

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА ТИББИЙ
РЕАБИЛИТАСИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“ПОДАГРА”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент – 2025

«ТАСДИКЛАЙМАН»
Тошкент тиббиёт академияси
ректори т.ф.д., профессор
Ш.А. Боймуратов

18 май 2025 йил

**«ПОДАГРА» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми.

Ҳозирги клиник протокол подагра артрити билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволаш бўйича тавсияларни ўз ичига олади, шунингдек, урат миқдорини камайтирувчи ва яллиғланишга қарши препаратлар билан даволаш режимларига оид стратегик тавсияларни қамраб олади. Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқишда асос сифатида Россия Ревматологлар Ассоциациясининг «Подагра» бўйича клиник тавсиялари, Европа Антиревматик Лигасининг (EULAR) подаграни ташхислаш ва даволаш бўйича халқаро тавсиялари, Британия Ревматологлар Жамияти тавсиялари, Америкада 2020-йилда қабул қилинган Ревматологлар Коллежининг подагра билан оғриган беморларни бошқариш бўйича янги тавсиялари, Кокрейн кутубхонаси (Cochrane), PUBMED (MEDLINE) маълумотлар базасига киритилган нашрлар асос қилиб олинди.

ХКТ-10/11	
Код: M10/FA25	Номи: Подагра
M10.0/FA25.2Y	Идиопатик подагра.
M10.1/FA25.10	Қўрғошин подаграси.
M10.2/FA25.11	Дори воситаларига боғлиқ подагра.
M10.3/FA25.1	Буйрак функциясининг бузилиши туфайли келиб чиққан подагра.
M10.4/FA25.1Y	Бошқа иккиламчи подагра.
M10.9/FA25.2	Аниқланмаган подагра.
Юклаб олиш (ХКТ)дан хавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12048 https://www.vidal.ru/drugs/mkb11?q=FA25

Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: Ушбу протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган, протокол қайта кўриб чиқилиш санаси 2028 йил.

Миллий клиник баённома ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: РИТваТРИАТМ, Тошкент тиббиёт академияси.

**КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ
ЧИҚИШДА ҲИССА ҚЎШГАНЛАР:**

Жараёни ташкил этиш бўйича ревматология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

Азизова Ф.Л.	т.ф.д. профессор, ТТА илм ва инновациялар бўйича проректор
Аляви Б.А.	– т.ф.д., РИТваТРИАТМ директори;
Мирахмедова Ҳ.Т.	т.ф.д., ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ревматология бўйича маслаҳатчиси
Рахимова Д.А.	т.ф.д., РИТваТРИАТМ лабораторияси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош терапевти;
Алиахунова М.Ю.	т.ф.д., профессор, РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудир;
Дадабаева Н.А.	т.ф.н, ТТА №1 ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти;
Абдуллаев У.С.	т.ф. н., ТТА №1 ички касалликлар пропедевтикаси бўлими ассистенти;

Муаллифлар рўйхати:

Мирахмедова Х.Т.	т.ф.д., ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ревматология бўйича маслаҳатчиси;
Рахимова Д.А.	т.ф.д., РИТваТРИАТМ лабораторияси мудири, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош терапевти;
Алиахунова М.Ю.	т.ф.д., профессор, РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудири;
Дадабаева Н.А.	т.ф.н, ТТА №1 ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти;
Набиева Д.А.	т.ф.д. профессор, ТТА проф. патологиялар №1, факултет ва госпитал терапияси бўлими мудири;
Шодиқулова Г.З.	т.ф.д., профессор, СамДТУ ички касалликлар бўлими мудири, Самарқанд вилояти бош ревматологи;
Джураева Э.Р.	т.ф.н., ТТА факултет ва госпитал терапияси, проф. патологиялар №1 бўлими доценти;
Хамраев Х.Х.	т.ф.н., СамДТУ №1 ички касалликлар бўлими доценти;
Бердиева Д.У.	т.ф.н., ТТА факултет ва госпитал терапияси, проф. патологиялар №1 бўлими ассистенти;
Нажмиддинов Г.Р.	Фарғона вилояти бош ревматологи;
Бомуродова Д.Б.	Бухоро вилояти бош ревматологи.

Такризчилар:

1.Абдуллаев А.Х.	– т.ф.д., РИТваТРИАТМ “Реабилитация” лабораторияси раҳбари;
2. Шукурова Сурайё Максудовн	– т.ф.д., профессор, Тожикистон Фанлар академияси аъзоси, Тожикистон соғлиқни сақлаш соҳасидаги дипломдан кейинги таълим институти, терапия ва кардиоревматология кафедраси мудири, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош терапевти, ТР терапевтлари ва ревматологлари ассосиациясининг раиси,

а	Азиат-Тинч океани ревматизмга қарши лиганинг (АПЛАР) Президиум аъзоси.
---	--

Клиник баённома ТТА илмий кенгашида кўриб чиқилди ва 2025-йил 26-март №8 сонли баённомаси билан тасдиқланди.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

PhD У.Абдуллаев - ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси;

Миллий клиник пратокол ва стандартларни Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

Тошкент тиббиёт академияси 2-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти, т.ф.д. Н.Х.Тухтаева

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протоколларнинг қабул қилиниши ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий бўғини вакиллари билан биргаликда амалга оширилди.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Мувофиқлаштирилган Кенгаш йиғилиш баённомасидан кўчирма (сана, №рақам)

Мазкур нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларнинг фойдаланувчилари :

- 1.Ревматологлар;
- 2.Терапевтлар;
- 3.Умумий амалиёт шифокорлари;
- 4.Травматологлар – ортопедлар;
5. ЖТШ шифокори, физиотерапевт;
- 6.Тиббиёт олийгоҳлари магистрлари, клиник ординаторлари ва катта курс талабалари.

Мазкур нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга тўғри келадиган беморлар тоифаси:

Подагрик– артритли беморлар.

Мазкур нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартлар қандай клиник асос гайдлайнлар/тавсиялар/хужжатлар асосида ишлаб чиқилган:

Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқишда асос сифатида Россия Ревматологлар Ассоциациясининг «Подагра» бўйича клиник тавсиялари, Европа Антиревматик Лигасининг (EULAR) подагани ташхислаш ва даволаш бўйича халқаро тавсиялари, Британия Ревматологлар Жамияти тавсиялари, Америкада 2020-йилда қабул қилинган Ревматологлар Коллежининг подагра билан оғриган беморларни бошқариш бўйича янги тавсиялари, Кокрейн кутубхонаси (Cochrane), Pubmed (Medline) маълумотлар базасига киритилган нашрлар асос қилиб олинди

Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи – шарҳлари келтирилади:

ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Синф	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИНИ
------	---------	---------

I	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашув усуллари фойдали ва самарали эканлиги исботланган ёк и умумий қабул қилинган ВА потенциал фойда потенциал хавфдан аниқ ва сезиларли даражада устундир.	Тавсия этилган
II	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашувнинг фойда / самарадорлигига зид маълумотлар ва/ёки фикрлаш тафовути ЁКИ фойда/хавф мувозанатига оид ноаниқлик.	Мақсадга мувофиқ
IIa	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлигини кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлиги ҳақида унча аниқ ишонарли эмас.	Ўта эҳтиёткорлик билан

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(ташхислаш аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизасияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизасияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизасияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизасияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат таснифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(Профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил орқали РКТ тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим РКТ ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида РКТ тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно

3	Рандомизасияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙҲАТИ:

ҚБ – қон босими;

АЛТ –аланинаминотрансфераза;

АСТ – аспартатаминотрансфераза;

ЖССТ – жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти;

ГИБП – ген–инженер биологик препаратлари;

ГК– глюкокортикоидлар;

ГУ – гиперурикемия;

ИЛ – интерлейкин;

СК –сийдик кислотаси;

СТК– сийдик тош касаллиги;

МРТ– магнитик-резонанс томография;
МУН - моноурат натрий кристаллари;
НЯҚП– ностероид яллиғланишга қарши препаратлар;
НР–нохуш реакция;
РКТ- рандом клиник тадқиқотлар;
КФТ– Коптокчалар филтрасияси тезлиги;
УТТ – ултратовуш текшириш;
УКТ – урат камайтирувчи терапия;
ЎНО- α - алфа-ўсма некрози омили;
АСР - Америка Ревматологлар Уюшмаси;
EULAR - Европа Антиревматик Лигаси.
ЗПЛП- Зичлиги паст липопротеидлар
ЗБЛП- Зичлиги баланд липопротеидлар

ПОДАГРА КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ.....	13
ПОДАГРА КАСАЛЛИГИДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ.....	59
ПОДАГРА КАСАЛЛИГИ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ.....	68

**“ПОДАГРА” КАСАЛЛИГИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Подагра артритнинг энг кўп тарқалган яллиғланишли шакли бўлиб, у натрий моноурати (МУН) кристалларининг тўпланиши натижасида юзага келади. Бу кристаллар муддатли гиперурикемия (ГУ) натижасида шаклланади. Катталарнинг подагра билан касалланиш даражаси 1 дан 3% гача ўзгариб туради, бу эрда эркакларда касаллик аёлларга қараганда 7 марта кўп учрайди. Аёлларда касалланишнинг энг юқори чўққиси 60 ёшга тўғри келса, эркакларда эса 40 ёшда кузатилади. Касаллик одатда буйрак, метаболик ва кардиоваскуляр патологиялар билан боғлиқ бўлиб, подагранинг прогнозини ёмонлаштиради.

<https://rheumatology.org/gout-guideline>

[http:// cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174](http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174)

Сўнгги ўн йилликда дунё бўйлаб подагра билан касалланишнинг барқарор ўсиши кузатилмоқда, бу инсон умр давомийлигининг ортиши, ҳам рационда оқсилли озиқ-овқат улушининг кўпайиши, ҳамда сийдик кислотаси (СК) метаболизмини бузишга олиб келувчи хавф омилларининг кўпайиши ҳисобига юзага келмоқда.

Подаграни назорат қилиш учун замонавий клиник тавсияларда кўрсатилган "қон зардобидаги уратларнинг мақсадли даражасига эришишгача бўлган даволаш" терапевтик ёндашуви самаралидир. СК даражасининг узок муддат давомида 360 мкмол/л дан кам бўлган даражага туширилиши кристалларнинг эришига ва натижада касалликнинг кучайишини тўхтатишга олиб келади. Ҳозирги кунда подаграни даволашда асосий патогенетик асосланган даволаш — уратни камайтирувчи терапия (УКТ) — ўзгаришсиз қолмоқда. Бутун дунё бўйлаб УКТни ўз вақтида бошлаш ва мақсадга эришгунга қадар давом эттирилиш кўрсаткичлари жуда паст, шунинг учун СКнинг қон зардобида лаборатория мақсадли қийматларига эришилиши камдан-кам рўйхатдан

ўтказилади. Фақатгина беморларнинг ярми қон зардобида СК даражасини мақсадли қийматларга туширишга эришади. Бу УКТнинг тайинланиши ҳар доим ҳам мувофиқ эмаслиги ёки баъзи ҳолларда бундай терапияга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билмаслик, алоҳида препаратларни нотўғри танлаш, даволаш схемалари, самарадорликни ноаниқ баҳолаш каби жиддий хатолар билан боғлиқ бўлиши билан изоҳланади.

Юқори коморбидлик, подагра нефропатиясининг ривожланиши, подаграга қарши терапия фонидаги салбий ҳолатлар, медикаментоз даволаш имкониятларини сезиларли даражада чеклайди, дори танлашда янада эҳтиёткорликни талаб қилади ва хавфсизликни назорат қилишни талаб қилади. Шунингдек, симптомсиз гиперурикемия (ГУ) аниқланган шахсларда УКТ зарурлиги масаласи ҳамон эчимини топган эмас, симптомсиз ГУ фонида подагра намоён бўлиш хавфидаги беморларни белгилаш зарур.

<https://rheumatology.org/gout-guideline>

[http:// cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174](http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174)

2.2. Умумий таърифи:

Подагра — тизимли тофус касаллик бўлиб, у турли тўқималарда МУН кристалларининг тўпланиши билан характерланади, бу эса ташқи муҳит ва/ёки генетик омиллар билан боғлиқ гиперурикемия (ГУ) бўлган шахсларда яллиғланиш ривожланишига олиб келади.

<https://rheumatology.org/gout-guideline>

[http:// cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174](http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174)

Этиология ва патогенез: Подагранинг ривожланишида асосий омил ГУ ҳисобланади, яъни қон зардобида СК даражасининг 420 мкмол/л дан юқорига кўтарилиши, бу ҳолда айрим беморларда МУН кристаллари ҳосил бўлади. Қон зардобидаги СК даражаси қанча юқори бўлса, подагра ривожланиш хавфи шунча юқори бўлади. Кристаллар кўрсаткичнинг анча паст (360 мкмол/л) даражаларида

ҳам, аёлларда ҳосил бўлиши мумкин. ГУнинг асосий сабаблари: СКнинг реабсорбциясини ошиши ва унинг сийдик билан чиқарилишини камайиши, ёки унинг гиперпродукциясига олиб келувчи генетик омиллар; ортиқча вазн ва семизлик, артериал қон босимининг ошиши, алкоголь истеъмоли, кўп миқдорда ҳайвон оқсили истеъмоли, диуретик дори воситаларини қабул қилиш, ГУ билан характерланадиган касаллик ва ҳолатлар.

Касаллик хавф омиллари тўрт гуруҳга бўлиниши мумкин. Биринчи гуруҳда СК чиқарилишининг камайиши билан бирга кечадиган ҳолатлар бирлаштирилган бўлиб, бу диуретиклар, метотрексат, циклоспорин, салицилатлар, алкоголь қабул қилиш, шунингдек, узоқ ва тўхтовсиз спорт машқлари натижасида юзага келиши мумкин.

Иккинчи гуруҳга организмда СКнинг кўп миқдорда ҳосил бўлиши кузатиладиган ҳолатлар киради: семизлик, метаболик синдром, алкоголь истеъмоли, ситотоксик ва нурли терапия, лимфопролифератив касалликлар, псориаз.

Учинчи гуруҳга организмга пуринларнинг ортиқча киришини чақирувчи омиллар киради: оқсил маҳсулотлари, шу жумладан, эркаклар севиб истеъмол қиладиган қайнатилган гўшт шўрваларини ортиқча истеъмол қилиш. Аммо пуринлар янги сиқилган мева шарбатларида ҳам кўп. Спортчилар кўп истеъмол қиладиган протеинлар ҳам СКнинг тўпланишига олиб келади.

Ниҳоят, тўртинчи гуруҳ омиллари — бу СКнинг кўп миқдордаги синтези ва унинг чиқарилишининг камайишига олиб келувчи индивидуал метаболизм хусусиятларидир.

Синовиал суяқлик ва яқин атрофдаги тўқималарда шаклланувчи МУН кристаллари, иммун реакцияларининг каскадини ишга тушириб, ўткир подагра артритини қўзғатувчи омил сифатида хизмат қилади. Аввалига кристалларнинг фагоситози содир бўлади, бунинг натижасида ҳужайраларда натрийнинг юқори

концентрацияси ошади, шу сабабли ситоплазмага компенсатор сув оқими ва хужайраларнинг шишиши юз беради, бир вақтнинг ўзида калий миқдори кескин камаяди, бу эса хужайра ичидаги инфламмасомалар фаоллигини индукция қилиб, бунинг натижасида кенг доирада яллиғланишга қарши ситокинлар, хемокинлар (аввало интерлейкин-1 (ИЛ-1), шунингдек, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, алфа-ўсма некрози омили (ЎНО-алфа) ва бошқалар) синтез қилинади. Уларнинг ишлаб чиқарилиши кучли яллиғланиш реакциясини, вазодилатасияни, яллиғланиш жойига иммун хужайралари, асосан нейтрофиллар, тезкор миграциясига олиб келади. Бу клиник жиҳатдан артритнинг ўткир хуружи билан намоён бўлади. Тоғайлар ва атрофдаги тўқималарда МУН кристаллари мавжудлиги билан боғлиқ бўлган, сурункали, суст кечувчи яллиғланиш жараёни, артритнинг ўткир хуружи пайтидан ташқари ҳам давом этади.

Эпидемиология:

Турли популяцияларда подагра билан касалланиш эркаклар ўртасида 1 000 кишига 5 дан 70 тагача ва аёллар ўртасида 1 дан 10 тагача тўғри келади. Катталар ўртасида подагранинг тарқалиши Европа мамлакатларида 0,9% дан 2,5% гача, АҚШда эса 3,9% ни ташкил этади. Касалланишнинг энг юқори чўққиси эркакларда 40-50 ёшда, аёлларда эса 60 ёшдан кейин (менопауза давридан кейин) кузатилади. Подагра эркаклар орасида 6-7 марта кўпроқ учрайди, кекса ёшда эса 3 марта кўпроқ.

Сўнгги 30 йил ичида подагранинг тарқалиши 100% га ошди, бу дунё аҳолисининг 42% га кўпайиши ёки кутилган умр давомийлигининг ошишига нисбатан номутаносибдир. Дунё бўйлаб тахминан 42 миллион катта ёшлилар подагра билан оғрийди, бу ревматоид артрит билан яшовчилар сонидан икки баробар кўпдир.

2.3. Подагра классификацияси:

1. Симптомсиз гиперурикемия

2. Ўткир подагра артрити
3. Қайталанувчи подагра
4. Сурункали подагра артрити
5. Сурункали тофусли подагра

Этиопатогенетик белгисига кўра:

- Бирламчи подагра
- Иккиламчи подагра (бошқа касалликлар ёки дори воситалари сабабли)

Касалликнинг кечишига кўра:

- Енгил
- Оғир кечиш

Подагранинг оғирлик даражалари ва бўғимдан ташқари намоён бўлишлари:

- Енгил формада: артрит хуружлари йилига 1-2 марта кузатилади, моноартритик шикастланишлар ва ягона тофуслар мавжуд, бўғимларда рентгенологик ўзгаришлар минимал.

- Ўрта оғирликда: артрит хуружлари йилига 3-4 марта бўлиб туради, олигоартрит кўпроқ учрайди, тофуслар кўпаяди, рентгенологик ўзгаришлар ва нефропатия сезиларли даражада.

- Оғир формада: хуружлар йилига 4 мартадан кўп бўлиб, полиартрит пайдо бўлади, кўплаб тофуслар ва бўғимдан ташқари шикастланишлар кузатилади.

Подагранинг бўғимдан ташқари намоён бўлишлари:

- Асосий нишон- органлар: буйраклар; камроқ ҳолларда ошқозон-ичак тизими, нерв тизими, юрак (клапанлар), ўпка, жигар, кўзлар.

- Кўп учрайдиган касалликлар: уратли нефролитиаз ва хроник интерстициал нефрит бўлиб, уларнинг кескин ривожланиши хроник буйрак этишмовчилигига олиб келади. Бундан ташқари, гиперурикемия остида ўткир

буйрак блокировкаси, дегидратасия сабабли мочевина кислотасининг кристаллизасияси ва ўткир буйрак этишмовчилиги ривожланиши мумкин. Бўғим синдромидан анча аввал буйрак шикастланиши кузатилиши мумкин.

<https://rheumatology.org/gout-guideline>

3. Текширув усуллари, услублари, тиббий муолажалар ёндошувлари ва ташхислаш жараёнлари:

Шикоятлар ва анамнез:

- Тўсатдан бошланиши, интенсив оғриқларнинг кучайиб бориши, одатда, битта бўғимда, кўпинча оёқнинг И ПФБ
- Бўғимда маҳаллий яллиғланиш белгиларининг аниқлиги: терининг гиперемияси, шишган ва зарарланган бўғимнинг функциясини бузилиши.
- Кўпинча кечги вақтда ёки эрта саҳар соатларида ривожланади, хуружнинг давом этиши даволашсиз 1 дан 10 кунгача ўзгариб туради.
- Умумий яллиғланиш белгиларининг мавжудлиги: хароратнинг кўтарилиши, холсизлик.

Подагра ва унга ҳамроҳ касалликларда хатар факторларини ҳар бир беморда аниқлаш тавсия этилади, метаболик синдром белгиларини (семизлик, гипергликемия, гиперлипидемия, гипертензия) ўз ичига олади. Подагра учун энг муҳим хатар факторлари қаторига бир қатор дори воситаларини (диуретиклар, циклоспорин А, салисилатлар) қабул қилиш, буйрак этишмовчилиги, спиртни суистеъмол қилиш, шакарли (фруктозага бой) ичимликлар ва озиқ-овқатларни истеъмол қилиш киради.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси ИБ).

Подагра ташхисига шубҳа бўлган ҳар бир ҳолатда клиник характеристика бериш тавсия этилади. Ўткир подагра артритининг келиб чиқиши алкоғол истеъмоли, диетага риоя қилмаслик, травма, совуққотиш, жарроҳлик

операсиялари, саунага ташриф, ҳамроҳ касалликларнинг кучайиши ва дори воситаларини (диуретиклар) қабул қилиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Оғриқ ва яллиғланиш билан тез ривожланувчи ўткир хуруж, айниқса эритема билан биргаликда кечиши, 24 соат ичида максимал даражага этиб, подагранинг микрокристаллик яллиғланишига юқори шубха уйғотади, аммо бу фақат подагра учун хос эмас. Агар типик ўткир артрит хуружлари оёқнинг бўғимлари, хусусан 1-чи плюснефалангага тааллуқли бўлса, ва оқшом артрит хуружларининг сони биттадан ортиқ бўлса, подагра ташхисининг эҳтимоли сезиларли даражада ортиши мумкин. Подаграда ўткир артрит хуружи давомийлиги одатда икки ҳафтадан ошмайди.

Бўғим синдроми:

Подагра артритига хос хусусиятлар:

- Бўғимдаги оғриқ жуда интенсив. Зарарланган жойнинг бўғимдан юқори қисми иссиқ, иперемияланган; тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилиши мумкин.
- Ҳар қандай бўғимларга зарар этиши мумкин, кўпинча оёқларникига. Бу моно- ёки олигоартрит.
- Оғриқнинг интенсивлиги максимал даражада бир неча соат ичида ривожланади (максимал — 24 соат); бир неча кун ичида (максимум — 2 ҳафта) симптомлар тўлиқ регрессияга учрайди.
- Хуружлар орасидаги даврда касалликнинг симптомлари тўлиқ йўқ.

Биринчи подагра артрит хуружи 1-чи плюснефаланга бўғимини (I ПФС) зарарлаш билан намоён бўлади (беморларнинг 90% учун характерли), аммо тирсак, тизза ва бошқа оёқ бўғимларига ҳам таъсир кўрсатиши мумкин; теридаги гиперемия, шишиш, зарарланган бўғимнинг функциясини қаттиқ бузилиши; умумий яллиғланиш белгилари: ҳароратнинг кўтарилиши, заифлик, титроқ.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси IV).

Физикал текшириш:

Барча беморларда, визуал баҳолашдан ташқари, артритнинг мавжудлигини (кўзга кўринадиган шишиш, гиперемия, бўғимларнинг функционал ҳолати) аниқлаш тавсия этилади, шунга қўшма равишда, тери ости тофусларининг эҳтимолий локализасиясини (энг кўп учрайдигани — кулоқ супраси, оёқ панжаси Iчи бармоқлари , тирсак бўғимлари) алоҳида кўриб чиқиш; Палпасия билан оғриқли ва яллиғланган бўғимларни, тофусларнинг (агар бўлса) ўлчамларини аниқлаш.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси Д (далилларнинг ишончлилик даражаси IB).

Подагра артритининг жинс ва ёшга кўра хусусиятлари:

- Эркакларда асосан оёқ бўғимлари, айниқса катта бармоқни зарарлайди;
- Аёлларда касалликнинг бошида кўпинча олиго- ёки полиартрит ривожланади (аёлларда подагра кекса ёшда ривожланади), кўпинча қўл бўғимлари зарарланади;
- Кекса ёшдаги инсонларда кўпинча полиартрикуляр вариантлар кузатилади: юқори бўғимларлар (қўл кичик бўғимларини ҳам) зарарланиши.

Подагра артритининг босқичма босқич кечиш хусусиятлари:

- Ўткир подагра артритида — тўлиқ спонтан ҳолда соғайиш ва хуружлар орасида симптомлар йўқлиги. Даволашсиз хуружлар сони кўпайиши, узок давом этиши, янги бўғимларнинг зарарланиши кузатилади.
- Хуружлар орасидаги (интервал подагра) ва ресидивланувчи подагра артрити — симптомсизлик даврининг давомийлигини қисқариши, артрит хуружлари кўпайиши ва узайиши, яъни касалликнинг сурункали кечишига ўтиши.

- Сурункали тофусли подагра — мустаҳкам сурункали артрит, тофуслар (кўпинча бир нечта), буйракларнинг зарарланиши.

Тофуслар:

- тери ости ёки тери ичида, қўл ва оёқ бармоқларида, тизза бўғимлари, тирсакларда, кулоқ супраларида.

- баъзан тери яраси хосил қилиб, ундан оқ пастасимон, МУН кристалларига эга, масса ажралиши.

- Суяк ичида;

- Тананинг деярли ҳар қандай қисмида ва ички органларда.

Буйракларнинг зарарланиши:

- Буйрак тош касаллиги;

- сурункали урат нефропатияси (подагрик);

- ўткир буйрак этишмовчилиги.

Хамрох патологиялар билан боғлиқ асоратлар:

- семизлик;

- қандли диабет;

- артериал гипертензия;

- гиперлипидемия, айниқса гипертриглицеридемия;

- томирларнинг атеросклеротик зарарланиши.

Асосий лаборатор тадқиқотлар:

- умумий қон текшируви;

- умумий сийдик анализи;

- биохимик қон текшируви: қонда сийдик кислотаси, глюкоза, креатинин, мочевино;

- СРО;

- синовиал суюқликнинг поляризацион микроскопияси;

Қўшимча лаборатор тадқиқотлар:

- БАК (ХС-ЗПЛП, ХС-ЗБЛП, триглицеридлар);
- глюкозага толерантлик тести;
- Нечипоренко бўйича сийдик анализи;
- Зимнийский бўйича сийдик анализи;
- кунлик протеинурияни аниқлаш;
- кунлик сийдик кислотасининг экскрессиясини аниқлаш;
- ахлатдаги яширин қонни аниқлаш.

Умумий қон таҳлили - нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТни тезлашиши;

Умумий сийдик таҳлили - мунтазам кислота муҳитли ПХ (5,0), протеинурия, гематурия, сийдикнинг нисбий зичлиги пасайиши, кристаллурия (уратлар ва бошқалар);

Биохимик қон таҳлили - қонда сийдик кислотасининг даражасининг ошиши – гиперурикемия (эркакларда – 0,42 ммол/л дан юқори (7 мг/дл дан юқори), аёлларда - 0,36 ммол/л дан юқори), лекин ўткир дарда нормоурикемия бўлиши мумкин, дислипидемиа (гиперхолестеринемиа, ЗБЛП нинг пасайиши, ЗПЛП ва триглицеридларнинг ошиши) – хамроҳ кардиоваскуляр патологиянинг мавжудлигида;

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси Ib).

Гипергликемия – углевод алмашинуви бузилишларида; креатинин миқдорининг ошиши – подагрик нефропатия мавжуд бўлганда.

СРО – ижобий;

Кунлик сийдик кислотасининг экскрессияси ошиши– гиперурикозурия (1100 мг/сут дан юқори), бу почкалар фаолияти бузилиши туфайли пасайиши мумкин;

Синовиал суюқликнинг поляризацион микроскопияси, тофуслар ёки бошқа тўқималарнинг таркибини текшириш – МУН кристалларининг игнасимон

шакллари, нурнинг икки карра манфий синиши билан топиш. Поляризация микроскопияси усули билан МУН кристалларини аниқлаш, подаграница диагностика қилишнинг «олтин стандарт»и ҳисобланади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси IV).

Инструментал тадқиқотлар:

- зарарланган бўғимларнинг рентгенографик текшируви;
- буйракларнинг ультратовуш текшируви;
- бўғимларнинг ультратовуш текшируви;
- МРТ;
- ўпка рентгенографияси;
- ЭКГ;
- юрак зарарланиши бўлганда ЭхоКГ;
- оғир жараёнлар ва шишлар мавжудлигини истисно қилиш учун ФГДС;
- диагностик мақсадда тофуслар биопсияси.

Зарарланган бўғимларнинг рентгенографик текшируви: “пробойник” симптоми— типик, аммо кеч рентгенологик мезон, касаллик бошланганда нонспецифик белгилар бўлиши мумкин – бўғим бўшлиғи торайиши, бўғим юзасининг шикастланиши, субкортикал кисталар бўлиши мумкин. Рентгенологик ўзгаришлар одатда подагра дебютидан кейин 7-10 йилдан сўнг аниқланади, ҳатто сурункали артрит бўлган беморларда ҳам ҳар доим аниқланмайди ва кеч намоён бўлади. Бошланғич босқичларда бўғимларни рентгенологик текширувини ўтказиш тавсия этилмайди. Рентгенологик текшириш ўтказиш, дифференциал диагностикада ёрдам беради ва сурункали подаграница типик белгиларини намоён этиши мумкин, лекин подаграница бошланғич диагностикасида ҳеч қандай маълумот тақдим этмайди.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси III).

Буйракларнинг ултратовуш текшируви - турли ўлчамлардаги конкрементларнинг мавжудлиги, кораллоид нефролитиаз.

Бўғимларнинг ултратовуш текшируви. Подагранинг типик белгилари кўпинча сонографик текширишда биринчи метатарсофаланга бўғими ва тизза бўғимини текширишда аниқланади. Бу метод подагранинг бошланғич, шу жумладан, касалликнинг преклиник босқичида қўлланиши мумкин, чунки ГУ бўлган беморларнинг бир қисмида подагранинг типик ултратовуш белгилари (“икки баробар контур”, синовиал суюқликда “бўрон” кўриниши, анехоген чегаралар билан (тофуслар), гиперехоген гетероген шикастланишлар) касаллик артритнинг ўткир хуружидан аввал аниқланиши мумкин.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси IV).

Компютер томографияси ва магнит резонанс томографиясини ўтказиш тофусларнинг атипик жойлашувида шубҳа қилинганда жуда зарур. Улар компютер томографияси орқали аниқланиши мумкин: оралиқ зичликдаги юмшоқ тўқима конлари мавжудлиги, суяк ичи эрозияси(тофуслар) ва МРТ орқали: T1 ёки T2 кетма кетлигидаги юмшоқ тўқима конлари мавжудлиги.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси III).

Кўкрак қафаси рентгенографияси беморларда дастлабки текширишда, ГИБПни белгилашдан олдин, ўпка билан боғлиқ хамрох шикастланишларни аниқлаш учун, ва ундан сўнг ҳар йили ўтказилиши зарур.

ЭКГ ҳар йили 1 мартадан кам эмас, юрак ва қон–томирлар патологиясини аниқлаш учун.

ЭхоКГ юрак ва томирлар патологияси бўйича шубҳа қилинганда.

Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар:

- нефролог билан маслаҳатлашиш – подагра нефропатияси ривожланганда даволаш коррекцияси учун;
- кардиолог билан маслаҳатлашиш – юрак ва томирлар системасидаги патологияни даволаш усуллари аниқлаш учун (артериал гипертензия, сурункали юрак этишмовчилиги, ритм бузилишлари, коронар синдромлари);
- эндокринолог билан маслаҳатлашиш – диабет, гипотиреоз, семизлик;
- уролог билан маслаҳатлашиш – подагра билан боғлиқ сийдик– тош касаллик хуружлари, подагра туфайли ривожланганда;
- хирург билан маслаҳатлашиш – тофусларни очиш вақтида.

Диагностик мезонлар:

Подагрининг диагнози АСР/EULAR 2015 классификасия мезонлари асосида белгиланади (жадвал). Ушбу мезонлар юқори (92%) ва спесифик (89%) сезгирлик кўрсатган. Барча беморларда периферик бўғим ёки бурсада ҳеч бўлмаганда битта шиш, оғриқ ёки сезгирлик эпизоди мавжуд бўлганда АСР/EULAR мезонлари қўлланиши керак. 23 имкониятдан 8 ва ундан юқори балл олган ҳолларда подагра диагнози қўйилади.

Подагратинг таснифий мезонлари EULAR/ACR (2015)

Киритиш мезонлари: шишнинг бир эпизоди бўлиши мумкин, периферик бўғим ёки бурсада оғриқ ёки юқори сезувчанлик	
Етарли мезон: зарарланган бўғим ёки бурса ёки тофусда МУН кристалларининг аниқланиши	
Бўғим ёки бурса қўшилиши билан типик симптомли эпизод бўлиши: -болдир товон бўғими ёки оёқ кафт ўрта қисми	1 балл
-I ПЛФС	2 балл
Олдинги эпизодларнинг баъзи симптомлари:	Хусусиятлар сони:
1) Зарарланган бўғим устида эритема	1 = 1 балл
2) Бўғимга тегиш ва босишнинг чидамаслиги	2 = 2 балл
3) Юришнинг қийинлиги ёки зарарланган бўғим харакатсизлиги	3 = 3 балл

ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY
Vol. 67, No. 10, October 2015, pp 2557–2568

Подагратинг таснифий мезонлари EULAR/ACR (2015)

	Хусусиятлар сони
Қачондир ≥ 2 белги бўлгани: • максимал оғриқ ривожланиши < 24 соат давомида • симптомлар йўқолиши ≤ 14 кун давомида • эпизодлар орасида симптомларнинг бутунлай регрессияси	типик эпизод: 1 = 1 балл Қайта эпизод = 2 балл
Клиник аниқланадиган тофус(лар)	4 балл
Хуружлараро даврда энг юқори сийдик кислота миқдори (мкмоль/л)	< 240 = -4 балл 360-480 = 2 балл 480-600 = 3 балл ≥ 600 = 4 балл
Синовиал суюқлик анализи: МУН кристаллар аниқланмайди	-2 балла
Визуализация усуллари (любые): УЗ, КТ, рентгенография –подаграга хос белгилар аниқланади	4 балла

Подагра аниқ ташҳиси учун 8 ва ундан кўп балл
йиғилиши керак

ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY
Vol. 67, No. 10, October 2015, pp 2557–2568

Элисеев МС. Подагра классификацион мезонлари (ACR/EULAR тавсиялари). Илмий-амалий ревматология. 2015;53(6):581–5
<http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-581-585>

Дифференциал ташхислаш ва қўшимча тадқиқотларнинг асосланиши:

Ташхис	Дифференциал ташхислашни асослаш	Текширув	Ташхисни инкор қилиш мезонлари
--------	----------------------------------	----------	--------------------------------

Реактив артрит	Қуйи бўғимларнинг зарарланиши, Сакроилиал бўғимларнинг зарарланиши.	Сийдик-йўли ва ичак инфекцияси учун ИФА. Тоз суяқларининг рентгенографияси.	Терида псориастик бляшкаларнинг йўқлиги, Сийдик-йўли ёки ичак инфекциялари бўйича мусбат натижалар
Ревматоид артрит	Қўл бармоқларининг кичик бўғимларининг зарарланиши	РФ, АССП, Қўл бармоқлари ва бўғимлар рентгенографияси.	Қўл бўғимларининг симметрик артрити, эрталабки қотишиш. Қўлларнинг рентгенографиясида; эпифизар остеопороз, бўғим ораси торайиши, узурланиш
Подагра	1– метатарсофаланга бўғимининг зарарланиши	Қонда сийдик кислотасини таҳлил қилиш	Кўпинча эркақлар, анамнезида ўткир артритнинг (асосан 1– метатарсофаланга бўғими моноартрити) мавжудлиги, гиперурикемия
Анкилозловчи спондилоартрит	"Периферик шаклда қуйи бўғимларнинг зарарланиши, сакроилиак бўғимларнинг зарарланиши	ҲЛА В27, Тоз суяқларининг рентгенографияси.	Касалликнинг кўпинча босқичма-босқич бошланиши, асосан белда яллиғланиш хусусиятига эга оғриқлар, эрталабки қотишишнинг мавжудлиги, икки томонлама сакроилеит

Касалликнинг симптомларига кўра дифференциал диагностикаси:

Подагратинг асосан клиник намоён бўлиши: ўткир артритни такрорланувчи хуружлари, тўқималарда (бўғимларда, юмшоқ тўқималарда, турли органларда) кристаллар уратларнинг марказий тўпланиши билан тофусларнинг шаклланиши, нефролитиаз, подагрическая нефропатия.

4. Амбулатория даражасида беморларни даволаш тактикаси:

Эвропа антиревматик лигаси эксперт комитети подагратни даволаш бўйича тавсияларни ишлаб чиқди. Подагратни даволаш ва профилактика қилишни шартли равишда тўрт босқичга бўлиш мумкин: дори воситасиз профилактика ва даволаш усуллари, ўткир артрит хуружини тўхтатиш, уратларни камайтирувчи терапия, артритнинг оғирлашишини профилактика қилиш.

Подагратни оптимал даволаш нофармакологик ва фармакологик ёндашувларнинг комбинациясини талаб қилади (далилларнинг ишончлилиги даражаси IB) ва қуйидагиларни ҳисобга олиши керак:

а) махсус хавф факторлари (сийдик кислотаси даражаси, олдинги хуружлар сони, рентгенография) (далилларнинг ишончлилиги даражаси IV),

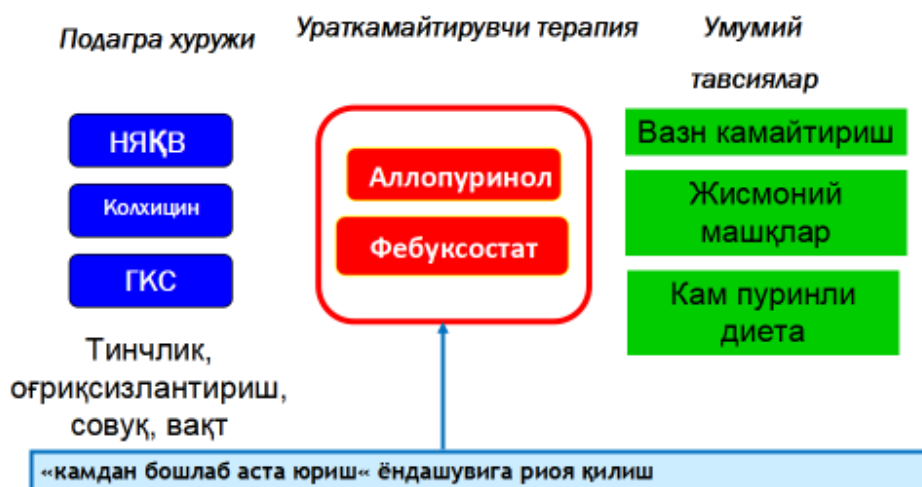
б) касалликнинг босқичи (симптомсиз гиперурикемия, ўткир/интермиттирловчи артрит, хуружлар орасидаги давр, сурункали тофусли подагра) (далилларнинг ишончлилиги даражаси IB),

в) умумий хавф факторлари (ёш, жинс, семизлик, гиперурикемик препаратлар, хамроҳ касалликлар, полипрагмазия) (далилларнинг ишончлилиги даражаси IB).

<http://cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/174>

Номедикаментоз даво:

Подагра даволаш тамойиллари



Умумий тамойиллар.

Подаграни даволаш ва профилактика қилишнинг асосий компоненти ГУ (семизлик, углевод ва липид алмашинувдини бузилиши, артериал гипертензия), хавф факторларини камайтириш ва диетотерапия ҳисобланади. СК концентрасиясини камайтириш ва даволашнинг асосий усули диета бўлган. Гоҳ-гоҳ диета кўпчилик беморлар учун дори воситасиз даволашнинг ўрнини босади, унинг зарурияти эса подаграни даволаш бўйича барча этакчи тавсиялар билан тасдиқланади.

Сутли маҳсулотлар билан бойитилган диета, камайтирилган ёғ миқдори билан, СК нинг зардобдаги миқдори ва артрит ҳуружлари сонини камайтиради.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишончлилик даражаси IV)

Алкогол ичимликларини, шу жумладан пиво ичишни камайтириш. Алкогол, хусусан пиво ва аччиқ ичимликлар подаграни ривожланиши учун мустақил хавф фактори ҳисобланади. Пивонинг бошқа алкоголь ичимликларига

нисбатан кўпроқ гиперурикемик таъсири, унда пуриналар, асосан гуанозин, юқори миқдорда бўлиши билан изоҳланади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси III).

Вазни камайтириш. Тана массасини нормаллаштиришни секин олиб бориш керак, чунки кетон таначалари даражасининг ошиши, қаттиқ очлик билан боғлиқ, бу эса ГУ га олиб келади.

Пуринлар истеъмолини камайтириш. Пуринларга бой маҳсулотлар қаторига барча турдаги гўшт ва унинг субмаҳсулотлари, барча балиқ ва денгиз маҳсулотлари, баъзи сабзавотлар (шпинат, спаржа, кўзикарин, шунингдек, дрозжали экстрактлар)ни кирита олади. Гўшт ва балиқни истеъмол қилиш билан боғлиқ юқори риск кўп факторли характерга эга. Бир томондан, ҳайвонлардан олинган экзоген пуриналарнинг организмда ортиши, СК даражасини ошириши исботланган. Иккинчи томондан, қизил гўшт асосий тўйинган ёғ манбаи бўлиб, уратларнинг буйракдаги экскрециясини камайтиради. Аммо баъзи хом сабзавотлар, масалан, шпинат (100 г га 70 мг), хом гўшtdан юқори концентрасияга эга (100 г га 58 мг).

Пуринларга бой ҳайвон маҳсулотларини истеъмол қилишни ва вазни камайтириш, СКнинг зардобдаги миқдорини камайтиришга ёрдам беради.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси III).

Ўсимлик оқсилларини, сабзавотларни (юқорида келтирилоган сабзавотлар бундан мустасно), дуккаклилар ва мевалар истеъмолини кўпайтириш. Сабзавотлар ва дуккаклилар и истеъмол қилиш ГУ ва подагра хавфини оширмайди. Дуккаклилар ва сабзавотларда мавжуд бўлган флавоноид гликозидлар КОга ингибитор каби таъсирга эга.

Ширин безалкогол ичимликларидан (лимонад, соклар, энергетикалар) узоқлашиши. Фруктозага бой мевалар гиперурикемия ва подагра ривожланишини ошириши исботланган. 1 г фруктозанинг ҳар 1 кг танавазнига таъсири, овқат истеъмолидан сўнг 2 соат давомида СК концентрасиясини 1-2 мг/дл га ошириши аниқланган. Мева шарбатлари ва фруктозага бой жўхори ширасини камайтириш тавсия қилинади.

Кунлик овқатга 200-300 мг С витамини қўйиши. У КО ни ингибирлашга ёрдам беради ва подаграни даволаш ва профилактикасида самарали бўлиши мумкин.

Кун давомида 10-12 дона гилос меваси, ёки гилос экстракти, ёки нордон гилос шарбати истеъмол қилиш. Гилос ўзида унга ранг берувчи ва яллиғланишга қарши хусусиятга эга антосианинларни сақлагани туфайли, СКнинг концентрасиясини камайтиришда самарали эканлиги аниқланган. Антосианинлар қорағатда ҳам мавжуд, аммо уларнинг подаграга бўлган фойдали таъсири исботланган эмас.

Афсуски, озиқ-овқат бўйича тавсияларнинг исбот даражаси ҳали ҳам ўртача/паст ёки жуда паст (класс С ёки Б) ҳисобланади.

Россия ревматологлар ассоциацияси. Подагра. Клиник маслахатлар. 2018. (Электроний ресурс.) УРЛ: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>

Медикаментоз даво.

Подаграни консерватив даволаш мақсади — ўткир ёки сурункали артритни бартараф этиш, артрит хуружларининг олдини олиш, шунингдек, мавжуд бўлган сийдик кислота кристалларини (СКК) шаклланишини тўхтатиш ва эритишдир.

Подагранинг базис терапияси пурин алмашинувини нормаллаштиришга қаратилган. Даволашнинг асосий принципи — узоқ муддатли ва узлуксиз

подаграга қарши (урикодепрессив, урикозурик ёки комбинацияланган) дори-дармонлар қўллаш орқали сийдик кислота даражасини <6 мг/дл (360 мкмол/л) га туширишдир. Бу даража беморнинг бутун ҳаёти давомида сақланиши керак.

Ҳар бир базис урат даражасини пасайтирувчи кичик дозалардан бошланади ва улар аста-секин оширилади, токи сийдик кислотанинг зардобдаги миқдори мақсадли даражага этгунча. Уратни пасайтирувчи препаратларни дозасини аста-секин ошириш бир неча мақсадларга эга:

- Даволашнинг биринчи ойларида ўткир артрит хуружлари частотасини камайтириш.
- Беморнинг даволашга риоя қилишини таъминлаш.
- Минимал самарали дозалардан фойдаланиш имкониятини таъминлаш, бу эса дозага боғлиқ ножўя таъсирлар ривожланиш эҳтимолини камайтиради.

Барча беморларда оптимал терапевтик тактикани танлаш учун тавсия этилади:

- махсус омилларни аниқлаш (артитнинг олдинги хуружлари сони, қон зардобда СК миқдорини аниқлаш, бўғимларнинг рентгенографиясини ўтказиш).

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишонч даражаси III)

- касалликнинг босқичлари: асимптоматик ГУ (МУН депозитлари мавжуд ёки йўқ), ўткир артрит/хуружлараро давр, сурункали тофусли подагра.

Тавсиялар ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IIб)

- умумий хавф омиллари: ёш, жинс, семизлик мавжудлиги, гиперурикемик препаратларни қабул қилиш, ҳамроҳ касалликлар, кўплаб дори воситаларини қўллаш, генетик омиллар.

Тавсиялар ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IIб)

Изоҳ. Симптомсиз ГУ подаграга тенг ҳисобланмайди. Ҳозирги вақтда бундай беморларда нормоурикемияни қўллаб-қувватлаш учун дори-дармон терапиясини ўтказиш зарурлигини исботловчи маълумотлар мавжуд эмас. Бу ҳолда ҳамроҳ касалликларни даволаш, овқатланиш расиони ва турмуш тарзини тўғрилаш мақсадга мувофиқдир. Даволашни буюришда нофармакологик ва фармакологик усулларнинг комбинацияси монотерапияга нисбатан самаралироқдир. Терапияни буюришда касалликнинг клиник босқичини (ўткир артрит хуружи, хуружлараро давр, доимий артрит, тофус шакли), қон зардобдаги СКнинг миқдори ва артрит хуружларининг тез-тезлиги, ҳамроҳ касалликлар ва ГУ хавф омилларини ҳисобга олиш керак.

Барча беморларга ўткир артритнинг "биринчи қатор" терапияси сифатида ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НЯҚП), ёки колхисин, ёки глюкокортикоидлар (ГК) буюриш тавсия этилади. Махсус препарат танлашда қарши кўрсатмалар мавжудлигига ёки йўқлигига асосланган ҳолда, дори воситалари ўзаро таъсирини ҳисобга олиб, амалга оширилиши керак. Айниқса, колхисин билан даволашни артрит хуружи бошланишидан олдин бошлаш керак. Ҳар бир бемор ўткир артрит хуружларининг биринчи белгилари пайдо бўлганда ушбу препаратларни мустақил қўллашга ўргатилиши керак.

Тавсиялар ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IV)

Изоҳ. НЯҚП ва колхисиннинг (плацебога нисбатан) ўткир артрит хуружи терапиясида самарадорлиги исботланган. НЯҚП қўллашда меъда-ичакда қон кетиш ва уларнинг кардиотокциклиги индивидуал хавфини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Артрит хуружларида яллиғланишга қарши терапияни (биринчи кунда) эрта буюриш клиник натижани яхшилайдди. Агар монотерапия самарасиз бўлса, НЯҚП ва колхисин комбинациясидан фойдаланиш мумкин.

Юқори дозада колхисин қўллаш тавсия этилмайди, чунки бу деярли ҳамма вақт ноўя реакцияларга олиб келади. Кам дозалардан бошлаш ва кейинчалик

уларни титрлаш тавсия этилади: биринчи куни 1,5 мг (1 мг ва бир соатдан сўнг яна 0,5 мг ва кейинги кундан бошлаб 1 мг), бу кўпчилик беморлар учун этарли бўлиши мумкин.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IV)

Изоҳ. Исботланганидек, колхисиннинг паст дозалари (кунлик 1,5 мг гача) юқори дозалардан кам самарали эмас ва хавфсизроқ ҳисобланади.

ГКни бўғим ичига ёки мушак ичига буюриш, ўртача дозада ГКСни перорал тез бекор қилиш билан тавсия этилади (кунлик 30-35 мг преднизолон 3-5 кун давомида, тўлиқ бекор қилиш 10-14 кунда). Бундай терапия ўткир артрит хуружини даволашда самарали ва НЯҚП билан хавфсиз ҳисобланади.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишонч даражаси IV)

Изоҳ. ГК терапияси подаграда артрит хуружини тўхтатиш учун самарали экани исботланган, самарадорлиги бўйича НЯҚП билан таққосланади ва хавфсизлик профили бўйича ўхшаш. ГК билан даволаш моноартрит билан оғриган беморларда, ГК ёки колхисинни буюриш мумкин бўлмаган ҳолларда энг маъқул ҳисобланади.

Барча беморларда доимий гиперурикемия ва артритнинг ўткир хуружлари (йилига ≥ 2 марта), доимий артрит, тофуслар мавжудлигида (жойлашувидан ва аниқлаш усулидан қатъи назар: кўрикда, нурли диагностика усуллари билан) уратни камайтириш терапияси ўтказилиши тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IV)

40 ёшдан кичик бўлган подагра дебютига эга беморларда, буйрак патологияси ва ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлганда, уратни камайтириш терапиясини биринчи артрит хуружидан сўнграёқ бошлаш керак.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IV)

Бошқа ҳолларда уратни камайтириш терапиясини ўтказиш (асоратланмаган подаграда) нофармакологик усуллар самарасиз бўлган ҳолларда тавсия этилади.

Тавсиялар шончлилик даражаси Б (далилларнинг шонч даражаси IV)

Нормоурикемияга эришиш ва зардобда СК даражасини уратлар билан супертўйинганлик нуқтасидан паст бўлган ҳолатда (360 мкмол/л) сақлаш тавсия этилади.

Тавсиялар шончлилик даражаси С (далилларнинг шонч даражаси IV)

Оғир тофусли подагра билан оғриган беморларда зардобдаги СК миқдорини сақлаш тавсия этилади.

Тавсиялар шончлилик даражаси С (далилларнинг шонч даражаси IV)

Зардобда СК миқдорини 180 мкмол/лдан паст даражада узок вақт (бир неча йил давомида) сақлаш тавсия этилмайди.

Тавсиялар шончлилик даражаси С (далилларнинг шонч даражаси III)

Буйрак функцияси нормал бўлган беморларга биринчи қатор терапияси сифатида аллопуринолни буюриш тавсия этилади.

Тавсиялар шончлилик даражаси Б (далилларнинг шонч даражаси IV).

Дастлабки паст дозада препаратни (кунлик 50-100 мг) ва кейинчалик (зарур бўлганда) ҳар икки-тўрт ҳафтада 100 мггача ошириш тавсия этилади, бу айниқса буйрак этишмовчилиги бўлган беморларда муҳим ҳисобланади.

Тавсиялар шончлилик даражаси Д (далилларнинг шонч даражаси IV)

Изоҳлар. Буйрак функцияси бузилган беморларда аллопуринолнинг максимал дозасини коптокчалар филтрасия тезлигига қараб тўғрилаш тавсия этилади. Аллопуринолни қабул қилиш билан боғлиқ ноўя реакциялар ривожланган ҳолларда, шунингдек, аллопуринолнинг энг юқори мумкин бўлган дозаларини қабул қилишда зардобдаги СК миқдори мақсадли даражага

эришилмаса, бошқа ксантинооксидаза ингибиторларини (фебуксостат) буюриш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IV)

Изоҳлар. Фебуксостат Енгил ва ўртача буйрак этишмовчилиги бўлган беморларда қўлланилиши мумкин, унинг зардобдаги СК миқдорига таъсири бўйича самарадорлиги ўртача дозадаги препаратлар билан қўлланилганда аллопуринолдан юқори. Буйрак функцияси пасайган, подагра билан оғриган беморларда фебуксостат кўпинча аллопуринолга нисбатан СК мақсадли миқдорига эришиш имконини беради. Барча беморларда уратни камайтириш терапияси бошлангандан кейинги биринчи ойларда артрит ҳуружларининг олдини олиш учун колхисин (кунлик 0,5 мг) ва/ёки НЯҚП (керак бўлса гастропротексия билан) қўллаш тавсия этилади. НЯҚП ва колхисинга мутлақ қарши кўрсатма ва/ёки самарасизлик бўлган ҳолларда уратни камайтириш терапиясининг биринчи ойларида артрит ҳуружларининг олдини олиш учун канакинумабни буюриш мумкин.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишонч даражаси IV)

Изоҳлар. МУН кристалларини эритиш, уратникамайтириш терапияси бошланишининг биринчи ойларида, артрит ҳуружлари тезлигининг кўпайиши ва даво таъсирининг ёмонлашишига олиб келиши мумкин. Паст дозада қўлланиладиган НЯҚП ва колхисин ҳуружлар тезлигини бир неча марта (5-6 марта) камайтириши мумкин. Худди шундай самара канакинумабда ҳам кузатилган. Бундай терапияни қўллаш ярим йил давомида долзарблигини сақлаб қолади ва албатта бемор билан муҳокама қилиниши керак.

Россия ревматологлар ассосиасияси. Подагра. Клиник маслахатлар. 2018. (Электронний ресурс.) УРЛ: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>. https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/podagra_14187/

Ўткир подагрик артритини даволаш

қон-томир асоратлари хавфини ошиши сабабли махсус ЦОГ-2 ингибиторларини қўллаш тавсия этилмайди.



Ўткир подагрик артрит билан беморни олиб бориш алгоритми



-колхицин ўткир подагрик артрит хуружини тўхташида 36 соатгача тавсия этилади

**Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар
(ЦОГ-1 ёки ЦОГ-2 ингибиторлари)**

Подагра кучайишига қарши воситалар орасида НЯҚП марказий ўрин эгаллайди. НЯҚПни энг юқори яллиғланишга қарши дозаларда, оғриқ тўлик тўхтамагунча ва яллиғланиш белгилари йўқолмагунча давом этириладиган курсларда қўлланилади.

Жадвал

Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланилиш эҳтимолига эга бўлганлар):

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН (Халқаро Патентланмаган Ном) и	Қўллаш усули	Тавсиялар ишончлик даражаси
ЦОГ-1 ва ЦОГ-2 носелектив ингибиторлари			
фениллюксус кислота хосилалари	Диклофенак	<input type="checkbox"/> Таблетка 25 мг, 50 мг - оғиз орқали қабул қилиш, кунига 2-3 марта. <ul style="list-style-type: none"> • Таблетка ёки капсула 100 мг - оғиз орқали қабул қилиш, кунига 1 марта. • Ампула 3 мл (25 мг/мл) - мушак ичига юбориш, кунига 1-2 марта. 	1 А-В

Сийдик кислотаси метаболизмига таъсир қилувчи воситалар

Колхицин	Сийдик кислотаси метаболизмига	Ичга	0,5-1	1-кун – 3 мг (1 мг дан 3	Курс бўйича	УД – А [18, 19,
-----------------	--------------------------------	------	-------	---------------------------	-------------	-----------------

	таъсир қилувчи воситалар		мг	маҳал), 2- кун- 2 мг (1 мг дан 2 маҳал), кейин 1мг/кун		20, 21, 24,25]
Аллопуринол	Сийдик кислотаси метаболизмига таъсир қилувчи воситалар	Ичга	100 мг	1 кунда 2-3 маҳал	Узоқ муддатли	УД – А [18, 20-23, 26, 27, 28,29]
Фебуксостат	Сийдик кислотаси метаболизмига таъсир қилувчи воситалар	Ичга	80 мг	1 кунда 1 маҳал	Узоқ муддатли	УД– В

Колхисин биринчи даражали дори сифатида НСАИДларга алтернатива бўлиши мумкин. Колхисин- Солчисум аутумнале- ўсимликлардан олинган алкалоид бўлиб, кўп 10 йиллар давомида ўткир подаграни даволаш учун ишлатилган. Колхисин - Солчисум аутумнале ўсимликидан олинган алкалоид бўлиб, кўп ўн йиллар давомида ўткир подаграни даволаш учун ишлатилган. Замонавий халқаро ва миллий тавсияларга кўра, артритнинг ўткир хуружини Енгиллаштириш учун кўпчилик беморларга колхициннинг паст дозаларини буюриш тавсия этилади (биринчи куни 1,5 мг (дарҳол 1 мг ва 1 соатдан кейин яна 0,5 мг) ва кейинги кундан бошлаб 1 мг). Клиник амалиёт шуни кўрсатадики, артритнинг ўткир хуружи бошланганидан кейин биринчи 12 соат ичида паст дозали колхисин қўлланилганда, паст дозали колхисиннинг самарадорлиги юқори дозали колхисинга тенг эди. Колхисин хуруж бошланганидан 12-24 соат ўтгач буюрилса, унчалик самарали эмас. Айнан эрта қўллаш билан препаратнинг паст дозалари самарадорлик жиҳатидан юқори дозалардан кам эмас, лекин биринчи ҳолатда салбий реаксияларнинг ривожланиш эҳтимоли паст ва платсебо билан солиштириш мумкин, иккинчисидан у 100% га этади.

<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>.
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/podagra_14187/

Аллопуринол – сурункали подагра билан оғриган беморлар учун самарали узоқ муддатли дори воситасидир. Аллопуринол билан даволаш артрит хуружи тугамагунча бошланмаслиги керак. Артритнинг ўткир хуружлари ва оғир нождўя реактсияларнинг олдини олиш учун аллопуринол терапияси кичик дозадан (кунига 100 мг) бошланади ва нормоурикемияга эришилгунга қадар ҳар 2-4 ҳафтада аста-секин оширилади. Аллопуринолнинг дозалаш схемаси буйракларнинг функционал имкониятларини ҳисобга олган ҳолда қондаги сийдик кислотаси динамикаси назорати остида индивидуал равишда белгиланади. Буйрак этишмовчилиги мавжуд бўлганда (клиренсинг 30 мл / мин дан кам пасайиши) дозани коррексия қилиш керак. Аллопуринол тўхтатилгач, сУА даражаси 3-4 кун ичида дастлабки даражага қайтади. Аллопуринол билан даволаш нождўя таъсирларнинг ривожланиши билан боғлиқ (баъзан оғир -5%) ва каттиқ назорат остида амалга оширилиши керак.

Фебуксостат - тавсия этилган доза 80 мг дан кунига 1 марта, овқатдан олдин. Агар сийдик кислотаси контсентратсияси 2-4 ҳафталик даволанишдан кейин 6 мг / дл дан ошса, препаратнинг дозасини кунига 1 марта 120 мг га ошириш мумкин. Енгил ва ўртача буйрак этишмовчилиги бўлган беморларда фебухостатни қўллашда дозани коррексия қилиш талаб этилмайди. Гут хуружларининг олдини олиш муддати камида 6 ой.

Урикозурик препаратлар (Бенемид, Антуран, Бенетазоне ва бошқалар) нефролитиаз учун қарши кўрсатмадир. Баъзи беморларда Енгил ва ўртача даражадаги буйрак этишмовчилиги бўлган беморларда Бензбромарон қўлланилиши мумкин, аммо гепатотокциклик хавфи туфайли назоратни талаб қилади. Пеглотиказа. Пеглотиказа кристалл билан тасдиқланган, оғир, заифлаштирувчи сурункали тофи подаграси бўлган ва ҳаёт сифати паст бўлган

беморларга кўрсатилади, уларда зардобдаги сУА мақсадли даражаларига максимал дозада (жумладан, комбинатсияланган) бошқа дори воситалари билан эришилмаган.

Пеглотиказа. Эсчеричиа соли нинг генетик жиҳатдан ўзгартирилган штамми томонидан ишлаб чиқарилган ва УА нинг аллантоинга оксидланишини катализловчи пегилатланган уриказ препарати ксантин оксидаза инҳибитёрлери, урикозуриклар ва уларнинг бирикмаларига рефрактерлик учун охирги имкониятдир. Препаратни буюриш беморларнинг 42 фоизида сУА нинг мақсадли даражасига эришишга имкон беради, аммо тез-тез учрайдиган аллергияк реактсиялар ва юқори нарх туфайли унинг кенг қўлланилиши чекланган.

Пеглотиказа - 8 мг, томир ичига 2 ҳафтада бир марта 12-16 ҳафта давомида инфузион. Ҳар бир инфузиядан олдин сийдик кислотаси ва глюкоза-6-фосфат дегидрогеназа даражасини кузатиш керак. Антигистаминлар ва ГК билан премедикатсияни талаб қилади. Хуружнинг профилактикаси пеглотиказани юборишдан ≥ 7 кун олдин бошланиши керак.

Инфузион реактсияларнинг юқори хавфи (платсебо билан 26% га нисбатан 5%), ҳатто премедикатсия билан ҳам, айниқса даволанишга жавоб бермаган беморларда ва пеглотиказага антикорлар мавжуд бўлганда. Беморларнинг 5% да (платсебо гуруҳида 0%) анафилактик реактсиялар ривожланади. Даволаниш 4 ҳафтадан кўпроқ вақт давомида тўхтатилганда пеглотиказанинг хавфсизлиги ва самарадорлиги тўғрисида маълумотлар йўқ. Глюкоза-6-фосфат дегидрогеназа этишмовчилиги бўлган беморларга буюрманг; димланишли юрак этишмовчилиги бўлган беморларга эҳтиёткорлик билан буюрилади (хавфсизлик маълумотлари кам; клиник тадқиқотларда асоратлар ҳақида хабар берилган).

Бошқа урикозурик препаратлар:

Лосартан ва фенофибрат ўртача урикозурик таъсирга эга, бу уларни аллопуринол ёки урикозурикларга чидамли ёки тоқат қилмайдиган беморларда, гипертензия ёки МС борлигида қўллаш имконини беради.

Ўткир артрит хуружини бартараф этиш учун НСАИД, колхицин ва кортикостероидларнинг мутлақ қарши кўрсатмаси ва / ёки самарасизлиги бўлган беморларга интерлейкин-1 (канакинумаб) га моноклонал антикорларни юбориш тавсия этилади. Юқумли касалликлар мавжуд бўлганда канакинумабдан фойдаланишдан қочиш керак.

Тавсиянинг мустақамлиги Б (шшончилилик даражаси IV) Изоҳ. Подагра туфайли артрит хуружини бартараф этишда канакинумабанинг самарадорлиги триамсинолон асетонид ва колхициндан юқори. Яримпарчаланиш даври ва таъсирнинг давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, артритни бартараф этгандан сўнг, уратни камайтирадиган терапияни бошлаш тавсия этилади.

Канакинумабнинг тавсия этилган дозаси 150 мг (тери остига) ва артрит хуружи симптомларнинг биринчи белгилари пайдо бўлганда, иложи борича тезроқ буюрилиши керак. Агар керак бўлса, инфузиялар орасидаги канакинумабани қайта юбориш энг камида 12 ҳафталик бўлиши керак. Биринчи инфузиядан кейин таъсир бўлмаса, иккинчи инфузиялар тавсия этилмайди.

**Биологик касалликларни ўзгартирувчи яллиғланишга қарши дорилар
Генетика асосида яратилган биологик маҳсулотлар**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг ИНН	Фойдаланиш бўйича кўрсатмалар	Далиллар даражаси
ИЛ-1 ингибитори	Канакинумаб	150 мг (тери остига), инфузиялар орасидаги интервал мен камида 12 ҳафталик бўлишим керак.	1 А-В

--	--	--	--

ГЕБП терапияси бўйича қарор минтақавий эксперт комиссияси томонидан қабул қилинади (ГЕБПни даволаш бўйича кўрсатмаларга мувофиқ, тажрибали ревматолог назорати остида амалга оширилади).

Барча ГЕБДни буюришдан олдин сил касаллигини скрининг (Мантоух тести ёки Диаскин тести) ва икки проексияда ўпканинг рентгенограммаси ёки кўкрак қафасининг компьютер томографияси мажбурийдир, улар терапиянинг ҳар 6 ойида такрорланади.

4.3. Жарроҳлик даволаш.

Подаграни жарроҳлик йўли билан даволаш асосий эмас, улар оғир асоратлар (масалан, туннел синдромлари, ўмуртка сиқилиш), функционал бузилишлар ривожланишига олиб келадиган ҳолларда тоғийни олиб ташлаш тавсия этилади;

Тавсия этилган қувват даражаси Д (далил даражаси IV)

Бошқа даволаш.

Гиперлипидемия, артериал гипертензия, гипергликемия, семизлик ва чекишни ташлашни тузатиш тавсия этилади. Ушбу тавсия подагра билан оғриган беморларни даволашнинг муҳим таркибий қисмидир.

Тавсия даражаси Кучлилиқ Б (далил даражаси IV)

Подагра билан оғриган барча беморларга, агар улар аниқ кўрсатилмаган бўлса, диуретиклардан фойдаланишни чеклаш тавсия этилади. Шу билан бир қаторда, бошқа антигипертензив дорилар ҳам қўлланилиши мумкин.

Тавсия даражаси Кучлилиқ С (далиллик даражаси III)

Лосартан, амлодипин ва фенофибратни подагра билан оғриган беморларда қўллаш кўрсатмаларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилади, чунки бу дорилар ўртача урикозурик таъсирга эга.

Тавсия этилган қувват даражаси С (далиллар даражаси III).

Подагра ва қон зардобидида холестерин даражаси юқори бўлган беморларга ХМГ-СоАредуктаза инхибитёрлери (статинлар) буюрилиши тавсия этилади.

Тавсиянинг кучлилиқ даражаси В (далил даражаси IV).

Фикрлар. Баъзи дорилар (лосартан, калтсий канал блокерлари, фенофибрат ва камроқ даражада ХМГ-СоА редуктаза инхибитёрлери) қўшимча уратни камайтирадиган таъсирга эга эканлиги ҳақидаги далиллар уларни мавжуд кўрсатмалар учун, шу жумладан ксантин оксидаза инхибитёрлери билан биргалиқда қўллаш имконини беради. (аллопуринол, фебухостат). Диуретикларни, айниқса тиазид ва лоопларни қабул қилиш урикемиянинг кўпайишига ва аритминг кучайиши частотасига ёрдам беради, бу эса гут билан оғриган беморларда улардан фойдаланишни чеклайди. Ҳар бир беморга тўғри турмуш тарзини ўргатиш тавсия этилади (семизлик учун вазн йўқотиш, ҳайвонларнинг пуринларини чеклайдиган парҳез, спиртли ичимликларни, айниқса пиво, шакарли ширин ичимликларни истеъмол қилишни камайтириш): диетада пуринга бой ҳайвонот маҳсулотларини чеклаш ва вазн йўқотиш камайтилишига ёрдам беради. сУА даражаси.

Тавсия этилган қувват даражаси С (далиллар даражаси III)

Спиртли ичимликлар, айниқса пиво ва спиртли ичимликлар, гут ривожланиши учун мустақил хавф омилдир.

Тавсия Кучлилиқ даражаси С (далил даражаси III)

Ёғсиз сут маҳсулотлари билан бойитилган диета зардобидидаги сУА даражасини ва артрит билан касалланишни камайтиради.

Тавсия этилган қувват даражаси С (далиллар даражаси III)

Изоҳ. Спиртли ичимликлар, айниқса пиво (алкогол таркибидан қатъий назар) ва спиртли ичимликлар (айниқса, ликёрлар), шунингдек фруктоза (биринчи

навбатда, ширин ичимликлар кўринишида) гут ривожланиши учун мустақил хавф омиллари ҳисобланади.

Аксинча, пуринга бой ҳайвонот маҳсулотлари (гўшт ва денгиз маҳсулотлари) ратсионини чеклаш, диетани сут маҳсулотлари билан бойитиш ва вазн йўқотиш сарум УА даражасини камайтиришга ёрдам беради.

4.4. Қўшимча бошқарув:

Беморнинг аҳволини кузатиш:

- Ҳар 3-6 ойда клиник текширув;
- сУА даражасини аниқлаш: даволаш бошида - ҳар 2-4 ҳафтада, кейинчалик ҳар 6 ойда;
- Антихиперурикемия терапияси фонида биокимёвий тадқиқот (АЛТ, АСТ, умумий билирубин ва унинг фрактсиялари, креатинин): даволаш бошида - ҳар 3 ҳафтада, кейин ҳар 6 ойда;
- Ихтисослашган мутахассислар билан маслаҳатлашиш (агар керак бўлса): ревматолог, нефролог, кардиолог, эндокринолог, уролог, жарроҳ.

4.5. Даволашнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

- норморикемияга эришилгунга қадар сийдик кислотаси контсентратсиясининг пасайиши;
- НСАИД, колхицин ва ГКга бўлган эҳтиёжни камайтириш;
- ногиронликка олиб келадиган подагра хуружлари частотасини камайтириш, тофининг резорбсияси.

5. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

5.1. Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак
- амбулатор даволанишга жавоб бермайдиган гут артрити;

- беморда амбулатория шароитида подагра учун дори терапиясини танлашни мураккаблаштирадиган бирга келадиган касалликлар (қандли диабет, артериал гипертензия, коронар артерия касаллиги, сурункали юрак этишмовчилиги, буйрак этишмовчилиги ва бошқалар) мавжудлиги.

Касалхонадан чиқиш учун кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак:

- Визуал аналог шкала (ВАС) бўйича қўшма оғриқлар интенсивлигини камида 50% камайтириш.

- Олиго- ёки полиартритда шишган бўғимларнинг йўқлиги ёки уларнинг сонининг камида 50% га камайиши.

5.2. Шошинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: йўқ.

6. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:

6.2. Дори-дармонсиз даволаш:

Умумий тамойиллар.

Подагра - бу ГУ билан оғриган беморларда сийдик кислотаси кристаллари тўпланган жойларда аутояллиғланиш туфайли юзага келадиган тизимли касаллик.

Ҳақиқий тиббий амалиётда подаграни даволашнинг мақсадлари:

- Ўткир хуружнинг юзага чиқишини тезликда камайтириш.
- Подагра хуружларининг қайталанишининг олдини олиш.
- Касалликнинг ривожланиш тезлигини ва унинг асоратларини олдини олиш ёки секинлаштириш.

- Подагра билан боғлиқ бўлган ва унинг кечишини ёмонлаштирувчи омилларнинг олдини олиш ёки бартараф этиш (семизлик, метаболик синдром, артериал гипертензия, юрак этишмовчилиги, сурункали буйрак этишмовчилиги, гипертриглицеридемия, исталмаган озиқ-овқат афзалликларини диетасини коррекциялаш ва бошқалар).

Подагра учун даволаш тактикаси беморга тиббий ёрдам кўрсатишнинг дори-дармонсиз ва дори-дармон билан тамойилларига асосланади.

Пархез бўйича тавсиялар

- Спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чекланг ёки йўқ қилиш
- Агар керак бўлса, вазн ташлаш
- Фруктоза истеъмолини камайтириш
- Пуринларни, жумладан гўштни истеъмол қилишни чеклаш
- Гўштнинг қўшимча маҳсулотлари ва денгиз маҳсулотларини чиқариб ташлаш
- Қанд миқдорини камайтириш

Подагра билан оғриган ҳар бир бемор тўлиқ маълумотга эга бўлиши керак:

- касаллик ҳақида,
- самарали даволаш усулларининг мавжудлиги,
- бирга келадиган касалликлар,
- подагранинг асоратларини бошқариш асоратлари;
- СК даражасини керакли даражага умрбод пасайтириш орқали урат кристалларини йўқ қилиш.

Физиотерапевтик тавсиялар:

Подагранинг ўткир хуружида физиотерапевтик муолажалар кўрсатилмайди, чунки совутиш ва иситиш кристал шаклланишини оширади, бу ўткир артритнинг ривожланишига ёрдам беради. Ҳуруж бўлмаган даврда беморлар камида физиотерапия шифокори билан шуғулланишлари керак, оптимал равишда гуруҳларда, етарлича мунтазам аеробик машқлардан фойдаланган ҳолда. Бу нафақат бўғимларда микроциркулятсия ва ҳаракатчанликни яхшилаш, балки тана вазнини назорат қилиш имконини беради. Ҳуруж бўлмаган даврда, шу

жумладан сурункали артритда, физиотерапевтик муолажалар касалликнингнинг мумкин бўлган қарши кўрсатмаларини ҳисобга олган ҳолда қўлланилиши мумкин. Энг кўп буюрилганлар - импульсли магнит майдон ёрдамида магнит терапия, дори воситаларининг фонофорези, криотерапия ва балнеотерапия.

6.3. Дори воситалари билан даволаш:

Ностероид яллиғланишга қарши дорилар (ЦОГ-1 ёки ЦОГ-2 ингибиторлари)

Жадвал

Муҳим дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситасининг ХНН	Қўллаш тартиби	Далиллик даражаси
Носелектив ЦОГ-1 и ЦОГ-2 ингибиторлари			
фенилцирка кислота ҳосилалари	Диклофенак	25 мг ва 50 мг таблеткалар – ичга, кунига 2-3 марта; 100 мг таблеткалар ва капсулалар – ичга, кунига 1 марта; 3 мл 25 мг/мл ампулалар – м/о, кунига 1-2 марта.	1 А-В
фенилцирка кислота ҳосилалари	Ациклофенак	100 мг таблетка – ичга, кунига 2 марта;	1 А-В
индолцирка кислота ҳосилалари	Индометацин	25 мг таблетка – ичга, кунига 2-3 марта;	1 А-В
акрилцирка кислота	Кеторолак	10 мг таблеткалар – ичга, кунига 1-4 марта; 30 мг/мл ампулалар –	1 А-В

ҳосилалари		в/и ёки м/о, кунига 1-3 марта.	
пропион кислота ҳосилалари	Ибупрофен	200 мг таблеткалар – ичга, кунига 3-4 марта; 400 мг таблеткалар – ичга, кунига 2-3 марта. 800 мг таблетка – 2 таб ичишга, кунига 1 марта	1 А-В
пропион кислота ҳосилалари	Напроксен	250 мг ва 500 мг таблеткалар – ичга, кунига 2 марта; 275 мг ва 550 мг таблеткалар – ичга, кунига 1-2 марта.	1 А-В
пропион кислота ҳосилалари	Кетопрофен	50 мг капсулалар – ичга, кунига 3-4 марта; 100 мг таблеткалар – ичга, кунига 1-2 марта; 150 мг таблеткалар ва капсулалар – ичга, кунига 1 марта; 2 мл 50 мг/мл ампулалар – м/о ёки в/и, кунига 1-2 марта.	1 А-В
пропион кислота ҳосилалари	Декскетопрофен	12.5 мг ва 25 мг таблеткалар, 25 мг пакетлар, ичга тайёрлаш учун гранула – ичга, кунига 1-3 марта; 2 мл 25 мг/мл ампулалар – м/о ёки в/и, кунига 1-2 марта.	1 А-В
оксикам	Теноксикам	20 мг таблеткалар – ичга, кунига 1 марта; 20 мг	1 А-В

		лиофилизатсияланган кукун ва эритувчи флаконлари – м/о ёки в/и, кунига 1 марта.	
оксикам	Лорноксикам	4 мг таблеткалар – ичга, кунига 2-3 марта; 8 мг таблеткалар – ичга, кунига 1-2 марта; 8 мг лиофилизатсияланган эритма тайёрлаш учун флаконлар – в/и ёки м/о, кунига 1-2 марта.	1 А-В
оксикам	Пироксикам	10 мг ва 20 мг капсулалар, таблеткалар – ичга, кунига 1 марта; 20 мг/мл ампулалар – кунига 1 марта.	1 А-В
уксус кислота ҳосилалари	Амтолметилгуа тсил	600 мг таблеткалар – ичга, кунига 1-2 марта	1 А-В
Селектив ЦОГ-2 ингибиторлари			
оксикам	Мелоксикам	7.5–15 мг таблеткалар – ичга, кунига 2 марта; 15 мг/1.5 мл ампулалар – м/о, кунига 1 марта.	1 А-В
сулфонанилид ҳосилалари	Нимесулид	100 мг таблеткалар, суспензия тайёрлаш ва ичга қабул қилиш учун тайёрланадиган 100 мг/2 г гранула – ичга, кунига 2 марта.	1 А-В
индолцирка кислота ҳосилалари	Этодолак	400 мг ва 600 мг таблеткалар – ичга, кунига 2 марта	1 А-В

Юқори селектив ЦОГ-2 ингибиторлари

юқори селективли стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситалари	Эторикокиб	Таблеткалар 60 мг, 90 мг, 120 мг - ички қабул қилиш учун - кунига 1 марта.	1 А-В
юқори селективли стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситалари	Селекокиб	Капсулалар 200 мг, ички қабул қилиш учун - кунига 2 марта.	1 А-В

Глюкокортикоидлар

Глюкокортикоидлар (маҳаллий ва бўғим ичи)

Қўшимча дори воситаларининг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоллиги 100% дан кам бўлган):

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситасининг ХНН	Қўллаш тартиби	Далиллик даражаси
глюкортикоид	преднизолон	таблеткалар 5 мг, ички қабул қилиш учун, 5 мг.	1 А-В
глюкортикоид	преднизолон	ампулалар, 1 мл / 30 мг, в/и томчилар билан, 30 мг - 120 мг.	1 А-В
глюкортикоид	метилпреднизолон	таблеткалар 4 мг, 16 мг, ички қабул қилиш учун - 4 мг.	1 А-В
глюкокортикоидлар - депо шакли	Бетаметазон дипропионат/натрий фосфат	инексия учун суспензия 7 мг/мл - 1.0 мл, бўғим ичига 1.0 мл гача.	1 А-В

Сийдик кислота алмашинувиға таъсир этувчи воситалар

Колхицин	Сийдик кислота алмашинувиға таъсир этувчи воситалар	Ичга	0,5-1 мг	1-кун – 3 мг (кунига 3 марта, 1 мг дан), 2-кун – 2 мг (кунига 2 марта, 1 мг дан), кейин ҳар куни 1 мг дан.	Курс бўйича	ДД – А
Аллопуринол	Сийдик кислота алмашинувиға таъсир этувчи воситалар	Ичга	100 мг	кунига 2-3 марта.	Узоқ вақт	ДД – А
Фебуксостат	Сийдик кислота алмашинувиға таъсир этувчи воситалар	Ичга	80 мг	кунига 1 марта.	Узоқ вақт	ДД – В

Биологик асосий яллиғланишга қарши дори воситалари
Ген-муҳандислик биологик дори воситалари

Қўшимча дори воситаларининг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоллиги 100% дан кам бўлган):

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситасининг ХНН	Қўллаш тартиби	Далиллик даражаси
ИЛ-1 ингибитори	канакинумаб	150 мг (териға остига), инфузиялар ўртасидаги интерваллар камида 12 ҳафта бўлиши керак.	1 В

Мутлақ қарши кўрсатмалар ва/ёки НЯҚВ, колхицин ва ГК нинг самарали бўлмаган тақдирида, ўткир хуружни бартараф этиш учун интерлейкин (ИЛ)-1 (канакинумаб) га нисбатан моноклонал антителларни қўллаш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади. Канакинумабни инфекцион касалликлар мавжуд бўлганда ишлатишдан қочиш керак.

Тавсия даражаси B (далиллик даражаси IV).

ГМБДВ терапияси бўйича қарорни минтақавий эксперт комиссияси қабул қилади (ГМБДВ ўтказиш бўйича кўрсатмаларга мувофиқ). ГМБДВ даволаш тажрибали ревматолог назорати остида ўтказилади. Канакинумаб подагрик артрит хуружи пайтида тери остига юборилади. Дори самарадорлигини максимал даражада ошириш учун уни подагрик артрит хуружи бошланганидан кейин иложи борича тезроқ юбориш керак. Биринчи инексияга жавоб бермаган беморларга канакинумабни такрорий киритиш олдинги инексиядан камида 12 ҳафта ўтгач амалга оширилиши мумкин.

Барча ГМБДВларни белгилашдан олдин, туберкулёзга скрининг ўтказиш (Манту синамаси ёки Диаскин-тест) ва икки проексияда ўпка рентгенографияси ёки терапияда ҳар 6 ойда такрорланиши керак бўлган кўкрак компьютер томографияси ўтказиш шарт.

Жарроҳлик аралашуви:

Оператив аралашув зарарланган тўқималарни тиклаш учун зарур бўлиши мумкин. Мумкин бўлган операциялар қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Тофусларни олиб ташлаш. Сийдик кислота тузларини ўз ичига олган тери остидаги тугунли ҳосилалар одатда бўғимлар атрофида жойлашади. Катта ўлчамдаги тофуслар тўқималар юпқалашганда очилиши мумкин. Бу ҳолатда маҳаллий инфекцияланиш хавфи ошади.

- Эндопротезлаш. Яллиғланиш натижасида деформатсияланган бўғимлар протезланиши мумкин.

Қарши кўрсатмалар:

- Ўткир миокард инфаркти (3 ойдан кам);
- Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши (3 ойдан кам);
- Юрак ва жигар етишмовчилигининг терминал босқичлари.

Келгуси кузатиш:

Подагра билан оғриган беморларни олиб бориш 3 босқични ўз ичига олади:

- Ўткир хуружни бартараф этиш (1-5 кун);
- ГУ даражасини назорат қилишга эришиш (6-12 ой);
- Дозаларни камайтириш ва касалликни парҳез орқали назорат қилиш эҳтимоллигида асоратларсиз ҳолатни барқарорлаштириш.

EULAR 2016 тавсиялари беморларни олиб боришнинг умумий принципларини ва ушбу босқичларни етарлича батафсил кўрсатади.

Подаграни даволаш бўйича умумий тавсиялар EULAR 2016 тавсияларига мувофиқ.

- А. Ҳар бир подагра билан оғриган бемор касалликнинг патофизиологияси, самарали даволаш усуллари, коморбид касалликлар, ўткир артрит хуружини даволаш ва урат кристаллари элиминатсиясини ҳаёт давомида СК даражасини мақсадли даражадан пастда сақлаш орқали бартараф этиш принциплари ҳақида тўлиқ хабардор бўлиши керак.

- Б. Ҳар бир подагра билан оғриган беморга турмуш тарзига оид тавсиялар берилиши керак: керак бўлса, вазни камайтириш, алкоголь (айниқса, пиво ва кучли ичимликлар) ва ширин ичимликлардан воз кечиш, кўп овқатланмаслик, ортиқча гўшт ва денгиз маҳсулотларини истеъмол қилишдан сақланиш. Ёғсиз сут маҳсулотларини истеъмол қилишни кўпайтириш лозим. Мунтазам жисмоний машқларни тавсия қилиш зарур.

• С. Ҳар бир подагра билан оғриган бемор коморбид касалликлар ва юрак-қон томир хавф факторларини аниқлаш учун тизимли скринингдан ўтиши керак. Буйрак етишмовчилиги, ишемик юрак касаллиги, юрак етишмовчилиги, инсулт, периферик артериялардаги атеросклероз, ортикча вазн, гиперлипидемия, гипертония, диабет ва тамаки чекиш каби касалликлар профилактика ва даволашнинг подаграни даволашнинг ажралмас қисми сифатида кўриб чиқилиши лозим.

Ҳар бир бемор артрит хуружи ривожланаётганида ўз-ўзига ёрдам кўрсатишни ўрганиши, сийдик кислота даражасининг мақсадли даражаси ҳақида ва уни доимий равишда назорат қилиш зарурлиги ҳақида хабардор бўлиши керак. Урат камайтирувчи ва яллиғланишга қарши даволаш, шу жумладан профилактика, қатъий шифокор назорати остида амалга оширилиши керак.

Диспансер кузатуви:

- Ҳар 3-6 ойда кўрик.
- Антигиперурикемик даволаш бошланишида сийдик кислота даражасини аниқлаш – ҳар 2–4 ҳафтада, кейин эса ҳар 6 ойда.
- Умумий қон ва сийдик таҳлиллари – ҳар 6 ойда.
- Биокимёвий қон таҳлили (креатинин, КФТ ҳисоблаш, сийдик кислота даражаси, глюкоза, умумий холестерол, ПЗЛП, ЙЗЛП липид алмашинуви ҳолатини ва атеросклероз ривожланиш хавфини баҳолаш учун) – ҳар 3-6 ойда.
- Зарарланган бўғимларнинг рентгенографияси (йилига бир марта).
- Буйраклар УЗИси (йилига бир марта).
- ЭхоКГ (диастолик дисфунктсия белгилари аниқлаш) – ҳар йили.
- Кам пуринли диетага риоя қилишини назорат қилиш (беморни ўқитиш).

- Подагра ва қўшимча касалликлар учун дори воситалари билан даволашни назорат қилиш (вақтида тор мутахассислар билан маслаҳатлашиш ва даволанишни барқарорлаштириш).

Тор мутахассислар тавсияси учун кўрсатмалар:

Ревматолог тавсияси:

- Дифференциалланмаган яллиғланувчи артрит.
- Подагра ташхисини тасдиқлаш.
- Септик артритга шубҳа.
- Ўтказилаётган даволашнинг самарали эмаслиги.
- Антигиперурикемик терапияни танлаш ва коррекциялаш, айниқса касаллик бошланишида (тофуссиз подагра).

Уролог тавсияси:

- Буйрак коликаси, уролитиаз билан беморларни динамик кузатиш.
- Уролитиазни даволаш усуллари танлаш.
- Ўткир сийдик кислота блокадаси.

Нефролог тавсияси:

- Сурункали интерситсиал нефрит ривожланиши шубҳалари.
- Сурункали буйрак етишмовчилигининг ривожланиши ва кучайиши.

Даволаш самарадорлигини кўрсаткичлари:

- Сийдик кислота концентратсиясининг нормал даражага (нормоурикемия) камайиши;
- НЯҚВ, колхицин ва ГКга бўлган эҳтиёжнинг камайиши;
- Иш қобилиятини йўқотишга олиб келадиган подагра хуружларининг тезлигини камайтириш ва тофусларнинг эриши.

**ПОДАГРАДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР УЧУН
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ-2025

Асосий қисм:

2.1 Кириш

Подагра - яллиғланишли артритнинг энг кенг тарқалган шакли бўлиб, у узок муддатли гиперурикемия (ГУ) натижасида моноурат натрий (МУН) кристалларининг чўкиши натижасида юзага келади. Вояга этган аҳоли орасида подагра билан касалланиш даражаси 1 дан 3% гача ўзгариб туради ва эркакларда касаллик аёлларга қараганда 7 марта тез-тез қайд этилади. Аёлларда касалликнинг энг юқори даражаси 60 ёшда, эркакларда эса 40 ёшда. Касаллик одатда буйрак, метаболик ва юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ бўлиб, бу подагра прогнозини ёмонлаштиради.

Подаграни назорат қилиш учун амалдаги клиник кўрсатмаларда кўрсатилганидек, "зардобдаги уратнинг мақсадли даражасига эришилгунга қадар даволаш" терапевтик ёндашуви самаралидир. Сийдик кислотаси (СК) даражасини 360 мкмол / Л дан пастрокқа узок муддатли пасайтириш кристалларнинг эриши ва натижада касалликнинг кучайишини бостиришга олиб келади. Бугунги кунда

подагра учун асосий патогенетик даволаш усули бир хил бўлиб қолмоқда - уратни камайтирадиган терапия (УКТ). УКТни ўз вақтида бошлаш ва мақсадга мувофиқ давом эттириш даражаси бутун дунё бўйлаб жуда паст ва шунинг учун лаборатория зардобидаги СК мақсадли қийматларига эришиш камдан-кам ҳолларда хабар қилинади. Беморларнинг фақат ярми қон зардобидаги СК даражасини мақсадли қийматларга камайтиришга эришади. Бунинг сабаби, белгиланган УКТ ҳар доим ҳам этарли эмас, бошқа ҳолларда эса бундай терапия учун кўрсатмалар ва контрэндикатсияларни билмаслик, индивидуал дори-дармонларни, даволаш схемаларини нотўғри танлаш ва самарадорликни нотўғри баҳолаш туфайли жиддий хатолар билан бирга келади.

Юқори коморбидлик, подагра нефропатиясининг ривожланиши ва подаграга қарши терапия пайтида салбий ҳодисалар дори терапиясининг имкониятларини сезиларли даражада чеклайди ва дори-дармонларни янада эҳтиёткорлик билан танлаш ва хавфсизликни назорат қилишни талаб қилади. Аниқланган асимптоматик ГУ бўлган одамларда УКТга бўлган эҳтиёж тўғрисидаги саволлар ҳам ҳал қилинмаган бўлиб, асимптоматик ГУ фониди подагра намоён бўлиш хавфи бўлган беморларни аниқлаш керак;

[\(https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/\)](https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/)

2.2. Таъриф.

Подагра - бу турли тўқималарда мононатрий урат кристалларининг чўкиши ва шу билан боғлиқ ҳолда атроф-муҳит ва / ёки генетик омиллар туфайли гиперурикемия билан касалланган одамларда яллиғланиш билан тавсифланган тизимли тофи касаллиги.

Этиологияси ва патогенези. Подагра ривожланишининг мажбурий омили бу ГУ, СК нинг сарум даражасининг 420 мкмол / л дан ошиши, бунда баъзи беморларда МНУ кристалларининг шаклланиши содир бўлади. СК нинг сарум даражаси қанчалик юқори бўлса, гут ривожланиш хавфи шунчалик юқори бўлади.

Кристал ҳосил бўлиши ҳам пастроқ даражада (360 мкмол/л), биринчи навбатда аёлларда мумкин.

ГУ нинг асосий сабаблари сийдикда сийдик кислотасининг реабсорбтсиясининг кучайиши ва чиқарилишининг пасайишига ёки унинг гиперпродукциясига олиб келадиган генетик омиллардир; ортиқча вазн ва семизлик, юқори қон босими, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, кўп миқдорда ҳайвон оқсилларини истеъмол қилиш, диуретикларни қабул қилиш, ГУ билан тавсифланган касалликлар ва шароитлар.

Турли популяцияларда подагра билан касалланиш даражаси эркакларда 1000 кишига 5 дан 70 гача, аёлларда эса 1 дан 10 гача. Катталар орасида подагра тарқалиши Европа мамлакатларида 0,9% дан 2,5% гача, АҚШда эса 3,9% га этади. Касалликнинг энг юқори даражаси 40-50 ёшдаги эркакларда, аёлларда - 60 ёшдан кейин (постменопаузал даврда). Эркаклар орасида подагра 6-7 марта, қариликда 3 марта тез-тез учрайди

2.3. Подагрининг таснифи

1. Асимптоматик гиперурикемия
2. Ўткир подагрик артрит
3. Ремиссион подагра
4. Сурункали подагрик артрит
5. Сурункали тофусли подагра

Этиопатогенетик хусусиятларига кўра

- Бирламчи подагра
- Бошқа касаллик ёки дори таъсирида юзага келган иккиламчи

подагра

Кечишига кўра

- Енгил
- Оғир

Подагранинг оғирлиги ва бўғимдан ташқари кўринишлари

■ Касалликнинг Енгил ҳолатларида, артрит хуружлари йилига 1-2 марта содир бўлганда, моноартритли лезёнлар характерлидир, фақат битта тофус, бўғимларда рентгенологик ўзгаришлар минималдир.

■ Ўртача оғирликда артрит хуружларининг частотаси йилига 3-4 га этади, олигоартрит, тофи, бўғимларда аниқ рентгенологик ўзгаришлар ва оғир нефропатия кўпроқ кузатилади.

■ Оғир ҳолатларда жараён тезда бир нечта бўғинларни қамраб олади (полиартрит), хуружлар частотаси йилига 4 дан ошади, кўплаб тофуслар характерлидир, бўғимдан ташқари шикастланишлар аниқланади.

Подагранинг бўғимдан ташқари кўринишлари.

Асосий органлар буйраклардир; Камроқ, ошқозон-ичак тракти, асаб тизими, юрак (клапан аппарати), ўпка, жигар ва кўзлар таъсирланади.

Энг тез-тез учрайдиган урат нефролитиази ва сурункали интерстициал нефрит бўлиб, уларнинг прогрессив ўтиши сурункали буйрак этишмовчилигининг ривожланишига олиб келади. Урат буйрак шикастланишининг сурункали шаклларига қўшимча равишда, сувсизланиш натижасида келиб чиққан сийдик кислотасининг ўткир блокадаси, каналчаларда сийдик кислотасининг кристалланиши ва ўткир буйрак этишмовчилигининг ривожланиши мумкин. Буйрак шикастланиши артикуляр синдромдан кўп йиллар олдин содир бўлиши мумкин

3. Усуллари, ёндашувлари, диагностика ва даволаш муолажалари:

3.1. Жараён ёки аралашувнинг мақсади:

Ревматизмга қарши Европа лигаси эксперт қўмитаси подаграни даволаш бўйича тавсияларни ишлаб чиқди. Подаграни даволаш ва профилактикасини тўрт босқичга бўлиш мумкин: олдини олиш ва даволашнинг дори бўлмаган усуллари,

артритнинг ўткир хуружини бартараф этиш, уратни камайтирадиган терапия, артритнинг кучайишининг олдини олиш.

Подаграни оптимал даволаш фармакологик бўлмаган ва фармакологик ёндашувларнинг комбинатсиясини талаб қилади (далил даражаси IV) ва қуйидагиларни ҳисобга олиш керак:

а) ўзига хос хавф омиллари (сийдик кислотаси даражаси, олдинги хуружлар сони, рентгенография) (далил даражаси IV)

б) касалликнинг босқичи (асимптоматик гиперурикемия, ўткир/интермитент артрит, интериктал давр, сурункали тофус подагра) (далил даражаси IV)

с) умумий хавф омиллари (ёши, жинси, семизлик, гиперурикемия препаратлари, биргаликда қўлланиладиган дорилар, полифарматсия) (далил даражаси IV).

Глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш кучли яллиғланишга қарши таъсирга эга, аммо иккиламчи остеонекроз ривожланишининг юқори хавфи ва артикуляр хафтага деградатсиясининг ёмонлашиши билан боғлиқ. Шунинг учун уларни ЙҚНСДВларнинг этарли дозалари билан синовитни бартараф этишнинг иложи бўлмаган ҳолатларда қўллаш мумкин, лекин ҳар 3 ойда бир мартадан кўп эмас. Тегишли қатъий кўрсатмалар учун глюкокортикоидларни интраартикуляр юбориш тавсия этилади. Глюкокортикоидлардан курс фойдаланиш тавсия этилмайди.

Тавсиянинг кучи: С (далиллар даражаси: 4).

3.2. Жараён ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

Ушбу протседура давомида нохуш ходисаларнинг ривожланиши учун хавф омиллари қуйидагилардир: тизза бўғимлари ҳудудида фаол инфекциянинг мавжудлиги; ёг ўтқималари олинадиган жойда яллиғланиш жараёни; беморнинг гематопоестик тизимининг касалликлари; ҳомиладорлик ва эмизиш даври.

3.3. Жараён ёки аралашувга кўрсатмалар:

- бўғимдаги оғрик;
- ЙҚНСДВларнинг этарли дозалари билан бошқарилмайдиган синовит
- бўғимлар ва лигаментлардаги операциялардан кейин тикланиш;

3.4. Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

Интраартикуляр инексия ортопед-травматолог ёки ревматолог томонидан амалга оширилади.

3.5. Жараён ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

Интраартикуляр инъексияни ўтказиш махсус кўникмаларни, таянч-ҳаракат тизимининг клиник анатомияси ва физиологиясини яхши билишни, шунингдек, асепсия ва антисепсис қоидаларига қатъий риоя қилишни талаб қилади. Замонавий талабларга мувофиқ, барча манипуляциялар кичик операция хонасида ёки махсус даволаш хонасида амалга оширилиши керак ва кўпинча игна ҳолатини инструментал навигатсия қилиш учун ултратовуш ёки рентгенография усуллари талаб қилинади.

Подагра учун интра-артикуляр стероид инъексиялари жуда самарали бўлиб кўринади ва рандомизатсияланган клиник синовларнинг йўқлигига қарамай, моно- ёки полиартикуляр қўшма касалликлар учун Америка Ревматология коллежи ва Ревматизмга қарши Европа Лигаси томонидан тавсия этилади.

Ўткир подагра хуружларида (моноартрит) қисқа таъсир қилувчи (гидрокортизон) ва узоқ таъсир қилувчи глюкокортикоидларни маҳаллий бўғим ичига юбориш жуда самарали.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар диагностика бўйича шубҳалар (септик артрит), бўғим атрофидаги йирингли терининг шикастланиши, оғир остеопороз. Тиббий амалиёт маҳаллий инъексия терапияси учун глюкокортикоидларни танлашга дифференциал ёндашувни талаб қилади.

Подаграни даволашда глюкокортикоидларни интраартикуляр қўллаш тактикаси ва дориларнинг дозалари бўғимларнинг ҳажми ва сонига асосланади.

Интраартикуляр юбориш учун глюкокортикоидларнинг дозалари

Бўғим ҳажми ва сони	ДВ дозаси, мл	Қўллаш частотаси	Бошқа бўғимларга қайта қўллаш
Қатта (тизза), 1	1,0	3 ойда бир мартадан кўп бўлмаган)	7 кундан кейин
Ўрта (тирсак, елка), 2	0,5		
Кичик (интерфалангеал, метакарпофалангеал), 4–5	0,1-0,2	1,5-2 ойда бир мартадан кўп эмас)	

<https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/>

3.6. Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

Тиббиёт (халқаро нодавлат номи)	Фармакологик гуруҳ	Чиқариш шакли	Қўллаш усули	Бир марталик доза	Қўллаш частотаси
Бетаметазон дипропионат /натрий фосфат	ГКС- депо форма	Инъекция учун суспензия 7мг/мл-1,0	Вена ичига	1,0 гача	Схема бўйича
Триамцинолон ацетонид	ГКС- депо форма	Инъекция учун суспензия мг/мл-1,0	Вена ичига	1,0 гача	Схема бўйича

3.7. Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Беморларни процедурага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

Интраартикуляр инъекцияларнинг биринчи босқичи антисептиклар билан ишлов берилади. Кейинчалик, шифокор терига, тери ости қатламига ва периартикуляр тўқималарга локал анестетик қилади. Кейин шу препаратлар юборилади. Яқин атрофдаги анатомик белгилар игна йўналишини тўғри танлашга ёрдам беради. Жараён флороскопия назорати остида амалга оширилиши мумкин.

Бу сизга хатолардан қочиш ва беморга қўшимча ноқулайлик туғдирмаслик имконини беради.

Препарат киритилгандан сўнг, бўғим яна антисептик билан ишлов берилади ва унга бинт қўлланилади. Қоида тариқасида, терапевтик таъсирга эришиш учун битта дори инъектсияси етарли эмас. Шунинг учун дорилар 3 кундан 2 ҳафтагача бўлган вақт оралиғида 2-3 дан 10 гача инъектсияни ўз ичига олган курсда қўлланилади. Инъектсия тизза, елка ва сон бўғимларига киритилиши мумкин.

3.8. протсекура ёки аралашув самарадорлигининг кўрсаткичлари

- бўғимдаги оғриқ ва яллиғланишни камайтириш.

Жаррохлик аралашувлари

Подагра учун радикал усуллар камдан-кам ҳолларда қўлланилади. Улар кўрсатилган:

- агар тофус фаол ўсаётган бўлса, улар кесилади;
- йирингли асоратларда - бўғим бўшлиқларини очинг ва уларни дренажланг;
- йирик бўғимларга жиддий зарар етганда, улар эндопротез воситаларга муурожаат қилишади.

**“ПОДАГРА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

ТОШКЕНТ-2025

1. Асосий қисм

Кириш:

Подагра - яллиғланишли артритнинг энг кенг тарқалган шакли бўлиб, у узок муддатли гиперурикемия (ГУ) натижасида моноурат натрий (МУН) кристалларининг чўкиши натижасида юзага келади. Вояга этган аҳоли орасида подагра билан касалланиш даражаси 1 дан 3% гача ўзгариб туради ва эркакларда касаллик аёлларга қараганда 7 марта тез-тез қайд этилади. Аёлларда касалликнинг энг юқори даражаси 60 ёшда, эркакларда эса 40 ёшда. Касаллик одатда буйрак, метаболик ва юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ бўлиб, бу подагра прогнозини ёмонлаштиради.

Подаграни назорат қилиш учун амалдаги клиник кўрсатмаларда кўрсатилганидек, "зардобдаги уратнинг мақсадли даражасига эришилгунга қадар даволаш" терапевтик ёндашуви самаралидир. Сийдик кислотаси (СК) даражасини 360 мкмол/л дан пастроққа узок муддатли пасайтириш кристалларнинг эриши ва

натижада касалликнинг кучайишини бостиришга олиб келади. Бугунги кунда подагра учун асосий патогенетик даволаш усули бир хил бўлиб қолмоқда - уратни камайтирадиган терапия (УКТ). УКТни ўз вақтида бошлаш ва мақсадга мувофиқ давом эттириш даражаси бутун дунё бўйлаб жуда паст ва шунинг учун лаборатория зардобадаги СК мақсадли қийматларига эъриши ишиш камдан-кам ҳолларда хабар қилинади.

Беморларнинг фақат қон зардобадаги урат даражасини камайтиришга эришади. Бунинг сабаби уратни камайтирувчи терапиянинг ҳар доим ҳам етарли эмаслиги, бошқа ҳолларда эса бундай терапия учун кўрсатмаларни билмаслик, индивидуал дори-дармонларни, даволаш схемаларини нотўғри танлаш ва самарадорликни нотўғри баҳолаш туфайли жиддий хатолар билан бирга келади.

Юқори коморбидлик, подагра билан боғлиқ бўлган нефропатиянинг ривожланиши ва гиперурикемияга қарши терапия пайтида салбий ҳодисалар дори терапиясининг имкониятларини сезиларли даражада чеклайди ва дори-дармонларни янада эҳтиёткорлик билан танлаш ва хавфсизликни назорат қилишни талаб қилади. Аниқланган асимптоматик гиперурикемия бўлган одамларда уратни камайтирувчи терапияга бўлган эҳтиёж тўғрисидаги саволлар ҳам ҳал қилинмаган бўлиб, асимптоматик гиперурикемия фонида подагра намоён бўлиш хавфи бўлган беморларни аниқлаш керак;

Профилактика ёки реабилитация таърифи

Профилактика - бу ҳар қандай ҳодисанинг олдини олишга ва (ёки) хавф омилларини бартараф этишга қаратилган турли хил тадбирлар мажмуаси.

Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, уларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини англатади.

Саломатлик турли хил жисмоний ва руҳий ҳолатларни ўз ичига олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, ирсий мойиллик, патогенлар ва

турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган тадбирларга асосланади.

Реабилитация "шахснинг функционал имкониятларини тиклашга ва соғлиғида муаммолар бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади.

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари ва усуллари:

Соғлиқ ҳолатига ёки оғир патологияга қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учинчи даражали.

Бирламчи профилактика эмлаш, оқилона иш ва дам олиш тартиби, мунтазам мувозанатли овқатланиш ва жисмоний фаолиятни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика муайян шароитларда касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини йўқ қилишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечириш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактика билан бир қаторда индивидуал ва оммавий касалликларнинг олдини олиш ҳам мавжуд.

Шахсий профилактика касалликларнинг олдини олиш, соғлиғини сақлаш ва яхшилаш бўйича инсоннинг ўзи томонидан амалга ошириладиган ва амалда соғлом турмуш тарзи, шахсий гигиена, рационал овқатланиш, меҳнат ва дам олишнинг оқилона режими нормаларига риоя қилишдан иборат бўлган чора-тадбирларни ўз ичига олади.

Жамоат профилактикаси – фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучкуватини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, соғлиғига зарар етказувчи омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга оширилаётган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирларидир.

2.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Подагра учун реабилитация чоралари ишлаб чиқилмаган ва амалга оширилмайди.

<https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/>

3. Уч турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (профилга мос равишда аниқлаштирилади)

3.1. Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари.

Профилактиканинг мақсади ўзгарувчан хавф омилларини бартараф этиш ва соғлом турмуш тарзини сақлашдир. Подагранинг олдини олиш хавф омилларини камайтиришга ва қондаги сийдик кислота даражасини назорат қилишга қаратилган. Профилактиканинг асосий жиҳатлари орасида соғлом вазни сақлаш, мувозанатли овқатланиш ва пуринга бой овқатларни чеклаш, ўртача спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва сийдик чиқаришни рағбатлантириш учун етарли суюқлик истеъмол қилиш киради.

Подагранинг бирламчи профилактикаси подагра билан оғриган беморларнинг қариндошларида асимптоматик гиперурикемияни аниқлаш ва уни тузатишдан иборат бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Рационал овқатланиш, айниқса, подагра касаллиги мавжуд бўлган оилаларда.
- Спиртли ичимликлар, айниқса қизил шароб ва шампанни тақиқлаш.
- Семириб кетиш, артериал гипертензия, углевод алмашинуви бузилишларининг олдини олиш.

- Етарли жисмоний фаолият.
 - Гипотермиядан сақланинг.
 - Дори-дармонларни кўрсатмаларга мувофиқ қатъий равишда қўллаш, айниқса урат метаболизмини бузишга қодир (диуретиклар ...).
- Иккиламчи профилактика қуйидагиларга асосланади:
- Подаграни эрта аниқлаш ва оқилона даволаш.
 - Такрорий подагра касаллигининг олдини олиш.
 - Касалликнинг боғимдан ташқари кўринишларига, айниқса нефропатияларга қарши курашиш
 - Метаболик синдром, юрак-қон томир касалликлари ва юрак-қон томир ҳодисаларининг ривожланиши ёки ривожланишининг олдини олиш.

Ҳар бир беморга тўғри турмуш тарзини ўргатиш тавсия этилади (семизлик учун вазн йўқотиш, ҳайвонларнинг пуриинларини чеклайдиган парҳез, спиртли ичимликларни, айниқса пиво, шакарли ичимликларни истеъмол қилишни камайтириш):

Пуринга бой ҳайвонот маҳсулотларини диетани чеклаш ва вазн йўқотиш сийдик кислота даражасини камайтиришга ёрдам беради. Пурин асосларини ўз ичига олмаган ёки кам бўлган овқатлар билан таништириш. Ушбу маҳсулотлар организмнинг калория ва озуқа моддаларига (оқсиллар, ёғлар, углеводлар) бўлган эҳтиёжини тўлиқ қондириши керак.

Тавсия этилган қувват даражаси С (далиллар даражаси III)

Спиртли ичимликлар, айниқса пиво ва спиртли ичимликлар, подагра ривожланиши учун мустақил хавф омилдир.

Тавсия этилган қувват даражаси С (далиллар даражаси III)

Кам ёғли сут маҳсулотлари билан бойитилган диета қон зардобидаги сийдик кислотаси даражасининг пасайишига ва артрит хуружлари частотасига олиб келади.

Тавсия этилган қувват даражаси С (далиллар даражаси III)

Етарли миқдорда суюқлик юборинг. Кўп миқдорда суюқлик ичилганда (суюқ овқатларни ҳисобга олмаганда, кунига камида 2 литр сув), айланма қон миқдори ортади ва буйраклардаги филтратсия тезлашади.

Тана вазнини камайтириш. Кўп ҳолларда ортиқча килограммдан қутулиш ички органларнинг фаолиятини яхшилайти, бунинг натижасида сийдик кислотаси танадан яхшироқ чиқарилади. Бундан ташқари, қонда айланиб юрадиган ва сийдик кислота тўпланишига ҳисса қўшадиган липидлар ва липопротеинлар миқдори камаяди.

Шифокор ва бемор ўртасидаги мувофиқлик, унинг шахсийлаштирилган даволаш дастурига содиқлиги подагра билан оғриган беморларнинг ҳаёти учун прогнозни яхшилаш имконини беради.

[\(https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/\)](https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/)

Подагра касаллигини олдини олиш чоралари 3 ойдан 6 ойгача қўлланилиши керак, деб ишонилади. Паст дозаларда колхицин ёки ностероид яллиғланишга қарши воситалар ёки преднизон қўлланилади.

Профилактик терапия подагра артрити хуружларини олдини олади ва подагра билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти.

Биргаликда терапияни қўллаш бўйича тавсиялар сақланиб қолмоқда. Артритнинг кучайиши пайтида гидрохлоротиазид билан даволанаётган беморларда диуретикни алмаштириш тавсия этилади. Артериал гипертензия билан оғриган беморларга лозартан, гиперлипидемия билан оғриган беморларга - фенофибрат қабул қилиш тавсия этилади. Касалликнинг фаоллигидан қатъи назар, тегишли кўрсаткичлар учун буюрилган паст дозали аспириинни тўхтатиш тавсия этилади.

Артрит хуружларининг олдини олиш учун барча беморларга уратни камайтирадиган терапия бошланганидан кейинги биринчи ойларда колхицин

(кунига 0,5 мг) ва/ёки стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дориларни (агар кўрсатилган бўлса, гастропротексия билан) қўллаш тавсия этилади. Агар уратни камайтирадиган терапиянинг биринчи ойларида артрит хуружларининг олдини олиш учун стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар ва колхициннинг мутлақ контрэндикатсияси ва / ёки самарасизлиги мавжуд бўлса, канакинумаб буюрилиши мумкин.

Тавсия Б (далил даражаси IV)

Шундай қилиб, подагрининг олдини олиш хавф омилларини назорат қилиш, мувозанатли овқатланиш, соғлом турмуш тарзини сақлаш ва мунтазам тиббий назоратга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади. Ушбу чора-тадбирлар подагра ривожланиш эҳтимолини камайтиришга ва унинг кучайиши хавфини камайтиришга ёрдам беради.

[хтп://www.rmj.ru/articles/ревматология/](http://www.rmj.ru/articles/ревматология/)

Реабилитация усуллари :

Физиотерапевтик тавсиялар:

Ҳар қандай физиотерапия процедураси беморларга уларнинг танасининг хусусиятларини, контрэндикатсиялар мавжудлигини ва патологиянинг ривожланиш босқичини ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

Физиотерапия машғулоти беморнинг аҳволини сезиларли даражада енгилаштириши мумкин, аммо ўткир даврда процедуралар индивидуалдир, шунинг учун вазиятни оғирлаштирмаслик учун улар фақат шифокор билан маслаҳатлашганидан кейин ва мутахассиснинг назорати остида амалга оширилиши мумкин. Ремиссия босқичида тўғри танланган физиотерапия машғулоти туфайли сиз қуйидаги ижобий таъсирларга эришишингиз мумкин:

- яллиғланишни бартараф этиш;
- оғриқни минималлаштириш;
- микроциркулятсияни яхшилаш:

- лимфа дренажини кучайтириш;
- тўқималарнинг парчаланишини секинлаштиради;
- қон томирларини кенгайтиради ва шифобахш малҳам ва ишқаланиш таъсирини оширади;

- кўшма ҳаракатчанликни ошириш;
- мушакларингизни бўшаштиринг

Қуйидаги усуллар энг кўп талаб қилинади:

- электрофорез - ҳужайра мембраналарининг ўтказувчанлиги ўзгариши тўғрисида зарарланган тўқималарига керакли доривор компонентлар етказиб берилди, бу эса тикланишга ёрдам беради.

- шифобахш лой - тўлиқ ремиссия фониди фақат кучайишдан ташқарида қўлланилади, улар суяк тузилмаларини органик компонентлар билан тўйинтиради, тўқималарни тенг равишда иситади, мушакларни бўшаштиради;

- магнит терапия - оғриқни камайтиради, шишишни енгиллаштиради, қон айланишини оширади;

- МБСТ терапияси - доимий таъсир кўрсатади, оғриқни самарали равишда енгиллаштиради, тузилмаларни қайта тиклашга ёрдам беради,

- УВЧ - юқори частотали магнит майдон сеанслари иссиқликнинг тўқималарга чуқур кириб боришига ёрдам беради, бунинг натижасида шиш камаяди, оғриқ камаяди, яллиғланиш йўқолади.

- озокерит ва керосинни қўллаш - оғриқни йўқотиш, зарарланган ҳудудда қон оқимини яхшилаш;

- лазер - микроциркулятсияни яхшилади, айниқса касалликнинг микрокристалл шакли билан ажралиб турадиган кекса одамларда самарали бўлади, салбий реактсиялар йўқ, беморлар томонидан яхши қабул қилинади;

- балнеотерапия - умумий ҳолатга фойдали таъсир кўрсатади, тўқималарнинг трофизми кучаяди, қон оқими кучаяди, мушакларнинг спазмлари

йўқолади, сийдик кислотаси тузлари самарали равишда чиқарилади, ванналар тез-тез ишлатилади - водород сулфиди, радон, ёд-бром.

- Терапевтик машқлар

Спа даволаш

Ушбу турдаги даволашнинг мақсади қондаги сийдик кислотаси тузлари миқдорини камайтириш ва бу модданинг ҳаддан ташқари шаклланиш жараёнини секинлаштиришдир. Касалликнинг аломатларини йўқ қилиш балнеотерапия ва минерал сувлар ёрдамида содир бўлади. Оғиз орқали юбориш учун гидроксиди паст минералли минерал сувлар қўлланилади. Тавсия этилган терапевтик композитсион сульфат-гидрокарбонат ёки гидрокарбонатдир. Минерал сув билан даволаш метаболик жараёнларнинг тезлашишига, сийдик ҳажмининг ошишига ва унинг ишқорланишига олиб келади. Ушбу таъсирнинг натижаси зарарли тузларнинг эриши ҳисобланади. Сувда тананинг ҳаётида фаол иштирок этадиган фойдали кимёвий элементлар мавжуд: Радон тинчлантирувчи таъсирга эга ва тинчлантирувчи, яллиғланишга қарши, аллергияга қарши ва диуретик таъсир кўрсатади. Карбонат кислота тузлари сийдик йўллари шилимшиқдан тозалашга ёрдам беради. Сульфатлар ичак фаолиятини ва сафро ажралиш жараёнини нормаллаштиришга ёрдам беради, шунингдек, яллиғланишни яхши йўқ қилади. Фтор сийдик кислотаси синтезини секинлаштиради. Магний буйракларнинг тўғри ишлаши учун жавобгардир. Калтсий ва кремний сийдикнинг нормал таркибини тиклашга ёрдам беради.

Подагра касаллигида ванналардан фойдаланиш фойдалидир: радон, сульфид, карбонат ангидрид, натрий хлорид ва ёд-бром.

Сув протседуралари белгиланади: Шарко душ; сув остида ва реактив массаж. Озокерит симптомларни тезда бартараф этишга ёрдам беради. Терапевтик таъсирга таъсирланган ҳудудда қон микроциркулятсиясини яхшилайдиган ва тузлар миқдорини камайтирадиган термал таъсирлар туфайли эришилади.

Касалликнинг сурункали курсида лой билан даволаш тўқималарнинг трофизмини нормаллаштириш, буйраклар ва жигар фаолиятини яхшилаш, сийдикни тозалаш жараёнини тезлаштириш учун ишлатилади.

Курортда даволаниш вақтида машқлар терапияси, массаж сеанслари ва физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

Ўткир подагра хуружлари, артритнинг тез-тез хуружлари ва буйраклар фаолиятининг бузилиши учун курорт даволаш қарши кўрсатмадир.

<https://www.eular.org/website/search?search=podagra>

4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. У касалликнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2-босқич. Эрта статсионар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида эрта тиббий реабилитация статсионар бўлимларида амалга оширилади.

3-босқич. Амбулатория. У реабилитация муассасаларида, улар йўқ бўлганда - амбулатория соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида амалга оширилади.

Жамоат профилактикаси ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:

5. Тиббий профилактика ва ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда ташхислаш тадбирлари:

Лаборатория тадқиқотлари:

- умумий қон текшируви;
- умумий сийдик таҳлили;
- сийдик кислотаси;
- биокимёвий қон тестлари (креатинин, карбамид, глюкоза, АЛТ, АСТ, ТС, ХДЛ, ЛДЛ);

- С-реактив оқсил;
- синовиал суюқлик (синовит билан).

Инструментал тадқиқотлар:

- зарарланган бўғимларнинг рентгенограммаси (ҳар йили)
- синовитни ташхислаш учун бўғимларнинг ултратовуш текшируви;
- дифференсиал диагностика учун бўғимларнинг МРТ
- ЭхоКГ
- Буйракларнинг ултратовуш текшируви

6. Даражаси кўрсатилган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

Клиник кузатув касалликнинг кучайишини олдини олишга ва терапияни доимий равишда тузатишга қаратилган; дори терапияси асоратларининг олдини олиш.

- Ҳар 3-6 ойда текширув

Гиперурикемияга қарши даволаш бошланишида қон зардобидаги сийдик кислота даражасини ҳар 2-4 ҳафтада, кейин эса ҳар 6 ойда аниқлаш.

- Умумий қон ва сийдик таҳлили - ҳар 6 ойда
- биокимёвий қон тести (креатин, сийдик кислотаси, гликемия, холестерин, зичлиги паст, юқори липопротеин ҳолатини ва атеросклероз ривожланиш хавфини баҳолаш учун) - ҳар 3-6 ойда

- зарарланган бўғимларнинг рентгенограммаси (ҳар йили)
- Буйрак ултратовуш текшируви (ҳар йили)
- ЭхоКГ (диастолик дисфунктсия белгиларини аниқлаш) - ҳар йили
- паст пуринли диетага риоя қилишни назорат қилиш (беморни ўқитиш)
- Подагра ва бирга келадиган касалликлар учун дори терапиясини кузатиш (мутахассислар билан ўз вақтида маслаҳатлашиш ва терапияни тузатиш).

Энг нокулай прогностик омиллар: касалликнинг эрта ривожланиши (30 ёшгача), доимий гиперурикемия 600 мкмол / л дан ортиқ, доимий гиперурикозурия 1100 мг / кун дан ортиқ, сийдик йўллари инфексияси билан биргаликда уролитиёзнинг мавжудлиги, прогрессив. нефропатия, айниқса диабетес меллитус ва артериал гипертензия билан биргаликда.

7. Профилактик ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари:

- норморикемияга эришилгунга қадар сийдик кислотаси контсентратсиясининг пасайиши;

- НЯҚ, колхицин ва ГКГа бўлган эҳтиёжни камайтириш;

- иш қобилиятини йўқотишига олиб келадиган подагра хуружлари частотасини камайтириш.

<https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/lechenie-podagry/>

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Ассоциация ревматологов России. Подагра. Клинические рекомендации. 2018. (Электронный ресурс.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>
2. Барскова В.Г. Диагностика подагры (лекция) // Научно-практическая ревматология. 2012; 53(4): 62–66.
3. Василюк В.Б., Сыраева Г.И., Фарапонова М.В. Обзор эффективности и безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения острого приступа подагрического артрита. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(2):96-101. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-2-96-101. <https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/>
4. Владимиров С.А., Елисеев М.С., Ильиных Е.В. и др. Подагра: клинические рекомендации. М.; 2018. [https:// legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-podagra-utv-minzdravom-rossii](https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-podagra-utv-minzdravom-rossii).
5. Громова М.А., Цурко В.В. Новые рекомендации Американской коллегии ревматологов по ведению больных подагрой (2020). Комментарии к некоторым позициям. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(2):89-95. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-2-89-95. <https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/>
6. Громова М.А., Цурко В.В., Мелехина А.С. Рационально-обоснованный подход к питанию у больных подагрой. Клиницист. 2019;13(3-4):15-21. <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2019-13-3-4-15-21>.

7. Гуляев С.В., Чеботарева Н.В., Моисеев С.В. Подагра: от Гиппократов до наших дней. Терапевтический архив. 2022;94(12):1438–1441. DOI: 10.26442/00403660.2022.12.201997
8. Елисеев М.С. Обновленные рекомендации EULAR по лечению подагры. Комментарии к некоторым позициям. *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(6):600-609. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-600-609>
9. Елисеев М.С. Алгоритм диагностики и лечения подагры. РМЖ. 2015;(7):416. https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Algoritm_dagnostiki_i_lecheniya_podagry.
10. Елисеев М.С. Классификационные критерии подагры (рекомендации ACR/EULAR) // Научно-практическая ревматология. 2015; 53 (6): 581-585.
11. Елисеев М.С. Уратснижающая терапия и функция почек. Современная ревматология. 2023;17(2):109–115.
12. Елисеев М.С. Рекомендации Американской коллегии ревматологов (2020 г.) по ведению больных подагрой: что нового и что спорно. *Научно-практическая ревматология*. 2021;59(2):129-133.
13. Елисеев М.С., Насонов Е.Л. Применение канакинумаба при подагре. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(Прил. 4):41-48.
14. Елисеев М.С., Насонов Е.Л. Лечение и диагностика подагры: нерешенные проблемы в клинической практике. *Научно-практическая ревматология*. 2024;62(1):7-12. <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2024-7-12>
15. Звягина К.А., Козьявина Л.В., Корчагина С.А. Особенности применения канакинумаба при подагре // *Universum: медицина и фармакология: электрон. научн. журн*. 2023. URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/16443>
16. Желябина О.В., Елисеев М.С., Кузьмина Я.И. Диета при подагре и гиперурикемии: несколько важных вопросов. *Современная ревматология*. 2024;18(1):117-121. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2024-1-117-121>
17. Клинические рекомендации для врачей общей практики (семейных врачей). Подагра. 2015. <https://endouroclinic.ru/media/filegalleries/qpbow>
18. Мясоедова С.Е. Современные подходы к лечению подагры. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (2): 141–145.
19. Насонов Е.Л. (ред.). Российские клинические рекомендации. *Ревматология*.
20. М.: ГЭОТАР - Медиа; 2017. <http://www.geotar.ru/lots/NF0005151.html>.
21. Погожева Е.Ю., Амирджанова В.Н., Каратеев А.Е. Современные рекомендации
22. по лечению подагры: фокус на уратснижающую терапию. *Трудный пациент* 2020;18(3). <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10016>.
23. Прожерина Ю. Подагра: новое в клинических рекомендациях. <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2021-2-58-61>
24. *Ревматология: Российские клинические рекомендации / под ред. акад. РАН*

26. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 461 с.
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442616.html>
27. Руководство Американской коллегии ревматологов по лечению подагры 2020 г– PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32391934/>
28. Светлова М.С. Клинические проявления, диагностика и лечение подагры в___практике врача первичного звена. Медицинский Совет.2020;(4):136-142. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-4-136-142>
29. Цурко В.В., Громова М.А. Общие принципы и основные рекомендации по ведению и лечению пациентов с подагрой по материалам обновленных европейских рекомендаций. Consilium Medicum. 2017;19(12):20-24. https://doi.org/10.26442/2075-1753_19.12.20-24.
- 30.Цурко В.В., Громова М.А. Рационально-обоснованный подход к лечению подагры с учетом дебюта, течения и сочетанной патологии по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги (EULAR 2016). <https://doi.org/10.17116/terarkh20178912233-237.>
- 31.Цурко В.В., Громова М.А., Малышева Н.В. Междисциплинарный подход к ведению пациентов с хронической подагрой. Медицинский Совет. 2020;(8):144-152. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-8-144-152>
- 32.Якупова С.П. Подагра. Новые возможности диагностики и лечения. Терапевтический архив. <https://doi.org/10.26442/terarkh201890588-92.>
33. Current management of gout: practical messages from 2016 EULAR guidelines – PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28430170/>
34. Dalbeth N., Phipps-Green A., Frampton C., Neogi T., Taylor W.J., Merriman T.R. Relationship between serum urate concentration and clinically evident incident gout: an individual participant data analysis. Ann Rheum Dis. 2018;77:1048-1052. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-212288.>
35. Danve A, Neogi T. Rising Global Burden of Gout: Time to Act. Arthritis Rheumatol 2020;72(11):1786–8. DALYs GBD, Collaborators H. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018;392(10159):1859–922. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010069.pub3>
36. FitzGerald J.D., Dalbeth N., Mikuls T., Brignardello-Petersen R., Guyatt G., Abeles A.M. et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care & Researches (Hoboken). 2020;72(6):744-760. <https://doi.org/10.1002/acr.24180.>

37. Hui M., Carr A., Cameron S., Davenport G., Doherty M., Forrester H. et al. The British Society for Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Rheumatology (Oxford)*. 2017;56(7):e1-20. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex156>.
38. Qaseem A., Harris R.P., Forciea M.A. Management of Acute and Recurrent Gout: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(1):58-68. <https://doi.org/10.7326/M16-0570>.
39. Richette P., Doherty M., Pascual E., Barskova V., Becce F., Castaneda-Sanabria J. et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(1):29-42. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209707>.
40. Richette P., Clerson P., Perissin L. et al. Revisiting comorbidities in gout: a cluster analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(1):142–147. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-203779.
41. Van Durme CM, Wechalekar MD, Buchbinder R, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 16;(9):CD010120.