

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI



«TASDIQLAYMAN»

**O‘zR SSV Fan va ta’lim
Bosh boshqarmasi boshlig’i**

_____ **O‘.S. Ismailov**
“ ____ ” _____ **20 ____ й**

«KELISHILDI»

**O‘zR SSV Tibbiy
ta’limni rivojlantirish
markazi direktori**

_____ **N.R. Yangiyeva**
“ ____ ” _____ **20 ____ й**

Ankilozlovchi spondiloartrit

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari talabalari uchun

O‘quv-uslubiy qo‘llanma

Toshkent - 2020 yil

Ishlab chiqaruvchi muassasa: Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kursi bilan kafedra

Tuzuvchi:

Muhammadiyeva S.M. TTA 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kursi bilan kafedra dotsenti, t.f.n.

Aripova N.A. TTA 1-son fakultet va gospital terapiya kasb kasalliklari kursi bilan kafedra assistenti

Taqrizchilar:

Nasriddinova N.N. – TTA 2-son fakultet va gospital terapiya kafedra professori, t.f.d.

Sobirov M.O. – Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti 2-son terapevtik fanlar yo‘nalishi kafedra mudiri, t.f.n, dotsent

Toshkent tibbiyot akademiyasining O‘quv uslubiy kengashida muhokama qilindi.

Majlislar bayoni №____ “ ____ ” _____ 20__ yil.

Toshkent tibbiyot akademiyasining Ilmiy kengashida tasdiqlandi

Majlislar bayoni №____ “ ____ ” _____ 20__ yil.

OTM kengash kotibi:

Ismailova G.A

O'quv mashg'ulotida ta'lim texnologiyasi modeli

Mavzy: Ankilozlovchi spondiloartrit

Vahti: 4 soat	Talabalar soni: 8-10 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
O'quv mashg'ulotining tuzilishi	1. Nazariy qism 2. Amaliy qism
O'quv mashg'uloti maqsadi:	Talabalar ankilozlovshi spondiloartrit kasalligi etiologiyasi va patogenezini to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lishi; - talabalarni ankilozlovshi spondiloartrit kasalligi tasnifi bilan tanishtirish; - talabalarni ankilozlovshi spondiloartrit kasalligi klinikasi bilan tanishtirish; - talabalarga ankilozlovshi spondiloartrit kasalligi diagnostikasini, davolash taktikasini o'rgatish; - talabalarga amaliy ko'nikmalarni qadamma-qadam bajarishni o'rgatish, bilim va ko'nikmalarni chuqurlashtirish.
Talaba bilishi lozim	- ankilozlovshi spondiloartrit etiologiyasi va patogenezini; - ankilozlovshi spondiloartrit klinikasi, tashxisi, taqqoslama tashxisini, asoratlarini; - davolash prinsiplarini; - ankilozlovshi spondiloartritda qo'llaniladigan dori vositalarining nojo'ya ta'sirini;

Talaba bajara olishi lozim	- ankilozlovshi spondiloartrit bilan kasallangan bemorlarni kuratsiya qilishni; - asosiy kasallik belgilarini aniqlash; - ankilozlovshi spondiloartrit bilan kasallangan bemorlar laborator-instrumental tekshiruv natijalarini interpretatsiya qilishni; - ankilozlovshi spondiloartrit kasalligini tashxislash va qiyosiy tashxis o'tkazishni; - asosiy dori preparatlari guruhlariga retseptlar yoza bilishni.
Pedagogik vazifalar: - talabalarni Ankilozlovshi spondiloartrit klinikasi va unda kuzatiladigan simptomlar bilan tanishtirish; - talabalarga ankilozlovshi spondiloartrili bemorga xos asosiy klinik belgilar, diagnostikasi, davolashni o'rgatish	O'quv faoliyati natijalari: - Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarni kuratsiya qila oladilar; - Ankilozlovshi spondiloartritning patogenetik variantlarining xususiyatlarini ajrata oladilar; - Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarni tekshirish rejasini tuza oladilar; - Ankilozlovshi spondiloartritda kuzatiladigan laborator-instrumental tekshiruv natijalarini tahlil qila oladilar; - Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarga rejali davolashni tavsiya eta oladilar; - davolashda qo'llaniladigan dorilar guruhlariga misollar keltiradilar. Talabalarda aqliy fikr yuritishni o'stirish, to'g'ri tashxis qo'yish va qiyosiy tashhislash tadbirlari ketma-ketlik chizmasini to'g'ri tassavur qilishni, tanqidiy mulohazani shakllantirish
Ta'lim usullari	Aqliy hujum, ko'rsatma berish, namoyish, videousul, amaliy ish usuli, kitob bilan ishlash
Ta'lim shakli	Guruhlarda ishlash, interfaol va grafikli organayzerlar usullari

Ta'lim vositalari	Doska-stend, videofilm, rentgenogrammalar, grafik, diagrammalar, matnlar
Ta'lim berish sharoiti	Maxsus texnika vositalari bilan jihozlangan, guruhli shakllarda ishlashga mo'ljallangan xonalar
Monitoring va baholash	Og'zaki so'rov: tezkor-so'rov, yozma so'rov, test

«Ankilozlovchi spondiloartrit» o'quv mashg'ulotining texnologik xaritasi

Ish bosqichi	Vaqt	Faoliyat	
		Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
I Qism Nazariy qism	Amaliy mashg'ulot 20 daqiqa	1.1. Mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan natijalarni yetkazadi. Mavzu bo'yicha asosiy tushunchalar: etiologiya, patogenez, tasnif, klinik belgilari, davolash va profilaktika to'g'risida tushuncha beradi. Mashg'ulot rejasi bilan tanishtiradi. Adabiyotlar ro'yxatini beradi	Tinglaydilar va yozib oladilar
	Amaliy mashg'ulot 60 daqiqa	1.2. Talabalarni aqliy hujumga tortish uchun savollar beradi. Mashg'ulot rejasi va tuzilishiga qarab ta'lim	Savollarga javob beradilar. Muhokama qiladilar, aniqlashtiruvchi savollar beradilar,

		jarayonini tashkil etish bo'yicha harakatlar tartibi bayon qilinadi. Talabalar bilimini faollashtirish maqsadida mavzuning asosiy tushunchalari bo'yicha tezkor-so'rov o'tkazadi. Kichik guruhlarda ishlashni tashkillashtiradi, ishlash qoidasi, vaziyatlarni tahlil qilish chizmasi, muammolarni ifodalanishiga e'tibor berishlariga qaratadi.	aniqlaydilar. Mustaqil ravishda tahlil qilish varag'ini to'ldiradilar, muammoni yechadilar.
II qism Amaliy qism	40 daqiqa	1.1 O'qituvchi bilan birgalikda bemor kuratsiyasi va uni tahlil qilish	Tinglaydilar, savollar beradilar
	40 daqiqa	1.2. Mustaqil bemorlar kuratsiyasi. Amaliy ko'nikmalarni bajarish.	Amaliy ko'nikmalarni bajaradilar.
40 daqiqa Katta tanaffus			
II qism Amaliy qism	40 daqiqa	1.1. Kasallik tarixi yozish. Amaliy ko'nikmalarni bajarish.	Kasallik tarixi yozadilar. Amaliy ko'nikmalarni bajaradilar.
I qism Nazariy qism	40 Daqiqa	1.2.Vaziyatli masalalarni yechish. Testlarni yechish. Mustaqil ta'lim	Vaziyatli masalalar yechadilar. Testlarni yakka tartibda ishlaydilar. Mustaqil bajargan

		prezentatsiyasi. Guruh bo'yicha baholash mezonlarini e'lon qiladi.	ishlarning namoyishi
--	--	---	----------------------

MAVZU: ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- davolash fakultetiga qarashli 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kursi bilan kafedrasining o'quv xonasi, TTA 1-klinikasining revmatologiya va artrologiya bo'limi, tematik bemorlar yoki volonterlar, kasallik tarixi, ko'rgazmali qurollar, mavzu bo'yicha videofilm, tarqatma materiallar, laborator va rentgenologik tekshiruvlar natijalari.

1. Mashg'ulotning davomiyligi – 4 soat.

2. Mashg'ulotning maqsadi:

- Ankilozlovshi spondiloartrit to'g'risida umumiy tushunchani shakllantirish;
- Ankilozlovshi spondiloartrit etiologiyasi va patogenezini to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lish;
- talabalarni ankilozlovshi spondiloartrit tasnifi bilan tanishtirish;
- talabalarni ankilozlovshi spondiloartrit klinikasi va unda kuzatiladigan klinik belgilar bilan tanishtirish;
- talabalarni ankilozlovshi spondiloartrit diagnostikasi bilan tanishtirish;
- talabalarni ankilozlovshi spondiloartritning asoratlari bilan tanishtirish;
- Ankilozlovshi spondiloartritda kuzatiladigan laborator-instrumental tekshiruvlar, natijalarni tahlil qila olishni o'rgatish;
- Ankilozlovshi spondiloartritni davolashning asosiy prinsiplarini bayon etish;
- talabalarni ankilozlovshi spondiloartritni davolashda qo'llaniladigan asosiy dori guruhlari bilan tanishtirish va ularda bu preparatlarga retseptlar yozishni shakllantirish.

Vazifalar

Talaba bilishi kerak:

- Ankilozlovshi spondiloartrit etiologiyasi va patogenezini to'g'risida ma'lumotlar;
- Ankilozlovshi spondiloartrit tasnifini, klinikasi, qiyosiy tashxisi;
- Ankilozlovshi spondiloartritni davolashning asosiy prinsiplari;
- Ankilozlovshi spondiloartritni oldini olishni.

Talaba qila olishi kerak:

- Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarni kuratsiya qila olishni;
- Ankilozlovshi spondiloartritda kuzatiladigan klinik belgilarni aniqlay olishni;
- Ankilozlovshi spondiloartritda kuzatiladigan laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil qila olishni;
- Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarning diagnostikasini;
- Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarni tekshirish rejasini tuzishni;
- Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarning klinik tashxisini asoslashni;
- Ankilozlovshi spondiloartritli bemorlarga parhez va rejali davolashni tavsiya etishni;
- asosiy dori preparatlari guruhlariga retseptlar yoza bilishni.

Mavzuni asoslash

Ankilozlovshi spondiloartrit jiddiy oqibatli kasalliklar hisoblanadi. Ankilozlovshi spondiloartrit asosan yosh ayollarda kuzatiladi.

Shuning uchun ham kasallikni erta aniqlab, asoratlarning oldini olish, to'g'ri davolash kata ahamiyatga ega. Bu hozirda revmatologiyaning dolzarb vazifalaridan hisoblanadi. Umumiy amaliyot shifokori uchun Ankilozlovshi spondiloartrit kasalliklarining etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, zamonaviy diagnostikasi va davolashni o'rganish muhim ahamiyatga ega.

Fanlararo va fan ichida bog'liqlik

Ushbu mavzuni o'qitishda talabalarning normal fiziologiya, gistologiya patologik fiziologiya, patologik anatomiya, ichki kasalliklar propedevtikasi,

farmakologiya bo'yicha o'zlashtirgan bilimlariga asoslanadi. Mashg'ulot davomida olingan bilimlar umumiy amaliyot shifokori, revmatologiya va boshqa klinik yo'nalishlarda, shu bilan birga klinik farmakologiyadagi dori vositalarini o'rganilganda kerak bo'ladi.

3. Mashg'ulotning mazmuni:

Nazariy qismi

Ankilozlovshi spondiloartrit ta'rifi, etiologiyasi, patogenezi, tasnifi. Ankilozlovshi spondiloartrit kasalligida uchraydigan asosiy belgi va sindromlar. Ankilozlovshi spondiloartrit kasalligining zamonaviy diagnostikasi. Ankilozlovshi spondiloartrit kasalligini qiyosiy taqqoslash. Ankilozlovshi spondiloartrit kasalligida qo'llaniladigan asosiy guruh preparatlari.

SERONEGATIV ARTRITLAR

Seronegativ artritlar (SA) – bo'g'imlarning yallig'lanishli kasalligi bo'lib, klassik revmatoid artritdan qon zardobida IgM sinfiga mansub RO topilmasligi bilan farqlanadi.

Seronegativ artritlar quyidagi guruhlarga bo'linadi:

- 1- seronegativ RA;
- 2- seronegativ spondiloartritlar;
- 3- reaktiv artritlar.

Seronegativ artritlarni alohida ajratishning o'ziga xos sabablari bor. SA revmatoid artritdan patogenetik mexanizmlari, klinik belgilari va kechishining turliligi bilan farqlanadi.

SERONEGATIV SPONDILOARTRITLAR

Seronegativ spondiloartritlar (SNSA) – bir qator kasalliklar bo'lib, dumg'aza-yonbosh bitishmasi zararlanishi, nasliy moyillik va qon zardobida IgM sinfiga mansub revmatoid omil (RO) topilmasligi bilan xarakterlanadi.

- SNSA guruhi quyidagi kasalliklarni o'z ichiga oladi (Moll J.M., 1987):
- Ankilozlovchi spondiloartrit;

- Psoriatik artrit;
- Reyter sindromi;
- Reaktiv artritlar;
- Enteropatik artritlar (Kron, Uippl kasalliklarida, nospetsifik yarali kolitda)

Seronegativt spondiloartritlarning diagnostik kriteriyalari

(Amor B va hammualliflar, 1995)

	Kasallik belgilar	Ballar
	A. Klinik va anamnestik belgilar	
1.	Belda tungi og'riqlar va/yoki belda ertalabki karaxtlik	1
2.	Asimmetrik oligoartrit	2
3.	Dumbalarda dam-badam og'riq bo'lishi	2
4.	Qo'l va oyoq barmoqlarining sosickasimon shakli	2
5.	Talalgiyalar yoki boshqa entezopatiyalar	2
6.	Irit	2
7.	Artrit debyutidan 1 oy avval gonokokksiz uretrit yoki servisit	1
8.	Artrit debyutidan 1 oy avval diareya	1
9.	Ko'rik vaqtida yoki anamnezda Psoriaz va/yoki balanit va/yoki surunkali enterokolit	2
	B. Rentgenologik belgilar	
10.	Sakroileit (ikki tomonlama II bosqichi yoki bir tomonlama III-IV bosqichi)	3
	C. Genetik xususiyatlari	
11.	HLA B27 va/yoki qarindoshlari anamnezida pelveospondilit, Reyter sindromi, Psoriaz, uveit, surunkali enterokolit aniqlanishi	2
	Davoga sezgirlik	
12.	NYAQV qabul qilgandan keyin 48 soat ichida og'riqlarni kamayishi va/yoki kasallikning erta bosqichida jarayonning stabillashuvi	1

12 ta me'zondan 6 yoki undan ko'p ball bo'lsa SNSA tashxisi ishonchli sanaladi.

ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT

Ankilozlovchi spondiloartrit (ASA) - seronegativ spondiloartritlar (SNSA) guruhiga kiruvchi autoimmun kasallik bo'lib, asosan surunkali yallig'lanish bilan namoyon bo'ladi hamda erkaklarda ko'proq uchraydi. ASAning birlamchi simptomlari, ya'ni yallig'lanishli bel og'rig'i, ertalabki karaxtlik va umurtqa pog'onasining ankilozi 40 yoshgacha paydo bo'ladi. Ankiloz to'xtovsiz rivojlanuvchi jarayon bo'lib, hayot sifatini va kasbiy layoqatni sekin-astalik bilan cheklab boradi.

ASA mehnat qobiliyatini va sog'lik resurslarini kamaytirib, bevosita hamda bilvosita ekonomik sarf hajmini ham oshiradi. Bu kasallikning muammosi farmakologik va nofarmakologik usullar bilan korrektsiya qilinadi.

ASA bilan og'rigan bemorlarda odatda, kasallik yallig'lanishli bel og'rig'i, turli darajadagi entezopatiyalar (bog'lam, pay va bo'g'im kapsulasining suyakka yopishgan joyining yallig'lanishi), periferik artrit hamda ekstra-artikulyar kechishi bilan xarakterlanadi. Barcha bel og'rig'i bilan aziyat chekuvchilarning 25%dan ko'prog'i aksial ASAg'a to'g'ri keladi. Ekstraartikulyar kechishi oldingi uveit, psoriaz, kolit hamda kam uchraydigan yurak, buyrak va qon-tomir zararlanishi bilan kechadi.

ASA juda yuqori irsiy moyillikka ega (90%) bo'lib, kasallik bilan HLA B27 geni o'rtasida uzviy bog'liqlikni ko'rishimiz mumkin, chunki bemorlarning 80% dan ortig'ida HLA B27 geni musbat. Biroq, HLA B27 geni musbatligi irsiy xavf omilning faqatgina 16-50% i bilangina bog'liqligi aniqlangan bo'lsada, HLA B27 geni manfiy bo'lishiga qaramasdan kasallikka moyillik ehtimoli yuqoriligi aniq faktlarda aks ettirilgan. Oilaviy tekshirishlar natijasi, nasliy moyillik ASA rivojida salmoqli ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi. HLA B27 geni ASAning integrirlashgan Nyu-York kriteriyasida tasnif uchun kiritilmagan, biroq HLA alleli ASA yangi kriteriyasining ajralmas qismi hisoblanadi.

Bugungi kunga kelib ASAning patogenezida 41 dan ortiq gen ishtirok etishi aniqlangan. Bu genlarning aksariyati gistomoslikning asosiy antigeni (MNC) ga

tegishli emas, lekin immunitetning Th17 da ifodalangan genlarini (IL-23R, TYK2, IL-6R, IL-7R, IL-7, IL-1R2/IL-1R1, IL12B), peptid namoyon qiluvchi (MHC klass I proteins, ERAP1, UBE2E3, UBE2L3, NPEPPS), CD8 T hujayralari funksiyasi (RUNX3, EOMES, IL7R), mikrob tanuvchi (SARD9, NOS2) hamda immunologik reaksiyalarning noaniq va boshqa funksiyalarida ishtirok etuvchi genlarni tutadi. SHunday qilib, MNC va HLA geni va bundan tashqari (MISA, HLA-B40) yuqoridagi 41 dan ortiq genlar ASA larning xavf omili bo'lib xizmat qilishi mumkin, alohida MNC dan tashqari genlar ASA larning xavf omilida kam ahamiyatli hisoblanishadi.

Sitokin darajasidagi izlanishlar keng ko'lamli o'rganilgan izlanishlardan biri hisoblanadi. Interleykin-6 (IL-6) eng ko'p o'rganilgan sitokinlardan biridir. Ba'zi tadqiqotlarda IL-6 va boshqa yallig'lanish mediatorlarining qondagi miqdori kasallik faolligi bilan bog'liqligi o'rganilgan, ba'zi tadqiqotlarda esa aksincha, ma'lumotlar keltirilgan. IL-17 va IL-23 lar Th 17 (T xelperning uchinchi tipi) patogenezida asosiy kalit bo'luvchi sitokinlar hisoblanishadi, IL-17 va IL-23 larning miqdori qon plazmasi va qon zardobida ASA bilan og'rigan bemorlarda yuqori miqdorda bo'lishi hamda kasallik faolligi bilan bog'liqligi aniqlangan biroq, hamma xolatlarda ham buni ko'rish mumkinmasligi ilmiy isbotlangan.

Evans va boshqalar ERAP1 (endoplazmatik retikulum aminopeptidaza 1) polimorfizmlari HLA B 27 geni musbat bemorlarda ASA rivojlanish xavfini yuqori darajada oshirishini ta'kidlashgan. Shuning uchun, kasallikning patogenezida antigen peptidlarning noturg'un ishlashi muhim omillardan biri hisoblanadi. Bundan tashqari, kasallik patogenezida IL-1A va IL-23A lar ham muhim o'rin tutadi.

Ankilozlovchi spondiloartrit patogenezida ishtirok etuvchi genlar

Gen	Lokus	Funksiya
HLA-B	6p213	Immun tanish
ERAP1	5q15	Aminopeptidaza
IL-23R	1p31	TH 17 uchun sitokin reseptori
IL-1A	2q14	Th 17 signaliga yallig'lanish oldi

STAT-3		javobi
--------	--	--------

TNF α (α - o'sma nekroz omili) pleyotrop sitokin bo'lib, uning turli kasalliklarning patogeneziidagi roli keng o'rganilgan, barchamizga ma'lumki, bu omil insonlarga keng spektrli foydali va zararli ta'sir effektlari mavjud. TNF- α yallig'lanish jarayoniga keng spektrda hujayraviy javob qaytaradi, immunitetning boshqarilishida ishtirok etib hamda o'sma hujayralarining ma'lum tiplarini apaptoz qilishda ishtirok etadi.

Immun sistemasi va skelet tizimi o'rtasida bir nechta umumiy regulyator omillar mavjud bo'lib, asosan immun sistemasi hujayralari surunkali yallig'lanish kasalliklarida suyak metabolizmiga chuqur ta'sir ko'rsatish xususiyatiga ega. κ B yadro omilining ligandining reseptor aktivatori osteoblastlarning yuzasida joylashgan, biroq bu ligand faollashgan immun hujayralarining membranalarida eruvchan molekula ko'rinishida aks etadi. TNF dek, interleykin (IL) -1 β , IL-6 i IL-17 lardek sitokinlar aktivlangan immun hujayralaridan ajralib chiqadi va RANK-RANKL sistemasi bilan sinergik ta'sir ko'rsatib, bunga qo'shimcha tarzda osteoklastlarning va uning qon oqimidagi o'tmishdoshlarining (monositlar) differentsiyasini kuchaytiradi va suyak rezorbtisiasini keltirib chiqaradi. Monositlar fenotipik va funktsional geterogen tug'ma immun reaksiyalarda va yallig'lanish jarayonida regulyator rolga ega.

ASAda TNF alfa va TNF gammalarning T-hujayralardan kam ishlab chiqarilishi HLA B27 bilan ASA ning bog'liqligini va TNF 308 genining polimorfizmi ta'sirini ko'rsatadi.

Klinik manzarasi.

Kasallikning erta bosqichi simptomlari

1. Umurtqa pog'onasi bel qismida va dumg'aza-yonbosh bo'g'imlari sohasida tunning ikkinchi yarmida va tongda kuchayuvchi, harakatda va kunning ikkinchi yarmida kamayuvchi doimiy xarakterdagi og'riqlar ("yallig'lanish xarakterli" og'riqlar).

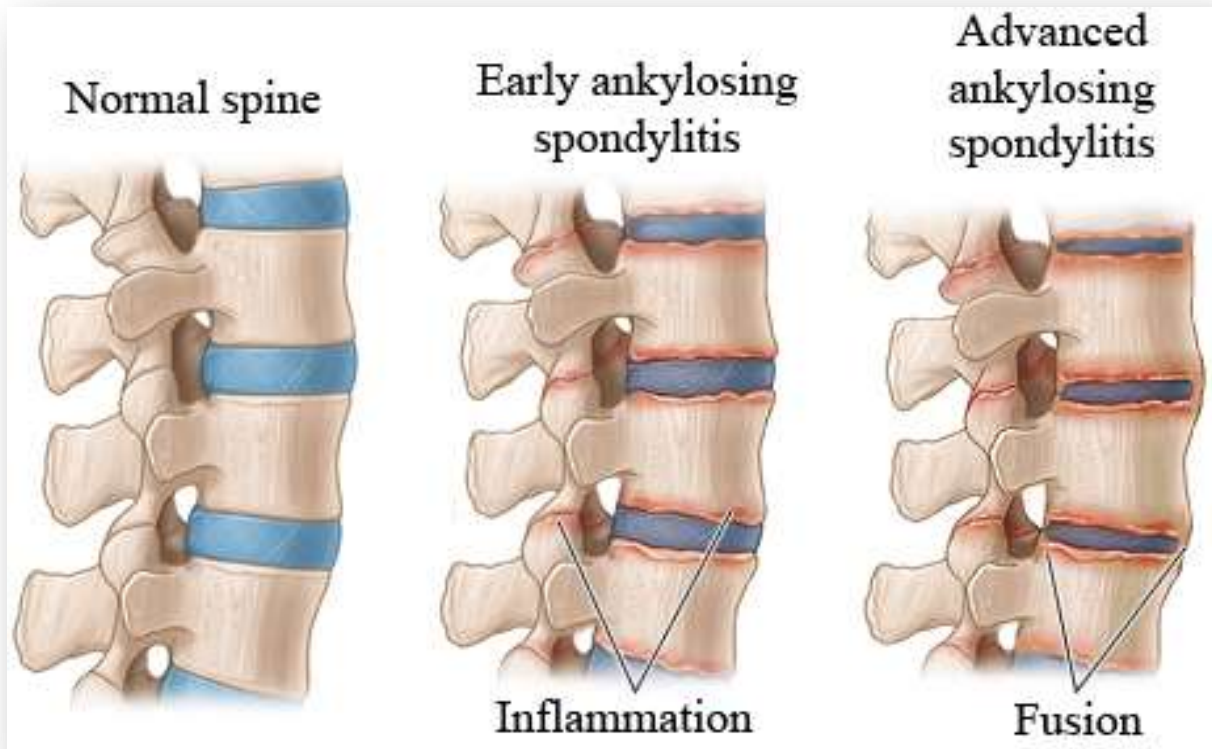
2. Dumg'aza-yonbosh bo'g'imlari jarohatlanishi oqibatida dumba sohasida og'riqlar, sonning tashqi yuzasiga irradiyasiyalanuvchi goh o'ng, goh chap tomondagi og'riqlar.
3. Umurtqa pog'onasi bel qismidaga ertalabki karaxtlik, ayniqsa tongda kuchayadi, jismoniy mashqlardan so'ng, issiq dushdan so'ng kamayadi.
4. Ko'krak qafasidagi (qovurg'a-umurtqa pog'onalari bo'g'imlari patologik jarayonga qo'shilishi oqibatida) qovurg'alararo nevrалgiya yoki qovurg'alararo mushaklar mioziti tipidagi og'riqlar, yo'talganda, aksa urganda, chuqur nafas olganda og'riqlar kuchayadi.
5. Bel qismi to'g'ri mushaklarining karaxtligi va qattiqligi
6. Bel lordozining silliqlashishi (bemor engashganida yaqqol aniqlanadi)
7. Ikki tomonlama sakroileitning klinik va rentgenologik simptomlari;
Dumg'aza-yonbosh bo'g'imlarida og'riqni aniqlash maqsadida, bitishmalarda yallig'lanish jarayoni mavjudligida, quyidagi testlar o'tkaziladi:
 - Makarov testi (dumg'azaga tukillatib urib ko'rish);
 - Kushelevskiy I testi (bemor chalqancha yotganida yonbosh suyaklarning old qirralariga bosiladi);
 - Kushelevskiy II testi (bemor yonbosh yotganida yonbosh suyaklarining qanotlariga bosiladi);
 - Kushelevskiy III testi (bemor yotgan holatda bitta tizzasini ikkinchi tizzasi tomon 90° bukadi, shu bukilgan tizza ichki yuzasiga va qarama-qarshi tomon yonbosh suyagining qirrasiga bosiladi);
8. Entezopatiyalar fibroz strukturalarning suyaklarga birikkan joyida, aksariyat yonbosh suyaklari qanotlari, son suyaklarining katta ko'stlari, umurtqa pog'onalarining o'tkir o'siqlari, to'sh-qovurg'a bo'g'imlari sohalarida og'riq bilan namoyon bo'ladi. Bursitlar rivojlanganda shish bo'ladi.
9. Ko'zlarning oldingi uveit (irit, iridouiklit) ko'rinishida zararlanishi, odatda ikki tomonlama bo'ladi, o'tkir boshlanadi, 1-2 oy davom etadi, cho'ziluvchan residivlanuvchi kechishi mumkin. Ko'zlarning patologiyasi

25-30% bemorda kuzatiladi.

Kechki bosqich belgilari

1. Umurtqa pog'onasining turli qismlarida og'riqlar
2. Qad-qomatning buzilishi, umurtqa pog'onasining fiziologik qiyshayishlarining tekislanishi ("taxtasimon" bel) yoki "so'rovchi holati", umurtqa pog'onasi ko'krak qismining kuchaygan kifozi, bemorning oldinga egilishi, tizzalarning bukilishi, bu esa og'irlik markazini oldinga og'ishini kompensasiyalaydi.
3. Orqaning to'g'ri mushaklari atrofiyasi
4. Ko'krak qafasi ekskursiyasining kamayishi, aksariyat bemorlarda nafas olish, chiqarish faqat difragma harakati yordamida amalga oshiriladi.
5. Umurtqa pog'onasida 3-4 ta sathlarda: sagital (bukilish, yozilish), frontal (yon tomonlarga bukilish), vertikal (rotasiya), harakatning cheklanishi.
6. Dumg'aza-yonbosh va umurtqalararo bitishmalarda ankiloz.
7. Elka va tos-son bo'g'imi yoki periferik bo'g'implarning zararlanishi. Kasallik bolalikda yoki o'smirlikda boshlanganida tos-son bo'g'imi zararlanishi ko'p kuzatiladi. Periferik bo'g'implarning, bunda oyoqning katta yoki o'rta bo'g'implari mono- yoki oligoartrit ko'rinishida zararlanishi 10-15% bemorlarda uchraydi. SHuningdek, bemorlarda to'sh-o'mrov (odatda, asimmetrik) akromial-o'mrov, pastki jag' va to'sh suyagi dastasi sinxondrozi ham kuzatiladi. 20-25% bemorlarda periferik artritis deformatsiyalarsiz o'tib ketadi.
8. YUrak-qon tomir tizimi zararlanishi – aortit, aorta klapani yetishmovchiligi, perikardit, atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning turli darajadagi buzilishi bilan kechuvchi miokardit ko'rinishida uchraydi. Bunda aortit va AV blokadalar kasallik davomiyligi uzoq bo'lgan va periferik artriti bo'lgan bemorlarda uchrash ehtimolligi yuqori.
9. O'pkalarning zararlanishi, asosan o'pkalarning cho'qqi segmentlarining sekin kechuvchi fibrozi ko'rinishida bo'ladi.
10. Buyraklarning zararlanishi nisbatan kam kuzatilib, 5 % xollarda amiloidoz

yoki IgA-nefropatiya ko'rinishida bo'ladi, idiopatik IgA-nefritdan farqi gematuriya yaqqol bo'lmaydi.



Klinik shakllari

Markaziy shakli – faqat umurtqa pog'onasi bo'g'implari va dumg'azayonbosh bitishmasi zararlanadi.

Rizomelik shakli – ham umurtqa pog'onasi bo'g'implari, ham elka va/yoki tos-son bo'g'implari zararlanadi.

Periferik shakli – ayrim xollarda oyoq bo'g'implarining zararlanishi umurtqa pog'onasi bo'g'implari zararlanishidan avval uchraydi, boshqa holatlarda aksi bo'ladi, uchinchi holatda esa bir vaqtning o'zida ham umurtqa pog'onasi bo'g'implari, ham qo'l va oyoq bo'g'implari zararlanishi kuzatiladi. Aksariyat xolda tizza bo'g'imi zararlanadi.

Revmatoid artritga o'xshash shakli – asosan qo'l va oyoq mayda bo'g'implarining zararlanishi, ertalabki karaxtlik kuzatiladi. Umurtqa pog'onasining zararlanishi kam namoyon bo'ladi.

Septik shakli - kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati 38-39°C gacha ko'tariladi, ko'p terlash, artralgiyalar, mialgiyalar, ozish bilan namoyon bo'ladi.

Klinik kechishi bo'yicha farqlanadi:

1. Sekin rivojlanuvchi kechishi (nisbatan engil shakli), bunda umurtqa pog'onasining o'zgarishlari minimal bo'ladi, poliartrit bo'lmaydi; kam rivojlangan kifoz va umurtqa pog'onasining rigidligi bo'ladi; bemorlarning mehnat faoliyati kam cheklanadi.
2. Sekin rivojlanuvchi kechishi kasallik qo'zishlari bilan (o'rta og'irlikdagi shakli), kasallikning qo'zishi va uzoq remissiyalar takrorlanib turadi, poliartrit nisbatan o'rtacha rivojlangan, ba'zida kuzatilmasligi ham mumkin, bemorlarning mehnat faoliyati keekin kamaygan.
3. Tez rivojlanuvchi kechishi (og'ir shakli), qisqa vaqt ichida kifoz va ankiloiz rivojlanadi; poliartrit xos, og'riq sindromi kuchli ifodalangan bo'ladi, kasallik faolligini belgilovchi laborator ko'rsatkichlarida keskin o'zgarishlar kuzatiladi.

Tacnifi (V.I. CHepoy, 1978)

Kasallik shakllari:

1. Markaziy shakli – faqat umurtqa pog'onasi zararlanadi.
2. Rizomelik shakli – umurtqa pog'onasining va “ildiz” bo'g'implarning (elka va tos-son bo'g'imining) zararlanishi.
3. Periferik shakli – ham umurtqa pog'onasining, ham periferik bo'g'implarning (tizzal, boldir-tovon va b.) zararlanishi.
4. Skandinav shakli – revmatoid artritis kasalligidek qo'l va oyoq maydal bo'g'implarining va umurtqa pog'onasining zararlanishi.
5. Vistseral shakli – yuqorida ko'rsatilgan shakllarning birontasi va ichki a'zolarining (yurak, aorta, buyraklarning) zararlanishi.

Kechishi:

1. Sekin rivojlanuvchi kechishi.
2. Sekin rivojlanuvchi kechishi kasallik qo'zishi bilan.
3. Tez rivojlanuvchi kechishi (qisqa vaqt ichida to'liq ankiloizga olib

keladi).

Bosqichlari:

A. Boshlang'ich yoki erta bosqichi.

Umurtqa pog'onasining bel qismida yoki zararlangan bo'g'implarda og'riq sindromi hisobiga harakatning qisman cheklanishi. Rentgenologik o'zgarishlar aniqlanmasligi mumkin yoki yonbosh-dumg'aza bo'g'implari yuzasining notekisligi, subxondral osteoskleroz va osteoporoz o'choqlari, bo'g'im tirqishlarining kengayishi yoki torayishini ko'rishimiz mumkin.

II. Ifodalangan bosqichi.

Umurtqa pog'onasida yoki periferik bo'g'implarda yallig'lanish, kontraktura hisobiga harakatning o'rtacha cheklanishi. Rentgenologik o'zgarishlar - dumg'aza-yonbosh bitishmasi yorig'ining torayishi yoki qisman ankilozi, shuningdek, umurtqalararo bo'g'im tirqishining torayishi yoki umurtqa pog'onasi chin bo'g'implarining ankilozi belgilarini aniqlashimiz mumkin.

III. Kechki bosqichi.

Umurtqa pog'onasida yoki yirik bo'g'implarda ankiloz hisobiga harakatning butunlay cheklanishi. Dumg'aza-yonbosh bitishmasining, umurtqalararo bo'g'implarning, qovurg'a-umurtqa bo'g'implarining suyak ankilozi, boylam apparatining ossifikasiyasi aniqlanadi.

Faollik darajalari

I daraja – minimal faollik. Umurtqa pog'onasida yoki bo'g'implarda og'riq faqat harakat vaqtida, ertalablari umurtqa pog'onasida engil karaxtlik; ECHT 20mm/soatgacha, CRO – kam titrlarda toshgan (+), DFA 0,22 B.gacha.

II daraja – o'rta og'irlikdagi faollik. Umurtqa pog'onasida yoki bo'g'implarda doimiy og'riq, o'rtacha ifodalangan ertalabki karaxtlik; ECHT 20-40 mm/soat, CRO – ikki barobar oshgan (++), DFA – 0,23-0,26 B.

III daraja – og'ir faollik. Umurtqa pog'onasida yoki bo'g'implarda doimiy kuchli og'riq, periferik bo'g'implar zararlanganda tana harorati subfebril darajagacha ko'tariladi, ekssudativ o'zgarishlar rivojlanadi; ECHT 40-50 mm/soat,

CRO – bir necha barobar oshgan (+++), DFA – 0,26 B.dan ortiq, fibrinogen 65 g/l.dan ko'p.

Bo'g'im funktsional yetishmovchiligi

I – umurtqa pog'onasi fiziologik qiyshaymalarining o'zgarishi, umurtqa pog'onasida va bo'g'implarda harakatning cheklanishi;

II - umurtqa pog'onasida va bo'g'implarda harakatning keekin cheklanishi, bemor kasbini o'zgartirishga majbur;

III - umurtqa pog'onasi barcha qismlarining va tos-son bo'g'imining ankilozi, bemorning ham kasbiy, ham o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish faoliyatining butkul cheklanishi.

Ankilozlovchi spondiloartritning diagnostik kriteriyalari

(Rim konsensusi, 1961, ASAS 2012 qayta ko'rib chiqishi)

1. Umurtqa pog'onasining bel-dumg'aza qismida 3 oydan ko'p davom etuvchi va dam olganda o'tib ketmaydigan og'riq va karaxtlik
2. Ko'krak qafasida og'riq va rigidlik
3. Umurtqa pog'onasi bel qismida harakatning cheklanishi
4. Uveit va uning asoratlari
5. Ikki tomonlama sakroileitning Rentgenologik belgilari (II-IV bosqichlar)

ASA tashxisi 5 ta belgidan 4 tasi bo'lganida yoki 6-belgi bilan yuqoridagi birorta belgining birga uchraganida ishonchli bo'ladi.

Umurtqa pog'onasida harakatchanlikni aniqlash maqsadida quyidagi **testlar** o'tkaziladi:

- Tomayer testi: Bemor oyoqlarini birlashtirib, tizzalarida bukmasdan, qo'llari bilan polga tekkizishga harakat qiladi. Normada uzatilgan qo'lning 3-barmog'i bilan pol orasidagi masofa 0-10 sm.ni tashkil etadi, ASAda bu masofa ancha uzayib ketadi;
- SHober testi: dastlab bemor tik turganida, umurtqa pog'onasida ikkita nuqta belgilab olinadi (1-si Mixaelis rombinning yon burchaklarini birlashtiruvchi chiziq bilan umurtqa pog'onasi kesishgan joyi, ikkinchisi birinchi nuqtadan 10

cm yuqorida joylashadi). So'ng bemordan to'liq egilish so'raladi va o'lchab olingan nuqtalar orasidagi masofa o'lchanadi, normada bu masofa 4-5 sm.ga uzayadi. ASAda bu masofa o'zgarmaydi yoki kam o'zgaradi;

- Ko'krak qafasining nafas ekskursiyasini IV qovurg'alar sohasida aniqlanadi. Bunda nafas olish va nafas chiqarishda farq 4-5 sm.ga farq qilishi lozim. ASAda bu masofa o'zgarmaydi yoki kam o'zgaradi;
- Mau bo'yicha erta diagnostik mezonlar amaliyotda keng qo'llaniladi:

Mezonlar	Ballar
A. Genetik HLA B ₂₇ mavjudligi	1,5
B. Klinik	
1. Umurtqa pog'onasidagi og'riq (yallig'lanish xarakteridagi)	1
2. Spontan yoki sakroileal bitishmaga yuklamali testlar bajarilganida aniqlanadigan dumbalarga yoki sonning orqa yuzasiga irradiyasiyalanuvchi beldagi og'riqlar	1
3. Ko'krak qafasidagi spontan yoki bosilgandagi og'riqlar yoki nafas ekskursiyasining kamayishi (<2,5 sm)	1
4. Periferik artrit yoki tovondagi og'riq	1
5. Oldingi uveit	1
6. Umurtqa pog'onasining bo'yin yoki ko'krak qismida uchta yuzada harkatning cheklanishi	1
C. Laborator ECHTning oshishi: bemor yoshi < 50 yosh - erkaklarda >15 mm/soat; ayollarda >25 mm/soat	1

bemor yoshi > 50 yosh - erkaklarda >20 mm/soat; ayollarda >30 mm/soat	
D. Rentgenologik Umurtqa pog'onasiga xos o'zgarishlar: sindesmofitlar, umurtqalarning kvadratizasiyasi, apofizeal yoki qovurg'a-umurtqa bo'g'imlarining zararlanishi	1

Yig'ilgan ballar 3,5 dan yuqori bo'lsa, bemorda erta ASA borligini ko'rsatadi.

Laborator ma'lumotlari:

1. UQA: ECHTning oshishi, kasallikning kechki bosqichlarida me'yoriy ko'rsatkichlarda bo'lishi mumkin. Kam xollarda gipoxrom anemiya va leykositoz aniqlanishi mumkin.
2. QBT: α 2- va γ -globulinlar miqdori, seromukoid, gaptoglobin, sial kislotalari miqdori oshadi. CRO ko'rsatkichlari yuqori bo'ladi.
3. Qonni ROga tekshirilganida – manfiy natija ko'riladi.
4. HLA B₂₇ antigenining mavjudligi (81-97% bemorlarda pozitiv bo'ladi).
5. Dumg'aza-yonbosh bitishmalarining stsintigrafiyasi – texnisiy pirofosfat yordamida aniqlanadi; rentgenologik o'zgarishlar aniqlangunga qadar, sakroileal bitishmada hatto boshlang'ich yallig'lanish belgilari rivojlanganida moddaning ko'p to'planishi aniqlanadi.

Rentgenologik bosqichlari

0: Norma

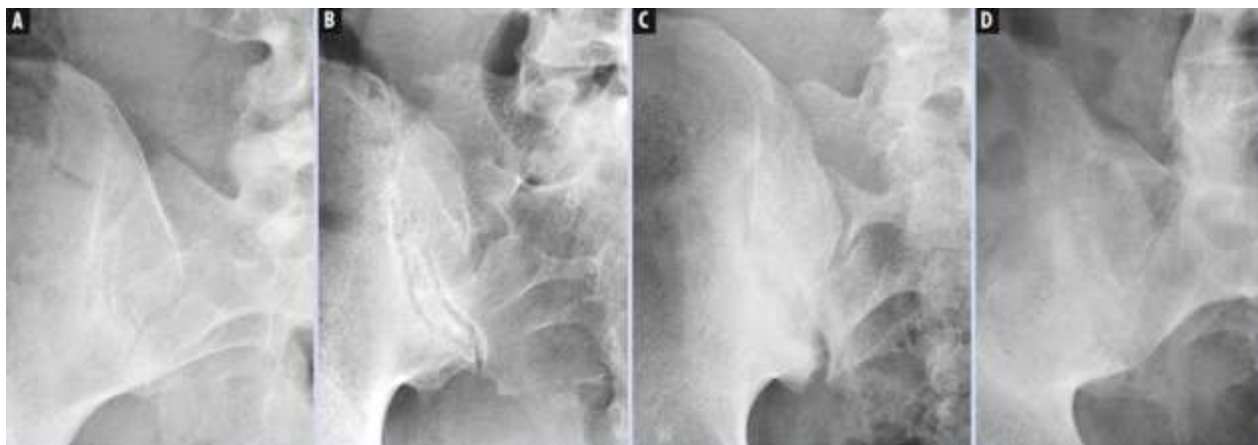
I: Sakroileal bitishma konturlarining noaniqliligi.

II: Subxondral skleroz. Bo'g'im tirqishlarining kengayishi.

III: YAqqol subxondral skleroz. Bo'g'im tirqishlarining torayishi. Eroziyalar.

Qisman ankiloz

IV: To'liq ankiloz



Bamboo spine - marginal syndesmophytes + fusion of posterior vertebral elements



ASAda kasallikning faolligini va davoning samaradorligini aniqlash uchun quyidagi ko'rsatkichlardan foydalaniladi:

1. Bemorlar tomonidan bo'g'imlardagi og'riq intensivligini vizual analogli shkala (VASH) yordamida og'riqning olti varianti bilan baholanadi:

- 0 - og'riq yo'q;
- 10-20 - kuchsiz og'riq;
- 30-40 - o'rtacha intensivlikdagi og'riq;
- 50-60 - o'rta-kuchli intensivlikdagi og'riq;

70-80 - kuchli intensivlikdagi og'riq;

90-100 - chidab bo'lmas intensivlikdagi og'riq.

2. BASDAI indeksi (Bath AS disease activity index - ASA faolligining Batc indeksi) bemorlar tomonidan sub'ektiv hissiyotlarini aks ettiruvchi mustaqil to'ldiriladigan savolnoma hisoblanadi:

BASDAI indeksi so'rovnomadan tuzilgan bo'lib, bemorni bezovta qilayotgan og'riq intensivligini sub'ektiv baholashdan iborat. So'rovnomada 6 xil savol hamda har bir savol uchun og'riq bo'lmadi 0 va juda yuqori 10 dan iborat shkala beriladi.

BASDAI indeksi so'rovnomasi savollari

1. Oxirgi haftadagi umumiy holsizlik (charchoq) darajasini qanday baholagan bo'lardingiz?

bo'lmadi

juda kuchli

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Oxirgi haftadagi buyindagi, umurtqa pog'onasidagi va chanoq-son bug'implaridagi og'riq darajasini qanday baholagan bulardingiz?

bo'lmadi

juda kuchli

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Oxirgi haftadagi bo'g'implardagi (bo'yindagi, umurtqa pog'onasidagi va chanoq-son bo'g'implaridan tashqari) og'riq (yoki shish) darajasini qanday baholagan bo'lardingiz?

bo'lmadi

juda kuchli

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Har qanday og'riqli sohaga tegish yoki ularga bosib ko'rilgandagi noqulaylik

hissini qanday baholaysiz (oxirgi haftadagi)?

bo'lmadi

juda kuchli

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Uyg'ongandan keyin paydo bo'luvchi ertalabki karaxtlik darajasini qanday baholagan bo'lardingiz (oxirgi haftadagi)?

bo'lmadi

juda kuchli

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Uyg'ongandan keyin paydo buluvchi ertalabki karaxtlik davomiyligi qancha (oxirgi haftadagi)?

bo'lmadi

juda kuchli

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bemor so'rovnomani to'ldirganidan so'ng BASDAI indeksi quyidagi formula yordamida hisoblanadi:

$$\text{BASDAI indeksi} = [\text{n.1} + \text{n.2} + \text{n.3} + \text{n.4} + (\text{n.5} + \text{n.6})/2]/5$$

Indeks birligi 0 dan 10 gacha. Agar BASDAI indeksi > 4 bo'lsa, ASA faolligi juda yuqori, < 4 bo'lsa faollik past bo'ladi.

BASDAI indeksining kamchiligi bemorlarning o'z holatini sub'ektiv baholashi bo'lib, bu bemorning psixoemosional holatiga aktiv ta'sir ko'rsatadi, natijalarning ishonchliligini tekshirishning imkoni yo'qdir.

3. ASDAS indeksi (AS Disease Activity Score – AS faollik indeksi) bemorlarning sub'ektiv hissiyotlari va yallig'lanishning laborator ko'rsatkichlari (ECHT, CRO) bilan birgalikda baholanadigan kombinasiyalangan ko'rsatkich. Qaysi laborator ko'rsatkichdan foydalanilishiga ko'ra, ASDAS indeksining 2 xil

varianti mavjud. Biri CRO miqdori bilan (sezuvchanligi yuqori usul), ikkinchisi ECHT (Vestergren bo'yicha) miqdori bilan baholanadi.

ASDAS CRO:

$$0.12 \times \text{bel og'rig'i} + 0.06 \times \text{ertalabki karaxtlik} + 0.11 \times \text{bemor kasalligi faolligining umumiy bahosi} + 0.07 \times \text{periferik bo'g'implarda shish/og'riq} + 0.58 \times \ln(\text{CRO}+1)$$

ASDAS ECHT:

$$0.08 \times \text{bel og'rig'i} + 0.07 \times \text{ertalabki karaxtlik} + 0.11 \times \text{bemor kasalligi faoligining umumiy bahosi} + 0.09 \times \text{periferik bo'g'implarda shish/og'riq} + 0.29 \times _ / \text{ECHT}$$

ASDAS CRO afzal indeks hisoblanadi, biroq CRO ni aniqlashning imkoni bo'lmaganda, ASDAS ECHT indeksidan foydalaniladi. CRO mg/l da, ECHT mm/s (Vestergren bo'yicha) qolgan ko'rsatkichlar BASDAI indeksidagi so'rovnoma natijasidan foydalanib hisoblaniladi. Agar CRO miqdori aniqlanish chegarasidan past yoki < 2 mg/l bo'lsa, indeksni hisoblash uchun 2 mg/l deb olinadi.

ASA faolligini baholash uchun ASDAS ko'rsatkichi quyidagicha baholanadi:

- ASDAS $< 1,3$ - past faollik
- ASDAS $< 2,1$ - o'rtacha faollik
- ASDAS $< 3,5$ - yuqori faollik
- ASDAS $> 3,5$ - juda yuqori faollik

Dinamikada ASDAS $\geq 1,1$ - ahamiyatli yaxshilanish

Dinamikada ASDAS $\geq 2,0$ – yuqori yaxshilanish.

4. ASA bemorlarining funktsional xolatini baholash usuli yordamida kundalik yumushlarni bajarish qobiliyatining cheklanganlik darajasini aniqlashga qaratilgan. Bemorlarda funktsional buzilish xolatini BASFI (the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index - ASning Batc funktsional indeksi) indeksi yordamida baholanadi. BASFI indeksi 10 ta savoldan tuzilgan bo'lib, savollarga bemor o'zi,

oxirgi oylar davomidagi o'z funktsional qobiliyatiga baho berish orqali javob beradi.

BASFI indeksining har bir savoliga 1 dan 10 gacha sondan iborat shkala beriladi. Shkala ko'rsatkichlarining o'rtacha arifmetik qiymati hisoblanib, indeks natijasi chiqariladi. Agar BASFI indeksi $> 4,0$ bo'lsa, funktsional buzilish yaqqol hisoblanadi.

5. Umurtqa pog'onasi harakatchanligini baholashda BASMI indeksidan (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index - ASning Batc metrologik indeksi) foydalaniladi. Bu umurtqa pog'onasining harakatchanligi va son-chanoq bo'g'imining funksiyalarini baholaydigan kombinirlangan indeks bo'lib, 5 ta standart birlik yordamida hisoblanadi. Klinik tekshiruvlarda 10 lik shkala bilan baholanadi.

BASMI indeksi ko'rsatkichlari

Umurtqa pog'onasi funksiyalari ko'rsatkichlari	Harakatchanlik chegaralanganligining yaqqolligi		
	0	1	2
Umurtqa pog'onasining bel qismida yonga egilish, sm	>10	5-10	<5
Quloq solinchog'idan devorgacha bo'lgan masofa, sm	<15	15-30	>30
Umurtqa pog'onasining bel qismida egilish (Shoberning modifikasiyalangan testi), sm	>4	2-4	<2
Oyoq to'piqlari orasidagi maksimal masofa, sm	>100	70-100	<70
Umurtqa pog'onasining bo'yin qismi rotasiyasi	$>70^\circ$	$20-70^\circ$	$<20^\circ$

BASMI indeksi o'lchanayotganda, har bir soha ikki marta o'lchanib natijaning eng yaxshisi olinadi.

6. ASA kasalligida periferik bo'g'implarda og'riq, shish va harakat cheklanishi kuzatiladi. ASA kasalligida og'riqli va shishli bo'g'implarni baholash uchun 44 ta bo'g'im ko'zdan kechiriladi:

- o'ng va chap to'sh-o'mrov bo'g'imi
- o'ng va chap akromial-o'mrov bo'g'imi
- o'ng va chap elka bo'g'imi
- o'ng va chap tirsak bo'g'imi
- o'ng va chap kaft bo'g'implari
- o'ng va chap tizza bo'g'imi
- o'ng va chap boldir-tovon bo'g'imi
- 10 ta kaft-falanga bo'g'implari
- qo'lning 10 ta proksimal-falangalararo bo'g'implari
- 10 ta oyoq-kaft falangalararo bo'g'implari.

7. MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score – ASAda entezitlarni hisoblash uchun Mactrixt hisoblagichi) - entezitlardagi shish va og'riqni baholash uchun 13 ta sohada baholanadi:

- I to'sh-qovurg'a birikmasi (o'ng/chap)
- VI to'sh-qovurg'a birikmasi (o'ng/chap)
- yonbosh suyagining old-yuqori va orqa-yuqori o'sig'i (o'ng/chap)
- yonbosh suyagining qirrasi (o'ng/chap)
- 5-bel umurtqasining o'tkir o'sig'i
- axil payining tovon suyagiga yopishgan joyi (o'ng/chap)

Entezislardagi og'riq bor yoki yuqligiga ko'ra, MASES indeksi 0 dan 13 gachani tashkil etadi.

Ankilozlovchi sponsiloartritni davolash.

1. Rejim

2. Dori vositalari:

- Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (NYAQV)
- Kortikosteroidlar

- Bazisli yallig'lanishga qarshi vositalar (BYAQV)
- O'sma nekrozi omili- α (O'NO- α) ingibitorlari

3. Fizioterapiya, kinezioterapiya

4. Jarrohlik usullari.

Oxirgi yillarda tizimli medikamentoz davolashga yondashishda ko'zga ko'rinarli o'zgarishlar bo'ldi. Bu usul to'rtta guruh dori vositalarini qo'llashni o'z ichiga oladi:

- NYAQV
- Kasallik kechishini o'zgartiruvchi vositalar (bazi dori vositalari)
- Glyukokortikosteroidlar (GKS)
- Biologik agentlar.

ASAni davolashning asosiy maqsadi kasallikning barcha klinik shakllari hamda ekstraartikulyar kechishida funktsional statucni yaxshilash va kasallikning keyingi rivojini klinik simptomlar, radiografik tekshiruvlar hamda qondagi yallig'lanish mediatorlari nazoratida kamaytirish va to'xtatishdan iboratdir. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar (NYAQP) va fizioterapiya ASAlarning muhim davolash metodi sanaladi. NYAQPlar ASAni davolashda birinchi qator dori vositalari hisoblanadi. Oxirgi izlanishlar shuni ko'rsatadiki, NYAQV to'xtovsiz qabul qilinganda ASAning rentgenologik rivojlanishini kamaytirishi isbotlangan.

Zamonaviy tasnif bo'yicha NYAQV uch guruhga ajratiladi: COG-1 va COG-2 ning nospecifik ingibitorlari (hamma "eski" dorilar – diklofenak, indometacin, ibuprofen, piroksikam, naproksen kabilar), asosan ko'proq COG-2 ingibitorlari (meloksikam, nimesulid), COG-2 ning maxsus ingibitorlari (celekoksib). Ayrim NYAQVlarga individual sezuvchanlik mavjudligiga qaramasdan hamma NYAQVlarning klinik samaradorligi deyarli bir xil. COG-2ga tanlab ta'sir etuvchi NYAQV, birinchi navbatda OIT yarali o'zgarishlar rivojlanishi nuqtai nazaridan eng xavfsiz sanaladi.

ASAda qo'llaniladigan NYAQVlarning umumiy xarakteristikasi:

Dori vositasi	Tavsiya etiladigan miqdori
Qisqa ta'sir etuvchi vositalar T ½ (<6 soat)	
Asetilsalisil kislotasi	2400-6000 mg/sut 4-5 marta qabul qilinadi (juda kam qo'llaniladi)
Diklofenak	75-150 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Ibuprofen	1200-3200 mg/sut 4 marta qabul qilinadi (maks.3200 mg)
Indometasin	75-150 mg/sut 3-4 marta qabul qilinadi
Kyetoprofen	100-300 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Nemisulid*	200-400 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Flyurbiprofen	200-300 mg/sut 2 -3 marta qabul qilinadi
Etodolak	600-1200 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Selekoksib*	200-400 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Uzoq ta'sir etuvchi vositalar T½ (>6 soat)	
Diflunisal	500-1500 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Meloksikam*	7,5-15 mg/sut 1 marta qabul qilinadi
Nabumyeton	1000 mg/sut 2 marta qabul qilinadi (maks.1500 mg)
Naproksen	1000 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Piroksikam	10-20 mg/sut 1 marta qabul qilinadi
Aseklofenak	200 mg/sut 2 marta qabul qilinadi
Lornoksikam	8-16 mg/sut 2 marta qabul qilinadi

Eslatma:* selektiv NYAQV mansub vositalar

NYAQV- gastropatyalarni profilaktikasi va davolash bo'yicha tavsiyalar

Klinik belgilari	Tavsiyalar
Dispepsiya	- H2-reseptorlari blokatorlari (semitidin 400mg 2marta/sut, ranitidin 150mg 2marta/sut, nizatidin 150mg 2 marta/sut, famotidin 20mg 2marta/sut) - yoki - Proton pompa ingibitorlari (omeprazol 20mg, lanzaprazol 30mg, rabiprazol 20mg, pantaprazol 40mg 1marta/sut nonushtagacha)
H. pylori infeksiyasi	Birinchi marta NYAQV tavsiya etishdan oldin infeksiyalarni eradikasiya qilish OIT zararlanish xavfini kamaytiradi.
Faol yara NYAQV to'xtatishni imkoni bo'lganida	- H2-reseptorlari blokatorlari (semitidin 800mg, ranitidin 150mg, nizatidin 150mg, famotidin 20mg) - yoki - Proton pompa ingibitorlari standart dozalarda
Faol yara N - NYAQV va S - NYAQV	Proton pompa ingibitorlari standart

to'xtatishni imkoni bo'lmaganida	dozalarda
NYAQV – gastropatiya xavfi (profilaktika)	• Proton pompa ingibitorlari standart dozalarda yoki • Mizoprostol 200mg 3marta/sut yoki • N- NYAQV o'rniga S- NYAQV

ASA patogenevizidan kelib chiqib, davo taktikasini tuzishda asosiy o'rinni bazis vositalari iloji boricha erta boshlash egallaydi. Klinik samaralarining erta rivojlanishi – sulfasalazin (SS), metotreksat (MT), leflunomidning muhim ustunligidir, shuning uchun bu dori vositalari boshqa kasallikning kechishini o'zgartiruvchi dori vositalari ichida peshqadam o'rinlarga chiqariladi.

Bazis vositalarga zamonaviy talablar quyidagilarni nazarda tutadi:

- Bazis vositalar tashxis qo'yilgandan 3 oydan kam bo'lmagan muddat ichida hamma faol ASAlar bemorlarga, NYAQV bilan davolashga qaramasdan bo'g'imlardagi faol yallig'lanish jarayoni kuchaysa yoki turg'un saqlanib tursa, tavsiya etilishi kerak.

- Bazis vositalar 1,5-3 oy mobaynida samara bermasa, ular boshqa bazis vositalar bilan almashtirilishi kerak yoki ularning kombinatsiyasi qo'llanilishi kerak va /yoki kichik dozalarda GKS tavsiya etish kerak. 6 oy – kritik muddat, bu vaqtdan kechiktirmasdan samarali bazis dori vositasi tanlanishi lozim.

- Samarali bazis vositalar to'xtatilmaydi, ularni ushlab turuvchi dozada nomuayyan muddatgacha (samarasini yo'qotguncha yoki nojo'ya ta'sirlar rivojlangunicha) tavsiya etiladi.

Sulfanilamid vositalari (sulfasalazin, salazopiridazin). Bu guruh vositalarining samaradorligi aminoxinolin unumlariga nisbatan yuqori.

Sulfanilamid vositalarining taʼsir mexanizmi (oxirigacha aniqlanmagan):

- dori vositasi tarkibida oltingugurt bo'lib, u oqsilli molekulalarda
- disulfid bog'lanishlarga to'sqinlik qiladi va shundan kelib chiqib, antitanalar hosil bo'lishini susaytiradi;

- o'rta miyona yallig'lanishga qarshi taʼsir ko'rsatadi (yallig'lanish chaqiruchi prostoglandinlar va leykotrienlar ishlab chiqarilishini kamaytiradi);
- o'rtacha immunodepressant taʼsir ko'rsatadi.

Sulfasalazin (SS), salazopiridazin (SP) – tabletka shaklida 0,5 g dan chiqariladi.

Dori vositalarining sutkalik miqdori 1-2g (ko'pincha 2 g). SP ko'proq samarador hisoblanadi. Davolashda ijobiy o'zgarish 3 oydan keyin kuzatiladi, davolanish uzoq vaqt olib boriladi (1yil va undan ko'p), tuzalish kuzatilgandan keyin dori miqdorini kamaytirish mumkin.

Nojo'ya ta'sirlari (36% bemorlarda bo'lishi mumkin):

- dispeptik xolatlar – ko'ngil aynishi, qayt qilit;
- bosh og'rishi, bosh aylanishi;
- arterial gipotenziya;
- leykopeniya, trombositopeniya;
- teri toshmalari, yarali stomatit.

Bu guruh dori vositalari bilan davolanganda qon va siydik tahlilini, jigar va ko'z to'r pardasi xolatini nazorat qilib turish kerak.

Davolashga qarshi ko'rsatmalar: sulfanilamidlarga allergiya, gemositopeniya.

Metotreksat (MT) – foliev kislota antagonisti bo'lib, digidrofolatreduktaza fermentini qaytarilmaydigan raqobatdosh bloklaydi, buning natijasida universal hujayra ichi metil guruhlarini tashuvchi folev kislota etarli miqdorda hosil bo'lmaydi. Buning oqibatida DNK sintezining hal qiluvchi reaksiyasi - uridinning timidininga metillanish bosqichida to'xtatiladi. MT shuningdek, timidinsintetazani ham qaytar raqobatdosh ingibirlaydi. Dori vositasi gumoral va hujayraviy immunitetga taʼsir etadi, ayniqsa gumoral taʼsiri kuchli.

MT tabletka shaklida 2,5 mgdan (0,0025 g) va ampulada 5 mg, 10mg, 50mgdan chiqariladi. MT ichga haftasiga 7,5 -25 mggacha qo'llaniladi. MT qo'llanilganida rivojlanadigan bir qator nojo'ya ta'sirlar ehtimolini hisobga olib bir vaqtning o'zida foliev kislota (1mg/kun) tavsiya etish yo'li bilan kamaytirish

mumkin. MT bilan davolash fonida pancetopeniya rivojlaninish xavfini hisobga olib, antifolat vositalar – masalan, biseptol qo'llash mumkin emas.

Metotreksatning nojo'ya ta'sirlari

Nojo'ya ta'sirlari	Rivojlanish vaqti	Tavsiyalar
Infektsiya - opportunistik infektsiyalar	Har qanday vaqtda	Engil infektsiyalarda davo davom ettiriladi, og'ir infektsiyalarda davo to'xtatiladi
Oshqozon ichakka oid: -ko'ngil aynishi/qusish - shilliq qavat yaralari -anoreksiya -anemiya	Har qanday vaqtda. Odatda dori miqdoriga bog'liq	Qusishga qarshi preparatlar, dori miqdorini kamaytirish, dorini parenteral yuborish
Alopetsiya	Davoning boshida, idiosinkraziya	dori miqdorini kamaytirish, kuchli alopetsiyada davoni to'xtatish
Gematologik -leykopeniya -neytrogeniya -trombositopeniya -anemiya	Har qanday vaqtda, idiosinkraziya yoki dori miqdoriga bog'liq, yoshi kattalarda, buyrak etishmovchiligida va boshqa antifolat xususiyatli vositalarni qo'llanilganida xavf oshadi	Kotrimaksozolni qo'llanilmaydi.
Pnevmonit	Odatda davoning birinchi yilida, idiosinkraziya, eozinofiliya bilan qo'shilib keladi	Davoni to'xtatish, glyukokortikoidlar 60 mg/sut
Teri toshmasi	Davoning boshida, idiosinkraziya	Dori miqdorini kamaytirish, kuchli toshmalarda davoni to'xtatish.
Jigarning zararlanishi (fibroz)	Kumulyativ miqdor, tana vazni ortiqcha kishilarda, keksalarda, alkogolni suiste'mol qiluvchilarda, gepatit B va C virusi tashuvchilarda, boshqa gepatotoksik vositalarni qo'llanilganida xavf oshadi	Davoni to'xtatish va quyidagi bemorlarda jigar biopsiyasi tavsiya etiladi: - alkogol istemol qiluvchilarda - gepatit B va C virusi infeksiyalarida -AST miqdorining turg'un ko'tarilishi (12 oy davomida 9ta sinamadan 5 tasida yoki har oygi qon sinamasida 12 martadan 6 tasida oshsa)

Leflyunomid (Arava) – RA ni davolash uchun maxsus ishlab chiqarilgan yagona bazis dori vositasi bo'lsada, klinik amaliyotda ASAda ham samaradorligi ilmiy tekshirishlar natijasida isbotlangan. Leflyunomid (L) ximik strukturasiga

ko'ra – izoksazolning pastmolekulyar (270 dal'ton) sintetik hosilasidir. U doi oldi (prolekarstvo) va OITda, qonda tezda faol metabolit malononitrilamidga aylanadi. Lning bir nechta asosiy ta'sir mexanizmlari muhokama qilinmoqda. Tasirining asosiy ishlash nuqtasi ferment digidroorotatdegidrogenazaga qaratilgan, bu ferment uridinmonofosfat hosil bo'lishi uchun muhim sanaladi, u esa o'z navbatida limfocitlar proliferasiyasida muhim o'rin tutadi va ayniqsa, RA va ASA patogenezida muhim ahamiyat beriladigan faollashgan T-limfositlarda yaqqol namoyon bo'ladi.

L.ning asosiy nojo'ya ta'sirlari oshqozon ichak buzilishlari bo'lib, ular qorinda og'riq, ko'ngil aynashi, qayt qilish, ich ketishi ko'rinishida namoyon bo'ladi va 10-15% bemorlarda kuzatilishi mumkin. 2-13% bemorlarda jigar fermentlarining oshishi kuzatilishi mumkin, ular dori miqdori kamaytirilganida yoki to'xtatilganida me'yorga qaytish xususiyatga ega.

L 20mgdan birinchi 5 kunda kuniga 3 mahal qabul qilinadi, keyinchalik 20mg/sut uzoq vaqt qo'llaniladi.

4-aminoxinolin birikmalari revmatologik amaliyotiga 1951 y.da Peydj tomonidan kiritilgan.

Bu guruh vositalarining ta'sir mexanizmi:

- kuchsiz immunodepressant ta'sir;
- lizosomal membranalar stabilizatsiyasi va lizosomalardan proteolitik fermentlarning chiqishini susaytiradi;
- erkin radikallarni bog'laydi va ularning biriktiruvchi to'qimaga zararli ta'sirini kamaytiradi;
- ATF sintezini kamaytirish orqali yallig'lanishga qarshi ta'sir, buning natijasida yallig'lanish jarayonining energiya bilan ta'minlanishi kamayadi.
- yallig'lanish chaqiruvchi prostaglandinlar sintezini susaytirish;
- neytrofillar xemotaksisini va fagacitozni tormozlaydi.

Delagil (rezoxin, xloroxin, xingamin) – tabletkalarda 0,25 g va ampulalarda 5%-5ml chiqariladi. Plakvenil (gidroksixloroxin) – tabletkalarda 0,2 g dan chiqariladi. Odatdagi davolash miqdorlari delagil 0,25 g (bitta tabletka) va

plakvenil 0,3 – 0,4 g (1,5 – 2 tabletka) 1marta sutkasiga ovqatdan keyin tavsiya etiladi. Faqat davoning boshida (birinchi 10-14 kun) ba'zi bemorlarga yuqoriroq miqdorda: 0,5-0,75 g delagil va 0,6-0,8 g plakvenil tavsiya etish mumkin.

Bu dori vositalarning davvolash samaradorligi 3-6 oydan keyin, maksimal samara – 6-12 oy uzluksiz davolashdan so'ng namoyon bo'ladi.

Dori vositalar bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi, lekin nojo'ya ta'sirlar ham kuzatilishi mumkin:

- dispeptik xolatlar, gastralgiyalar;
- teri toshmalari, teri qichishi;
- bosh og'rishi, bosh aylanishi;
- soch oqarishi;
- yaqqol leykopeniya, kam xollarda trombocitopeniya;
- ko'zdagi o'zgarishlar: ko'z muguz pardasida xloroxinning to'planishi, pigmentli retinitlar; bu asoratning oldini olish uchun xinolin unumlari bilan davolash jarayonida 3-4 oyda bir marta okulist maslahati lozim.

Bu nojo'ya ta'sirlar dori vositalrini yuqori miqdorda (delagil 0,25 g/sut. ortiq yoki plakvenil 0,4 g/sut. ortiq) qo'llanilagnida kuzatiladi.

Plakvenil delagilga nisbatan bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi.

Aminoxinolin unumlarini qo'llashga mutloq qarshi ko'rsatmalar yo'q. Nisbiy qarshi ko'rsatmalar – ko'z to'r pardasi kasalliklari, gepatitlar, yaqqol sitopeniya, psixozlar.

GKSlarni rejali tizimli qo'llash.

Tizimli davolashda quyidagi GKS ishlatiladi:

- prednizolon (prednizon) – 0,005 g dan tabletkalar, 1ml da 30 mg saqlovchi ampulalar (tomir ichiga, mushak orasiga yuborish uchun);
- triamcinolon (pol'kortolon, berlikort, kenakort) – 0,004 g dan tabletkalar;
- kenalog-40 – mushak orasiga yuborish uchun (1 mlda 40 mg triamcinolon saqlaydi);

- deksametazon (deksazon, dekson) – 0,0005 va 0,00075 g dan tabletkalar (ya'ni, 0,5 va 0,75 mg), mushak orasiga va tomir ichiga yuborish uchun ampulalar (1 ml da 4 mg deksametazon-21-fosfatning natriyli tuzi);

- metilprednizolon – 0,004 g dan tabletkalar, tomir ichiga va mushak orasiga yuborish uchun 20, 40, 8 mg dan natriy sukcinat metilprednizolon saqllovchi erituvchisi bilan birga ampulalar. Uzoq, davomli qo'llash uchun metipred tabletkalari qulay;

- solu-medrol – metilprednizolonning natriy sukcinati bo'ladi, flakonlarda 40, 125, 250, 500, 1000 va 2000 mg dan chiqariladi;

- depo-medrol – metilprednizolon acetatning uzoq taʼsir etuvchi dori shakli, 1 ml da 0,04 g modda saqlaydi, mushak orasiga yuboriladi;

- flosteron – suspenziya, 1 ml da 2 mg betametazon dinatriy fosfat va 5 mg betametazon dipropionat saqlaydi. Flosteron (1 ml har 2-4 haftada) mushak orasiga yoki bo'g'im ichiga yuboriladi, uzoq taʼsir etadi;

- betametazon – 9 α – flor – 16 β – metilprednizolon;

- diprofos – flosteron analogi (AQSH).

Asosiy nojo'ya ta'sirlari:

- OITni zararlanishi: sekretor funktsiya oshishi bilan kechadigan surunkali gastrit, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yarasi va eroziyalari rivojlanishi, qon ketishlar kuzatilishi bilan;

- Kushingoid sindrom;

- arterial gipertenziya;

- steroid qandli diabet;

- teri va mushak atrofiyasi, mushak kuchi susayishi;

- suyaklar va umurtqa pog'onasi osteoporozi (baʼzi xollarda sinishlar va suyak aseptik nekrozi rivojlanishi mumkin);

- organizmda natriy va suv ushlanib qolinishi;

- surunkali infektsiyalarning zo'rayishi (birinchi navbatda tuberkulyoz);

- bolarni uzoq vaqt GKS bilan davolaganda o'sishdan orqada qolishi, suyaklanish jarayonining, jinsiy rivojlanishning orqada qolishi;

- hayz ciklining buzilishi;
- kam xollarda psixozlar, katarakta, terida qon quyilishlar;
- uzoq vaqt ayniqsa, ko'p yillar davomida GKSlarni qo'llaganda buyrak

usti bezi etishmasligi rivojlanadi. GKSlarni to'satdan kamaytirganda yoki to'xtatganda buyrak usti krizi rivojlanadi.

Metilprednizolon bilan puls-terapiya – tomir ichiga juda katta miqdorda qisqa vaqt ichida yuborishdan iborat. Bu usul ASAning og'ir, tez avj oluvchi bo'g'im-vistseral shakllarida, septik shakllarida, bo'g'implarning o'tkir faol yallig'lanishida qo'llaniladi.

Bu usulda 30-60 daqiqa davomida tomir ichiga tomchilab metilprednizoloni katta miqdorda (250, 500, 1000 mg) bir kunda 1 marta uch kun qo'llaniladi. Metilprednizolon natriy suksinatning tomir ichiga yuborish uchun dori shakli "Solu-medrol" savdo nomi ostida chiqariladi.

ASAning juda og'ir shakllarida, bemorlarda **metilprednizolon bilan pul's-terapiyani** faol sitostatik davo bilan birga qo'llash kerak. Kombinirlangan pul's-terapiya metodikasi: birinchi kun 30-40 daqiqa davomida 250 yoki 500 yoki 1000mg (kasallik faolligiga, tizimli zararlanishga qarab) metilprednizolon tomir ichiga yuboriladi, 2chi kuni 600 yoki 1000mg siklofosfan 200-300 ml natriy xlorning izotonik eritmasida eritilib, metilprednizolon (ko'pincha 500, 1000 mg) bilan birgalikda tomir ichiga tomchilab 30-40 daqiqa ichida yuboriladi, uchinchi kun xuddi birinchi kun qaytariladi. Metilprednizolon bilan pul's-terapiyaning afzalliklari nojo'ya ta'sirlarning kam uchrashi, shuningdek, keyinchalik ushlab turuvchi davo uchun GKSlarni kam miqdorda qo'llash imkonini beradi.

Metilprednizolon bilan puls-terapiyaning nojo'ya tasirlari:

- tez uchrab turadigan: yuz qizarishi, ta'm bilishning buzilishi, o'tib ketuvchi arterial gipertenziya, o'tib ketuvchi giperglikemiya, artrit, artralgiya, mialgiyalar.

- kam kuzatiladigan: kuchli hiqichoq tutishi, anafilaktik reaksiyalar, kollaps, nevrologik o'zgarishlar (tirishish, tortishishlar, gallyusinasiyalar, bosh og'rishi, ko'ngil aynishi), infektsiyaning tarqalishi, to'satdan o'lim (elektrolit o'zgarishlar – gipokalemiya fonida aritmiyalar natijasida).

So'nggi yillarda ASAni davolashda **biologik agentlarning** (antisitokin davo) yuqori samaradorligi isbotlangan, bularga FNO- α ga ximerli monoklonal antitanalar, rekombinant odam eriydigan FNO- α receptorlari va IL-1 receptorlari antagonistlari kiradi. Bu dori vositalari ASAning rentgenologik jadallashuvini sekinlashtiradi, shunig uchun ularni dunyoning yetakchi revmatologik klinikalari bazis dori vositalari guruhiga kiritadilar. Biologik agentlarning keng joriy qilinishini to'xtatuvchi asosiy omil – ularning yuqori qiymatligidir.

Infliksimab Bu dori vositasi FNO- α omili ingibitori xisoblanadi. Yallig'lanish jarayonida va immun tizimida ishtirok etadi. Ma'lumki, FNO α omili yallig'lanish va autoimmun jarayonlarda faol ishtirok etadi. Preparat esa FNO alfa omilining ikkala qismi bilan xam bog'lanib turg'un birikma xosil qiladi va ushbu omilning funksional faolligi pasayishiga olib keladi. Infliksimab preparati plazma tarkibida 1, 8 va 6 interleykinlarining faolligini kamaytirib shuningdek monotsitar xemoatrakt-1 oqsilini, stromelizin, azot oksidi, kollagenaza va boshqa yallig'lanish induktorlarinining sintez jarayonini xam susaytiradi. Infliksimab ICAM-1 va E-selektin miqdorini kamaytirib va shu yo'l bilan qon tomir endoteliysida o'z faolligini nomoyon qiladi.

Dori miqdori: ASAni davolashda ushbu preparatni vena ichiga tomchilab yuborish tavsiya etiladi. Preparatning 5 mg xar bir kilogramm vazniga o'lchanib yuborish tavsiya etiladi va yuborish davomiyligi 2 soatni tashkil qiladi. Preparatning 1 flakondagi miqdori 100 mg bo'lib 1 marttalik yuborishga 3-4 flakon yuboriladi. Preparatni birinchi uch marotaba yuborilgandan so'ng keyingi yuborilishi xar olti sakkiz xaftada o'tkaziladi. Bemorning xolatiga va davolash natijalariga ko'ra preparat dozasi individual tanlanadi va zarur bo'lgan xolatlarda tananaffuslar qilinadi. Preparat yuborilgandan so'ng bemor ikki soat davomida nazorat ostida bo'lishi lozim.

Infliksimabga qarshi ko'rsatmalar: Infliksimabga va boshqa sichqon antitanalariga yuqori sezuvchanlik, yondosh infeksiyalarning (sil, sepsis, opportunistik infeksiyalar va og'ir yurak etishmovchiligi.

Infliksimab qo'llanilganida kuzatilishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar: bosh og'rig'i, bosh aylanishi, charchoq hissi, depressiya, psixoz, amneziya, asabiylashish, uyquchanlik, anemiya, leykopeniya, limfadenopatiya, limfotsitoz, limfopeniya, neytropeniya, trombotsitopeniya, kon'yunktivit, endoftalmit, ekximoz, gematoma, petehiya, qichishish, terlash, seboreya, furunkuloz, periorbital shish, giperkeratoz, buzilgan teri pigmentatsiyasi, alopesiya, qichishish, yuzning, lablarning, qo'llarning shishishi, isitma bilan mialgiya va artralgiya, lupus sindromi, isitma; kamdan-kam hollarda - sepsis, bakterial infeksiyalar.

Mabtera (rituksimab) – immunodepressiv, o'smaga qarshi dori vositasi. Rituksimab sichqon/odamning ximerli monoklonal antitelosi bo'lib, transmembran antigen SD 20 bilan maxsus bog'lanadi. Bu antigen yosh V-limfocitlar va etuk V-limfocitlarda bo'ladi.

Rituksimab B-limfositlardagi SD 20 antigeni bilan bog'lnadi va B-xujayralar lizisi immunologik reaksiyalarni inertsialaydi.

Rituksimabni qo'llashdan oldin bemorlardan oxirgi vaqtda o'tkazilgan yoki hozirda bor yondosh kasalliklar haqida, yurak-qon tomir va o'pka kasalliklari, residivlanuvchi infeksiyalar va allergik kasalliklar to'g'risida surishtirish kerak, to'liq fizikal tekshirish o'tkazish kerak. O'pka rentgenogrammasi, gepatit B va C ga tekshirish kerak.

Dori miqdori: 1000mg dan tomir ichi inektsiyasi 1chi va 15chi kuni o'tkaziladi. Infuzion reaksiyalar darajasini va xavfini kamaytirish uchun rituksimab infuziyasidan avval 100mg metilprednizolon tomir ichiga va antigistamin vositalar yuboriladi. Bunday premedikasiyani albatta dastlabki rituksimab infuziyasidan oldin qilinishi lozim.

Rituksimabga qarshi ko'rsatmalar: rituksimabga va boshqa sichqon antitanalariga yuqori sezuvchanlik, faol og'ir infeksiyalar va og'ir yurak etishmovchiligi.

Rituksimab qo'llanilganida kuzatilishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar (>1% bemorlarda): o'tkir infuzion reaksiyalar: arterial gipertenziya, ko'ngil aynashi, toshma, qaltirash, qichishish, rinit, tomoq qichishi, quyilishlar, arterial

gipotenziya, yuqori harorat; infeksiya va infestasiya: har xil infeksiyalar, siydik yo'llari infeksiyasi, yuqori va pastki nafas yo'llari infeksiyasi; asteniya; dispeptik xolatlar, giperxolesterinemiya, artralgiya yoki suyak va mushaklarda og'riq, mushak spazmlari, osteoartrit, paresteziya, migren.

Dori moddalarini bo'g'im ichiga yuborish va mahalliy davolash.

Bu yo'nalishning ASAni davolashdagi afzalliklari quyidagilardan iborat:

- yuqori maqsadga yo'naltirilgan davo;
- patologik o'choqqa dori vositalarining yuqori biokirishimligi;
- umumiy ta'sir etuvchi dori vositalarini tejash;
- davolashning bemorlar tomonidan umumiy qabul qilinishini yaxshilanishi;
- qarshi yo'naltirilgan umumiy ta'sir qiluvchi dori vositalarini almashtirish imkonlari;
- dori vositalarining o'zaro salbiy ta'sirini va nojo'ya ta'sirlarining kamayishi.

GKSlarni bo'g'im ichiga yuborishga ko'rsatmalar:

- ASAning bir yoki bir nechta bo'g'imda juda faolligi;
- ASAda patologik jarayonga faqat 1-3 ta bo'g'imning jalb etilishi;
- NYAQV va boshqa dori vositalari bilan davolaganda bo'g'implar tomonidan ijobiy o'zgarishlar kuzatilmaganida;
- Zararlangan bo'g'imda kontraktura rivojlanishining erta belgilari;
- Ortopedik muolajalar qo'llanilganidan so'ng og'riq paydo bo'lishini oldini olish va reabilitatsiya muddatini kamaytirish maqsadida bo'g'im ichiga GKS yuborish zaruriyati.

Bo'g'im ichiga yuborish uchun quyidagi GKSlar ishlatiladi:

Gidrokortizon – bo'g'im ichiga 7 kunda bir marta yuboriladi, yirik bo'g'implarga – 50-125 mg, o'rta kattalikdagi bo'g'implarga – 25-50 mg, mayda bo'g'implarga – 5-10 mg 1 ta inʼyeksiya uchun, bir kursga bitta bo'g'imga 3-5 inʼyeksiya qilinadi.

Kenalog – bitta yirik bo'g'imga 2-8 haftada bir marta 10-20 mg yuboriladi, baʼzida 40 mg gacha yuborilishi mumkin.

Diprosan – 1 ml da 6,43 mg betametazon dipropionat (5 mg betametazonga ekvivalent), 2, 63 mg betametazon natriy fosfat (2 mg betametazonga ekvivalent).
- inʼekciya uchun suspenziya. Katta bo'g'implarga 1ml dan, o'rta kattalikdagi bo'g'implarga 0,5 mldan, mayda bo'g'implarga 0,2-0,3 ml dan yuboriladi.

GKSlarni bo'g'im ichiga yuborishda kuzatilishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar:

- bo'g'imga infeksiyani kiritish xavfi, infeksiyon artrit rivojlanishi;
- bo'g'im ichi tog'ayining jarohatlanishi, GKSlarning tog'ayga katabolik ta'siri;

- aseptik nekrozlar yuzaga kelishi.

GKSlarni bo'g'im ichiga yuborishga qarshi ko'rsatma:

- o'sha bo'g'imda yoki atrof to'qimalarida infeksiya mavjudligi;
- bo'g'imning yaqqol deformasiyasi;
- tos-son bo'g'implarining zararlanishi;
- aynan shu davolash usulidan terapevtik samara yo'qligi (GKSlarni bo'g'im ichiga qayta yuborilmaydi).

ASAning mahalliy teri usti davosi (bo'g'im ichiga kirilmaydi):

- NYAQVlarni saqlovchi (indometacin, butadionli, voltarenli malham dorilar yoki gel). SHuningdek, boshqa og'riq qoldiruvchi malham dorilar (finalgon va b.) qo'llanilishi mumkin. SHuningdek, dimeksidli (dimetilsul'foksid, DMSO) kompress qo'llanilishi mumkin. Buning uchun zararlangan bo'g'imga DMSOning 30-50% eritmasi (qaynatilgan yoki distillangan suv bilan aralashtiriladi) ishlatiladi. Dimeksidning samarasini oshirish uchun unga analʼgin, geparin, gidrokortizon qo'shish mumkin.

Fizioterapevtik davo (FTD):

ASAda FTD juda katta ahamiyatga ega. FTDni qo'llashda quyidagi prinsiplarga rioya etish kerak:

- fiziodavo dori-darmon fonida qo'llanilishi kerak, dori vositalarining, ayniqsa bazis vositalarni to'xtatish mumkin emas;
- fiziodavo patologik jarayonning faolligini va uning bosqichini, yondosh kasalliklarni, bemorning umumiy xolatini va yoshini inobatga olgan xolda tavsiya etilishi lozim;
- fiziodavoni tanlashda fizioterapevtik muolajalarning mosligi, ularning kombinaciyasini, bemorlar tomonidan ko'tara olinishini inobatga olish zarur;
- fiziomuolajadan so'ng dastlabki soatlarda uzoq yurishning, organizmni sovqotishini oldini olgan ma'qul;
- kasallikning yuqori faolligida tavsiya etiladigan fiziodavo kam faollik darajalarida ham yaxshi samara beradi.

Ankilozlovchi spondiloartrit bilan bemorlarni dispanserizasiya qilish.

Ankilozlovchi spondiloartrit bilan og'rigan bemorlar revmatolog tomonidan tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi va nazoratga olinadi. Kasallikning periferik shakli bo'lgan bemorlar 1-2 oy ichida 1 marotaba, markaziy shakli bilan - 4-6 oyda 1 marotaba, ko'zlar va ichki a'zolar shikastlanishi bilan - har oy tekshiruvdan o'tishlari lozim. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlardan UQT, UST, Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili - har 3 oyda bir marta; sakroilial bo'g'imlarning rentgenografiyasi, bo'yin va umurtqa pog'onalarining rentgenografiyasi yiliga bir marta amalga oshiriladi, distal oyoq bog'imlari (to'g'ri proektsiyasida) va kalkanus yiliga 1 marta shikastlanganda (lateral proektsiyada); infeksiyani nazorat qilish antibiotik terapiyani 1,5-2 oydan keyin yakunlash. Vaqti-vaqti bilan bemorlarni urolog va okulist tomonidan tekshiriladi.

Ankilozlovchi spondiloartritda profilaktika chora tadbirlari:

Ankilozlovchi spondiloartritni oldini olish uchun aniq chora-tadbirlar mavjud emas. Kasallikning aniq sabablari hali aniqlanmaganligi sababli, asosiy profilaktika choralari skelet mushaklarini mustahkamlash va umurtqa pog'onasini turg'unligini yaxshilashga qaratilgan. Shuning uchun bunday bemorlar haddan tashqari jismoniy kuch ishlatishga, yuqumli kasalliklarga yo'l qo'ymasliklari lozim. Kasallikni olish chora tadbirlari qanchalik tez boshlansa va harakatlar to'g'ri

bajarilsa, davo samarasi shunchalik yaxshi bo'ladi. Ankilozlovchi spondiloartrit bilan bemorlarni profilaktikasi urogenital yallig'lanish belgilarini yoqotish bunda antibiotiklardan –tetratsiklin, makrolidlar, ftorxinolonlar, kandidozga qarshi dori vositalar, NYaQDVLarni qo'llash, kortikosteroidlarni ichishga yoki intraartikulyar - ko'rsatmalarga muvofiq qo'llash lozim. Kasallikning kuchayishi va ambulatoriya sharoitida davolanishning samarasizligida statsionar davolash tavsiya etiladi. Shuning uchun, immobilizasiyadan cheklanish, va ankiloz shakllanishiga yo'l qo'ymaslik kasallikni oldini olishning eng muhim shartidir.

Kasallikning ikkilamchi profilaktikasi quyidagicha amalga oshiriladi:

Jismoniy tarbiya. Jismoniy mashqlar kamida 30 daqiqa davomida har kuni 2 marotaba bajarilishi kerak. Mashqlarni bajarish kunlik muntazam bo'lishi kerak. Bunda tog'aylarni oziqlantirish juda muhimdir. Bunga faqat bog'im atrofidagi mushaklar ishi tufayli erishish mumkin. Shuning uchun ossifikatsiya jarayonini to'xtatish uchun har kuni bo'g'implarni xarakatlantirish kerak. Mashqlarni o'qituvchi yordamida bajarishlari kerak. O'tirish, o'gir vazn ko'tarmaslik va to'g'ri qomatni saqlashga intilish kerak.

Fizioterapiya. Fizioterapevtik muolajalar kasallikning remissiya davrida o'tkaziladi. Ular remissiya davrlarini uzaytirishga yordam beradi. Fizioterapiya usulini tanlash kasallikning og'irlik darajasiga, patologik o'zgarishlarga, bemorning yoshiga, shifokorning malakasiga va tananing sezgirligiga bog'liq. Eng samarali kurslar: magnetoterapiya; lazer terapiyasi; krioterapiya; fototerapiya; balneoterapiya xisoblanadi. Bu muolajalar bemorning ahvolini yengillashtiradi va kasallikning rivojlanishini sekinlashtiradi.

To'g'ri qomatni saqlash. Bunday bemorlar qulay va bo'shashgan xolatda o'tirishlari va tana xolatini doimiy ravishda kuzatib borishi kerak. Yumshoq stullarda uzoq vaqt o'tirish, noqulay holat xisoblanadi. Kasallirning faolligini hisobga olgan holda ish joyini to'g'ri tashkil qilish juda muhimdir.

Uxlash holati. Yotoqda yostiq balandligi yetarli bo'lishi kerak. To'shak o'rtacha qattiq, ortopedik kichik rolikli yostiqchadan foydalanish qulaylik tug'diradi. Uxlayotganda oyoqlarni to'g'ri tutish muximdir.

Surunkali infektsiya o'choqlarini davolash. Tananing hatto oddiy sovuq qotishi ham kasallikning kuchayishiga olib kelishi mumkin. Shuningdek surunkali infektsiya o'choqlari organizmga mikroblarning doimiy kiradigan manbai hisoblanadi. Shuning uchun bemorlar surunkali tonzillitdan, karioz tishlardan, otitdan va boshqalardan xalos bo'lishlari kerak.

Stressdan saqlanish. Stressdan ximoyalanish doim muhimdir. Ammo kasallikni davolab bo'lmasligini biladigan bemorlar uchun ijobiy munosabatda bolish juda muhimdir. Har qanday aqliy zo'riqish, stress kasallikning kuchayishiga olib kelishi mumkin. Bunda albatta bo'shashish va nizolardan qochish kerak.

Sport bilan shug'ullanish. Ankilozlovchi spondiloartrit bilan kasallangan bemorlar uchun barcha sport turlari ham ko'rsatma bo'la olmaydi. Sportni tanlashdan oldin, shifokor mutaxassis bilan maslahatlashish lozim. Shifokorlar odatda suzish, yugurish, chang'ida yurishni tavsiya qiladilar. Jismoniy tarbiya kasallikda og'riqni yengillashtiradigan va qomat buzilishning oldini olishda eng yaxshi usul hisoblanadi.

Og'riq bo'lganda quyidagi fikrlarni yodda saqlash lozimdir:

Kuchli og'riq bilan sport va jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish mumkin emas; mashqlarni keskin ravishda bajarmaslik; og'irlik asta-sekin ortishi kerak; mashqlarni balansga rioya qilgan xolda bajarish lozim.

Zararli odatlardan voz kechish. Ankilozlovchi spondiloartrit sog'lig'iga va zararli odatlardan voz kechishga alohida e'tibor berish aloxida ahamiyatga ega. Chekish va spirtli ichimliklar ankilozlovchi spondiloartrit bilan og'rigan bemorlarga kasallikning kechishiga qo'shimcha muammolar tug'diradi.

Kasallik kechishini yengillashtirish va uzoq umr ko'rish uchun ankilozlovchi spondiloartrit bilan og'rigan bemorlar doimo mutaxassis nazorati ostida bo'lishlari va barcha tavsiyalariga amal qilishlari kerak bo'ladi.

5. Amaliy qism

Mashg'ulotning bu qismi bemorlarni terapiya yoki revmatologiya bo'limlarida kuratsiya qilishga bag'ishlanadi. Dastlab o'qituvchi Ankilozlovchi spondiloartritli bemorni talabalar bilan birgalikda klinik tahlil qiladi. So'ngra esa

mustaqil kuratsiya uchun bemorlarni talabalarga bo‘lib beradi. Kuratsiya so‘ngida esa talabalar berilgan bemorlarni bayon etishadi va bunda o‘zlashtirgan amaliy ko‘nikmalarni namoyish etishadi. Pedagog esa kafedrada ishlab chiqilgan mezonlarga asoslanib, bu kunikmalarning qadamma-qadam o‘zlashtirilishini baholaydi.

Amaliy ko‘nikmalarni qadamma-qadam o‘zlashtirish, uni bajarish va baholash

1. Ankilozlovchi spondiloartrit kasalligida EKGda patologik o‘zgarishlarni tahlil qilish.

Maqsad: Ankilozlovchi spondiloartrit kasalligi biriktiruvchi to‘qimaning autoimmun kasalliklaridan biri bo‘lganligi sababli, bemorning yurak-qon tomir tizimida ham patologik o‘zgarishlar kuzatiladi va bu holat EKG da patologik o‘zgarishlar bilan xarakterlanadi. Shu sababli bu nozologiyada EKGni to‘g‘ri tahlil qila bilish amaliy ahamiyatga ega.

Bajariladigan etaplar (pog‘onalar):

№	Tadbirlar	To‘liq bajardi	Bajara olmadi
1	Yurak ritmini, yurak qisqarishlar sonini aniqlash	15	0
2	Yurak elektr o‘qini aniqlash	10	0
3	Yurak pozitsiyasini topish	10	0
4	R tishchaning, PQ-interval, QRS kompleks davomiyligini aniqlash	10	0
5	ST segment va T tishcha joylashishini baholash	15	0
6	EKGda o‘zgarishlarga xulosa berish	40	0
	JAMI	100	0

2. Arterial qon bosimini o‘lchash

Maqsad: Ankilozlovchi spondiloartrit kasalligi tizimli kasallik bo'lganligi sababli bemorning yurak-qon tomir tizimida, buyraklarida patologik o'zgarishlar kuzatiladi va bu holat qon bosimi oshishi (ko'p hollarda) yoki tushishishi bilan xarakterlanadi. Shu sababli bu nozologiyada ham qon bosimini o'lchash amaliy ahamiyatga ega.

Bajariladigan etaplar (pog'onalar):

№	Tadbirlar	To'liq bajardi	Bajara olmadi
1	Patsient tirsagi yurak sathida joylashishi zarur, sfigmomanometr manjetasi yelkaning o'rta uchdan bir qismiga qo'yiladi	10	0
2	Manjetaning pastki cheti tirsakdan 2,5-3 sm yuqori joylashgan bo'lishi lozim.	10	0
3	Manjeta va patsient qo'li orasida bitta barmoq sig'adigan joy qolishi kerak.	10	0
4	Tirsak chuqurchasida pulsatsiyalanib turgan a.brachialisni topib, ustiga bosmasdan ayni vaqtda zich qilib stetoskopni qo'yiladi.	10	0
5	Bilak arteriyasida puls yo'qolguncha manjetaga havo yuboriladi.	10	0
6	Keyin manjetadagi havo har bir yurak urishigda 2 mm.sim.ust. tezligida chiqarila boshlanadi.	10	0
7	Dastlabki ton paydo bo'lishida manometr ko'rsatkichi qayd qilinadi, bu sistolik bosimni ko'rsatadi.	10	0
8	Manjetada bosim kamaytirib boriladi, dastlab tonlar kuchayadi, keyinchalik susaya boradi.	10	0
9	Tonlar yo'qolganda yoki kuchli susayganida manometr ko'rsatkichi qayd etiladi, bu diastolik	10	0

	bosimni ko'rsatadi.		
10	Qon bosimini o'lchash 3 marta qaytariladi. Ko'rsatkichlarning eng kami – ishonchlisi hisoblanadi.	10	0
	JAMI	100	0

Mashg'ulotda qo'llaniladigan interfaol usullar ssenariysi

Mashg'ulotning nazariy qismida talabalarning bilimi an'anaviy so'rov va interaktiv o'qitishning "aqliy hujum", "muammoning yechimi", "kim ko'proq? kim chaqqon?", "grafikli organayzerlar" usullari, Swot tahlili assesment texnikasi orqali aniqlanadi. Shuningdek, mavzuga bag'ishlangan videorolik va kompyuter prezentatsiyasi taqdimotidan foydalanish mumkin.

1. "Muammoning yechimi" ish o'yinini o'tkazish usuli.

Ish uchun zarur:

1. Alohida varaqda chop etilgan topshiriq variantlari va vaziyatli masalalar to'plami.
2. Har bir kichik guruhdagi talabalar soniga qarab, qur'a tashlash uchun sonlar.
3. Toza qog'oz varaqlari, ruchkalar.

Ishning borish tartibi:

1. Guruhdagi barcha talabalar qur'a tashlash yo'li bilan har birida 3 (2) talabadan bo'lgan 3 (4) kichik guruhga bo'linadi.
2. Har bir kichik guruh alohida stol atrofiga o'tiradi, qog'oz varag'i va ruchka tayyorlaydi.
3. Varaqda sana, guruh soni, fakultet, mazkur kichik guruh ishtirokchi – talabalarining ismi, familiyasi va ish o'yinining nomi yoziladi.
4. Kichik guruhlar ishtirokchilaridan biri konvertdan topshiriq variantini oladi va bu topshiriq barcha kichik guruhlar uchun qo'llaniladi.
5. Har bir kichik guruh talabalaridan biri varaqqa topshiriqni ko'chirib oladilar

6. Kichik guruhning hamma talabalari birgalikda topshiriqni muhokama qiladilar, so'ng ulardan biri uning yechimini yozadi
7. Topshiriq yechimiga 15 daqiqa vaqt ajratiladi
8. O'qituvchi ishning borishini kuzatib boradi
9. Vaqt tugagandan so'ng ishlar o'qituvchiga topshiriladi.
10. O'yinning barcha ishtirokchilari natijalarni muhokama qiladilar, eng to'g'ri bo'lgan yechimni tanlaydilar va unga maksimal ball qo'yiladi.
11. Muhokamaga 15 daqiqa ajratiladi
12. Talabalar javob uchun ballni mashg'ulotning nazariy qismi uchun ajratilgan reytingdan oladilar.
13. Eng to'g'ri javob bergan kichik guruh mashg'ulotning nazariy qismi uchun ajratilgan maksimal balldan – 100% ni, 2chi o'rin olgan kichik guruh reytingning 80% ni, 3chi kichik guruh reytingning – 60% ni, 4-o'rinni olgan guruh esa 40% ni oladi.
14. Javob varaqlarida o'qituvchi ballarni va o'zining imzosini qo'yadi.
15. Talabalar tomonidan olingan ball mashg'ulotning joriy bahosini qo'yishda e'tiborga olinadi.
16. Jariydaning pastki bo'sh qismida ish o'yinining o'tkazilganligi haqida belgilanadi va guruh sardori imzo qo'yadi.
17. Talabalarning ishlari o'qituvchida saqlanadi.

Ish o'yini savollari:

1. Ankilozlovchi spondiloartrit etiologiyasi, patogenezi, tasnifi.
2. Ankilozlovchi spondiloartrit patogenezi, klinikasi
3. Ankilozlovchi spondiloartrit ning laborator-instrumental diagnostikasi, tashxisiy mezonlari
4. Ankilozlovchi spondiloartritning qiyosiy tashxisi
5. Ankilozlovchi spondiloartritni davolash
6. Davolash: asosiy guruh preparatlari

“SERONEGATIV SPONDILLOARTRITLAR
ANKILOZLOVCHI SPONDILLOARTRIT KASALLIGI BO‘YICHA
1. INTERAKTIV USUL «KUCHLI VA ZAIF HALQA»

1.	Qaysi kasalliklar SSA guruhiga kiradi?	1. Ankilozlovchi spondiloartrit 2. Psoriatik artrit 3. Reyter sindromi. 4. Reaktiv artritlar 5. Kron, Uipl, NYAK kasalliklari.
2.	SSA ning o‘xshash klinik laborator belgilari.	1. RO va ANO ning qonda bo‘lmasligi. 2. Teri osti tugunlarning bo‘lmasligi. 3. Periferik bo‘g‘imlar artriti (asimmetrik) 4. Beldagi og‘riq yallig‘lanish xarakterida bo‘lishi. 5. Rentgengrafiyada sakroileit yoki ankiloz bo‘lishi. 6 Bu guruhga kiruvchi kasalliklarda «Overlap» bo‘lishi. 7. Sakroileit bilan HLAB27 ning bog‘liqligi. 8. Oilaviy anamnezning bog‘liqligi.
3.	Etiologiyasi va unga olib keluvchi omillar.	1. Etiologiyasi no‘malum 2. Nasliy HLAB27ga moyillik 3. Infektsiya ham rol o‘ynashi mumkin.
4.	Patomorfologik o‘zgarishlar.	1. Limfotsitlar va makrofaglar infil‘tratsiyasi. 2.Faol fibroplastik jarayonning chandiq to‘qima hosil qilishi, kal‘tsifikatsiya va ossifikatsiya. 3.Skeletning asosiy bo‘g‘imlarida fibroz va suyakning ankilozga uchrashi. 4.Umurtqa boylamlarining suyaklanishi.
5.	Erta bosqichning belgilari.	1. Bel umurtqalarida va dumg‘aza yonbosh sohasidagi chigalda kuchli og‘riq, tunning 2 chi yarmida va tongda kuchayadi. 2. Dumba sohasida og‘riq. 3. Bel umurtqasi sohasida qotish va qiynchilik bilan harakatlanishi.
6.	Erta bosqichning belgilari (4)	1. Ko‘krak qafasida og‘riq. 2. Bel to‘g‘ri mushaklarining qotishi. 3. Bel umurtqasi lordozining silliqlashishi. 4. Ikki tomonlama sakroiletning klinik va

		rentgenologik belgilari.
7.	Kechki bosqichning belgilari.(5)	1.Umurtqaning har xil joylaridagi og'riq. 2.Tik turishning buzilishi, «doskasimon elka», «tilanchi holati», ko`krak qafasining ifodalangan kifozi.</p> <p>3. Qorin to`g`ri mushaklarining atrofiyasi.</p> <p>4. Ko`krak qafasi ekskursiyasining keskin kamayishi. 5. Umurtqa pog'onasi harakatining cheklanishi.
8.	Yurakning zararlanishi.	Aorta klapanining yetishmovchiligi. A-V qamallar.
9.	Ko`z va buyrakning zararlanishi.	O`tkir uveit ( O`tkir irit yoki iridotsiklit) IgA- nefropatiya , kam hollarda buyrak amiloidozi.
10.	Kechki bosqichning belgilari (5)	1. Dumg'aza yonbosh va umurtqalararo chigalning ankilozi. 2. Elka va chanoq bo`g'imining zararlanishi.</p> <p>3. Buyrak zararlanishi.</p> <p>4. Aortitlar, aorta klapaning yetishmovchiligi.</p> <p>5. O`pka fibrozi.
11.	Klinik variantlari.	1. Markaziy shakli. 2. Rizomiyelik shakli. 3. Periferik. 4. Skandinav shakli (revmatoid artritsimon) 5. Septik shakli
12.	Klinik mezonlari.	1. Anamnezida 3 oydan kam bo`lmagan yallig'lanish jarayoni va fizik zo`riqishda kamayishi. 2. Sagital va frontal harakatlarda umurtqa pog'onasining harakati cheklanishi. 3. Ko`krak qafasi harakatining cheklanishi.
13.	Laborator o`zgarishlar.	1. ECHT ning oshishi, gipoxrom anemiya, leykotsitoz 2. Alfa-2 va gamma globulinlarning oshishi, seromukoid, gaptoglobulin, sial kislotlarining oshishi. 3 Manfiy RO. 4. HLB27

14.	Rentgenologik o'zgarishlar.	1. Ikki tomonlama sakroileit. 2. Umurtqalararo diskning periferik ossifikatsiyasi, suyak ko'priklarining (sindesmofitlar) hosil bo'lishi.
15.	Nomedikamentoz davolash.	1. Faol xayot tarzi. 2. DJT, massaj 2. Fizioterapiya noaktiv bosqichida (ul'tratovush, fonoforez, Bernar toki.)
16.	Medikamentoz davolash.	1. NYAQV. 2. GKS (kasallik faolligi yuqori bo'lganida). 3. 5-ASK xosilalari - sul'fasalazin. 4. Miorelaksantlar.

“SERONEGATIV SPONDILOATRITLAR”

2. «Kim ko'p? Kim tezroq?» ish o'yinini qo'llash:

“Kim ko'p? Kim tezroq?” ish o'yini (ssenariysi)

Ish uchun zarur:

1. Mavzu bo'yicha savollar yozilgan kartochkalar (kartochkalarning soni guruhdagi talabalar soniga teng; har bir kartochkada 5 tadan savol bor).
2. Sekundomer.

Ishning borishi:

1. O'yin og'zaki tarzda o'tkaziladi
2. Talabalar navbat bilan savolli kartochkalarni to'plamdan sug'urib oladilar.
3. Har bir talaba 3 daqiqa davomida kartochkada yozilgan savollar to'plamiga (5) og'zaki javob beradi.
4. O'qituvchi to'g'ri javoblar sonini xisoblaydi.
5. O'yinda barcha talabalar qatnashadilar
6. O'yinning umumiy vaqti – 45 daqiqa
7. To'g'ri javoblar berilmagan savollar muxokama qilinadi.
8. Talabalarning javoblari quyidagi shaklda baxolanadi:
Har bir javob - 20 balldan hisoblanadi.

5 ta to'g'ri javob – 100 ball

4 ta to'g'ri javob – 80 ball

3 ta to'g'ri javob – 60 ball

2 ta to'g'ri javob – 40 ball

1 ta to'g'ri javob – 20 ball

0 ta to'g'ri javob – 0 ball

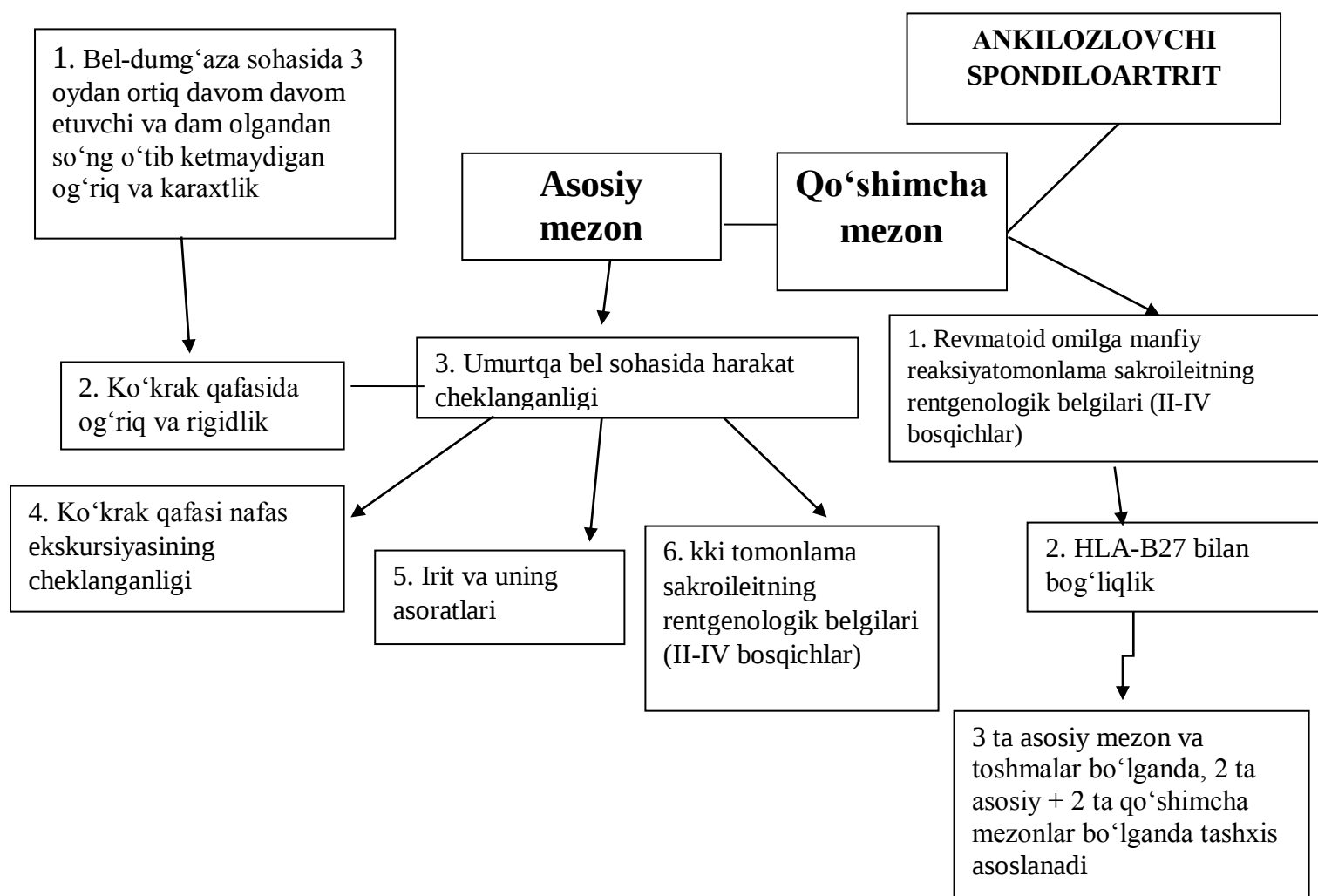
9. Talabalar olgan ball mashg'ulotning joriy bahosini qo'yishida hisobga olinadi.

10. Jadvalning pastki bo'sh qismida ish o'yinining o'tkazilganligi haqida ma'lumot guruh sardorining imzosi bilan belgilanadi

Ish o'yinini o'tkazish uchun savollar majmuasi:

1. Seronegativ spondiloartritlarga harakteristika bering.
2. SSPA guruhiga qaysi kasalliklar kiradi.?
3. SSPA ning laborator-klinik o'xshashligini aniqlang.
4. Seronegativ spondilloarritlar tushunchasi va umumiy belgilari
5. Seronegativ spondilloarritlarga qaysi kasalliklar kiradi?
6. Ankilozlovchi spondiloartritga xarakteristika bering.
7. ASA ning etiologiya va patogenezi.
8. ASA ning patoforfologiyasi.
9. ASA ning klinikasi.
10. ASA da laborator va instrumental diagnostikasi.
11. ASA ning diagnostik mezonlari.
12. ASA ning klinik variant kechishlari.
13. Qiyosiy tashxis.
14. ASA ni davolash.

ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITNING DIAGNOSTIK ME'ZONLARI: PIRAMIDA DIAGRAMMASI



PEDAGOGIK TEXNOLOGIYALAR

SWOT-ANALIZ

**Strengths – kuchli tomonlari, weaknesses – kuchsiz tomonlari,
opportunities – imkoniyatlari, threats – xavf**

SWOT- analiz – bu shunday metodki, bunda masalan, biron bir kasallikni talablarga tushuntirilayotganda, masalaga turli tomonlardan yondoshishni ko'rsatadi. Masalan, ankilozlovchi spondiloartrit kasalligining yuqori faollifida – steroid gormonlar bilan davolanadi. Demak, talabalar, bemorni GKS lar bilan davolaganimizda qanday samaraga erishamiz, qanday qarshi ko'rsatma va nojo'ya

ta'sirlari bo'lishi mumkinligini to'liq bilib oladilar. Bu usul tibbiyotda diagnostika usullarini hamda davolash usullarini tanlashda samarali qo'llaniladigan grafik organayzerlardan.

 SWOT таҳлил Гормонотерапия	
Strengths	Weaknesses
1. Яллиғланиш жараёнига кучли таъсир этиши 2. Касаллик фаоллигига қараб дозани танлаш имкони мавжуд 3. Тез таъсир этиши 4. Юқори дозада иммуносупрессив хусусиятга эга	1. Узоқ вақт қўлланилганда остеопорозга олиб келиши 2. Ноъжўя таъсирлари мавжудлиги (артериал гипертензия, гастропатия, гипергликемия) 3. Бирданига тўхтатилганда «тўхтатиш» синдромини ривожланиши
Opportunities	Threats
1. Тиббиётнинг барча соҳаларида қўлланилади 2. Иқтисодий томондан қўллаш қулай 3. Қўллаш усуллари хар хил 4. Альтернатива йўқ	1. Беморлар томонидан дориға боғлиқлик кўркуви 2. Қандли диабет, ошқозон яралари, инфекцион жараёнларда қўллаш чегараланади

Assesment texnikasi

Ushbu texnika baholash metodi ichida usul sifatida qo'llaniladi. Texnika – mohirlik, ustalik degan ma'noni bildiradi. Demak, talabalar o'z bilim ko'nikma, malakalarini mohirlik bilan sinab, o'z o'zlarini baholashlari, bir sinovdan o'tishlari mumkin.

Assesment (ingl. “assessment” – baho) o'z-o'zini taqdimot qilish, ma'lum bir sinovdan o'tish deb belgilanadi.

Usulning maqsadi. Tinglovchilarning mashg'ulotda o'tilgan mavzuni egallaganligi bo'yicha tayanch tushunchalarni o'zlashtirib olganlik darajalarini aniqlash, mustaqil ravishda o'zlarining bilim darajalarini baholash, shuningdek, o'z bilimlarini bir tizimga solishga o'rgatish.

Usulning qo'llanilishi. O'quv mashg'ulotlarining barcha turlarida (dars boshlanishida yoki dars oxirida yoki o'quv predmetining biron-bir bo'limi tugallanganida) o'tilgan mavzuni o'zlashtirilganlik darajasini baholash, takrorlash, mustahkamlash yoki oraliq va yakuniy nazorat o'tkazish uchun, shuningdek, yangi mavzuni boshlashdan oldin tinglovchilarning bilimlarini tekshirib olish, malaka oshirishga kelgan tinglovchilarning dastlabki bilimlarini, ko'nikma, malakalarini aniqlab olish uchun mo'ljallangan. Ushbu usulni mashg'ulot jarayonida yoki mashg'ulotning bir qismida yakka tartibda tashkil etish mumkin.

ASSESTMENT	
MAVZU : ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT	
TEST 2. Seronegativ spondiloartritlar uch 2ta asosiy belgini ko'rsating: oilaviy agregatsiya revmatoid faktor yukligi revmatoid faktor aniklanishi rentgen tasvirda uzuratsiyalar suyaklararo muskullar atrofiyasi 3 Seronegativno'x spondiloartropatiyalarda kaysi 2 ta Klinik belgi uchrashi mumkinligini kursating: kuz yallig'lanishi distal falangalararo bugimlar zararlanishi proksimal falangalararo bugimlar zararlanishi musbat revmatoid faktor «uchib» yuruvchi xarakterdagi bugimlardagi ogrik suyaklararo muskullar atrofiyasi	VAZIYATLI MASALA MacanaNB. 33 yoshli erkak umurtqa pog'onasining bo'yin-ko'krak va bel sohasida qotib qolish, yonboshda kechasi og'riqlarning kuchayishiga shikoyat qilmoqda. Bemor o'zini 5 yildan beri kasal hisoblaydi. Doimo indometatsin qabul kilib yuradi. Ob'ektiv: bo'yin umurtqasi kifoz, «so'rovchi pozasida», paravertebral mushaklari tarang. Periferik bo'g'imlar o'zgarmagan. Qon tahlilida ECHT – 38 mm/s. 1. Klinik tashxis qo'ying. 2. Qaysi kasalliklardan farqlash lozim? 3. Davolash rejasi. JAVOBLAR 1. Ankiлоzlovchi spondiloartrit. Markaziy shakli. Sekin avj oluvchi kechishi. Faolligi II daraja. 2. Reaktiv artrit, osteoxondroz, psoriatik artropatiya, revmatoid artrit. 3. YAQNV uzoq vaqt LFK, fizioterapiya, massaj belga, cho'milish basseynida.
RENTGEN 	AMALIY KO'NIKMA 

«Vaziyatli masalalar yechish» usuli ssenariysi

Bu usul amaliy mashg'ulotlarning barchasida keng qo'llaniladi. Bunda o'qituvchi mashg'ulotlar bo'yicha tuzilgan masalalardan foydalanadi. Vaziyatli masalalarni yechish mobaynida fikrlash qobiliyati, vaziyatlarga ijodiy va amaliy qay darajada yondoshishi yana bir bor nazorat qilinadi. Bu usul talabalarning o'z bilimlaridan optimal foydalangan holda to'g'ri xulosa chiqarish imkoniyatini kengaytiradi.

Ankilozlovchi spondiloartrit mavzusi bo'yicha vaziyatli masalalar:

Masala № 1

1. Kasalxonaga murojaat qilgan erkak bemor 47 yoshda. Bemorda bir necha yillardan beri xolsizlik, tez charchash, ko'p yurganda tizza bo'g'imida og'riq yuzaga kelishi kabi shikoyatlari bor. Ertalablari bel soxasida karaxtlik va og'riq sezadi va 3 yildan buyon Fizioterapiya bo'limida muolajalar oladi. Muolajalardan so'ng beldagi og'riqlar biroz muddatga to'xtaydi. Revmatoid omilga shubha qilinib bir necha marotaba tekshirilgan va manfiy natija olingan. Bemorning aytishicha 3 yil avval uveit tashxisi qo'yilgan va davolangan. Shifokor ko'rigida bemorda kifoz borligi aniqlandi va Otto sinamasi o'tkazilganda umurtqa pog'onasi uzunligi o'zgarmadi. Davomli tekshirishlar natijasida bemorga Bexterev kasalligiga shubxa qilinib, HLA-B27 antigeni tekshirilganda, natija manfiy.

Savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Qiyosiy tashxislang.
3. Tekshiruv rejasini tuzing.
4. Davolash rejasini tuzing.

Masala №2

Bemor L. 38 yoshda, bir oylik xizmat safari davomida jinsiy aloqada bo'lgan va og'rib qolgan. Kasallik o'tkir boshlanib, ba'zan qaltirash va haroratning ortishi kuzatilgan. Ikki oy o'tgach, boldir-tovon bo'g'imida shish, og'riq paydo bo'lgan.

1. Tashxis?
2. Davolash?

Masala №3.

33 yoshli erkak umurtqa pog'onasining bo'yin-ko'krak va bel sohasida qotib qolish, yonboshda kechasi og'riqlarning kuchayishiga shikoyat qilmoqda. Bemor o'zini 5 yildan beri kasal hisoblaydi. Doimo indometatsin qabul kilib yuradi.

Ob'ektiv: bo'yin umurtqasi kifozi, «so'rovchi pozasida», paravertebral mushaklari tarang. Periferik bo'g'imlar o'zgarmagan. Qon tahlilida EChT – 38 mm/s.

1. Klinik tashxis qo'ying.
2. Qaysi kasalliklardan farqlash lozim?
3. Davolash rejasi.

Masala №4

Bemor T.25 yosh. shikoyati bilak-kaft, yelka, tizza bo'g'imini og'rishiga, yurish qiyinlashishiga, umumiy xolsizlikka.

Obektiv umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Chap tizza bo'g'imida shish, defiguratsiya, harakat cheklanishi, oksoklanish, bilak-kaft paypaslaganda og'riq. Teri va shillik qavatlar toza rangpar. Tili nam, ok karash bilan voplangan. O'pkada vezikulyar nafas. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan. AQB 120/75 mm.sm. ust. Puls 80 ta 1da. Qorni yumshoq og'riqsiz. Jigar va taloq kattalashmagan. Ich kelishi regulyar. Siydik ajralishi meyorida.

Laborator tekshiruvlar: Umumiy qon analizi: Nv – 94g/l, l – 8,3•10⁹, EChT – 24mm/s.

Umumiy peshob analizi: solishtirma og'irligi-1015, oqsil – 0,066%, l – 9-10/1, epiteliy – 6-7/1.

Bioximik tekshiruvlar: ALT- 0,4, AST-0,3, bilirubin 12,5mmol/litr, mochevina 5,0, kreatinin – 0,04, umumiy oqsil 76,5

SRO ++, RF - manfiy.

Uretradan surtma olganda xlamidia trahomatis borligi aniklandi.

1. Sizni dastlabki tashxisingiz?
2. Dastlabki davo rejangiz?

Masala №5

Bemor I. 25 yosh. shikoyati ikkala boldir tovon bo'g'imida og'riqqa, shishga, harakat cheklanishiga, yurishni qiyinlashishiga, siyishda achishishiga, umumiy xolsizlikka.

Ob'ektiv: Umumiy ahyoli o'rtacha og'irlikda, teri va shilliq qavatlari toza rangpar. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. O'pkada vezikulyar nafas. Yurak tonlari

bo'g'iqlashgan, taxikardiya. AQB 120/75 mm.sm. ust. Puls 90 ta 1da. Qorni yumshoq og'riqsiz, jigar va taloq kattalashmagan. Ich kelishi meyorida. Siydik ajralishi tez-tez va achishish bilan.

Ikkalla boldir tovon bo'g'imida shish, defigurasiya, harakat cheklanishi, paypaslaganda og'riq, oqsoqlanish.

Laborator tekshiruvlar: Umumiy qon analizi: Nv – 90g/l, l – $8,9 \cdot 10^9$, EChT – 30mm/s.

Umumiy peshob analizi: solishtirma og'irligi-1010, oqsil – 0,033%, l – 8-10/1, epiteliy – 6-7/1, eritrositlar 3-4/1.

Bioximik tekshiruvlar: ALT- 0,4, AST-0,3, bilirubin 12,5mmol/litr, mochevina 5,0, kreatinin – 0,04, umumiy oqsil 76,5

SRO +++, RF – manfiy.

Boldir tovon bo'g'imi R – grafiyasi: o'zgarishsiz.

1. Sizni dastlabki tashxisingiz?
2. Qo'shimcha qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak.
3. Dastlabki davo rejangiz?

Masala №6

Bemor B. 19 yosh. Shikoyati chap tovon va o'ng tizza bo'g'imida shishga, og'riqqa, yurishni qiyinligiga, ko'p terlashga, umumiy xolsizlikka.

Anamnezidan: 1 oy oldin 5 kun davomida ich ketish kuzatilgan. Bo'g'implardagi og'riq 1 haftadan beri bezovta qiladi.

Obektiv: umumiy aholi o'rtacha og'irlikda, teri va shilliq qavatlari toza rangpar. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. O'pkada vezikulyar nafas. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan. AQB 120/75 mm.sm. ust. Puls 80 ta 1 min.da. Qorni yumshoq, og'riqli kindik atrofida. Jigar va taloq kattalashmagan. Ich kelishi noregulyar. Siydik ajralishi meyorida. Chap boldir tovon bo'g'imida va o'ng tizza bo'g'imida shish, defigurasiya, harakat cheklanishi, paypaslaganda og'riq, oqsoqlanish.

Laborator tekshiruvlar: Umumiy qon analizi: Nv – 90g/l, l – $7,9 \cdot 10^9$, EChT – 25mm/s.

Umumiy peshob analizi: solishtirma og'irligi-1015, oqsil – abs, l – 3-4/1, epiteliy – 1-2/1.

Bioximik tekshiruvlar: ALT- 0,4, AST-0,3, bilirubin 12,5 mmol/litr, mochevina 5,0, kreatinin – 0,04, umumiy oqsil 76,5; SRO ++, RF - manfiy.

Boldir tovon bo'g'imi rentgenografiyasi: o'zgarishsiz.

1. Sizni dastlabki tashxisingiz?
2. Qo'shimcha qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak.
3. Dastlabki davo rejangiz?

Test savollari:

1. Quyida sanab o'tilganlardan qaysi biri ankilozlovchi spondiloartritga xarakterli emas?
 - A. Ko'p hollarda kichik yoshdagilarda rivojlanadi
 - B. Ko'p hollarda ayollarda rivojlanadi*
 - C. Populyatsiyadagiga nisbatan o'pka, yurak va buyrak kasalliklaridan eng ko'p o'lim kuzatiladi
 - D. Kasallik rivojlanishida eng birinchi ko'z zararlanishi mumkin
 - E. Avtomobil boshqaruvida qiyinchilik yuzaga keladi
2. "Sosiskasimon" barmoqlar qaysi kasallikka xos:
 - A. Revmatoid artritga
 - B. Psoriatik artritga*
 - C. Osteoartrozga
 - D. Revmatik isitmaga
 - E. Tizimli qizil bo'richaga
3. Mutilirlangan artrit – bu ...ning shakli
 - A. Yuvenil revmatoid artrit
 - B. Reyter sindromi
 - C. Psoriatik artrit*
 - D. Tizimli qizil bo'richada bo'g'imlar zararlanishi

E. Ankilozlovchi spondiloartrit

4. Quyidagilardan qaysi biri ankilozlovchi spondiloartrit uchun xos emas?

A. Umurtqa pogʻonasida tungi ogʻriqlar

B. Ayollarda koʻp uchrashi*

C. Jismoniy mashqlardan keyin ogʻriq kamayishi

D. Bemorning yaqin qarindoshlarida umurtqa pogʻonasida ogʻriq boʻlishi

E. Yoshlarda koʻp uchrashi

5. Quyidagi sanab oʻtilganlardan qaysi biri ankilozlovchi spondiloartritga hos emas?

A. Oʻpka apial fibrozi

B. Kifoz

C. Aortal yetishmovchilik

D. Periferik artrit

E. Teri osti tugunchalari*

6. Faqat ankilozlovchi spondiloartritlarda kuztiladigan laborator koʻrsatkichni aniqlang?

A. Hech qaysisi

B. ECHT oshishi

C. HLA- B27*

D. Antinuklear omil

E. Hammasi

7. Seronegativ spondiloartrit guruhiga kiruvchi kasallikni belgilang:

A. Laym kasalligi

B. Bexchet kasalligi

C. Bexterev kasalligi*

D. Reyno kasalligi

ye. Gudpascher kasalligi

8. Seronegativ spondiloartrit uchun eng xos belgini belgilang:

- A. Ayollarda erkaklarga nisbatan ko‘p rivojlanishi
 - B. Teri osti tugunchalari
 - C. Revmatoid omil bo‘lmasligi*
 - D. Revmatoid omil bo‘lishi
 - E. Le hujayralar bo‘lishi
9. Seronegativ spondiloartritda qaysi klinik o‘zgarishlar kuzatiladi?
- A. Shilliq qavatlar va terida yaralar
 - B. Tirnoqlar zararlanishi
 - C. Ko‘zning yallig‘lanishi*
 - D. Distal falangalararo bo‘g‘imlar zararlanishi
 - E. Fotosensibilizasiya
10. Ankilozlovchi spondiloartritda basis terapiya nimani o‘z ichiga oladi?
- Yallig‘lanishga qarshi nosteroid preparatlar
- A. Opioid analgetiklar
 - B. Sulfasalazin*
 - C. Antidepressantlar
 - D. Glyukokortikosteroidlar
11. Ankilozlovchi spondiloartritning rentgenologik belgisini ko‘rsating:
- A. Bir tomonlama sakroileit
 - B. Osteoskleroz
 - C. Ikki tomonlama sakroileit*
 - D. Diffuz osteoporoz
 - E. Osteofitlar
12. Ankilozlovchi spondiloartritda qaysi yurak klapani eng ko‘p zararlanadi?
- A. Mitral
 - B. Aortal*
 - S. Trikuspidal
 - D. O‘pka arteriyasi klapani

- ye. O'pka arteriyasi klapanidan tashqari barcha klapanlar bir xil zararlanadi
13. Seronegativ spondiloartritlar guruhiga kiruvchi kasalliklarni belgilang:
- A. Ankilozlovchi spondiloartrit
 - B. Podagra kasalligi
 - C. Reyter kasalligi
 - D. Psoriatik artropatiya
 - E. Podagra kasalligidan tashqari barchasi*
14. Seronegativ spondiloartritga eng xos bo'lgan belgilarni belgilang:
- A. Sakroileit belgilar
 - B. Hammasi*
 - C. HLA- B27 tashuvchanlik
 - D. Periferik artrit rivojlanishi
 - E. Oldingi uveitning tez-tez rivojlanishi
15. Bemorda dumg'aza-yonbosh bo'g'imida og'riq, yirik bo'g'imlarning uzoq muddatli qaytalanuvchi monoartriti nimadan dalolat beradi?
- A. Bel-dumg'aza osteoxondrozi
 - B. Revmatoid artrit
 - C. Ankilozlovchi spondiloartrit*
 - D. Laym kasalligi
 - E. Psoriatik artrit

8. O'zlashtirilgan mavzuni nazorat qilish uchun savollar:

1. Ankilozlovchi spondiloartritning etiologiyasi
2. Ankilozlovchi spondiloartritning tasnifi, tiplari
3. Ankilozlovchi spondiloartritning patogenezi
4. Ankilozlovchi spondiloartritning klinikasi
5. Ankilozlovchi spondiloartritning diagnostikasi
6. Ankilozlovchi spondiloartritning diagnostik mezonlari
7. Ankilozlovchi spondiloartritning qiyosiy tashxisi

8. Davolash: asosiy guruh preparatlari
9. Fiziomuolaja va sanator-kurort davo
10. Kasallikning oqibati va profilaktikasi

KO'RGAZMALI MATERIALLAR:

Mavzuga xos bemorlar yoki ixtiyoriy bemorlar, kasallik tarixlari, rolli o'yin ssenariylari, grafikli organayzerlar, mavzu bo'yicha videofilm, kompyuter prezentatsiyasi.

TARQATMA MATERIALLAR

Umumiy qon, umumiy siydik, qonning bioximik tekshiruv natijalari, rentgenogrammalar, retseptlar, vaziyatli masalalar, test savollari.

Tavsiya etiladigan adabiyotlar:

Asosiylari:

1. Sh.Mirziyoev: Erkin va farovon, demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. O'zbekiston. Toshkent 2016 yil. 56 bet.
2. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 20 apreldagi PQ 2909-son «Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida»gi Qarori.
3. Nasonova ye.L. Revmatologiya: Klinicheskie rekomendatsii 2-ye izd., ispr. i dop. – M.: GEOTAR - Media M. 2010.- 752 str.
4. Gadaev A.G. "Ichki kasalliklar" Toshkent, 2016. Darslik.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine-19 th Edition – 2015.
2. Gadaev A.G. "Ichki kasalliklar" Toshkent, T: Turon Zamin Ziyo, 2014. Darslik.

3. Okorokov A.N. Diagnostika i lechenie bolezney vnutrennix organov. Moskva 2009g.
4. Mazurov V.I. Klinicheskaya revmatologiya. Sankt-Peterburg: Foliant 2005. Rukovodstvo dlya vrachey.

Fan bo'yicha talabalar bilimni baholash va nazorat qilish mezonlari

Fan bo'yicha talabalar bilimni baholash, klinik kafedra bo'lganligi sababli, 40:60 nisbatda olib boriladi.

№	Nazariy bilimni baholash	Maksimal ball, %	Amaliy ko‘nikma ishlarini baholash	Maksimal ball, %
1.	Mavzu bo‘yicha konspekt yozish	5	Amaliy ko‘nikmaga oid ko‘rsatmalarni belgilash, bajarilish sohasini aniqlash, bajarish uchun zarur bo‘lgan laborator asbob va anjomlarni tanlash	10
2.	Mavzu bo‘yicha nazariy bilimni baholash	15	Amaliy ko‘nikmaning qadamma-qadam bosqichlarini aytib berish	10
3.	Test topshiriqlarini to‘g‘ri yechish	5	Bemorlar kuratsiyasi	20
4.	Vaziyatli masalalarni to‘g‘ri yechish	5	Kasallik tarixini yozish	20
5.	Mavzu bo‘yicha TMI topshirig‘ini bajarish	10		
	Jami	40 ball		60 ball
		100 ball		

	Reyting baholash turlari	Maksimal ball	O'tkazish muddati
	• Joriy nazorat:	50 (100)	Sikl davomida
	• Muntazam ravishda konspekt yuritish uchun	5	
	• Ma'ruza va amaliy mashg'ulotlarda faolligi, savollarga to'g'ri javob berganligi, mavzu bo'yicha vaziyatli masalalarni yechish, test savollariga to'liq va to'g'ri javob berish	25	
	• Mustaqil ish uchun	10	
	• Mavzu bo'yicha bemorlarni mustaqil kuratsiya qilish laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlash;	20	
	• Kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixi yozish;	20	
	• Amaliy ko'nikmalarni bajarish		
	• Oraliq nazorat		

	Oraliq nazorat modulning ma'lum bir qismi o'tilgach topshiriladi. Talaba kafedrada oldindan tayyorlangan bilet topshiriqlaridan birini oladi va undagi 3 ta savolga og'zaki javob beradi va 100 ballik sistemada baholanadi (professor va dotsentlar tomonidan qabul qilinadi)	20	Siklning 8-kuni
	Yakuniy nazorat	30	
	Yozma ish (test). OSKI usulidagi YaN da talaba 10 ta stansiyadan iborat topshiriqqa yozma ravishda javob beradi. 100 ballik sistemada baholanadi.	15	Siklning oxirgi kuni
	Talabalar fan bo'yicha test imtixonini fanni tugatgach, o'quv bo'limi tomonidan belgilangan jadval asosida topshirishadi	15	O'quv bo'limi tomonidan belgilangan kunda
	JAMI	100	

Joriy nazoratni baholash mezonlari

Baholash usullari	Ekspress testlar, yozma ishlar, og'zaki so'rov, prezentatsiyalar
Baholash mezonlari	86-100 ball «a'lo» - mavzuga oid nazariy va uslubiy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish; - mavzu bo'yicha o'z fikrini to'liq bayon etish, barcha berilgan savollarga to'liq to'g'ri javob berish, tahlil qilish

	va xulosa chiqarish, ijodiy fikrlash, auditoriyada mavzuni muhokama qilishda faol qatnashish; - mavzu bo'yicha bemorlarni mustaqil kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlash; - kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini yozish; - mavzu bo'yicha vaziyatli masalalarni yechish, test savollariga to'liq va to'g'ri javob berish; - erkin tasavvurga ega bo'lib, kerak bo'lganda o'qituvchi bilan o'z fikrini almashish. 71-85 ball «yaxshi» - mavzuga oid nazariy va uslubiy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish; - mavzu bo'yicha o'z fikrini yetarli bayon etish, barcha berilgan savollarga to'g'ri javob berish, - tahlil qilish va xulosa chiqarish, ijodiy fikrlash, auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashish; - mavzu bo'yicha bemorlarni kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlashda ishtirok etish; - kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini yozish; - berilgan uy vazifasi mavzusi bo'yicha aniq tasavvurga ega bo'lish. 55-70 ball qoniqarli» -mavzu bo'yicha o'z fikrini bayon etish, barcha berilgan savollarga to'g'ri javob berish; - auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashish; - mavzu bo'yicha bemoralarni kuratsiya qilish, laborator-instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlashda ishtirok etish; - kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini o'qituvchi
--	---

	yordamida yozish; - berilgan uy vazifasini mavzusi bo'yicha tasavvurga ega bo'lish. 0-54 ball “qoniqarsiz” - mavzu bo'yicha o'z fikrini bayon etolmaslik, berilgan savollarga javob berolmaslik; - auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashmaslik; - mavzu bo'yicha bemorlarni kuratsiya qilish, laborator-instrumental natijalarini tahlil va talqin qilish, qiyosiy tashxislash, tashxisni shakllantirish, davo tayinlashda ishtirok etmaslik; - kuratsiya natijalari asosida kasallik tarixini o'qituvchi yordamida yozish; - berilgan uy vazifasi mavzusi bo'yicha tasavvurga ega emaslik.
--	---