

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

РЕВМАТОИД АРТРИТ

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА МАВЗУСИ

УРГАНЧ- 2006

Маруза матни факультет терапия фанидан Тошкент Тиббиёт Академияси
Урганч филиали марказий услубий хайъати томонидан муҳокама қилиниб
(баённома №____) ва филиал илмий Кенгаши томонидан тасдиқланди
(баённома №____)

МУХ раиси,
Профессор

Нуралиев Н.А.

МАЪРУЗА МАКСАДИ: Ревматоид артрит келиб чиқиш сабаблари,
таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва
профилактикасини талабаларга етказиш.

Тарбиявий мақсадлар: Материални кенг ёритиб бериш йули
билан талабаларни шу муаммога қизиқтириш, шу касаллик

диагностикаси ва даволашдаги охириги янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустақил ишлашга кизиқиш уйғотиш.

Маърузани вазифалари: ʻрганилаётган муаммонинг этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини ҳозирги замон талаби миџиёсида асослаб бериш.

Муаммони долзарблиги: Ревматоид артрит муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарғалганлиги, кечишининг ʻзига ҳослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг аҳамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани мақсади ва вазиқаси	- 5 минут
Этиология ва патогенези ёритиш	- 15 минут
Классификация ва клиника	- 25 минут
Танаффус	- 5 минут
Беморни қурсатиш	- 10 минут
Лаборатор-инструментал диагностика	- 10 минут
Тағасслаш тақхиси	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

РЕВМАТОИД АРТРИТ

Бириктирувчи туқиманинг тизимли яллигланиш касаллиги бўлиб, сурункали жадаллашувчи эрозияли-деструктивли полиартрит билан ифодаланади.

ЭТИОЛОГИЯСИ аниқланмаган

- Касалликнинг вужудга келишида А ва В гуруҳ стрептококкларга, ичак ва сийдик инфекциясига, микоплазмага, В-лимфоцитда жойлашган ва иммуноглобулинлар синтезини бузиш қобилятига эга булган Эбштейн-Барр вирусига ахамият берилмоқда.

- Ирсий омиллар

1. Бўғимнинг юмшоқ тўқималаридаги экссудатив ўзгаришлар.
2. Жараёнга тоғай тўқимали бўғим олди тўқималар қўшилади, фиброз-склеротик ўзгаришлар ривожланади, синовиал пардада грануляцион бириктирувчи тўқима (паннус) ҳосил бўлади ва ривожланади. Паннус аста-секин тоғай ва суяк эпифизини барбодлайди, натижада яра (узур), дарча, тиркич вужудга келади. Бўғим бўшлиғида ёпишқоқ лойқа синовиал суюқлик аниқланади.

3. охири босқичда торайнинг емирилиши бўғим чиқишига, ярим чиқишига, анкилоз (ҳаракатдан қолиши) ва бўғимлар шаклининг ўзгаришига олиб келади. Ревматоид атритда бўғимлар шикастланиши билан бирга доимо бириктирувчи тўқималар ва аъзоларнинг дезорганизацияси кузатилади. Шунинг учун мазкур хасталик тизимли касаллик сифатида изоҳланади.

ТАСНИФИ. Бизнинг мамлакатда жараённинг клиник-анатомик тавсифини, кечишини, фаоллик даражасини, артритнинг рентгенологик босқичини ва беморнинг функционал қобилятини ҳисобга олувчи ишчи дастур (1980 йилда ревмотологлар жамиятининг пленумида қабул қилинган) қўлланилади. Таснифда хасталикнинг 4 клиник тури ифодаланган:

I - асосан бўғим шакли- поли-, олиго ёки моноартрит кўринишида;

II - бўғим-висцериал шакли;

III - ревматоид атритнинг бошқа ёйилган касалликлар ёки бўғим касалликлари билан бирга келиши;

IV - ювенил ревматоид артрити.

Патологик жараённинг ривожланиш суръатига кўра ревматоид артритининг аста-секин, тез ва жуда кам зўрайдиган (хавфсиз) ҳилларини ажратиш мумкин. Таснифда конда ва синовиал суюқликда РО мавжудлиги ёки йўқлигига қараб (Ваалар-Роуза реакцияси ва латекс-тест ёрдамида аниқланади) беморнинг серопозитив ёки серонегативлиги тўррисида бўлим ажратилган.

Клиник ва лаборатория белгиларига қараб ревматоид артритининг учта фаоллик даражаси аниқланади:

I -минимал,

II - ўрта,

III - юқори даражаси.

КЛИНИК КўРИНИШИ.

Касалликнинг бошланиши ҳар хил бўлиши мумкин. Кўпинча у аста-секин, суст-пролонгирланган, лекин ўткир ёки ярим ўткир кўринишида ривожланади. Хасталикнинг клиник кўринишида муҳим ўринни бўғим синдроми - 85 фоизгача, қолган 15 фоизни бўғимдан ташқари (висцериал) тури ташкил қилади. Висцериал турининг илк кўриниши қон томирлар зарарланишининг тарқашига - (шикастланган аъзо васкулитига) боғлиқ. Хасталик бошланишини қўзғатувчи омиллар: грипп, ангина, юқори фас йўллари инфекцияси, асабий таранглашиш, совқотиш, инсоляция, бўғимнинг лат ейиши, дори моддалар саллиги, хомиладорлик ва туғиш.

Бўғим синдроми

- Хасталик бошланишидаги асосий белги - полиартралгия - яллигланишсиз огрик - симметрик жойлашган майда (кўпроқ билак, кафт-панжа ва фалангалараро) бўғимлар шикастланиши (50%), қисман йирик бўғимлар (25%) ва моноартрит (25%) вужудга келади. Огрик эрталаб ва куннинг биринчи ярмида кучлмроқ бўлади, кечга бориб камаяди. Огрик шикастланган бўғимларда ўзгармас, доимий бўлиб, касаллик ривожланган сари секин-аста кучайиб боради.

- Бўғимларда ҳаракатнинг танглиги (сиқиклиги), айниқса эрталаб ёки давомли ҳаракатсизликдан сўнг, ревматоид артритининг энг илк ва тургун белгиларидан биридир. Бўғимларда ҳаракат жуда қийинчилик билан бажарилади. Бу белги бўғим атрофидаги тўқималар (периартикуляр) шиши, ҳамда конда эндоген глюкокортикоидлар миқдорининг камлиги билан тушунтирилади.

- Касаллик баъзан иситма чиқиши, иштаха пасайиши, тез чарчашлик, дармонсизлик билан кузатилади.

- Кўздан кечирганда шикастланган бўғимларнинг шишганлиги аниқланади. Яллигланиш, аксарият бармоқларнинг проксимал фалангалараро бўғимларида урчуксимон шаклда кузатилади. Бўғимлардаги экссудатив ўзгаришларга пролифератив ўзгаришлар қўшилганда улар шакли бузилади (деформациялашади). Панжа бўғимларидаги мазкур хасталикка хос ўзгаришларни "ташриф картаси" деб ҳам аталади. Кафт-фаланга бўғими букилган ҳолда қотиб қолиши (контрактура), проксимал фалангалараро бўғимларнинг орқага эгилиши ва дистал фалангалараро бўғим букилиши натижасида вужудга келадиган ўзгаришларни бармоқнинг "Оккуш бўйни" шаклидаги ўзгариши дейилади. Панжафаланга бўғимларидаги ўзгаришлар, бўғимларнинг қисман чиқиши сабабли улар жимжилоқ (улнар) томонга қийшайиб кафт шакли ўзгарганлиги "улнар девиация" ёки "морж сузгичи кафти" деб айтилади. Улнар девиация билан бирга фалангалар катталишиши, уларни қоплаган терининг юпкалашиб бужмайиши вужудга келса, кафтнинг бу ўзгаришини "лорнетли қўл" деб аталади. Бўғим суякларида ҳам ўзгаришлар рўй беради: суякларнинг бўғим ичидаги учлари бир-бири билан ёпишиб, битиб қолади, шу сабабли бўғим ҳаракати йўқолади, анкилоз (бўғимнинг қотиб қолиши) ривожланади.

РЕВМАТОИД АРТРИТИНИНГ БЎҒИМДАН ТАШҚАРИ (СИСТЕМЛИ) КЎРИНИШЛАРИ, шулар қаторида ички аъзолар шикастланиши, камдан кам яккол ифодаланган бўлади. Шунинг учун улар синчковлик билан изланишни талаб қилади. Аксарият тери ости тугунлари ва полинейропатия кузатилади.

- **Ревматоид тугунчалари** тахминан 10-20% беморларда аниқланади. Кўпинча улар тирсак бўғими атрофидаги тери ости тўқимасида, ахилла пайлари остида жойлашадилар. Тугунчалар катталиги 0,5-1,5 см бўлиб, ҳаракатчан, атрофдаги тўқималарга ёпишмаган огриксиз ва каттик. Улар битта ёки бир канча бўлиши мумкин, ҳеч қачон яллиғланмайди ва йирингламайди. Ревматоид тугунчалари хасталикнинг зўрайиш даврида пайдо бўлиб, симметрик жойлашади, ремиссия даврида йўқолиб кетиши мумкин. Касалликнинг эрта босқичида фаол артрит ривожланган даврда шикастланган бўғимлар ҳаракатини бажаришда иштирок этувчи яқин мушаклар атрофияга учрайди, баъзан мушакларда миозитни кузатиш мумкин.

- **Полйнейропатия** - периферик нервларни озиклантирувчи кон томирлар васкулитининг кўриниши. Мазкур жараёнда нерв стволи дистал қисмининг шикастланиши сезувчанликнинг бузилиши билан кузатилади. Беморлар оёқ-қўлларнинг дистал қисмларини увишишига, ачишишига, совқотишига шикоят қиладилар. Пайпаслаганда шикастланган бўғимда огрик, зарарланган нерв соҳасида сезувчанликнинг ортиши ёки пасайиши аниқланади. Онда-сонда ҳаракат бузилишлари вужудга келади.

- Хасталикнинг фаол даврида баъзи беморларда **лимфаденопатия** - лимфа тугунчаларининг (жағ ости, бўйин ва х.к.) катталашганлиги аникланади.

- Ички аъзоларда (одатда юрак, ўпка, бўйрак) ревматоид зарарланишининг клиник белгилари кам ҳолларда кузатилади.

1. Касаллик юқори фаоллик билан кечганда ревматоид миокардити, эндокардити ва нихоят перикардити ривожланиши мумкин. Баъзи митрал қопқоклари етишмовчилиги шаклланади ва у нисбатан енгил кечади, гемодинамика бузилишлари деярли кузатилмайди.

2. Қон томир деворларида яллиғланиш ҳолати (васкулит) кузатилади. Шу сабабли бармоқларнинг дистал қисмида микроинфаркт, йирик қон томирларда эса Рейно синдроми белгилари пайдо бўлади.

3. Ўпка тўқимасининг тугунчалар ривожланиши билан шикастланиши, унда яна алвеолит, ўпка васкулити, ҳамда плеврит учраши мумкин.

4. Ревматоид артритида буйраклар шикастланиши нефрит, пиелонефрит, буйрак амилоидози ва нефротик синдроми кўринишида бўлиши мумкин.

5. Жигар шикастланиши ревматоид гепатити, жигар амилоидози тарзида ифодаланади ва 60-80% беморларда жигар фаолияти бузулиши билан кечади.

6. Меъда-ичак тизимида амилоидоз белгилари ривожланиши мумкин.

7. Асаб, эндокрин тизимида ва кўзда ҳам ревматоид артритига хос ўзгаришлар кузатилади.

- **Қон синамасида** ЭЧТ ошиши, С - реактив оксил пайдо бўлиши, алфа-2 ва гамма-глобулинлар, ҳамда фибриноген миқдори кўпайиши аникланади. Хасталик оғир кечиб, ички аъзолар шикастланганда гипохром кам қонлик ривожланади, лейкоцитлар ва нейтрофиллар сони меъёрий даражада бўлади.

- **Иммунологик ўзгаришлар** хасталик бошланишида синовиал суюқликда бўғим синовиал қобикларининг плазматик хужайралари ишлаб чиқарадиган ва Ваалер-Роуз ёки латекс-тест синамалари билан аутотанадиган ревматоид омили (РО) титри кўтарилганлиги билан характерланади ва патологик жараённинг фаоллик даражаси, кечиши, ҳамда бўғимдан ташқари аъзолар шикастланганлиги ҳолати билан бевосита боғлиқ бўлади. Баъзи (20%) беморларда хасталикнинг "серонегатив" тури бўлиб, РО топилмайди.

- **Бўғимлар рентген усули** билан текширилганда суяк эпифизининг сийраклашиши (остеопороз), бўғим тирқишларининг торайиши, бўғимларнинг ярим ёки тўлиқ чиқиб кетиши, тоғай ва суякларнинг бўғимдаги юзалари ғадир-будир бўлиб тургани ва яраланиши (узурация), бўғим сатхи четида остеофит ўсиши бўғимларнинг кескин деформацияси ва бўғим тирқишларининг тўлиқ битиб кетиши (артрозлар) аникланади.

ТАШХИСИ. Хасталикнинг патогномоник симптомлари йўқлиги сабабли ревматоид артрити ташхисини аниқлашда клиник-рентгенологик текширишлар йиғиндисига қараб йўл тутмоқ керак.

Америка ревматологлари уюшмаси таклифига биноан касалликнинг **11 белгиси ташхисий (диагностик) мезон ҳисобланади:**

- Эрталабки бўғим ҳаракатининг чегараланиши (танглиги);
- 3 ёки ундан кўп бугимлар артрити
- Кул панжалари бугимлари артрити
- Симметрик артрит
- Ревматоид тугунчалар
- Ревматоид омил аникланиши

- Рентгенологик узгаришлар

ҚИЁСИЙ ТАШХИС

Подагра - одатда ёши 30 дан юқори бўлган эркакларда, кўпинча қўзғатувчи омиллар (кўп микдорда гўшти, ёғли овқат, алкоголь истеъмоли, жисмоний зўриқиш, совқотиш, жароҳатланиш) таъсиридан сўнг ривожланади. Хасталик тўсатдан бошланади, кўпинча тунда, оёк ёки қўлларнинг битта бўғимида, хусусан бош бармоқ, болдир-панжа, тиззада, қаттиқ огрик хуружи билан юзага келади. Шикастланган бўғимлар шишинкираган, устидаги териси кизарган, тана ҳарорати кўтарилган. Ташхис тўғрилигини конда сийдик кислотаси микдорининг юқорилиги (0,35 ммол/л дан баланд), айниқса, синовиал суюқликда ёки тери ости тугунларида урат кристаллари топилиши тасдиқлайди.

Ўткир ревматизм - аксарият ёшларда (25 ёшгача) учрайди. Касаллик кўпинча ангина, сурункали тонзиллит кўзишидан 1-3 hafta ўтгач бошланади. Ревматик артритга жараённинг ўткир бошланиши, катта бўғимларларнинг симметрик шикастланиши, бўғим шиши ва ҳаракатини чегараланиши, умумий ҳароратнинг кўтарилиши (38-40°C), артрит белгиларининг бўғимдан бўғимга кўчиб юриши ва вақт ўтиши билан асоратсиз бутунлай йўқолиб кетиши хосдир. Кўпинча ревмокардит ёки юрак нуқсонлари, тегишли лаборатория синамалари (АСЛО юқори титри) аниқланади.

Ювенил ревматоид артрити доимо 16 ёшгача бўлган болаларда бошланади, асосан йирик бўғимлар шикастланади ва умуртка поғонасининг бўйин қисмида огрик, лимфоденопатия, ички аъзоларнинг системли шикастланиши (гепатоспленомегалия, плеврит, перикардит), пуштиранг доғ кўринишидаги қичишмайдиган, беқарор тошма, конда антинуклеар омил пайдо бўлиши билан кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ сурункали инфекция ўчоқларини бартараф этиш, организмни чиниқтириб бориш, организмда аллергия ҳолатни йўқотиш, хасталик қайталаниши ва зўрайишининг олдини олиш, бўғимларнинг функционал ҳолатини ва беморнинг меҳнат қобилиятини тиклашдан иборат.

ДАВОСИ - патологик жараён тури, босқичи, фаоллик даражасини ҳисобга олган ҳолда комплексли, давомли, шахсга хос (индивидуалли) бўлиши ва босқичма-босқич стационар-поликлиника-курорт схемаси бўйича ўтказилиши керак. Комплексли даво-сурункали инфекция ўчоқларини бартараф қилишни, яллигланишга қарши тез таъсир қилувчи моддаларни, секин, лекин узоқ таъсир этувчи устивор дориларни, физиотерапия муолажаларини, даволи жисмоний тарбияни ва укалашни қўллаш тадбирларини ўз ичига олади. Кўшимча тарзда бўғим ичига дори моддаларни юбориш мумкин. Беморларни даволаш патологик жараён фаоллигини ва жадаллашувини сусайтириш, конкрактура ва анкилозлар ривожланишининг олдини олишга қаратилиши лозим. Бўғимга тушадиган ортиқча юклашни истисно қилиб, авайлайдиган ҳаракат тартибини жорий қилиш керак.

- **Яллигланишга қарши тез таъсир қилувчи ностероид моддалар (ЯҚНМ)** - шахсга мос ҳолда турини ва даволаш меъёрини (дозасини) танлаб, камида 7 кун давомида овкатлангандан сўнг қабул қилинади. Агар қўлланилган дори 3-4 кун давомида самара кўрсатмаса, бошқа дори билан алмаштирилиши даркор.

Арилпропион кислота хосилалари:

1. Ибупрофен 0,8 г дан кунига 3-4 марта.

2. Напроксен 500-700 мг дан кунига 2 марта (эрталаб ва кечқурун).

Арилуксус кислота хосилалари:

1. **Ортофен** 25-50 мг дан кунига 3 марта.
2. **Волтарен** - ретард 100 мг дан кунига 1-2 марта.

Индолуксус кислота хосилалари:

1. **Индометацин** 25-50 мг дан кунига 3 марта.
2. **Метиндол** - ретард 75 мг дан кунига 1-2 мартадан.
3. **Сулиндак** 200 мг дан кунига 2 марта.

Энолик кислота хосилалари:

1. **Пироксикам** 10-20 мг дан кунига 2 марта.
2. **Мелоксикам** 7,5 мг суткасига.

Салицитлар: аспирин 500 мг дан кунига 3 марта. **ЯҚНМ** нинг таъсир кўрсатиш механизми яллигланиш медиаторлари (простогландинлар, АТФ) синтезини тормозлаш (секинлаштириш), капиллярлар ва лизосом мембраналари ўтказувчанлигини меъёрлаштириш, протеолитик ферментлар фаоллигини сусайтириш, тромбоцитлар агрегациясининг камайиши натижасида яллигланиш ўчогида микроциркуляциянинг яхшиланиши билан боғланади. Яллигланишга қарши дори моддалар меъда-ичак деворларини таъсирлайдилар ва суяк кўмигининг кон ҳосил қилиш фаолиятини (гранулоцитопения ва агранулоцитоз) бирмунча сусайтирадилар. Мазкур дорилар даволаш жараёнида узок вақт қўлланишлиги сабабли уларнинг нохуш таъсирларини эътиборга олиш даркор.

Устивор даво воситалари беморнинг умумий аҳволига, касаллик турига ва кечишига қараб белгиланади. Давомли устивор давонинг умумий хусусиятлари уларнинг антипролифератив таъсир кўрсатиш (суяк ва тоғайни барбод қилувчи грануляциян тукима ривожланишини камайтириш) ва аутоиммун реакцияларининг авж олишини секинлаштиришдан иборатдир.

• **Олтин препаратлари** серопозитивли ревматоид артритда қўлланилади. Дори таъсири 6-8 ҳафтадан сўнг самара беради. Даволаниш даврасида 1,0-1,5г олтин олинади.

1. Кризанол - олтиннинг кальций тузи ёрли қоришмаси – 5% 1мл кризанол таркибида 17мг, 10 %да эса 34мг метали олтин сақланади. Даволаш даврасида метали олтин мушак орасига ҳафтада 1 марта 10, 17, 34 ва 50мг дан юборилади.
2. Тауредон - 1,2,3 инъекция-10 мг дан; 4,5 6-20 мг дан, 7 дан-50 мг дан ҳафтасига 2 марта юборилади. Натижага эришгач кувватловчи доза-50 мг дан 2 ҳафтада 1 марта берилади.
3. Ауранофин - 6 мг кунига (1 марта ёки иккига бўлиб, овқатланиш вақтида ичилади).

Олтин тузлари иммунглоблинларнинг ортиқча маҳсулотларини, ферментлар фаоллигини, ҳамда хужайраларда оксидланиш жараёнларини ингибирлаб, иммунпатологик реакцияни, яъни жараён авж олишини секинлаштиради. Кризотерапия ўтказилганда 20-30% беморларда тери тошмалари, стоматит, гломерулонефрит, агранулоцитоз каби ножўя ҳолатлар ривожланади. Шунинг учун дориларни юборишдан олдин ҳаргал периферик кон таркибини текшириш керак. Агар лейкопения, тромбоцитопения аниқланса дорини қабул қилиш тўхтатилади. Олтин тузлари ориқлаш, висцеропатия, васкулитлар билан кузатиладиган ревматоид артритнинг оғир кечишида, хомилдорларда, эмизикли аёлларда, ҳамда Д-пеницилламин ва цитостатиклар билан биргаликда қўллаш ман этилади.

• **Иммундепрессантлар** - ревматоид артритининг оғир кечадиган фаол турида, тизимли кўринишларида қўлланиладилар. Дори таъсири 3-4 ҳафтадан сўнг ривожланади.

1. Метотрексат 7,5 мг ҳафтада 1 марта 3-6 ой давомида.
2. Азатиоприн 50-450 мг дан кунига.
3. Хлорбутин (лейкеран) - 2-5 мг дан кунига.

4. Циклофосфан - 100-150 мг кунига.

Иммундепрессантлар хужайра иммун қисмларининг ҳосил бўлишини, ривожланишини ва фаолиятини секинлаштиради ва антипролифератив таъсир кўрсатади.

- **Купренил (пеницилламин)** - Фелти синдромида, ўпканинг ревматоидли зарарланишида қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бошланғич дозаси - 250 мг кунига, микдорини 750 мг гача ошириш мумкин. Даволаш курси - 6-9 ой.

- **Сулфаниламид хосилалари** - ревматоид атритининг тизимли бўлмаган кўринишларида қўлланилади.

1. Сулфасалазин (салазосулфапиридин) - 1 ҳафтада 1,0 г дан кунига; II ҳафтада - 1,5 г дан кунига, III -ҳафтадан - 2,0 г дан кунига. Дори таъсири 4-6 ойдан сўнг ривожланади.

2. Салазопиридазин - сулфасалозинга ўзшаб қабул қилинади.

- **Аминохинолин хосилалари** - ревматоид артритининг бошланғич даврида, паст фаолликда аксарият, бўғим турида ёки бошқа дорилар билан биргаликда қўлланилади., таъсири 6-12 ойдан кейин ривожланади.

1. Хлорохин, резохин, делагил - 0,25 г кунига.

2. Плаквенил (гидроксихлорохин) 400 мг уйқудан олдин 2-3 ой давомида, кейинчалик - 200 мг дан. Даволаш курси одатда 6 ой.

Хинолин бирикмалари плазматик хужайралар фаоллигини секинлаштирувчи хусусияти туфайли кучсиз иммундепрессив таъсирга эга, яллигланишнинг пролифератив қисмини ингибирлаши мумкин, ҳамда ДНК деполимеризациясини бузади, шунингдек коллаген синтезини ва етилишини секинлаштиради.

Уйғунлашган устивор даво - олтин тузлари ва меторексат алоҳида ёки метотрексат ва азатиопирин бирга қўшиб берилади.

- **Глюкокортикоидлар.** Преднизолонни кичик дозада (7,5-10 мг) киска. вақтга ЯКНПга ва устивор дориларга қўшимча даво сифатида ҳар куни қўллаш жоиз, юқори (10 мг дан ортик) микдорда эса ҳар хил асоратларни вужудга келтиради. Метилпреднизолон пульс терапияси (дорини катта микдорда бериш) асосан ревматоид васкулитини даволашда қўлланилади.

- **Глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш** - битта ёки бир нечта бўғимларда экссудатив ҳолат ривожланса, ЯКНМ давоси яхши самара кўрсатмаса қўлланилади. Инъекцияни ахён-ахёнда қўллаш лозим, чунки гормон тоғай дегенерациясини чакириши мумкин. Препаратлар йирик бўғимларга - бутун дозада, ўрта ҳажмдаги бўғимларга 50%, кичик бўғимларга – 20% юборилади.

1. Метипред (метилпреднизолон) ёки депомедрол 40 мг (1-5 ҳафтада бир марта).

2. Гидрокортизон гемисукцинат - 125 мг дан ҳафтасига 1 марта.

ДОРИ МОДДАЛАРСИЗ ДАВОЛАШ.

- Даво гимнастикаси - жисмоний тарбия системаси машқлари.
- Физиотерапия - жараённинг паст фаоллигида қўлланилади.
- Курорт ва сихатгоҳларда даволаш - радонли, натрий хлоридли, гидросулфидли, карбонат-ангидридли сувлар.

ДОРИЛАРНИНГ ЎЗАРО ТАЪСИРИ.

- Антацидлар ЯКНП сўрилиш тезлигини ва даражасини камайтирадилар.
- Антикоагулянт қабул қилган беморларда ҳамма ЯКНП қон кетиши эҳтимолини оширади.

- Аспирин, бутадион таблеткаланган гипогликемик моддалар таъсирини кучайтириши мумкин.
- ЯКНП диуретиклар, бета-блокаторлар, гидрализин, АПФ ингибиторлари таъсирини пасайтиради.
- ЯКНП, айниқса индометацин ва диклофенак, қонда литий препаратлари миқдорини оширади.
- Салицилатлар метотрексатнинг буйрак орқали чиқишини секинлаштиради, бу ҳолат унинг миқдорини организмда заҳарланишгача кўпайишга олиб келади.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР :

Бемор Н., 35 ёшда, кул кафтининг майда бугимларида, билак-панжа ва болдир-товон бугимидаги шишга ва огрикка, эрталабки кархтлик 1 соат давом этишига, кувватсизликка шикоят килиб келди.

Анамнезидан: 10 йилдан бери касал, каалликни бошланиши совук котиш Билан боғлайди – ушанда кул майда бугимларида огрик булган. 15кундан кейин бу белгилар утиб кетди, лекни утказган ангинадан сунг айтилган бугимларда яна огрик, шиш ва эрталабки карахтлик пайдо булди. Бемор бир неча маротаба стационар ва амбулатор даво олган. Охирги 3 йилда билак-кафт ва болдир-товон бугимларида огрик ва харакатнинг чекланиши пайдо булди.

Объектив: тери копламлари рангпар, тери тургори пасайган. Кул панжа бугимлари деформациялашган, пальпацияда огрик, харакат чекланган. Билак-кафт ва болдир-товон бугимларида шиш, махаллий харорат бор. Упкада везикуляр нафас. Юрак тонлари сусайган. Пульс 80 марта 1дакикада, ритмик. Жигар катталашмаган, Пастернацкий синамаси икки томонлама манфий.умумий кон тахлилида - анемия, лейкопения, РОЭ тезлашган, уткир синамали пробалар мусбат, РФ «+», диспротеинемия

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу буйича мультимедияда слайдлар, рентген суратлари курсатилади.

Мавзу буйича 1 та бемор тахлил килинди.

АУДТОРИЯГА САВОЛЛАР:

1. Ревматоид артритга олиб келувчи сабаблар қандай?
2. Ревматоид артрит ташхис мезонлари
3. Ревматоид артритнинг базис давоси.

ХУЛОСА

Ревматоид артрит тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни о'з вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири б'олиб ³исобланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор текширувлар а³амиятининг катта эканлигини ³исобга олиб, сурункали пиелонефритга хос лаборатор ва функционал текширувлардаги о'згаришларни фарқлай билиш талаб қилинади.

АДАБИЁТЛАР :

1. Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. Тиббиёт институтлари талабалари учун Т., Ибн Сино. 2003.
2. Внутренние болезни. Под ред. Ф.Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. 2-ое перераб. И доп. Изд. М.Медицина. 1990., с 454-460.
3. Внутренние болезни. Лекции для студентов и врачей. Под ред. Б.И. Шулуток. – Л., 1991. С 364-373.
4. Внутренние болезни. В 10 книгах, ред. Т.Р.Харрисон, книга 6, перевод с английского языка. Под ред. Е.Браунвальд. М., Медицина, 1993. Инфекционные заболевания мочевых путей. Пиелонефрит и родственные с ними состояния. Уолтер Е.Стамм, Марвин Турн. С 341-342.
5. Маколкин В.И. Овчаренко С.И. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям. М. Медицина. 1994.
6. Камолов Н.М. Куйлиев М.У. Ички касалликлар. Укув кулланмаси.- Т. Ибн Сино. 1991.
7. Моисеев В.С., Сумарков А.В. Внутренние болезни и их особенности в тропиках. Учебное пособие. –М., Медицина. 1990. С 299-302.
8. Практическая нефрология / А.П.Пелешук, Л.А. Пыриг., Н.Я.Мельман и т.д. Под. Ред. Проф. А.П.Пелешука. 2-е изд. Киев.: Здоровья.1983.
9. Справочник не нефрологии./Авт.: И.Е.Тареева, С.О.Андросова. В.М. Ермоленко и др.: Под ред. И.Н.А.Мухина. М., Медицина, 1980
10. У.Б.Шаропов, Ф.Х.Гаффорова, У.И.Шодмонов, У.Б.Шаропов тахрири остида. – Т.:Ибн Сино, 1994.
11. . <http://www.meddean.luc.edu>
Энциклопедия обследования больного со множеством иллюстраций, краткое описание болезней, тестирование.
12. <http://www.embbs.com>
Истории болезни, обучение, атлас по КТ, ЭКГ и др.