

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №5

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

ОБЗОРЫ

REVIEWS

Nabiyeva D.A., Shiranova Sh.A.,
Muhammadiyeva S.M., Djurayeva E.R., Isakova E.I.
PODAGRA HAQIDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR

Nabieva D.A., Shiranova Sh.A., Mukhamadiyeva S.M.,
Djurayeva E.R., Isakova E.I. MODERN IDEAS ABOUT
GOUT 9

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

CLINICAL MEDICINE

Mansurova N.N., Matchanov S.X., Sirliboyev I.A.,
Abdurazzakova D.S., Abduazizova N.X., Aliyeva K.K.
Nurmuhamedova N.S. REVMAUTOIDLI ARTRITDA
ADALIMUMAB PREPARATI BILAN OLIV BORILGAN
KOMPLEKS TERAPIYANING BO'G'IM
DESTRUKSIYASIGA TA'SIRINI O'RGANISH

Mansurova N.N., Matchanov S.X., Sirliboyev I.A.,
Abdurazzakova D.S., Abduazizova N.X., Aliyeva K.K.
Nurmuhamedova N.S. STUDY OF THE EFFECT OF
COMPLEX THERAPY WITH ADALIMUMAB IN
RHEUMATOID ARTHRITIS ON ARTICULAR
DESTRUCTION 14

Tashpulatova M.M., Nabiyeva D.A., Shojalilov Sh.Sh.
AYOL BEMORLARDA PODAGRANING KLINIK KECHISH
XUSUSIYATLARINI BAHOLASH

Tashpulatova M.M., Nabiyeva D.A., Shojalilov Sh.Sh.
EVALUATION OF THE OF CLINICAL FEATURES OF
GOUT IN FEMALE PATIENTS 18

Мирахмедова Х.Т., Абдуллаев У.С., Хамраев Х.Х.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У
БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Mirakhmedova H.T., Abdullaev U.S., Hamrayev X.X.
PREDICTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN
PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS 22

Aripova N.A., Djurayeva E.R., Ganiyeva N.A.,
Ziyayeva F.K., Isakova M.B. TIZIMLI
SKLERODERMIYANING TURLI KECHISH
VARIANTLARIDA INTERLEUKIN-4 DARAJASINI
BAHOLASH

Aripova N.A., Djuraeva E.R., Ganieva N.A.,
Ziyaeva F.K., Isakova M.B. ASSESSMENT OF THE
LEVEL OF INTERLEUKIN 4 IN VARIOUS VARIANTS OF
THE COURSE OF SYSTEMIC SCLERODERMA 25

Bekenova G.T., Nabiyeva A.X., Ganiyeva N.A.,
Ziyayeva F.K., Kamalova D.K. TIZIMLI
SKLERODERMIYA VA YONDOSH KASALLIKLARI BOR
BEMORLARDA PULS TERAPIYA O'TKAZISH

Bekenova G.T., Nabiyeva A.X., Ganiyeva N.A.,
Ziyaeva F.K., Kamalova D.K. IMPORTANCE OF PULSE
THERAPY IN PATIENTS WITH COMORBIDITIES IN
SYSTEMIC SCLERODERMIA 30

Ganiyeva N.A., Rizamukhamedova M.Z., Aripova N.A.,
Bekenova G.T. TIZIMLI SKLERODERMIYADA ERTA
ATEROSKLEROZ RIVOJLANISHIDA XAVF OMILLARINI
BAHOLASH

Ganiyeva N.A., Rizamukhamedova M.Z.,
Aripova N.A., Bekenova G.T. ASSESSMENT OF RISK
FACTORS FOR EARLY ATHEROSCLEROSIS IN
SYSTEMIC SCLERODERMA 33

Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А.,
Абдуллаев У.С. ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ
АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Mirakhmedova H.T., Dadabayeva N.A.,
Abdullaev U.S. ASSESSMENT OF HEMODYNAMIC
DISORDERS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS
DEPENDING ON THE ARTERIAL HYPERTENSION 38

Жаббаров О.О., Умарова З.Ф., Сайдалиев Р.С.,
Турсунова Л.Д., Хужаниязова Н.К., Кодирова Ш.А.,
Надинова Ю.И. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ
ГЕНОВ НА РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
НЕФРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Zhabbarov O.O., Umarova Z.F., Saidaliev R.S.,
Tursunova L.D., Khuzhaniyazova N.K., Kodirova Sh.A.,
Nadirova Yu.I. STUDYING THE INFLUENCE OF
VARIOUS GENES ON THE DEVELOPMENT OF
DIABETIC NEPHROPATHY IN 2 TYPE DIABETES
MELLITUS 41

PODAGRA HAQIDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR

Nabiyeva D.A., Shiranova Sh.A., Muhammadiyeva S.M., Djurayeva E.R., Isakova E.I.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОДАГРЕ

Набиева Д.А., Ширанова Ш.А., Мухаммадиева С.М., Джураева Э.Р., Исакова Э.И.

MODERN IDEAS ABOUT GOUT

Nabieva D.A., Shiranova Sh.A., Mukhamadiyeva S.M., Djurayeva E.R., Isakova E.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Uzbekiston

Rezyume. Hozirgi vaqtda giperurikemiya sindromi turli kasalliklar diagnostikasida kuzatiladi. Bu sindrom podagra tashxisini tekshirishda asosiy hisoblanadimi? Adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish asosida, epidemiologik tadqiqot va kristal natriy monourat shakllanishini o'rganish, ularning podagra uchun o'ziga xosligi ko'rsatilgan. Podagrani surunkali, tizimli, tofusli kasalligini hisobga olib, davolashning asosiy bosqichlari adabiyotlarda taqdim etilgan.

Kalit so'zlar: podagra, giperurikemiya, siydik kislotasi, tofus.

Резюме. В настоящее время синдром гиперурикемии наблюдается при диагностике различных заболеваний. А является ли данный синдром главным в верификации диагноза подагры? На основе анализа данных литературы, эпидемиологических исследований и изучения формирования кристаллов моноурата натрия, показана их уникальность и обязательность для подагры, нежели гиперурикемии. Представлен также анализ литературных данных об основных этапах лечения подагры, с учетом того, что это хроническое, системное, тофусное заболевание.

Ключевые слова: подагра, гиперурикемия, мочева кислота, тофусы.

Podagradan odatda kattalar aziyat chekadi. Statistika ko'ra, sayyoramizdagi katta yoshdagi kishilarning 0,1% podagradan aziyat chekmoqda va rivojlangan mamlakatlarda (G'arbiy Evropa, AQSh) podagradan aziyat chekayotgan odamlar soni 2% ga yaqin. Lekin mutaxassislar kasallikning haqiqiy surati statistik ma'lumotlardan farq qiladi deb hisoblashadi, chunki bemorlarning kech tashxislanishi statistikani to'liq o'rganishni murakkablashtiradi.

Tadqiqotchilar shuningdek, XX asrgacha ba'zi bir istisnolar bilan faqat erkaklarning kasalligi deb hisoblangan podagra kasalligi hozirgi vaqtda har ikki jinsda kuzatilishi mumkinligini ta'kidlashmoqda. Lekin bemor erkaklar va ayollar nisbati hali-hanuz bir xil emas: 20ta erkak bemorga 1 ta ayol bemor to'g'ri keladi. Ayollarda podagra tashxislanishi ortishining sababi hayot sifati yaxshilanishi hisoblanadi. Purin moddasiga boy oziq-ovqatlar muntazirligi va umumiy aholi o'rtasida alkogol iste'moli ko'payishi ham o'z ta'sirini ko'rsatmoqda.

Shuningdek podagra tashxisi «yosharishi» ham kuzatilmogda: agar kasallik oldinlari 35-45 yoshli erkaklarda uchragan bo'lsa, hozirda ushbu chegara 30 yoshni tashkil etadi.

Profilaktik rol 20-asrda isbotlangan kolxisin, shuningdek klinik amaliyotga probenetsid va allopurinol kiritilgan [29]. Ammo sabab bo'lgan kristallarni o'rganish bo'yicha ma'lumotlar

podagra artriti. Bu mononatriy urat kristallari ekanligi ko'rsatilgan, aniqlanishi mutlaq diagnostik ahamiyatga ega.

Aslida, XX-asrning oxiriga kelib, podagra bo'g'im, teri osti to'qimalarining tuzilishida urat kristallarining to'planishi urolitiaz sifatida qarala boshlandi. Ayniqsa o'tgan asrning 1990 yillariga oid muhim tadqiqotlar (ilova magnit-rezonans va kompyuter tomografiyasi), namoyish qilish bo'lishi mumkin bo'lgan kasallikning tizimli mikrotofus xarakteri podagra birinchi hujumida allaqachon o'rnatilgan [39]. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, podagra tizimli tofus kasalligi sifatida tasniflanishi mumkin, cho'kindi joylarda organlar va tizimlarda yallig'lanish bilan bog'liq holda rivojlanadi [28].

Ayollar kamroq kasal bo'lishadi. Agar ilgari ayollarda podagraning cho'qqisi yoshi 60 va undan yuqori bo'lsa, u endi yosharish tomonga o'tdi, va asosan ular erta menopozli va ginekologik kasalliklari bor ayollarda kuzatiladi. Shuning uchun ba'zi ayollarda bu 27-29 yoshda tashxis qo'yilgan [5]. Shuni ta'kidlash kerakki, podagraning yosh xususiyatlari o'ziga xos, yoshlarda bu jarayon yanada og'ir kechadi, ayniqsa, ayollarda, hurujlar, bir nechta tofuslar va giperurikemiya bazan uzoq vaqt davomida namoyon bo'ladi. Podagra bilan og'rigan yosh bemorlarda buyraklarning ekskretor funktsiyasi buziladi. [12].

XXI asrning boshiga kelib podagra tarqalishini oshirishga olib keluvchi quyidagi omillar: umr ko'rish davo-

miyiligini oshishi, turmush darajasining sezilarli o'sishi va u bilan bog'liq noto'g'ri ovqatlanish, ayniqsa rivojlangan mamlakatlarda. Bundan tashqari, hayot ritmining tezlashishi va uning o'sishi keskinliklar spirtli ichimliklarni iste'mol qilishning ko'payishiga yordam beradi. Amerika revmatologlar [12,29] mamlakatda podagra tarqalishi ko'payishi o'rtasidagi bog'liqlikka e'tibor qaratdilar va tez tayyor bo'luvchi ovqat (fast food), birinchi navbatda Burger va pivo iste'mol qilishlari aniqlandi. Bu sabablar erkaklar uchun ko'proq xosdir. Ayollarda so'nggi yillarda vaznni kamaytirish bilan bog'liq diuretiklar iste'moli ortib bormoqda. Boshqa dorilarning ta'sirini ta'kidlash mumkin emas qo'shma kasalliklar tufayli buyurilgan dorilar, masalan, silga qarshi va sitotoksik dorilar, nikotin kislota, qon ivish tizimining ko'rsatkichlarini nazorat qilish uchun aspirinning kichik dozalari, vitamin B12 va boshqalar.

Zamonaviy epidemiologik ma'lumotlar haqiqatni ko'rsatadi, so'nggi uch o'n yillikda kasallikning tarqalishining 20 barobar o'sishi. [27,30]. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, podagral 30 yoshdan oshgan erkaklarda yallig'lanishli artritning eng keng tarqalgan sababi va qo'shma shtatlarda yallig'lanish artrit bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi [37]. Evropa podagra barcha revmatik kasalliklar ichida podagra 1,5 dan 5 foizigacha to'g'ri keladi. Podagra rivojlanishida irsiy omillar muhim rol o'ynaydi (40% gacha). so'nggi yillardagi yutuqlar, podagra genetik omillarning muhim rolini asoslash imkonini berdi. Podagra geni X xromosomasining uzun qo'lida joylashgan. Giperurikemiya autosom-dominant tarzda meros bo'lib o'tadi. Zamonaviy tadqiqotlarga ko'ra, podagraning mono- yoki poligenik merosi masalasi to'liq ochilmagan [29,32]. Oilaviy podagrada, DNKning tiklash nuqsoni aniqlandi[37]. Nosoz ta'mirlash mexanizmlari ma'lum genlardagi mutatsiyalar natijasida yuzaga keladi. Qachon irsiy podagra tufayli nefropatiyaning urolitiaz shakli kam uchraydi, stroma va qon tomirlardagi o'zgarishlar bilan o'tkir glomerulonefrit tashxisi qo'yiladi. Ushbu shaklning o'ziga xos

xususiyati shundaki, u odatda jins bilan bog'liq emas va yoshligida o'zini namoyon qiladi [37,39].

Podagra eski va shu bilan birga abadiy yangi kasalliklarga tegishli bo'lishiga qaramay, to'g'ri tashxis faqat 7-8 yillar va undan keyin, ko'pincha tofuslar paydo bo'lganda tekshiriladi. Kech tashxis qo'yish holatlari klassik o'tkir podagra artritining paydo bo'lishi va uning izziz (boshida) yo'q bo'lib ketishi bilan bog'liq, boshqa tomondan, kasallikning atipik debiyuti qo'llarining kichik bo'g'imlari, bilak bo'g'imlari, kamdan-kam hollarda tizza va oyoq bo'g'imlarni o'z ichiga olishi mumkin. Bundan tashqari, erta tashxis qo'yish uchun mavjud stereotip hissa qo'shmaydi-bu kasallikning kamdan-kam uchraydigan holati va shifokorlar tomonidan podagraning klinik belgilarini bilmaslik [29]. O'tkir podagra artrit to'satdan boshlanadi, bir necha yil o'tgach simptomsiz giperurikemiya, odatda monoartrit bilan birga keladi [38]. Bunday artritning klinikasi etarlicha yorqin - keskin ortib borayotgan og'riq, zararlangan bo'g'imda qizarish va shish, harakatsizlik. Shuni ta'kidlash kerakki, podagra artrit birinchi hujumlarda davolanmasa ham bir necha kun yoki hafta ichida yo'qoladi. Birinchi davrda taxminan 90% hollarda hujumlar faqat bitta bo'g'imga ta'sir qiladi, ko'pincha birinchi oyoq bosh barmog'iga yoki tizzaga. Yallig'lanish belgilari periartikulyar to'qimalarning shikastlanishi va hatto selulit bilan birga keladi, bu terining qipiqlanishi bilan bog'liq.

Juda kamdan-kam hollarda, podagra hujumining birinchi davrda, boshqa bo'g'imlar ta'sirlanadi: tovonbol-dir, bilak yoki tirsak. Ko'pincha bu lokalizatsiya takroriy yoki surunkali tofusli podagra xosdir [1,8,16]. Podagra yoki ulardagi chalkashliklarning diagnostik mezonlarini bilmaslik amalda ilgari sodir bo'lganligi bilan bog'liq. Podagra diagnostikasi mezonlarini bilmaslik yoki ulardagi chalkashliklar amalda ilgari bo'lgan narsalar bilan bog'liq gut uchun Rim diagnostik mezonlari ham, Amerika revmatologiya kolleji tomonidan taklif qilingan kamroq tarqalgan mezonlardan ham foydalanilgan.

1-jadval.

Podagra tashxisi uchun tasniflash mezonlari (Wallace и соавт., 1972 г.)

| | |
|--|--|
| A. Sinovial suyuqlikda mononatriy urat kristallarining mavjudligi xarakterli | |
| B. Tasdiqlangan tofus (kimyoviy tahlil yoki qutblanish orqali mikroskop) | |
| C. 12 ta klinik, laboratoriya va rentgenologik belgilarning 6 tasi mavjudligi: | |
| 1. Maksimal bo'g'imlarning yallig'lanishi 1 kunda. | 7. Tarzal bo'g'imlarning bir tomonlama zararlanishi |
| 2. Bir nechta artrit hujumlarining mavjudligi | 8. Tofusga shubha qilish |
| 3. Monoartrit | 9. Giperurikemiya |
| 4. Bo'g'imlarning qizarishi | 10. Bo'g'imlarning asimmetrik yallig'lanishi |
| 5. Oyoqning 1 barmoq bo'g'imning og'rig'i va yallig'lanishi | 11. Rentgen tekshiruvida eroziyasiz subkortikal kistalar |
| 6. Oyoqning 1 barmoq bo'g'imning asimmetrik yallig'lanishi | 12. Sinovial suyuqlikda mikroorganizmlarning yo'qligi |

Podagra tashxisini yaxshilashda barchani qabul qilish orqali yordam berishi kerak, interna amaliyotida keng tarqalgan, 2000 yilda bo'lgan podagra [29] uchun tasniflash mezonlari JSST tomonidan keng foydalanish uchun tavsiya etilgan (1-jadval). Tasniflash mezonla-

rini shartli ravishda ikki qismga bo'lish mumkin-is-honchli mezonlar podagra kasallik sifatida va podagra artritining ochilishiga yordam beradigan klinik-laboratoriya-rentgenologik belgilar. Podagra artritining rivojlanishiga hissa qo'shish. Shunday qilib, mezonlar nafa-

qat tofus kasalligi sifatida podagraning ishonchli tashxisini aniqlashga yordam beradi, balki o'tkir podagra artritini ham aniqlashga imkon beradi. Tasniflash mezonlarining shubhasiz afzalligi shundaki, e'tibor eng ishonchli, mohiyatan mutlaq xususiyatlarga qaratiladi podagra, bu ta'sirlangan bo'g'imning sinovial suyuqligidagi natriy monurat kristallari (a mezon) va / yoki tasdiqlangan tofus (b mezonlari). C guruhida to'plangan belgilarga kelsak, ularning bilimlari va qo'llanilishi o'tkir podagra artriti tashxisidan erta shubhalanishga imkon beradi. O'tkir artrit belgilari-1,3,4-6,12 va surunkali - 2,6,8, 11 va 12, podagra Revmatoid artritdan farqlanishiga imkon beradi revmatoid artrit.

Tasniflash mezonlarida podagraning bunday rentgenologik xususiyatini yo'qligiga e'tibor berish kerak, suyak tofusiga asoslangan "musht" simptomi sifatida. Lekin u hatto surunkali podagra uchun ham kechki belgidir, surunkali podagraning dastlabki belgilari iteri osti tofusi va urolitiaz deb hisoblanadi. Shunisi e'tiborga loyiqki, qo'shma bo'shliqda aniqlash va/ yoki tofus xarakterli natriy monurat kristallari, ko'proq hisoblanadi 9-mezondan muhimroq - giperurikemiya. Shu munosabat bilan, 20 - asrning mavjud paradoksini ta'kidlash kerak-podagra bilan og'rigan barcha bemorlarda giperurikemiya aniqlanadi, ammo unga ega bo'lganlarning aksariyati hech qachon bunday qilmaydi o'tkir artrit hujumlariga chidadi. Va bu shuni anglatadiki, podagra rivojlanishi yallig'lanish va yallig'lanish bilan birga to'qimalarda urat kristallarining cho'kishini aniqlaydigan patofiziologik xususiyatlarga bog'liq, yallig'lanish va keyingi degenerativ o'zgarishlar bilan birga keladi. Shuning uchun giperurikemiya uratlik mikrokrystalli kasallikning rivojlanishi uchun zarur, ammo unchalik ishonarli bo'lmagan (tez-tez uchraydigan) oldingi hodisadir. Shunday qilib, giperurikemiya etakchi klinik podagra sindromi emas, chunki hujum paytida siydik kislotasi darajasi laboratoriya me'yoridan oshmasligi mumkin. Hozirgi vaqtda podagraning tabiiy progressiv kursining uch bosqichi mavjud: o'tkir podagra artriti, hurujlararo podagra (intercritical gout) va surunkali tofusli podagra. [33,38,39]. Hurujlararo podagrani davolashni ajratish quyidagilarga ega asosiy amaliy ahamiyatga ega, chunki bu davrda tizimli davolash nafaqat kasallikning keyingi rivojlanishining oldini olishga imkon beradi, balki allaqachon hosil bo'lgan tofuslarning teskari rivojlanishiga yordam beradi. Ushbu davr yallig'lanishning o'tkir lokal xurujlarining o'zgarishi bilan tavsiflanadi, har qanday qo'shilishda asemptomatik kirish mumkin emas faqat doimiy giperurikemiya kuzatilishi mumkin bo'lgan davrlar [20]. Ushbu kasallikning hiyla-nayranglari shundan iboratki, go'yo yorug' bo'shliqlar va ko'rinadigan farovonlikka qaramay, bir marta boshlangan kristallanish bemorning tanasida doimiy ravishda rivojlanishda davom etmoqda. Buning dalili turli organlar va to'qimalarda natriy monuratning ko'plab kristallari aniqlashni asemptomatik bo'lishi. Natriy monurat kristallari faqat kasallik tahlilidan ta'sirlangan bo'g'implarda yoki mikroskopik tekshiruv vaqtida, shuningdek, ilgari hech qachon yallig'lanish kuzatilmagan bo'g'implarda aniqlanmaydi. Surunkali tofusli podagra-natija o'tkir epizodlarda ham, ay-

niqsa interstitsial davrda ham podagrani etarli darajada davolash mumkin emas. Ushbu shaklda nafaqat o'sish kuzatiladi, hujumlarning uzayishi va tofus shakllanishi, shuningdek ichki organlarning shikastlanishi kuzatiladi. Tofus podagra poliartikulyar ta'sirlangan bo'g'inlar, quloq supراسi sohasida tofuslar mavjudligi bilan tavsiflanadi. Radiologik jihatdan qattiq urat konlari, shu jumladan suyak to'qimasida aniqlanadi. Tofus zararlanish og'riqli emas, ammo gistologik tekshiruv surunkali granulomatoz yallig'lanishni qayd etadi va kamdan-kam hollarda o'tkir bo'lib, bir yoki bir nechta tofusda podagra artritiga o'xshaydi [11,29].

Hozirgi vaqtda podagra nafaqat takrorlanadigan va surunkali kechishi mono - yoki poliartriti sifatida, balki jiddiy tizimli kasallik sifatida ham tanilgan. [7,22,24]. Podagra klinik ko'rinishida ko'plab visseral organlarning shikastlanishi kuzatiladi, ulardan eng ko'p buyrak shikastlanishi podagrik nefropatiyasidir. Podagrani nefropatiya keng farq qiladi - 30% dan 75% gacha. Bu muammoga ko'p sonli nashrlar bag'ishlangan [3,4,12,26,31]. Podagraning rivojlanishi bilan bog'liq tubulalarda tofi, buyrak kosachalarida urat toshlarining shakllanishi, qaysi tubulointerstitial nefrit rivojlanishiga hissa qo'shadi. Yetarli tez-tez va erta urolitioz paydo bo'ladi [3,12]. Ko'pincha bemorlarda podagra bilan arterial gipertenziya (AG) kuzatiladi. Marker AG, giperurikemiya bilan birgalikda gipertenziya uchun noqulay irsiyat mavjud edi. Bir qator mualliflarning natijalariga ko'ra, podagra bilan og'rigan bemorlarning yarmidan ko'pida AG tashxisi qo'yilganligi aniqlandi (561,1%) [10,13,35,34]. Podagra bo'lmagan 547 bemorni kuzatishda giperurikemiya va AG rivojlanishi o'rtasida ishonchli bog'liqlik aniqlandi va uning darajasi quyidagilar bilan bog'liq raqamlar darajasi SQB va DQB [23]. Keyingi tadqiqotlarda shunday bo'ldi qon bosimining kunlik monitoringi ko'rsatkichlari o'rtasidagi korrelyatsiya tahlili va qondagi siydik kislotasi darajasi. Topilmalar shuni ko'rsatadiki, siydik kislotasi darajasi 300 mkmol/l dan yuqori bo'lgan bemorlar guruhi maxsus guruh bo'lib, unda maqsadli organlarning shikastlanish xavfi nafaqat metabolik kasalliklar, balki qon bosimining kunlik profilining buzilishi bilan ham kuchayadi. Amalga oshirilgan epidemiologik tadqiqotlar siydik kislotasi darajasining oshishi va koronar kasalliklar xavfi o'rtasidagi ijobiy bog'liqlikni qo'llab-quvvatlaydi [35,38]. Siydik kislotasi darajasi va siydik kislotasi darajasi o'rtasidagi mustaqil bog'liqlik yurak-qon tomir kasalliklarini rivojlanish xavfi kamida 20 ta epidemiologik va klinik tadqiqotlarda 100000 dan ortiq bemorlarda kuzatilgan [10,9,15,23]. Mualliflarning tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, podagra bilan og'rigan bemorlarda YuIK umumiy holatga qaraganda 2-4 baravar tez-tez uchraydi. Podagra bilan og'rigan bemorlar 42-45% hollarda YuIK va miya aterosklerozi topildi [10]. Podagra bilan og'rigan 1077 bemorni tekshirganda, podagra bilan og'rigan erkaklarda ateroskleroz podagra anamnezida bo'lmagan odamlarga qaraganda 2 baravar ko'proq qayd etilganligini aniqladilar. Podagra bilan og'rigan bemorlarda bu kasalliklar qon tomir devoriga urat ta'siri tufayli emas, balki podagra bilan birga keladigan lipid metabolizmining buzilishi nati-

jasida rivojlanadi degan fikr mavjud [37]. Ko'pgina tadqiqotlar siydik kislotasi darajasi gipertrigliceridemiya bilan bog'liqligini aniqladi. Shunday qilib, u 50-70% hollarda va gipertrigliceridemiya giperurikemiya bilan birgalikda 82% da aniqlandi.[14,17,19,21,36]. Tugallangan tadqiqotlar natijalari giperurikemiya yurak-qon tomir hodisalari rivojlanishining bashoratchisi va AG bilan og'rigan bemorlarda o'lim, yurak etishmovchiligi va yurak-qon tomir asoratlari uchun mustaqil xavf omili sifatida qaralishi mumkin [9,14,17,24,25]. O'tkazilgan tadqiqotlar visseropatiyalarni erta aniqlash zarurligini ko'rsatadi, koronar va miya falokatlarining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Shuning uchun bunday bemorlarda yurak-qon tomir va siydik tizimlarini erta va batafsil tekshirish, shuningdek mavjud o'zgarishlarni hisobga olgan holda davolanish zarur.

Shunday qilib, podagra tashxisi uchun mustaqil belgi sinovial suyuqlik yoki tofus muhitida o'rganish uchun eng qulay bo'lgan natriy monurat kristallarini aniqlashdir. Hodisani o'rganish natriy monurat kristallarining shakllanishi ularning podagra uchun o'ziga xosligi va bog'liqligini ko'rsatdi. Ularni aniqlash tashxisning mutlaq ishonchligini tasdiqlaydi. Buni hisobga olish va aksioma sifatida qabul qilish kerak tashxis podagra umrbod davolanish zarurligini anglatadi, chunki bu tizimli surunkali kasallikdir.

Адабиётлар.

1. Бадюкин В.В. Диагностика и лечение подагрического артрита //Леч.врач. – 2004. – №7. – С. 16-19.
2. Балкаров И.М. Алломарон в лечении гиперурикемии // Клинич. фармакол. и терапия. – 1993. –Т3, №1. – С.35.
3. Балкаров И.М. Терапевтические аспекты уратной нефропатии//Практик. врач. – 1996. – №2. – С.14-17.
4. Балкаров И.М. Подагрический криз // Клинич. медицина. – 2000.–№3. – С.11-14.
5. Барскова В.Г. О тяжести течения женской подагры //Тер.архив. –2005.– №5. – С.58-62.
6. Барскова В.Г. Применение нимесила при подагрическом артрите//Тер. архив.– 2003. – №5. – С.60-64.
7. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Насонов Е.Л. и др. Синдром инсулинорезистентности у больных подагрой и его влияние на формирование клинических особенностей болезни // Тер. архив.– 2004. –№5. – С.51-56.
8. Барскова В.Г. Диагностика и лечение подагрического артрита //Леч.врач. – 2007. – №2. – С.88-90.
9. Благосклонная Я.В. Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечно-сосудистый синдром // Рус. мед. журн. –2001.– Т.9, №2. – С.67-71.
10. Бугаева Н.В., Балкаров И.М. Артериальная гипертензия и нарушения пуринового обмена // Тер. архив.– 1996. –№1. – С.36-39.
11. Горячкина Л.Н., Гулиева, А.В. Ягода Оценка эффективности плазмофореза при тофусной по-

дагре //Науч.-практич. ревматология. –2002.–№4. – С.83.

12. Гулиева Г.И., Ягода А.В. Подагра в возрастном и половом аспекте //Науч.-практич. ревматология.– 2002.–№4. – С.51.

13. Донсков А.С., Г.В.Голубь и др. Уратная диагностическая анкета для выявления метаболических нарушений у пациентов с артериальной гипертензией, поступающих на санаторно-курортное лечение: сб. II Сиб, науч.-практ. конф. по фармако-терапии. – Красноярск, 1997. – С.19-24.

14. Дороднева Е.Ф., Пугачева Т.А., Медведева И.В. Метаболический синдром // Тер. архив. – 2002.– №10. – С.7-12.

15. Дроздов В.Н. Обмен мочевой кислоты у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом: дис. ... канд. медиц. наук. –Москва, 1999.– 144с.

16. Збровский А.Б., Стажаров М.Ю., В.М. Мартемьянов В.М. Ферменты пуринового метаболизма в диагностике и дифференциальной диагностике остеоартроза и подагрического артрита //Тер. архив. – 2000. – №4. – С.21-24.

17. Кабалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Толкачева В.В. и др. Мочевая кислота – маркер и/или новый фактор риска развития сердечнососудистых осложнений? //Рус. мед. журн. – 2002.– Т.10, №10. – С. 43-49.

18. Карпунин И.В., Кияткин В.А. Современные технологии восстановительной медицины (диагностика, оздоровление, реабилитация): тр. III междунар. конф. – Сочи, 2000. – С.217-218.

19. Князева Т.А., Т.И.Никифорова, Т.В.Апханова Пути терапевтического воздействия на метаболический сердечно-сосудистый синдром //Вопр. курортологии. – 2005. – №3. – С.21-23.

20. Кудаева Ф.М., Елисеев М.С., Барскова В.Г. и др. Сравнение времени наступления анальгетического и противовоспалительного эффектов различных форм нимесулида и диклофенака при подагрическом артрите //Тер. архив. – 2007. – №5. – С.35-40.

21. Лапкина Н.А. Маркеры активации эндотелия сосудов при подагре //Тер. архив. – 2005. – №5. – С.62-65.

22. Логинова Т.К., А.А.Баранов, В.Г.Барскова и др. Висцеральные проявления ранней стадии подагры: гемодинамические, биохимические, биофизические характеристики // Научн.-практ. ревматология. – 2002. – №4. – С.104.

23. Логинова Т.К., А.В. Поскребышева, В.Т. Хоменко Порочный круг – гиперурикемия, подагра и сердечно-сосудистые заболевания // Врач. –2004. – №4. – С. 10-11.

24. Моисеев В.С. Подагра – заболевание с полиорганной патологией //Клиническая эффективность алломарона: мат. симп. – М, 1993. – С.2-4.

25. Моисеев В.С., Ж. Д. Кобалава Кардиоренальный синдром (почечный фактор и повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний) // Клин. фармакол. и терапия. – 2002. – Т.11, №3. – С.16-18.

26. Муҳаммадиева С.М., Набиева Д.А., Зияева Ф.К. ва б. Анкилозловчи спондилоартритни даволашда ўсма некрози омили ингибиторининг самарадорлигини баҳолаш. Биомедицина ва амалиёт журналы, 2023. 8 жилд, 1 сон, Б.294-302.

27. Mukhammadieva S.M., Nabieva D.A., Abduazizova N.X., Xidoyatova M.R. Clinical efficacy and tolerability of infliximab in patients with severe ankylosing spondylitis. Original Medicine. Volume 1 Issue 1 2022. P. 8-16.

28. Мухин Н.А. Тубулоинтерстициальный нефрит // Нефрология. – 2002. – Т6, №3. – С. 23-27.

29. Nabiyeva D.A., Muhammadiyeva S.M. "Biriktiruvchi to'qimaning tizimli kasalliklari" // O'quv qo'llanma/Toshkent. 2020. 265 bet

30. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костносуставным нарушениям // Рус. мед. журн. – 2000. – №8 (9). – С.369-371.

31. Насонова В.А. Особенности восстановительного лечения больных ревматологического профиля // Вопр. курортологии. – 2003. – №3.

32. Насонова В.А. Ранняя диагностика и лечение подагры – научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных // Научн.-практ. ревматология. – 2004. – №1. – С.5-8.

33. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века // Научн.-практ. ревматология. – 2003. – №1. – С.6-10.

34. Ненашева Т.М. Клиника и диагностика подагрической нефропатии: сб. / Современные проблемы медицинской науки. – Саратов: изд. Саратовского мед. ун-та, 1994. – С.107-109.

35. Никоненко Ю.И., Синяченко О.В., Дядык А.И. Антитело к дезоксирибонуклеиновой кислоте при подагре // Ревматология. – 1989. – №2. – С. 30-33.

36. Попова Ю. С. Подагра: этиология, клиника, лечебное питание // Врач. – 1997. – №7. – С.10-12.

37. Ребров А.П., Магдеева Н.А. Артериальная гипертензия у больных подагрой: возможности лечения // Леч. врач. – 2008. – №4. – С. 85-86.

38. Ровда Ю.И. Параметры мочекишечного метаболизма у здоровых детей и больных артериальной гипертензией // Педиатрия. – 1990. – №8. – С.74-78.

39. Федорова Н.Е., Григорьева В.Д. Подагра: современные представления. Лечение на разных этапах развития заболевания // Клин. медицина. – 2002. – №5. – С.9-13.

40. Yunusjanovna N.N., Mirrahimova M. Kh. Characteristics of Allergic Pathologies Progression in Young Children // American Journal of medicine and Medical Sciences. - USA. 2020. - 10(9): P.652-65.

MODERN IDEAS ABOUT GOUT

Nabieva D.A., Shiranova Sh.A., Mukhamadiyeva S.M., Djurayeva E.R., Isakova E.I.

Resume. *Currently, hyperuricemia syndrome is observed in the diagnosis of various diseases. And is this syndrome the main one in verifying the diagnosis of gout? Based on the analysis of literature data, epidemiological studies and the study of the formation of sodium monaurate crystals, their uniqueness and obligateness for gout rather than hyperuricemia is shown. An analysis of the literature data on the main stages of gout treatment is also presented, taking into account the fact that it is a chronic, systemic, tofus disease.*

Keywords: *gout, hyperuricemia, uric acid, tofuses.*

