

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №3

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №3, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Ахмедов Х.С., Халметова Ф.И., Тураев И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗОНЫ ПРОЖИВАНИЯ	Axmedov Kh.S., Khalmetova F.I., Turayev I.A. FEATURES OF CLINICAL AND FUNCTIONAL INDICATORS IN RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON ZONES OF RESIDENCE	65
Bekenova G.T., Asqarov N.L., Tolipov O.U. REVMATOID ARTRITLI BEMORLARDA FARMAKOTERAPIYANI SAMARADORLIGINI PSIXOFENOTIPGA BOG'LIQLIGI	Bekenova G.T., Askarov N.L., Tolipov U.U. THE EFFECTIVENESS OF PHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON THEIR PSYCHOPHENOTYPE	68
Бердиева Д.У., Бабакулиева Ж.Я. ПОЛИАНГИИТЛИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИНГ ФАОЛЛИГИ ВА ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ	Berdieva D.Yu., Babakulieva Zh.Ya. ASSESSMENT OF ACTIVITY AND DAMAGE INDICATORS IN GRANULOMATOUS POLYANGIITIS	70
Botirova N.A., Sadikova N.G., Hamrayev X.X. QANDLI DIABETNING 2 TURIDA RIVOJLANGAN SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINI ERTA TASHXISLASHDA KLOTHO HAMDA SISTATIN C NI ANAMIYATI	Botirova N.A., Sadikova N.G., Khamraev X.X. SIGNIFICANCE OF CLOTHO AND CYSTATIN C IN EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN TYPE 2 DIABETES	76
Буранова С.Н., Ахмедов Х.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СУСТАВИН НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА	Buranova S.N., Akhmedov Kh.S. CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS SUSTAVIN IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS	79
Buranova S., Ahmedov X., Rahimova M. OSTEOARTRITLI BEMORLARDA TOG'AY OLIGOMER MATRIKS OQSILI KO'RSATKICHLARINI YAXSHILASHGA QARATILGAN TERAPEVTIK TADBIRLARNING ANAMIYATI	Buranova S., Akhmedov H., Rakhimova M. THE IMPORTANCE OF A TREATMENT IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS FOCUSED ON THE DYNAMICS OF THE INDICATORS OF THE CARTILAGE OLIGOMER MATRIX PROTEIN	82
Ганиева Н.А. ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ТИЗИМ ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ	Ganieva N.A. ASSESSMENT OF INDICATORS OF DAMAGE TO THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLERODERMA	87
Дадабаева Н.А., Мирзалиева А.А., Махмуджонова М.Э. ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	Dadabaeva N.A., Mirzalieva A.A., Makhmudzhonova M.E. THE INFLUENCE OF A HEALTH LIFESTYLE ON THE ACADEMIC PERFORMANCE OF THIRD-YEAR TASHKENT MEDICAL ACADEMY STUDENTS	91
Джуроева Э.Р., Ганиева Н.А., Исраилов А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Djuraeva E.R., Ganieva N.A., Israilov A.A. FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS DEPENDING ON THE CAUSATIVE AGENT OF THE DISEASE	94
Джуроева Э.Р. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ	Djuraeva E.R. ADHERENCE TO URATE-LOWERING THERAPY FOR GOUT	99
Ibragimov Kh.I., Ziyadullayev Sh.X. THE RELATIONSHIP BETWEEN METHOTREXATE MONOTHERAPY AND CARDIOVASCULAR MORBIDITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS	Ibragimov X.I., Ziyadullayev Sh.X. REVMATOID ARTRITDA METOTREKSAT MONOTERAPIYASI VA YURAKQON TOMIR KASALLILARI O'RTASIDAGI BOG'LIQLIK	102
Исламова К.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	Islamova K.A. QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS	106
Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. REVMATOIDLI ARTRITDA TOTSILIZUMAB PREPARATI BILAN OLIV BORILGAN KOMPLEKS TERAPIYANING BO'G'IM DESTRUKSIYASIGA TA'SIRINI O'RGANISH	Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. STUDY OF THE EFFECT OF COMPLEX THERAPY WITH TOCILIZUMAB IN RHEUMATOID ARTHRITIS ON ARTICULAR DESTRUCTION	110
Мирахмедова Х.Т., Мирзалиева А.А., Саидрасулова Г.Б., Махкамова М.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА ЭРЛАМУС У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	Mirakhmedova Kh.T., Mirzalieva A.A., Saidrasulova G.B., Makhkamova M.N. ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS AND TOLERABILITY OF THE DRUG ERLAMUS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS	113
Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Саидрасулова Г.В., Мирзалиева А.А. АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТИНГ ТУРЛИ КЛИНИК БОСҚИЧЛАРИДА HLA-B 27 ГЕНИНИНГ ЎРНИ	Mirakhmedova H.T., Dadabaeva N.A., Saidrasulova G.B., Mirzaliyeva A.A. ROLE OF HLA-B27 GENE IN DIFFERENT CLINICAL STAGES OF ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS	117
Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Абдуллаев У.С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	Mirahmedova H.T., Dadabaeva N.A., Abdullaev U.S. EVALUATION OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY INSTRUMENTAL METHODS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS	122

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ

Джуряева Э.Р.

PODAGRA KASALLIGIDA URATNI KAMAYTIRADIGAN TERAPIYAGA RIOYA QILISH

Djurayeva E.R.

ADHERENCE TO URATE-LOWERING THERAPY FOR GOUT

Djuraeva E.R.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: podagra bilan og'rigan bemorlarda gipourikemik terapiyasiga rioya qilish parametrlarini baholash.**Material va usullar.** tadqiqotga Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi negizida artrologik IADKga terapiyani korreksiya qilish maqsadida murojaat qilgan 60 nafar aniq tashxis qo'yilgan podagra bemori ishtirok etdi. Allopurinol uratni kamaytiradigan terapiya sifatida kuniga 100 mg boshlang'ich dozada ishlatilgan, so'ngra siydik kislotasini maqsadli darajasiga erishilgunga qadar har 2-3 haftada kuniga 100 mg ga oshirilgan. Allopurinolning mumkin bo'lgan maksimal dozalari samarasiz bo'lsa va/yoki ushbu preparat bilan bog'liq nojo'ya reaksiyalar mavjud bo'lsa, febuxostat kuniga 80 mg boshlang'ich dozada buyurildi, agar kerak bo'lsa, kuniga 120 mg gacha oshirildi.**Natijalar:** allopurinolni qabul qiluvchi podagra bilan og'rigan bemorlarda muntazam dori terapiyasiga rioya qilish yuqori darajada 25%, o'rtacha darajada - 40% va past darajada 35%ni tashkil etdi. Febuxostatni qo'llashda 50% dan ko'proq hollarda terapiyaga yuqori darajada rioya qilish aniqlangan. Turmush tarzi o'zgarishlariga yuqori darajada yondoshish 30% holatlarda, o'rtacha - 40%, past - 30% va gipourikemik terapiyani korreksiya qilishga tayyorlik mos ravishda 38%, 45% va 17% ni tashkil etdi. **Xulosa:** podagra bilan og'rigan bemorlarni kuzatish bo'yicha tavsiyalarga to'liq rioya qilish, bemorlarning dori-darmonlar bilan davolashga va turmush tarzini o'zgartirishga yuqori darajada yondoshish imkonini beradi.**Kalit so'zlar:** podagra, giperurikemiya, allopurinol, febuxostat, terapiyaga rioya qilish. Despite the availability of effective urate-lowering drugs, treatment of gout is often one of the most difficult problems to solve.**Purpose of the study.** To evaluate the parameters of adherence to hypouricemic therapy in patients with gout. **Materials and methods.** The study included 60 patients with a definite diagnosis of gout who applied to the arthrological SCAL on the basis of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy for the purpose of therapy correction. Allopurinol was used as urate-lowering therapy at a starting dose of 100 mg/day, followed by an increase by 100 mg/day every 2-3 weeks until the target UA level was achieved. In cases of ineffectiveness of the maximum possible doses of allopurinol and/or the presence of adverse reactions associated with this drug, febuxostat was prescribed at an initial dose of 80 mg/day, which, if necessary, was increased to 120 mg/day. The Morisky - Green questionnaire was used to assess patients' adherence to therapy. **Results and discussion.** Adherence to regular drug therapy among patients with gout receiving allopurinol was 25% at a high level, 40% at an average level, and 35% at a low level. When using febuxostat, high adherence to therapy was detected in more than 50% of cases. Adherence to high-level lifestyle changes was 30%, medium 40%, low - 30%, and readiness to correct hypouricemic therapy was 38%, 45% and 17%, respectively, by level. **Conclusions.** Thus, compliance with recommendations for the management of patients with gout allows for high patient adherence to both drug treatment and lifestyle changes.**Key words:** gout, hyperuricemia, allopurinol, febuxostat, adherence to therapy.

Подагра – хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекислотного обмена, вследствие чего в крови повышается уровень мочевой кислоты (МК), в тканях откладываются кристаллы натриевой соли МК (ураты), что клинически проявляется рецидивирующим острым артритом и образованием подагрических узлов (тофусов) [1,8]. По данным популяционных исследований, проведенных в Великобритании и Германии, подагра – наиболее частая причина воспалительного артрита у мужчин старше 30 лет, на ее долю приходится 1,4% общей заболеваемости [10,12]. В Российской Федерации подагрой страдает 0,3% взрослого населения [2].

Несмотря на большие успехи в диагностике подагры, наличие различных руководств по ведению таких пациентов, ее лечение остается неоптимальным, доля больных, получающих адекватную постоянную терапию невысока, что также способствует увеличению числа пациентов, страдающих приступа-

ми подагрического артрита и подвергающихся риску дальнейшего повреждения суставов и других жизнеугрожающих осложнений.

Современная стратегия лечения подагры основана на рекомендациях Ассоциации ревматологов России (АРР, 2019) [1], Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2016-2018) [3,4], Американской коллегии ревматологов (ACR, 2020) [11]. Последние рекомендации по ведению больных подагрой (май, 2020) представлены в журнале Arthritis Care & Research и включают лечение острого приступа подагры, показания к УСТ, а также рекомендации по образу жизни (ОЖ) и препаратам, которые часто назначаются пациентам с коморбидными состояниями.

Общие принципы терапии заключаются в том, что каждый пациент с подагрой должен быть подробно информирован о патофизиологии заболевания, наличии эффективных методов лечения, принципах терапии острого приступа артрита и элиминации кристаллов

уратов путем пожизненного снижения сывороточного уровня МК ниже целевого уровня (360 мкмоль/л). Каждый страдающий подагрой пациент должен получать рекомендации относительно ОЖ, включая снижение массы тела при необходимости, отказ от курения, приема алкоголя (особенно пива и крепких алкогольных напитков) и подслащенных напитков, перекармливания, чрезмерного потребления мяса и морепродуктов. Следует поощрять потребление обезжиренных молочных продуктов. Необходимо рекомендовать регулярные физические упражнения. Каждый пациент с подагрой должен быть систематически скринирован для выявления коморбидных состояний и сердечно-сосудистых факторов риска (ФР), включая хроническую болезнь почек, ИБС, сердечную недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклероз периферических артерий, ожирение, гиперлипидемию, артериальную гипертензию, сахарный диабет 2-го типа, профилактика и терапия которых должны рассматриваться как неотъемлемая часть лечения подагры [5,7,9].

В настоящее время международными экспертами определены показания к проведению уратснижающей терапии (УСТ) при бессимптомной гиперурикемии (ГУ), которыми являются: стойкие уровни МК выше 13 мг/дл (770 мкмоль/л) у мужчин или 10 мг/дл (600 мкмоль/л) у женщин (эти значения повышают риск нефротоксичности, а УСТ может замедлять прогрессирование заболеваний почек и предотвращать эти риски); экскреция МК почками, превышающая 1100 мг/сут (это связано с увеличением риска развития осаждения МК в виде камней на 50%, который предотвращается посредством снижения ее экскреции почками до 800 мг/сут) [3,4].

Оценка приверженности больных подагрой к лечению в амбулаторных условиях в последние годы становится актуальной проблемой. Исследование, проведенное в США, показало, что только 29% пациентов с подагрой принимали уратснижающую терапию и только половина из них достигла целевого уровня МК в сыворотке крови [6,11]. По данным авторов из Великобритании, частота назначения уратснижающих препаратов пациентам с подагрой составляет от 32 до 38%, и лишь 39% больных продолжают эту терапию после первого года наблюдения [12].

Одной из основных причин отсутствия достижения целевых уровней МК является низкая комплаентность пациентов с подагрой. Определенное негативное влияние может оказывать также неверие как пациентов, так и многих врачей в то, что в большинстве случаев цели лечения подагры могут быть полностью достигнуты. К объективным причинам следует отнести, к сожалению, нередкие врачебные ошибки при проведении уратснижающей терапии, которая либо не назначается, либо проводится с использованием некорректной дозы препаратов [7]. Увеличение частоты обострений (независимо от выбора ингибитора ксантиноксидазы) при инициации терапии [6, 8], а также необходимость одновременного назначения большого числа препаратов (так как 3/4 пациентов с подагрой имеют хотя бы одну

сопутствующую патологию) способствуют повышению приверженности к лечению.

Цель исследования

Оценка параметров приверженности к гипоурикемической терапии у больных подагрой.

Материал и методы

В исследование включены 60 больных с достоверным диагнозом подагра, обратившихся в артрологический СКАЛ на базе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с целью коррекции терапии. Диагноз подагры выставлялся на основании критериев ACR/EULAR (2015). Гиперурикемия диагностировалась согласно критериям EULAR (2006) при уровне МК выше 360 мкмоль/л.

В качестве уратснижающей терапии использовался аллопуринол в стартовой дозе 100 мг/сут с последующим ее повышением на 100 мг/сут каждые 2-3 недели до достижения целевого уровня МК. В случаях неэффективности (не достигнут целевой уровень МК) максимально возможных доз аллопуринола и/или наличия связанных с этим препаратом неблагоприятных реакций (НР), в том числе по данным анамнеза, назначали фебуксостат в начальной дозе 80 мг/сут, которую при необходимости увеличивали до 120 мг/сут.

Для профилактики приступов острого артрита проводили стандартную противовоспалительную терапию одним из НПВП в минимальных терапевтических дозах или колхицином 0,5 мг/сут, а при их непереносимости или наличии противопоказаний назначали глюкокортикостероиды по 7,5 мг/сут в пересчете на преднизолон. Через 6 месяцев определяли приверженность пациентов к уратснижающей терапии с помощью вопросника Мориски – Грина, включающего четыре вопроса. Пациент должен был самостоятельно ответить на вопросы, выбрав один из двух вариантов ответа – «да» или «нет», который оценивался соответственно в 0 или 1 балл. Затем подсчитывали суммарный балл: 4 балла – высокая приверженность к терапии, 3 балла – умеренная, ≤ 2 балла – низкая.

Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование, включающее антропометрические измерения (масса тела, рост, индекс массы тела), общеклинические анализы, исследования липидного профиля, глюкозы, мочевой кислоты, креатинина, мочевины, СРБ в сыворотке крови, ЭКГ, ЭхоКС, УЗИ почек и суставов, рентгенологическое исследование суставов. Дополнительно оценивали уровни приверженности к лекарственной терапии, модификации образа жизни.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных больных подагрой мужчины составили 71%, женщины – 29%. Средний возраст больных – $54,3 \pm 8,3$ года, преобладали лица от 42 до 60 лет. У большинства пациентов средняя длительность заболевания составила $4,57 \pm 1,35$ года, то есть не превышала 5 лет, частота обострений артрита колебалась от 1-й до 4-х атак в год (в сред. $2,23 \pm 0,32$). У больных поражались преимущественно I плюснефаланговый сустав (91%), голеностопные суставы (62%), реже отмечалось вовлечение коленных суставов и мелких суставов кистей рук, локтевых суставов (соответственно 34, 22 и 6%).

Уровень МК колебался от 392 до 775 ммоль/л (в сред. 504,8±83,7 ммоль/л). Сопутствующие заболевания выявлены у 86% больных, преобладала артериальная гипертензия – у 76%. У 9 пациентов подагрой имелось указание в анамнезе на плохую переносимость аллопуринола: у 4 – зуд кожных покровов, у 2 – крапивница, у 3 – более чем двукратное увеличение уровня АЛТ и АСТ. Было собрано мнение опрошенных пациентов об информированности по поводу соблюдения гипоурикемических диетических рекомендаций: 82% пациентов не соблюдали диету или систематически её нарушали. 64% пациентов наблюдались у врача нерегулярно и не получали терапию до включения в исследование. Больные подагрой при сочетании ее с артериальной гипертензией принимали антигипертензивные препараты: иАПФ (эналаприл, периндоприл, каптоен) (60%), реже использовались антагонисты кальция (амлодипин) (32%) и β-блокаторы (метопролол, бисопролол) (18%). 48% больных подагрой принимали малые дозы тиазидных диуретиков, 70% – малые дозы аспирина. Через 6 месяцев наблюдения пациентам для оценки приверженности к назначенной терапии было предложено пройти тест Мориски – Грина. К завершению наблюдения (через 6 мес.) уратснижающую терапию получали 68% пациентов, 60% из них достигли целевого уровня МК, причем в группе больных, принимавших фебуксостат, этот показатель был выше – 76%. Следует отметить, что через 3 месяца приема фебуксостата целевой уровень МК был достигнут у 57% больных, в то же время на фоне аллопуринола этот показатель оказался равным 48%. Приверженность к регулярной лекарственной терапии среди больных подагрой, получавших аллопуринол, высокого уровня составила 25%, среднего – 40%, низкого – 35%. При использовании фебуксостата, высокая приверженность к терапии выявлена более чем в 50% случаев. Самостоятельного отказа от приема фебуксостата не зарегистрировано. Приверженность к изменению образа жизни высокого уровня составила 30%, среднего 40%, низкого – 30%, а готовность к коррекции гипоурикемической терапии – соответственно 38, 45 и 17%.

Выводы

1. Соблюдение рекомендаций по ведению пациентов с подагрой, предусматривающих постоянный прием уратснижающих препаратов, коррекция их дозы до достижения целевых значений МК в сыворотке крови, профилактическую противовоспалительную терапию и регулярный мониторинг состояния пациента, позволяет добиться высокой приверженности пациентов как к медикаментозному лечению, так и к изменению образа жизни.

Литература

1. Подагра: Клини. рекомендации. – 2018 (Электронный ресурс.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>.
2. Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Распространенность ревматических заболеваний в России // Альманах клин. мед. – 2018. – Т. 46, №1. – С. 32-39.
3. Елисеев М.С. Уратснижающая терапия подагры: основные принципы и реальные возможности // Мед. совет. – 2017. – Т. 20. – С. 144-150.
4. Елисеев М.С. Лечение подагры: проблемы, парадоксы, перспективы // Мед. совет. – 2020. – №2. – С. 104-108.

5. Лебедев П.А., Гаранин А.А., Новичкова Н.Л. Фармакотерапия подагры – современные подходы и перспективы // Соврем. ревматол. – 2021. – Т. 15, №4. – С. 107-112.

6. Чикина М.Н., Ильиных Е.В., Елисеев М.С. Приверженность уратснижающей терапии при соблюдении национальных рекомендаций по ведению пациентов с подагрой (предварительные данные) // Соврем. ревматол. – 2020. – Т. 14, №4. – С. 70-75.

7. Цурко В.В., Громова М.А. Оптимальная уратснижающая терапия у пациентов с подагрой – современная трактовка проблемы // Рус. мед. журн. – 2021. – №7. – С. 50-54.

8. Цурко В.В., Морозова Т.Е., Громова М.А., Крыживская К.М. Подагра: цель, показания и приверженность к уратснижающей терапии // Мед. совет. – 2019. – №1. – С. 72-75.

9. Ganiyeva N.A., Djurayeva E.R., Abduazizova N.X. et al. Assessment of clinical and diagnostic aspects of atherosclerosis in patients with systemic scleroderma // J. Hum. Univer. Nat. Sci. – 2023. – Vol. 50, №7. – P. 37-47.

10. FitzGerald J.D., Dalbeth N., Mikuls T. et al. American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout // Arthritis Care Res. (Hoboken). – 2020. – Vol. 72, №6. – P. 744-760.

11. Juraschek S.P., Kovell L.C., Miller E.R. et al. Gout, urate-lowering therapy, and uric acid levels among adults in the United States // Arthritis Care Res. (Hoboken). – 2015. – Vol. 67, №4. – P. 588-592.

12. Kuo C.F., Grainge M.J., Mallen C. et al. Eligibility for and prescription of urate-lowering treatment in patients with incident gout in England // J.A.M.A. – 2014. – Vol. 312, №24. – P. 2684-2686.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ

Джураева Э.Р.

Цель: оценка параметров приверженности к гипоурикемической терапии у больных подагрой. **Материал и методы:** в исследование включены 60 больных с достоверным диагнозом подагра, обратившихся в артрологический СКАЛ на базе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с целью коррекции терапии. В качестве уратснижающей терапии использовался аллопуринол в стартовой дозе 100 мг/сут с последующим ее повышением на 100 мг/сут каждые 2-3 нед до достижения целевого уровня МК. В случае неэффективности максимально возможных доз аллопуринола и/или наличия связанных с этим препаратом неблагоприятных реакций назначали фебуксостат в начальной дозе 80 мг/сут, которую при необходимости увеличивали до 120 мг/сут. **Результаты:** приверженность к регулярной лекарственной терапии среди больных подагрой, получавших аллопуринол, высокого уровня составила 25%, среднего – 40%, низкого – 35%. При использовании фебуксостата, высокая приверженность терапии выявлена более, чем в 50% случаев. Приверженность к изменению образа жизни высокого уровня составила 30%, среднего – 40%, низкого – 30% случаев, а готовность к коррекции гипоурикемической терапии – соответственно 38%, 45 и 17%. **Выводы:** соблюдение рекомендаций по ведению пациентов с подагрой, позволяет добиться высокой приверженности пациентов, как к медикаментозному лечению, так и к изменению образа жизни.

Ключевые слова: подагра, гиперурикемия, аллопуринол, фебуксостат, приверженность к терапии.