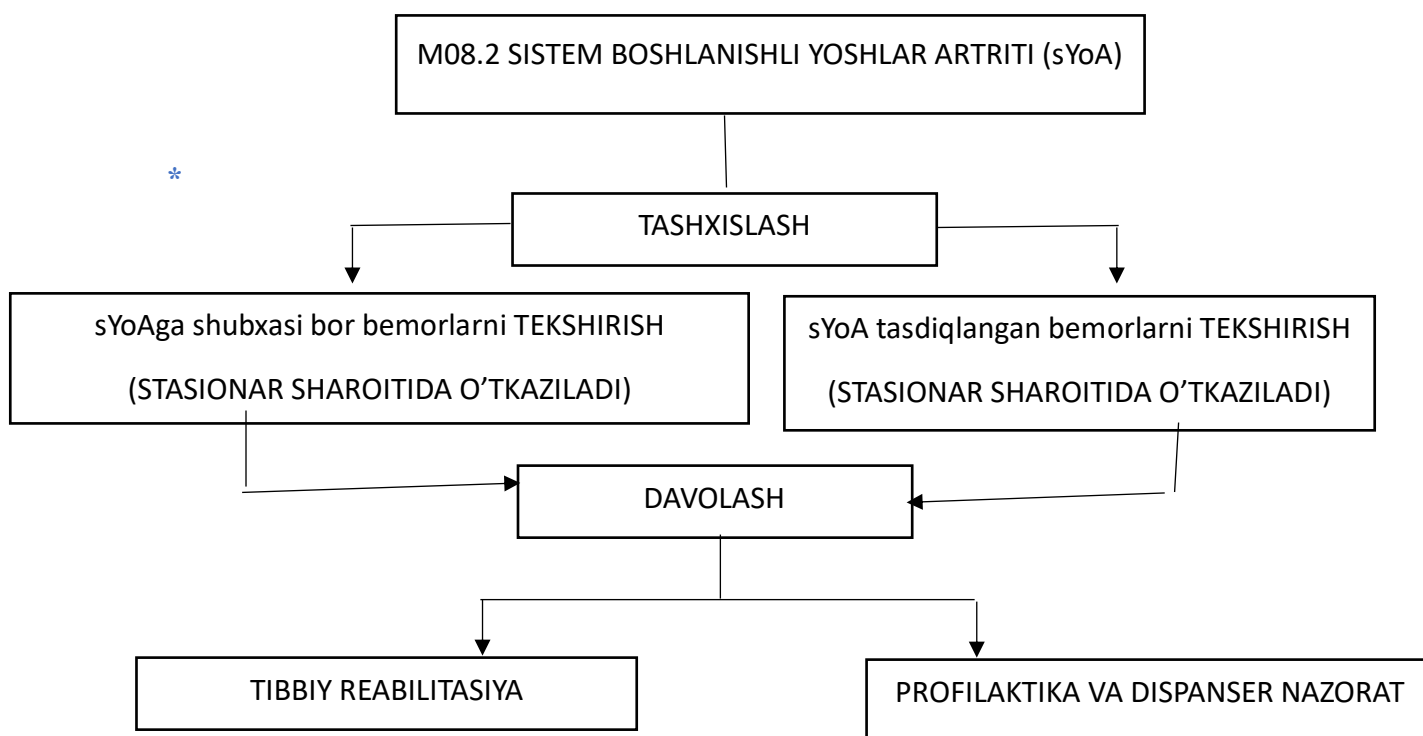
4.3. TIBBIY YORDAM TURLARINI HISOBGA BO'LGAN GOSPITALIZATSIYA UCHUN KO'RSATMALAR

1) Davolashning uzluksizligi va uzviyligi shartdir (ixtisoslashtirilgan klinikada/bo'limda revmatolog tomonidan boshlangan va tavsiya etilgan davolashni davom ettirish)

2)• Kasallikning yuqori va o'rtacha og'irligi bo'lgan bolalar 24 soatlik kasalxona sharoitida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatiladi.

3)• Faoliyat darajai past bo'lgan va kasallik remissiyasi kuzatilgan bolalarga 24 soatlik va kunduzgi statsionarda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatiladi.

5. STATIONAR SHAROITDA DAVOLASH TAKTIKASI:



5.2 dori-darmonsiz davolash (sog'lom turmush tarzi elementlari, to'g'ri ovqatlanish, harakat faolligi, kundalik va uyqu rejimi, parhez (10-stol);

5.3 Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar tavsiya etiladi:

— kasallikning past faolligi va noxush prognoz omillarining yo'qligi bilan;

— isitma va og'riq sindromi mavjudligida tekshirish bosqichidagi barcha bemorlar;

— kasallikning faolligi va noqulay prognoz omillari mavjudligidan qat'iy nazar, barcha bemorlarda 1 oydan ortiq bo'lmagan monoterapiya (D darajasi):

diklofenak natriy 2–3 mg/kg/kuniga,

yoki

nimesulid 3–5 mg/kg/kuniga,

yoki

meloksikam 7,5–15 mg/kuniga,

5.4. Glyukokortikoidlar (GK): [4,8,9,11,22]

| | |
|----|--|
| 3S | Glyukokortikoidlarni (GC) hayot uchun xavfli tizimli ko‘rinishlar (doimiy febril yoki gektik isitma va/yoki kardit va/yoki pnevmonit va/yoki serozit) uchun tayinlash tavsiya etiladi [9] |
| 4D | Glyukokortikoidlar hayot uchun xavfli tizimli ko‘rinishlarda (kardit, pnevmonit, vaskulit) onkologik patologiyani istisno qilgandan so‘ng tayinlanadi - metilprednizolon bilan 10-30 mg/kg dozada 3 marta, zarur bo‘lganda - ketma-ket 5 kun davomida puls terapiyasi. |
| 3S | Glyukokortikoidlarni kasallikning har qanday bosqichida (agar ko‘rsatilsa) birgalikda davolash sifatida bo‘g‘imichi yuborish [9] Betametazon yoki triamsinolon asetonidni har 4 oyda bir martadan ko‘p bo‘lmagan holda yuborish tavsiya etiladi. |

Artritning zo‘rayishi bilan har 4 oyda bir martadan ko‘proq glyukokortikoidlarni bo‘g‘imichiga yuborish tavsiya etilmaydi. Poliartrit uchun glyukokortikoidlarni bo‘g‘imichiga yuborish tavsiya etilmaydi.

5.5. Immunodepressantlar va gen-injenerlik biologik preparatlar:

[4,8, 9,10,11,21,22]

| | |
|----|--|
| 1A | Immunodepressantlar va gen-injenerlik biologik preparatlarni tayinlash tavsiya etiladi [9] |
|----|--|

Tekshiruv bosqichida, "Tizimli artrit" tashxisi aniqlanmaguncha va gemoblastoz, limfoproliferativ kasallik yoki qattiq o‘sma istisno qilinmaguncha tayinlanmaydi.

| | |
|----|--|
| 1A | Totsilizumabni tayinlash. Og‘irligi ≥ 30 kg bo‘lgan bolalar uchun totsilizumab 8 mg/kg/tayinlash tavsiya yetiladi; og‘irligi 30 kg dan past bo‘lgan bolalar - 12 mg/kg/in'ektsiya har 2 haftada bir marta tomir ichiga yuboriladi [9, 21]. Agar NSYaQV va/yoki GK va/yoki metotreksat samarasiz bo‘lsa, shuningdek, ilgari GK va metotreksat olmagan bolalar uchun kasallikning istalgan bosqichida totsilizumabdan foydalanish tavsiya etiladi. Faol artrit bo‘lmasa, totsilizumab bilan monoterapiya tavsiya etiladi; faol artrit mavjud bo‘lganda totsilizumabni bir xil dozada metotreksat bilan 15 mg/m ² dozada haftasiga bir marta teri ostiga yuborish tavsiya etiladi. In'ektsiya uchun eritmani gradatsiyali shpritslarda qo‘llash afzal. |
|----|--|

| | |
|----|--|
| 1A | Agar NSYaQV va/yoki GK va/yoki metotreksat samarasiz bo‘lsa, kanakinumab* ni teri ostiga 4 mg/kg dozada har 4 haftada bir marta tayinlash [9,10] Agar totsilizumab metotreksat bilan birgalikda (yoki ularsiz) samarasiz bo‘lsa (tizimli ko‘rinishlarning mavjudligi, 3 oydan keyin ACRpedi mezonlari bo‘yicha 30% yaxshilanishning yo‘qligi va C.Wallace mezonlari bo‘yicha faol bo‘lmagan kasallikning bosqichi - 6 oydan keyin) kanakinumab*ni tayinlash tavsiya etiladi). |
|----|--|

*- O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalari

Agar totsilizumab va kanakinumab* samarasiz bo'lsa (3 oy ichida - tizimli ko'rinishlarning mavjudligi, faol artritli bo'g'inlar va yuqori laboratoriya faolligi ko'rsatkichlari):

- rituksimab* 375 mg/m²/vena ichiga haftasiga bir marta ketma-ket 4 hafta davomida + metotreksat 15–25 mg/m²/mushak ichiga haftasiga bir marta: [18]

-har bir infuziyadan 30-60 minut oldin - glyukokortikoidlar (vena ichiga 100 mg dozada metilprednizolon), analgetiklar va antigistaminlar (paratsetamol va difengidramin) bilan premedikatsiya.

Agar totsilizumab, metotreksat va kanakinumab* samarasiz bo'lsa (tizimli ko'rinishlarning mavjudligi, 3 oydan keyin ACRpedi mezonlari bo'yicha 30% yaxshilanishning yo'qligi va C.Wallace mezonlari bo'yicha faol bo'lmagan kasallikning bosqichi - 6 oydan keyin) Rituksimab*ga o'tish tavsiya etiladi.

Kasallikning faolligi saqlanib turganda, rituksimab* infuziyalarini har 22-24 haftada yuborish tavsiya etiladi. Ritukimab* ning 3-infuziyasidan keyin faol bo'lmagan kasallik/remissiyaga erishilmasa, davolanishni to'xtatish tavsiya etiladi. (UD D)

1A TNF a ingibitorlariga o'tish: 13 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarga adalimumab* ni 2 haftada bir marta 40 mg dozada, 4 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga esa 24 mg/m² tana dozasida buyurish. sirt maydoni, maksimal dozasi 40 mg yoki etanercept * haftasiga 2 marta 0,4 mg/kg/teri ostiga yuborish, yoki 0,8 mg/kg/haftada bir marta buyuriladi [9].

Totsilizumab, canakinumab*, rituximab* qisman samarasiz bo'lgan taqdirda TNF a ingibitorlarini buyurish (bir yil ichida tizimli ko'rinishlarning remissiyasi va takroriy artrit).

| | |
|----|---|
| 2V | TNF a ingibitorlarini metotreksat bilan birgalikda 15 mg/m ² dozada haftasiga bir marta teri ostiga qo'llash tavsiya yetiladi [9]. |
|----|---|

Yuqoridagi barcha dorilar samarasiz bo'lsa:

- GC og'iz orqali 0,2-0,5 mg/kg/kun yuqoridagi davolash usullari bilan birgalikda

GEMOFAGOTSITIK SINDROM

| | |
|----|--|
| 3S | Glyukokortikoidlarni tayinlash. Metilprednizolon 10–30 mg/kg/infuziya yoki deksametazon 10–20 mg/m ² /kun bilan yoki og'iz orqali yuboriladigan prednizolon 1–2 mg/kg/kun va/yoki 3-5 mg/kg/kun kaltsineurin ingibitori bilan puls terapiyasi tavsiya etiladi [9]. Deksametazonning dozasi gemofagotsitar sindromning klinik va laboratoriya belgilari bartaraf etilgandan keyin asta-sekin kamayadi. |
|----|--|

•Yallig'lanish reaksiyasi bo'lsa, bakteriologik va/yoki serologik usullari tekshiruvlari bilan tasdiqlangan prokaltsitonin shubhali (0,5-2 ng/ml) yoki ijobiy (> 2 ng/ml) test qiymati bilan birga keladigan bakterial infeksiya.:

*-O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalari

— antibakterial preparatlar (aminoglikozidlar 3 yoki 4 avlod, sefalosporinlar 3 yoki 4 avlod, karbapenemlar va boshqalar);

— normal inson immunoglobulini, standart va G, A va M sinflarining immunoglobulinlarini o'z ichiga olgan 0,5-2,0 g/kg/kurs.

• Disseminirlangan tomir ichida qon ivishi sindromida:

- geparin 100-150 IU /kg/kun vena ichiga (soat atrofida) yoki teri ostiga kuniga 4 marta faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqtini nazorat qilish ostida yoki
- nadroparin kaltsiy 200-300 anti-Xa birlik/kg/kun dozada teri ostiga kuniga 2 marta zardobning anti-Xa omil faolligi (0,4-0,6 IU /ml) nazorati ostida 21-24 kun davomida, keyin - INR (2-3) xalqaro normalangan nisbati nazorati ostida warfarin;
- fibrinoliz inhibitörleri (fibrinoliz faollashganda); traneksamik kislota 15 mg/kg/kun tomir ichiga har 6-8 soatda daqiqada 1 ml tezlikda;
- yangi muzlatilgan plazma (ko‘rsatmalar bo‘yicha);
- leykotsitar qabati olib tashlangan qizil qon tanachalari o‘lcham (ko‘rsatmalar bo‘yicha);
- trombotsitlar kontsentrati (ko‘rsatmalar bo‘yicha).

2018 yilda PRO-KIND Germaniya bolalar revmatologiyasi jamiyati (GKJR) maqsadli davolashni taklif qildi: ehtimoliy tizimli yuvenil idyopatik artritni (GKJR) boshlang‘ich davolash uchun maqsaddan maqsadga muvofiq konsensus davolash strategiyasi va maqsadli SJIA uchun konsensus davolash strategiyasi: [1]

1-rasm. Tizimli yuvenil idiopatik artritni davolash maqsadlari.

☒ Davolanish ketma-ket amalga oshirilishi kerak.

☐ Shifokorning umumiy bahosi 0 dan 10 gacha bo‘lgan shkala bo‘yicha baholanadi, 0 - kasallik faolligi yo‘qligini va 10 - kasallikning maksimal faolligini ko‘rsatadi.

☒ Yuvenil artrit faollik ko‘rsatkichi (JADAS) -10 alohida 4 ta ballning yig‘indisidir, xususan:

- shifokor umumiy bahosi (0-10 oralig‘ida),
- bemor yoki ota-onaning umumiy bahosi (0-10 oralig‘ida),
- faol bo‘g‘imlar soni (0-10 oralig‘ida),
- 1 soatda normallashtirilgan eritrotsitlar cho‘kish tezligi ([kuzatilgan tezlik - 20]/100, ya'ni 20 mm/soatgacha bo‘lgan qiymatlar 0 ball bilan, 120 mm/soat ga teng yoki undan yuqori bo‘lgan qiymatlar 10 ball bilan baholanadi.).)
- yoki C-reaktiv oqsil (CRP); [mg/L da kuzatilgan CRP - 10]/100, ya'ni 10 mg/L gacha bo‘lgan qiymatlar 0 ball bilan baholanadi va 110 mg/L ga teng yoki undan yuqori qiymatlar 10 ball hisoblanadi)/



4- hafta davomida (2-maqsad)

-shifokorning umumiy bahosining eng kamida 50% ga yaxshilanishi

Va faol bo‘g‘imlarning yeng kamida 50%ua kamayishi yoki

- JADAS -10 bo‘yicha maksimal 5,4 ball4- hafta davomida (2-maqsad)



6 (12) oy davomida (3-maqсад)

-glyukokortikoidlarsiz klinik nafaol kasallik



Klinik remissiya (4-maqсад)

[74/220/76562/https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-0224-2](https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-0224-2)

- glyukokortikoidlarning maksimal dozalari: vena ichiga 5 kun davomida metilprednizolon (20-30 mg / kg / kun [maks. 1000 mg / kun) yoki prednizolon yekvivalenti 1-2 mg / kg / kun (maksimal 80 mg / kun) bilan puls terapiyasi.

- “Biologik” atamasi anakinra*, kanakinumab* yoki totsilizumabga ishora qiladi. Biologik mahsulotlar uchun maksimal dozalar:

1. Anakinra* 8 mg/kg/kun (maksimal 300 mg/kun), kanakinumab* har 4 haftada 300 mg,
2. Totsilizumab (tana vazni >30 kg uchun) 8 mg/kg (maksimal 800 mg) IV har 2 haftada va (tana vazni <30 kg uchun) har 2 haftada 12 mg/kg.

Bundan tashqari, steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dorilar har qanday bosqichda simptomlarni yengillashtirish uchun ishlatilishi mumkin.

Biologik vositalar bilan kombinatsiyalangan terapiya tavsiya etilmaydi.

Qisqartmalar: ANA -Anakinra; CAN -kanakinumab; CID - klinik nafaol kasallik; GC - glyukokortikoidlar; IVMP - tomir ichiga metilprednizolon; PDN -prednizon/prednizolon ekvivalenti.

* ushbu strategiyalar tomonidan hisobga olinmaydi. ↓ = dozani yoki chastotani kamaytirish (konuslash); ↑ = dozani yoki chastotani oshirish

1- variant. GK yqori dozasi PDN
3-variant. **Anakinra*** +

2-variant. Anakinra* 2-3mg/kg

Bosnlangich terapiy
GK yqori dozasi

1-2mg/(maks.80mg/kuniga)

maksimal 1 100mg/kuniga

+/- IVMP 3 kun

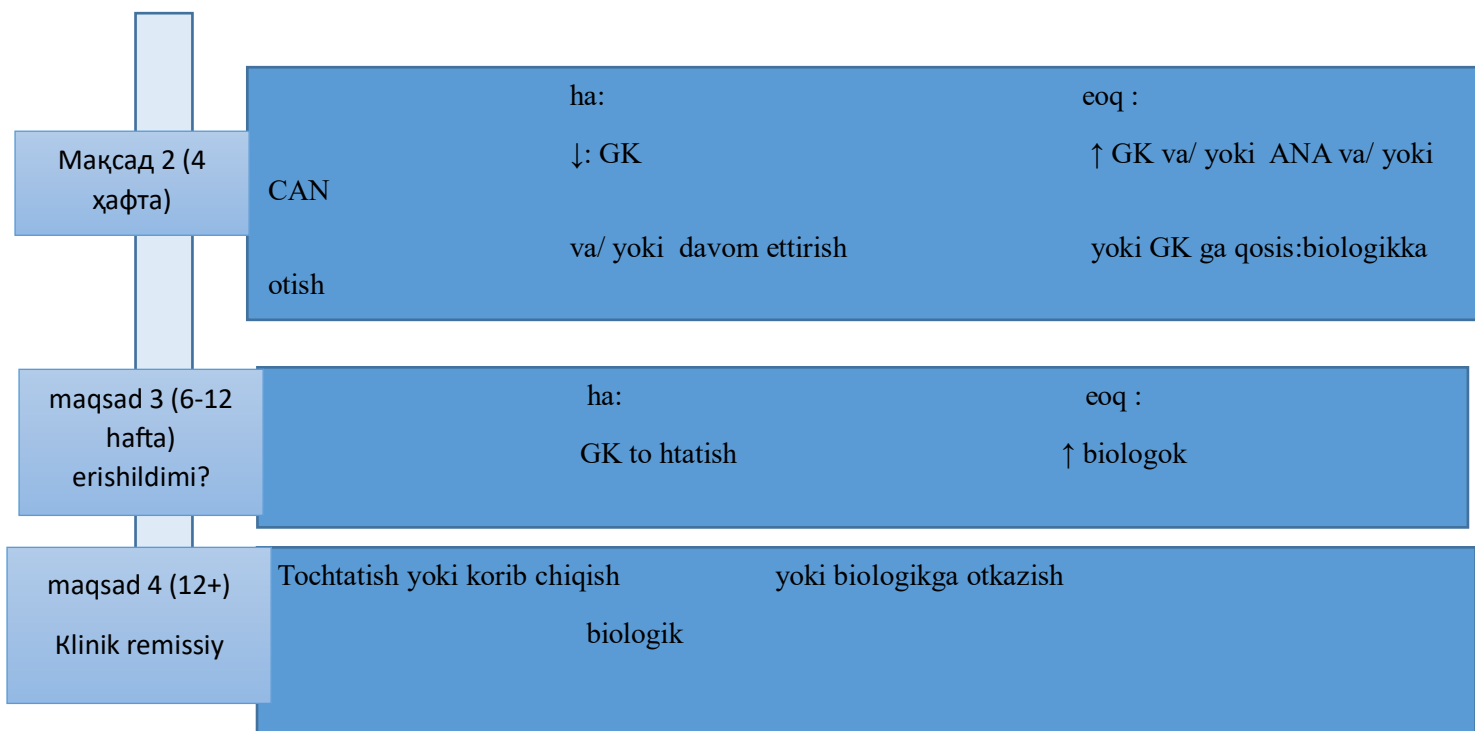
ha:

yoq:

↓: GK

↑ GK va/yoki ANA

Мақсад 1 (7 кун)
эришилдими?



3-rasm. Maqsadli SJIA uchun kelishilgan davolash strategiyasi:

- glyukokortikoidlarning maksimal dozalari: vena ichiga 5 kun davomida metilprednizolon (20-30 mg / kg / kun [maks. 1000 mg / kun) yoki prednizolon ekvivalenti 1-2 mg / kg / kun (maksimal 80 mg / kun) bilan puls terapiyasi.

- “Biologik” atamasi anakinra*, kanakinumab* yoki totsilizumabga ishora qiladi.

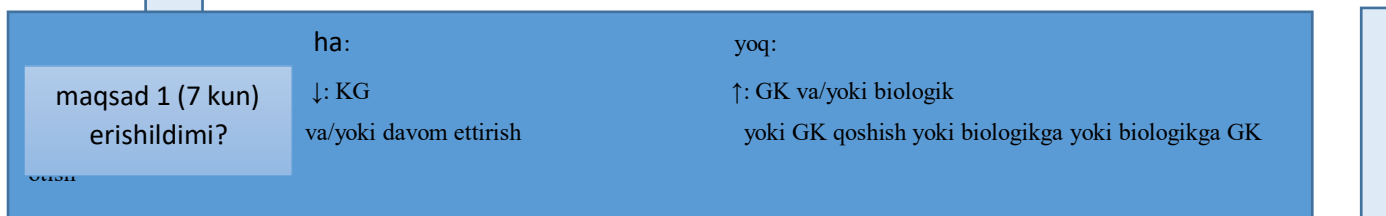
2. Totsilizumab (tana vazni >30 kg uchun) 8 mg/kg (maksimal 800 mg) IV har 2 haftada va (tana vazni <30 kg uchun) har 2 haftada 12 mg/kg.

Biologik vositalar bilan kombinatsiyalangan terapiya tavsiya etilmaydi.

Qisqartmalar: ANA -Anakinra; CAN -kanakinumab; CID - klinik nafaol kasallik; GC - glyukokortikoidlar; IVMP - tomir ichiga metilprednizolon; PDN -prednizon/prednizolon ekvivalenti.

* ushbu strategiyalar tomonidan hisobga olinmaydi. ↓ = dozani yoki chastotani kamaytirish (konuslash); ↑ = dozani yoki chastotani oshirish

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| kinumab* | 4-variaht. TCZ | | |
| BOSHLAHGICH DAVOLASH | 1-2mg/(maks.80mg/kuniga) | maksimal kuniga | |
| 8mg/kg | 1-variaht. GK yogori dozasi PDN | 2-variaht. Anakinara* 2-3mg/kg | 3-barint. Kana 100mg |
| | +/- IVMP 3 kun | | van 4havata |



| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--|---------------------------------|
| Maqsad 2 (4 hafta) erishildimi? | ha | yoq: | yoq (tizimli faolliksiz poliartrit GK) | |
| | ↑ biologik | korib chiqish yoki biologik | yoki biologikga otish abatasept | TNF a b blokerini korib chiqich |
| maqsad 3 (6-12 hafta) erishildimi? | xa: | yoq | | |
| | Кўриб чиқиш ёки | davolashni o'zgartirish | | |
| maqsad 4 (12+) klinik remissiy? | xa: | yoq | korib hiqish yoki | davolashni |
| | biologik | | | |

Jadval - Muhim dori-darmonlar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bor):

| Dori guruhi | Xalqaro patetnlanmagan nomi | Qo'llash usuli | Isbotlanganlik darajasi |
|-------------|---|--|-------------------------|
| NYaQV | Diklofenak natriy, tabletka 25mg, 50mg; | 6 yoshdan va o'smirlarga 1-3mg/kg/kuniga 2-3 marta | V |
| | Ibuprofen suspenziya | Bolalarga 6 oydan (tana vazni 7 kg dan ortiq) – 20-40mg/kg/kuniga 3-4 qabul | V |
| | 100mg/5ml – 50, 100, 150 ml; | Bolalarga 6-9 yosh (21-30 kg) X 100 mg dan (½tabletk) kuniga 4 marta | |
| | tabletka 200mg ichish uchun | Bolalarga 9 – 12 yosh (31–41kg) X 200 mg 1 tabletka) kuniga 3 marta 12 yoshdan katta bolalarga (41 kg dan ortiq) X 200mg dan (1 tabletka) kuniga 4 marta | |
| | Naproxen tabletka 275mg, 550 mg | 12 oydan katta bolalarga – 10-20mg/kg/ kuniga 2 | V |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | marta (maks kunlik doza – 750 mg.). | |
| GK | Prednizolon | JIA ning turiga qarab ichishga | A |
| | tabletk 5 mg. | Boshlang'ich dozasi 0,5 mg/kuniga (kunlik doza 20mg/kuniga dank o`p yemas), ushlab turuvchi dozasi – 0,2-0,3 mg/kuniga. | |
| | metilprednizolon, | Ichishga ham prednozolon kabi tamoyillarga ko'ra tayinlanadi, | S |
| | tabletk 4mg, 16 mg | (5 mg prednizolon 4mg metilprednizolonga ekvivalent). | |
| Antimetabolit (sintetik sitostatik), | Metotreksat (ml) shprints 0,75mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg g; | dozasi 15-20 mg/m2/hafta, teri ostiga, yoki ichishga | A |
| Immunodepressantlar | Tabletk 2,5 mg, 5 mg, 10 mg | Har kuni | |
| Vitamin va vitaminsimon vositalar, gemopoez stimulyatori | Foliy kislotasi, tabletk 1mg | 5 mg/kuniga (0,005 g/kuniga) metotreksat ichganidan keyingi kuni yoki har kuni 0,001 g/sutki metotreksat ichgan kundan tashqari | V |
| Notsitostatik immunodepressantlar | Sulfasalazin, tabletk 10 mg, 20 mg. | bolalarga 20 mg/kuniga 2 qabulga | B |
| Notsitostatik immunodepressantlar | Leflunomid, tabletk 10 mg, 20 mg. | ichishga 20 mg/kuniga 2 qabulga | |
| BP (TNFa ingibitorlari), immunodepressantlar | Adalimumab* (ml), shprints bir martalik 0,4mg - 0,8ml flakon 0,2 mg -0,4 ml | bolalarga tana vazni 15 kg dan <30kg gacha 20 mg dozadan 2 haftada 1 marta, teri ostiga; tana vazni ≥30kg - 40 mg (24 mg/m ² dozada yuborishga) 2 haftada 1 marta, teri ostiga; | B |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | bolalarda 2 yoshdan qo'llaniladi | |
| | Etanertsept* (ml) liofilizat 25mg, 50mg teri ostiga yuborish uchun eritma tayyorlash uchun | 0,4 mg/kg doxada teri ostiga 2 haftada 1 marta (maksimal bir martalik dozasi 25mg) yoki 0,8mg/kg haftada 1 marta (maksimal bir martalik dozasi 50mg); bolalarda 2 yoshdan qo'llaniladi | B |
| | Kanakinumab*-liofilizat150mg, 1 flakon in'ektsiya uchun suv erituvchisi – 5ml | 4 mg/kg teri ostiga 4 haftada 1 marta | A |
| | Anakinra*- in'ektsiya uchun eritma 100mg/0,67ml: bir martalik shprits | 8 mg/kg/kuniga (maks. 300 mg/kuniga) | D |
| | Rituksimab*– infuziya tayyorlash uchun konsentrat 10mg/1ml, 100mg/10ml, 500mg/50ml | 375 mg/m ² /vena ichiga yuborish haftasiga 1 marta keyin 4 hafta davomida | D |
| | Totsilizumab, teri ostiga yuborish uchun eritma 162mg/0,9ml | bolalarda tana vazni <30kg teri orasiga 3 haftada 1 marta; bolalarda tana vazni >30kg teri orasiga 2 haftada 1 marta | B |

***-O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalari**

Jadval - Muhim dori-darmonlar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bor):

| Dori guruhi | Dori vositalari | Qo'llash usuli | Isbotlanlik darajasi |
|--------------------|--|---|-----------------------------|
| NSYaQV | indometatsin | 0,5-1,0mg/kg/kuniga - bolalarga 12 yoshdan | S |
| NSYaQV | meloksikam 7,5 mg, 15 mg. suspenziya 7,5ml - 5 ml, 100 ml. | bolalarga 2 yoshdan – 0,15 - 0,2 mg/kg/kuniga 1-2 marta | V |

| | | | |
|--|--|--|---|
| antibiotiklar sefalosporinlar | seftriakson, in'ektsiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun 0,5g, 1g | bolalarga 12 yoshdan – 20-75 mg/kg/kuniga vena ichiga, mushak ichiga bolalarga 12 yoshdan kattalarga kuniga 1-2 g dan 1 marta yoki 0,5-1,0g har 12 soatda | V |
| kaltsiy- fosfor almashinuv i | (kaltsiy – 250mg, xolekaltsiferol - 50mg) | bolalarga 5 yoshdan 12 yoshgacha ichishga 1 tabl. kuniga 1 marta, 12 yoshdan kattalarga 1 tabl. Kuniga 2 marta | V |
| vitamin (D – kaltsiy- fosfor almashinuv ini boshqaradi) | xolekaltsiferol | bolalarda profilaktik doza - 500 –1000 XB/kuniga (1-2 tomchi); terapevtik doza – 2000-5000 XB/kuniga (4-5 tomchi). | A |
| proton nasos ingibitorlari | omeprazol, kapsulalar 10, 20 mg | gastrointestinal simptomlar kelib chiqqanda va GKS davolash davrida kuniga 1 kapsuladan | V |
| H2- antigistami netseptorla ri blokatorlari | famotidin tabletkalar 20mg | bolalarda 3 yoshdan tana vazni 10kg dan yuqori 2mg/kg/kuniga 2 marta yoki 20mg dan kuniga 2 marta (maksimal 40mg/kuniga ko'p emas) | S |
| gepatoprot ektorlar | ursodezoksixol kislota, kapsula 250mg, suspensiya | tavsiya etiladigan dozasi 10 mg ursodezoksixol kislota kuniga 1 kg tana vazniga R_liver_cirrhosis.pdf (gastro.ru) | S |
| ACEI | kaptopril | 0,3-1,5mg/kg/kuniga ichishga. Dastlabki doza 6,25— 12,5mg kuniga 2-3 marta https://www.pediatr-russia.ru/information/klin- rek/deystvuyushchie-klinicheskie- rekomentatsii/%D0%A5%D0%A1%D0%9D%20%D 0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1% D0%9F%D0%A0.v1.pdf | V |
| | enalapril, tabletkalar 2,5mg | 0,1-0,4 5mg/kg/kuniga ichishga kuniga 2-3 marta https://www.pediatr-russia.ru/information/klin- rek/deystvuyushchie-klinicheskie- rekomentatsii/%D0%A5%D0%A1%D0%9D%20%D 0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1% D0%9F%D0%A0.v1.pdf | V |
| | fozinopril, tabletkalar 10mg | bir qabulga kunlik doza 10mg https://www.pediatr-russia.ru/information/klin- rek/deystvuyushchie-klinicheskie- rekomentatsii/%D0%A5%D0%A1%D0%9D%20%D 0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1% D0%9F%D0%A0.v1.pdf | V |

| | | | |
|--|--|---|---|
| M-xolinoblokatorlar (midriatik) | Tropikamid, ko'z tomchilari 0,5%-15,0 | bolalarga 2 tomchidan 0,5% eritmasi, zarur bo'lganda takroran 10-15 minutdan keyin tomiziladi | S |
| enteral va parenteral oziqlantirish uchun vosita | dekstroza, infuziya uchun eritma 5%-200 ml | vena ichiga (tomchilab, uzluksiz). | A |

5.6. Jarroxlik aralashuv. Bemorlarni olib borishning barcha elementlari Xalqaro ekspertlarning konsensus tavsiyasiga asoslanadi [4D].

Endoprotezni almashtirish tavsiya etiladi [9].

Ikkilamchi koksoartroz 3-4 bosqichli bolalar uchun son bo'g'imlari endoprotezlash amalga oshiriladi.

5.7. Kasallikning zo'rayish davrida bolaning harakatlanish rejimini cheklash. Langet bilan bo'g'imlarni to'liq immobilizatsiya qilish mumkin emas.

- osteoporozning oldini olish uchun kaltsiy va vitamin Dga boy ovqatlar iste'mol qilish
- statik ortezlar, masalan, shinalar, longet, tagliklar va yengil olinadigan qurilmalar ko'rinishidagi dinamik kesmalar.

**«BOLALARDA TIZIMLI BOSHLANUVCHI YUVENIL ARTRIT»LI
BEMORLARNI OLIB BORISH BO‘YICHA
REABILITATSIA VA PROFILAKTIKA
MILLIY KLINIK PRATOKOL**

Toshkent – 2025

6. REABILITATSIA va PROFILAKTIKA

Reabilitatsiya soʻz lotin tilidan *rehabilitatio* — *tiklanish* degan maʼnoni anglatadi, tibbiyotda — tana faoliyatining buzilishi va [bemorlar va nogironlarning](#) mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy, pedagogik va ijtimoiy chora-tadbirlar majmuasidan iborat. Tibbiy reabilitatsiya [kasallik](#) tufayli oʻz funksiyasini yoʻqotgan aʼzolar funksiyasini qisman yoki toʻliq tiklashga yoki [zararlangan soxada jarayonning](#) kuchayishini maksimal darajada oldini olishga qaratilgan [1].

Profilaktika — odamlarning umrini uzaytirish, mehnat qobiliyatini saqlash, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilash, kasalliklarning paydo boʻlishi va tarqalishining oldini olish va sogʻligʻini saqlashga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigienik va tibbiy tadbirlar majmuidir [1]

Tibbiy **profilaktika birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi** boʻladi.

Birlamchi tibbiy profilaktika – kasallikning rivojlanish sabablariga, tananing sogʻlom holatini saqlashga, organizmga patologik taʼsir koʻrsatadigan omillarning oldini olishga qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigienik va tashviqiy tadbirlar.

Ikkilamchi tibbiy profilaktika – kasallikni erta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va retsidivlarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar.

Uchlamchi tibbiy profilaktika – mavjud kasallikni davolash, natijalarni yaxshilash va hayot sifatini yaxshilash, nogironlik va oʻlimni kamaytirish maqsadida bemorni reabilitatsiya qilish.

3.1. Profilaktikaning maqsad va usullari:

Tizimli boshlanishi bilan yuvenil idiopatik artritning 1-profilaktikasi. Birlamchi profilaktika qiyin va ishlab chiqilmagan, chunki kasallik polietologik xususiyatga ega. Kasallikning rivojlanishiga taʼsir qiluvchi omillarning taʼsirini oldini olish kerak (tez-tez virusli kasalliklar, emlashlar, surunkali psixo-emotsional stress, jarohatlanish, irsiy moyillik, gipotermiya, insolyatsiya kabi salbiy ekologik sharoitlar). Birlamchi profilaktika tuman shifokori tomonidan amalga oshiriladi. Bemorlarga kasallikning mumkin boʻlgan sabablarini oldini olish usullari tushuntiriladi.

Tizimli boshlanishi bilan yuvenil idiopatik artritning 2-profilaktikasi. Ikkilamchi profilaktikada UASh va uchastka kardiorevmatologining roli muhim ahamiyatga ega. Jarayonning faolligini bostiradigan terapiya taʼsirini mustahkamlash kerak. Bir yil davomida kasalxonadan chiqqandan soʻng, har 3 oyda monitoring (agar kerak boʻlsa, tez-tez), keyingi yillarda, agar remissiya barqaror boʻlsa, - 6 oyda 1 marta (agar kerak boʻlsa, tez-tez) amalga oshiriladi. Tizimli boshlangan yuvenil idiopatik artrit bilan ogʻrigan bemorlarda muntazam tekshiruvlar LOR, okulist, ortoped, stomatolog va nevropatolog tomonidan amalga oshiriladi. Laboratoriya nazorati umumiy qon taxlili, peshob, qonning biokimyoviy taxlili va iloji boʻlsa, immunologik tekshiruvni oʻz ichiga oladi. Psixoterapiya majburiydir.

Tizimli boshlanishi bilan yuvenil idiopatik artritning 3-profilaktikasi. Kasallikni davolash nazorat qilinadi, asosiy terapiyaning samaradorligi baholanadi (ijobiy dinamika, uning yetishmasligi, yomonlashishi), bemorning ahvoli yomonlashishini kutmasdan (har 2-3 yilda) yoki asosiy preparatni boshqasiga oʻz vaqtida almashtirish, preparatning dozasini oʻzgartiriladi. Ular bemorning turmush tarzini oʻzgartiradilar, mehnat terapiyasi (modellashtirish, tikish, chizish va boshqalar), fizioterapiya, massaj, velosipedda yurish, chap qoʻlingiz bilan suv kranini ochishni (koronar ogʻish rivojlanishining oldini olish uchun) tavsiya qiladilar. Osteoporozning oldini olish uchun tarkibida kaltsiy va D vitamini koʻp boʻlgan ovqatlarni isteʼmol qilish kerak. Psixoterapiya majburiydir.

3.2. Reabilitatsiyaning usullari va muolajalari:

Jismoniy mashqlar terapiyasi yuvenil artritni davolashning eng muhim tarkibiy qismidir. Kundalik mashqlar boʻgʻimlardagi harakatlar hajmini oshirish, bukish kontrakturalarini yoʻq qilish va mushak massasini tiklash uchun zarurdir. Son boʻgʻimlari shikastlanganda – ortoped bilan dastlabki maslahatlashgandan soʻng, qoʻltiq tayoqda yurish, zararlangan aʼzoda tortish muolajalari.

Koksit va son boʻgʻimlarining aseptik nekrozi rivojlanishida bemorning qoʻltiq tayoqsiz harakatlanishi mumkin emas. Jismoniy terapiya bemorning shaxsiy imkoniyatlariga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Reabilitatsiya uchun fizioterapiya, massaj va mehnat terapiyasi bilan bir qatorda revmatoortopediya ishlatilgan. Konservativ ortopediya va jarrohlik ajralib turadi.

Konservativ ortopediya. Kasallikning kuchayishi davrida bolaning harakat rejimini cheklang. Bo'g'imlarning to'liq immobilizatsiyasi mumkin emas, ammo olinadigan ortezlardan foydalanish kerak. Shinalar, longet, kechasiga stikalar kabi statik ortezlar bo'g'inni maksimal kengayish holatida va kunduzi dinamik segmentlarni intervalgacha immobilizatsiyani ta'minlash uchun yengil olinadigan qurilmalar shaklida mahkamlash uchun ishlatiladi. Jismoniy terapiya va kasbiy terapiya paytida ularni olib tashlash kerak.

Xirurgik ortopediya. Bemorlarni olib borish bo'yicha barcha punktlar Xalqaro ekspertlarning konsensus tavsiyasiga asoslanadi [4D].

Faol artritning erta bosqichlarida sinovektomiya, va keyinchalik tenotomiya, kapsulotomiya amalga oshiriladi

Endoprotez tavsiya etiladi [9].

Son bo'g'imlarini endoprotezlash bolalarda 3-4-bosqich ikkilamchi koksartrozda amalga oshiriladi.

4. Profilaktika va reabilitatsiyaning 3-turi bo'yicha ko'rsatmalar:

- Kasallik ko'p yillar davomida, kattalar poliklinikasiga o'tkazilishidan oldin kuzatilgan;
- Kasallikning tez-tez qaytalanishi;
- Kasallikning turli sabablari mavjudligi;
- Kasalliklarning rivojlanishiga hissa qo'shadigan noto'g'ri yashash sharoitlari;

5.1. Profilaktika va reabilitatsiyaning turlari:

- bolalarni dispanser nazorati;
- bemorning shaxsiy xususiyatlarini va kasallik variantini hisobga olgan holda ishlab chiqilgan uzoq muddatli parvarishlash terapiyasi;
- davolash xavfsizligini doimiy nazorat qilish va agar kerak bo'lsa, uni korrektsiya qilish;
- himoya rejimini ta'minlash (psixo-emotsional va jismoniy zo'riqishlarni cheklash, agar kerak bo'lsa, bolalarni uyda o'qitish, barqaror klinik va laboratoriya remissiyasidan keyin maktabga borish);
- yuqumli kasalliklar rivojlanish xavfini kamaytirish uchun aloqalarni cheklash);
- insolyatsiyadan himoya qilish va ultrabinafsha nurlanishidan foydalanish (quyosh nurlaridan himoya qilish, terini iloji boricha yopadigan kiyim kiyish, chekkalari bo'lgan shlyapalar, insolyatsiya darajasi yuqori bo'lgan hududlarga sayohat qilishdan bosh tortish);
- emlashga individual yondashuv (bolalarni emlash faqat kasallikning to'liq remissiyasi davrida, uni individual jadvalga muvofiq uzoq muddatli saqlash bilan amalga oshirilishi mumkin);
- gamma – globulinni kiritish faqat mutlaq ko'rsatkichlar bilan amalga oshiriladi [14,15,16].

5) protokolda tavsiflangan davolash samaradorligi va diagnostika va davolash usullarining xavfsizligi ko'rsatkichlari (qorin pardaning yallig'lanish belgilarining yo'qligi, operatsiyadan keyingi asoratlarning yo'qligi, terapevtik chora-tadbirlar samaradorligini kuzatish uchun diagnostik mezonlarini ko'rsatish).

<https://cyberleninka.ru/article/n/algoritm-diagnostiki-i-lecheniya-yuvenilnogo-artrita>

Jamoat reabilitatsiya faoliyati standartlari:

1) reabilitatsiya choralari kasallikning kuchayishi paytida yoki uning dastlabki bosqichlaridan boshlab amalga oshiriladi;

2) kasallikning davomiyligiga qarab reabilitatsiya ketma-ketligi va muolajalar tartibiga qat'iy rioya qilish;

3) bemorlarning imkoniyatlariga muvofiq reabilitatsiya va reabilitatsiya tadbirlarini muvofiqlashtirish (jismoniy va aqliy muolajalar standartini hisobga olgan holda, ularning bemorning tanasiga ta'siriga e'tibor berish);

4) davolash samaradorligini kuzatish muhim (bunda og'riqning yo'qolishi, shishish va bo'g'imlarning funktsional faolligi holati laboratoriya, tibbiy asbob-uskunalar va nazariy omillar yordamida baholanadi).

5. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va ko'lamini aniqlash mezonlari (nogironlik va salomatlik darajasiga bog'liq va faoliyatning xalqaro tasnifi asosida xalqaro miqyoslarga mos kelishi kerak).

6. Reabilitatsiyaning bosqichlari va hajmlari (tibbiy reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari, shuningdek ularni amalga oshirishga moslashtirilgan tibbiy muassasalar).

7. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya bo'yicha diagnostika choralari:

| | |
|----|---|
| 4 | Osteoporoz mavjudligi va uning bosqichini aniqlash densitometriyani o'tkazish. Остеопороз мавжудлиги ва унинг босқичини аниқлаш денситометрияни ўтказиш. |
| 2b | Artritning rentgenologik bosqichini aniqlash uchun rentgen tekshiruvi. |
| 4 | Bo'g'imlarning shikastlanish darajasini va bo'g'implardan tashqari shikastlanishlarning hosil bo'lishini aniqlash uchun bo'g'imlarning MRT tekshiruvi |

| | |
|--------|--|
| Qattiq | Muntazam ravishda umumiy qon taxlili, peshobning umumiy taxlilini o'tkazish; |
| Qattiq | Muntazam ravishda qonning biokimyoviy taxlili; |
| Qattiq | Doimiy ravishda immunologik nazorat |

8. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko'rsatkichlari:

Kasallikning remissiya davrini 1 yil yoki undan ko'proq muddatga uzaytirish, bo'g'imlarning funktsional qobiliyatini saqlab qolish, asoratlarni kamaytirish profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligini ko'rsatadi

Davolash jismoniy tarbiya mashqlari (DJT) [19]

Jismoniy mashqlar terapiyasi yuvenil artritni davolashning muhim tarkibiy qismidir. Kundalik mashqlar bo'g'implarda harakatlanish oralig'ini oshirish, bukish kontrakturalarni bartaraf etish va mushak massasini tiklash uchun zarur. Agar son bo'g'implari ta'sirlangan bo'lsa, ortoped bilan oldindan maslahatlashgandan so'ng, qo'ltiq tayoqlarda yurgandan so'ng, zararlangan oyoqni tortish muolajalari.

Koksit va son bo'g'imlarining aseptik nekrozining rivojlanishi davrida bemorning qo'ltiq tayoqlarsiz harakatlanishi mumkin emas. Jismoniy terapiya bemorning individual imkoniyatlariga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Profilaktika va dispanser kuzatish

Birlamchi profilaktika ishlab chiqilmagan, chunki etiologiya aniq aniqlanmagan.

Kasallikning kuchayishi va nogironlikning rivojlanishining ikkilamchi profilaktikasi.

Tavsiya etiladi:

- bolalar dispanser kuzatuvini o'tkazish;

- bemorning individual xususiyatlarini va kasallikning variantini hisobga olgan holda ishlab chiqilgan uzoq muddatli parvarishlash terapiyasi;
- davolash xavfsizligini doimiy nazorat qilish va zarurat tug'ilganda uni tuzatish;
- himoya rejimini ta'minlash (psixo-emotsional va jismoniy stressni cheklash, agar kerak bo'lsa, bolalarni uyda o'qitish, barqaror klinik va laboratoriya remissiyasini olgandan keyingina maktabga yuborish);
- yuqumli kasalliklarning rivojlanish xavfini kamaytirish uchun muloqotlarni cheklash);
- insolyatsiyadan va ultrabinafsha nurlanishdan himoyalanih (quyoshdan himoya vositalaridan foydalanish, terini iloji boricha qoplaydigan kiyim kiyish, chekkalari bo'lgan shlyapalar, insolyatsiya darajasi yuqori bo'lgan hududlarga sayohat qilmaslik);
- emlashga individual yondashuv (bolalarni emlash faqat kasallikning to'liq remissiya davrida, agar u individual jadvalga muvofiq uzoq vaqt davom etsa, amalga oshirilishi mumkin);
- gamma-globulin faqat ko'rsatma bo'lganda qo'llaniladi. [14,15,16].

5) protokolda yoritilgan davolash samaradorligi va diagnostika va davolash usullari xavfsizligi ko'rsatkichlari (qorin pardaning yallig'lanish belgilari yo'qligi, operatsiyadan keyingi asoratlarning yo'qligi, davolash choralarining samaradorligini nazorat qilishning diagnostik mezonlarini ko'rsatuvchi).

<https://cyberleninka.ru/article/n/algorithm-diagnostiki-i-lecheniya-yuvenilnogo-artrita>

**«BOLALARDA TIZIMLI BOSHLANUVCHI YUVENIL ARTRIT»LI
BEMORLARNI OLIB BORISH BO‘YICHA
TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PRATOKOL**

Toshkent - 2025

. Asosiy qism.

1) 2.1. Kirish

Bolalarda tizimli boshlanadigan yuvenil idiopatik artrit, davolanmasa bemorning o'limi va nogironligiga olib keladigan hayot uchun xavfli va surunkali rivojlanuvchi noyob (orfan) kasallik hisoblanadi. Shunday qilib, ushbu patologiya salbiy oqibatlar va asoratlarning yuqori chastotasi bilan, erta nogironlik rivojlanishiga aniq tendentsiya bilan tavsiflanadi. Zamonaviy tibbiyotning yutuqlariga qaramay, yuvenil artritning tizimli variantini glukokortikoidlar va immunodepressantlar bilan davolash har doim ham samarali emas. Glyukokortikoidlarni qo'llash kasallik kechishini nazorat qilmaydi, suyak-tog'ay destruksiyasi rivojlanishini oldini olmaydi, ularni uzoq davomli tayinlanishi og'ir, ko'pincha qaytarib bo'lmaydigan asoratlarga olib keladi.

http://disuria.ru/_ld/11/1107_kr21M08p2MZ.pdf?ysclid=lu6v31pvk4911522747

2.2. Umumiy ta'rifi:

Tizimli boshlangan balog'atga etmagan bolalar artriti YA ning eng og'ir variantlaridan biri bo'lib, u kamdan-kam uchraydigan (orfan) hayot uchun xavfli va surunkali progressiv kasallik bo'lib, noxush asoratlar va erta nogironlik holatlari yuqori.

http://disuria.ru/_ld/11/1107_kr21M08p2MZ.pdf?ysclid=lu6v31pvk4911522747

3) Klinik tasnifi

1) ILAR tasnifiga ko'ra, tizimli yuvenil idiopatik artrit (tYuA).

Amerika revmatologlari kollegiyasi (ARK, 2013) ajratadi:

- o Tizimli YuA (tizimli boshlangan yuvenil artrit) faol tizimli ko'rinishlari va turli darajadagi artrit faolligi bilan.
- o Tizimli YuA (tizimli boshlangan yuvenil artrit) faol tizimli namoyon bo'lmagan va turli darajadagi artrit faolligi bilan
- o Gemofagotsitar sindrom belgilari bilan tizimli YuA

2)

Massiv makrofaglarni faollashtirish sindromi uchun yangi tasniflash mezonlari [3]:

- isitmalayotgan, aniq yoki tizimli YuA gumon qilinayotgan bemor
- Ferritin > 684 ng/ml va quyidagi 2 yoki undan ortiq mezonlar
- Trombotsitlar miqdori $\leq 181 \times 10^9/l$
- Aspartataminotransferaza > 48 birlik/l
- Triglitseridlar > 156 mg/dl
- Fibrinogen ≤ 360 mg/dl

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%8E%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17349>

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari

3.1. Tizimli yuvenil idiopatik artritni davolash maqsadlari:

- Davolanish ketma-ket amalga oshirilishi kerak.
- Shifokorning umumiy bahosi 0 dan 10 gacha bo'lgan shkala bo'yicha baholanadi, 0 - kasallik faolligi yo'qligini va 10 - kasallikning maksimal faolligini ko'rsatadi.

- **Yuvenil artrit faollik ko'rsatkichi (JADAS) -10 alohida 4 ta ballning yig'indisidir, xususan:**

- shifokor umumiy bahosi (0-10 oralig'ida),
- bemor yoki ota-onaning umumiy bahosi (0-10 oralig'ida),
- faol bo'g'imlar soni (0-10 oralig'ida),
- 1 soatda normallashtirilgan eritrotsitlar cho'kish tezligi ($[\text{kuzatilgan tezlik} - 20]/100$, ya'ni 20 mm/soatgacha bo'lgan qiymatlar 0 ball bilan, 120 mm/soat ga teng yoki undan yuqori bo'lgan qiymatlar 10 ball bilan baholanadi.).)
- yoki C-reaktiv oqsil (CRP; $[\text{mg/L da kuzatilgan CRP} - 10]/100$, ya'ni 10 mg/L gacha bo'lgan qiymatlar 0 ball bilan baholanadi va 110 mg/L ga teng yoki undan yuqori qiymatlar 10 ball hisoblanadi)/

3.2. Jarrohlik aralashuviga qarshi ko'rsatmalar;

Kasallikning zo'rayish davrida bolaning harakatlanish rejimini cheklash. Langet bilan bo'g'imlarni to'liq immobilizatsiya qilish mumkin emas.

3.3. Jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar;

- endoprotezni almashtirish tavsiya etiladi [9].
- ikkilamchi koksoartroz 3-4 bosqichli bolalar uchun son bo'g'imlari endoprotezlash amalga oshiriladi.
- statik ortezlar, masalan, shinalar, longet, tagliklar va yengil olinadigan qurilmalar ko'rinishidagi dinamik kesmalar.

3.4. Muolaja yoki aralashuvni bajaradigan mutaxassisga talablar;

- Jarrohlik o'tkaziladigan xonalar, asbob-uskunalar, tibbiy va boshqa jihozlar toza saqlanishi kerak. Xonalarda namli tozalash ishlarini o'tkazish (pollarni yuvish, mebellarni, asbob-uskunalar, deraza oldilari, e'shiklarni va boshqalarni artib chiqish) yuvuvchi vositalaridan foydalangan holda bir sutkada kamida 2 marta amalga oshirilishi lozim. Zarurat bo'lganda, joriy tozalash ishlari kuniga bir necha marta amalga oshiriladi, deraza oynalari 3 oyda kamida 1 marta tozalanishi kerak.

- Operatsiya blokini umumiy tozalash (kundalik joriy tozalash va dezinfekciya ishlaridan tashqari) xonalar asbob-uskunalar, mebellar va boshqa jihozlardan bo'shatilgan holda haftada bir marta amalga oshirilishi lozim. Muassasada yuvish va dezinfekciya qilish vositalarining doimiy zaruriy uch oylik zahirasi mavjud bo'lishi kerak.

- Sterillikni, aseptika va antiseptika rejimiga rioya e'tilishini talab e'tadigan operatsiya xonalar yig'ishtirilganidan so'ng, joriy foydalanish jarayonida vaqti-vaqti bilan 1 m³ xona uchun lampa quvvati 1 Vt hisobidan stacionar yoki ko'chma baktericid lampalar yordamida zararsizlantirish kerak.

- Jarrohlik bo'limlari yiliga 1 marta kosmetik tamirdan, profilaktik yuvish va zararsizlantirish ishlari o'tkazish uchun yopilishi kerak. Joriy nuqsonlarni bartaraf e'tilishi (shiftlar va devorlarda suv oqish va namlanishlarni, zahlik va mog'or izlarini yo'q qilish, yoriqlar, kovak va o'nqir-cho'nqirlarni tekislash, tushib ketgan pardozlash plitkasini, pol qoplamalari nuqsonlarini tiklash va boshqalar) darhol amalga oshirilishi lozim.

- Jarrohlik blokida narkoz apparaturalari va tibbiy asbob-anjomlarni zararsizlantirish uchun alohida ajratilgan va jihozlangan xonalar bo'lishi kerak.

- Jarrohlik amaliyotlarida qo'llanilayotgan tibbiy texnologiyalar, foydalaniladigan asbob-uskunalar, sarflov materiallari va dori-vosilari O'zbekiston Respublikasi hududida qo'llanilishiga ruxsat e'tilgan bo'lishi lozim.

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

Asosiy:

- ichki organlarning keng qamrovli ultratovush tekshiruvi

- ekokardiyografiya
- elektrokardiografiya
- faol artritli barcha bemorlar uchun bo'g'implarning ultratovush tekshiruvi
- zararlangan bo'g'implarning rentgenografiyasi / kompyuter tomografiyasi

Qo'shimcha:

- ta'sirlangan bo'g'implarning magnit-rezonans tomografiyasi
- oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining biopsiyasi bilan ezofagogastroduodenoskopiya
- Helicobacter pylori mavjudligi uchun oshqozon shilliq qavatining biopsiyasi
 - ko'krak qafasi organlarining kompyuter tomografiyasi
- osteodensitometriya

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

- bo'g'implarning og'ir deformatsiyalari, harakatlarning sezilarli darajada cheklanishi;
- bo'g'implarning ankilozi (bo'g'implarni almashtirish);
- femur boshchasining aseptik nekrozining rivojlanishi (son bo'g'implarini almashtirish);
- dori-darmon va konservativ ortopedik davolash (tenotomiya, kapsulotomiya) uchun xos bo'lmagan og'ir bo'g'im kontrakturalari.

3.7. Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar;

- Jarrohlik amaliyotidan rejalashtirilgan kunda, bemor shifoxonaga hech narsa istemol qilmasdan kelishi.
- Jarrohlik amaliyoti jarayoniga tasir o'tkazishi mumkun bo'lgan boshqa azolar kaalliklarini imkon qadar davolash yoki nazora qilish;

4. Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko'rsatkichlari.

Protokolda yoritilgan davolash samaradorligi va diagnostika va davolash usullari xavfsizligi ko'rsatkichlari (qorin pardaning yallig'lanish belgilari yo'qligi, operatsiyadan keyingi asoratlarning yo'qligi, davolash choralarining samaradorligini nazorat qilishning diagnostik mezonlarini ko'rsatuvchi).

<https://cyberleninka.ru/article/n/algorithm-diagnostiki-i-lecheniya-yuvenilnogo-artrita>

7.PROTOKOLNING TASHKILY JIHLARI:

7.1.manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risidagi ma'lumotlar-mavjud emas.

7.2.ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari) ma'lumotlari; Toshkent pediatriya tibbiyot oliygoxi Oilaviy shifokorlik №1 kafedrasida mudiri kafedrasida mudiri t.f.d., professor Shamansurova Yelmira Amanullayevna (xorijiy davlatlar mutaxassislari)

Taqrizchilar:

1. Kostik M.M.Tibbiyot fanlari doktori, professor, gospital pediatriya kafedrasida FGBOU VO Sankt Peterburg davlat pediatriya meditsina universiteti MZRF, Sankt–Peterburg va Rossiya Federatsiyasining Shimoliy-Garbiy Okrugida bosh bolalar revmatologi maslahatchisi.
2. Kuzgibekova A.B Tibbiyot fanlari nomzodi, professor Karaganda shaxri Tibbiyot universiteti «Semeynaya meditsina» kafedrasida dotsenti.
3. Axmedova I.M Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi «Pediatriya va bolalarni ovqatlantirish kafedrasida» mudiri....

7.3. Bayonnomani kayta ko‘rib chiqish shartlarini ko‘rsatish (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:

1. Claas H. Hinze, Dirk Holzinger, Elke Lainka, Johannes-Peter Haas, Fabian Speth et al., 2018 PRO-KIND SJIA project collaborators/ Practice and consensus-based strategies in diagnosing and managing systemic juvenile idiopathic arthritis in Germany/ Hinze et al. *Pediatric Rheumatology* (2018) 16:7/9-10-11 [Practice and consensus-based strategies in diagnosing and managing systemic juvenile idiopathic arthritis in Germany - PubMed \(nih.gov\)](#)
2. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG. et al. 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res* (Hoboken). 2011;63:465-82 [2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features - PubMed \(nih.gov\)](#)
3. Ravelli A, Minoia F, Davi S, et al. 2016 Classification criteria for macrophage activation syndrome complicating systemic juvenile idiopathic arthritis: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Paediatric Rheumatology International Trials Organization collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(3):481–489. [2016 Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation Collaborative Initiative - PubMed \(nih.gov\)](#)
4. Harris JG, Kessler EA, Verbsky JW. Update on the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2013;13(4):337-346. [Update on the treatment of juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
5. Horneff G. Update on biologicals for treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Expert Opin Biol Ther*. 2013;13(3):361 -376. [Update on biologicals for treatment of juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
6. Martini A. Systemic juvenile idiopathic arthritis. *Autoimmun Rev*. 2012;12:56-9. [Systemic juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
7. Marzan KAB, Shaham B. Early juvenile idiopathic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38:355-72. [Early juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
8. Otten MH, Anink J, Spronk S. et al. Efficacy of biological agents in juvenile idiopathic arthritis: a systematic review using indirect comparisons. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1806-12. Doi:10.1136/annrheumdis-2012-201991. [Efficacy of biological agents in juvenile idiopathic arthritis: a systematic review using indirect comparisons - PubMed \(nih.gov\)](#)
9. Ringold S., Weiss P.S., Beukelman T. et al. 2013 Update of the 2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis^ Recommendations for the Medical Therapy of Children With Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis and Tuberculosis Screening Among Children Receiving Biologic Medications. *Arthritis Care & Research*. Vol. 65, No. 10 October 2013, pp 1551-1563. [2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications - PubMed \(nih.gov\)](#)
10. Ruperto n, et al. Canakinumab in patients with systemic juvenile idiopathic arthritis and active systemic features: results from the 5-year long-term extension of the phase III pivotal trials .*Ann Rheum Dis* 2018; 77:1710–1719. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213150. [Canakinumab in patients with systemic juvenile idiopathic arthritis and active systemic features: results from the 5-year long-term extension of the phase III pivotal trials - PubMed \(nih.gov\)](#)

11. Sandborg C, Mellins ED. A new era in the treatment of systemic juvenile idiopathic arthritis. *N Engl J Med.* 2012;367:2439-40. [A new era in the treatment of systemic juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
12. Wallace CA, Giannini EH, Huang B. et al. American College of Rheumatology provisional criteria for defining clinical inactive disease in select categories of juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63:929-36. [American College of Rheumatology provisional criteria for defining clinical inactive disease in select categories of juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
13. Алексеева ЕИ. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение. *Вопросы современной педиатрии.* 2015;14(1):78—94. [ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ | Алексеева | Вопросы современной педиатрии \(spr-journal.ru\)](#)
14. Baranov AA, Alekseyeva YeI. Ювенильный артрит: klinicheskiye rekomendatsii dlya pediatrov. Moskva: PediatrЪ. 2013. [M08.2 Юношеский артрит с системным началом.pdf \(aspirre-russia.ru\)](#)
15. Baranov AA, Alekseyeva YeI, Bzarova TM. i dr. Protokol vedeniya patsiyentov s yuvenilnyim artritom. *Voprosy sovremennoy pediatrii.* 2013;12:37-56. [Детская ревматология. Атлас. 2-е издание \(spr-journal.ru\)](#)
16. Baranov A.A, Alekseyeva Ye.I. Klinicheskiye rekomendatsii dlya pediatrov. *Revmaticheskiye bolezni u detey.* Moskva: Pediatr. 2016. 144 str.
17. Detskaya revmatologiya. Atlas. 2-e izdaniye. Pod red. AA Baranova, YeI Alekseyevoy Moskva: PediatrЪ. 2015. 348 s. 66-69. [Детская ревматология. Атлас. 2-е издание \(spr-journal.ru\)](#)
18. Alexeeva EI, Valieva SI, Bzarova TM. et al. Efficacy and safety of repeat courses of rituximab treatment in patients with severe refractory juvenile idiopathic arthritis. *Clin Rheumatol.* 2011;30:1163-72. [Efficacy and safety of repeat courses of rituximab treatment in patients with severe refractory juvenile idiopathic arthritis - PubMed \(nih.gov\)](#)
19. Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB. et al. Textbook of pediatric rheumatology. 5th edn. Elsevier Saunders, Philadelphia. 2016. [Cassidy's textbook of pediatric rheumatology | WorldCat.org](#)
20. Wallace CA, Giannini EH, Spalding SJ. et al. Trial of early aggressive therapy in polyarticular juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2012;64:2012-21. [Trial of early aggressive therapy in polyarticular juvenile idiopathic arthritis \(wiley.com\)](#)
21. Yokota S, Itoh Y, Mori T, Origasa H, Sumitomo N, Tomobe M. Tocilizumab in systemic juvenile idiopathic arthritis in a real world clinical setting: results from 1 year of post marketing surveillance follow up of 417 patients in Japan. *Ann Rheum Dis.* 2015. Doi:10.1136/annrheumdis-2015-207818. pii: annrheumdis-2015-207818. [Tocilizumab in systemic juvenile idiopathic arthritis in a real-world clinical setting: results from 1 year of postmarketing surveillance follow-up of 417 patients in Japan - PubMed \(nih.gov\)](#)
22. Wei W, Knapp K, Wang L, Chen CI, Craid GL, Ferguson K, et al. Treatment persistence and clinical outcomes of tumor necrosis factor inhibitor cycling or switching to a new mechanism of action therapy: real world observational study of rheumatoid arthritis patients in the US with prior tumor necrosis factor inhibitor therapy *Adv Ther* 2017;34:1936-52 [Treatment Persistence and Clinical Outcomes of Tumor Necrosis Factor Inhibitor Cycling or Switching to a New Mechanism of Action Therapy: Real-world Observational Study of Rheumatoid Arthritis Patients in the United States with Prior Tumor Necrosis Factor Inhibitor Therapy - PubMed \(nih.gov\)](#)
23. Sriharsha Grevich, Susan Shenoi. Update on the management of systemic juvenile idiopathic arthritis and role of IL-1 and IL-6 inhibition *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2017;8 125-135. . [Update on the management of systemic juvenile idiopathic arthritis and role of IL-1 and IL-6 inhibition - PubMed \(nih.gov\)](#)