

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY
REABILITASIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“PODAGRA”
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

«TASDIQLAYMAN»
Toshkent tibbiyot akademiyasi
rektori t.f.d., professor
Sh.A.Boymuradov



**«PODAGRA» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi.

Hozirgi klinik protokol podagra artriti bilan kasallangan bemorlarni tashxislash va davolash bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga oladi, shuningdek, urat miqdorini kamaytiruvchi va yallig'lanishga qarshi preparatlar bilan davolash rejimlariga oid strategik tavsiyalarni qamrab oladi. Ushbu klinik protokolni ishlab chiqishda asos sifatida Rossiya Revmatologlar Assosiasiyasining «Podagra» bo'yicha klinik tavsiyalari, Evropa Antirevmatik Ligasining (EULAR) podagrani tashxislash va davolash bo'yicha xalqaro tavsiyalari, Britaniya Revmatologlar Jamiyati tavsiyalari, Amerikada 2020-yilda qabul qilingan Revmatologlar Kollejining podagra bilan og'riqan bemorlarni boshqarish bo'yicha yangi tavsiyalari, Kokreyn kutubxonasi (Cochrane), PUBMED (MEDLINE) ma'lumotlar bazasiga kiritilgan nashrlar asos qilib olindi.

XKT-10/11	
Kod: M10/FA25	Nomi: Podagra
M10.0/FA25.2Y	Idiopatik podagra.
M10.1/FA25.10	Qo'rg'oshin podagrasi.
M10.2/FA25.11	Dori vositalariga bog'liq podagra.
M10.3/FA25.1	Buyrak funksiyasining buzilishi tufayli kelib chiqqan podagra.
M10.4/FA25.1Y	Boshqa ikkilamchi podagra.
M10.9/FA25.2	Aniqlanmagan podagra.
Yuklab olish (XKT)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12048 https://www.vidal.ru/drugs/mkb11?q=FA25

Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: Ushbu protokol 2025 yilda ishlab chiqilgan, protokol qayta ko‘rib chiqilish sanasi 2028 yil.

Milliy klinik bayonnoma ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa: RITvaTRIATM, Toshkent tibbiyot akademiyasi.

KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQUISHDA HISSA QO‘SHGANLAR:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha revmatologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolari:

Azizova F.L.	t.f.d. professor, TTA ilm va innovatsiyalar bo‘yicha prorektor
Alyavi B.A.	– t.f.d., RITvaTRIATM direktori;
Miraxmedova H.T.	t.f.d., TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining revmatologiya bo‘yicha maslahatchisi
Raximova D.A.	t.f.d., RITvaTRIATM laboratoriyasi mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh terapevti;
Aliaxunova M.Yu.	t.f.d., professor, RITvaTRIATM revmatologiya bo‘limi mudiri;
Dadabaeva N.A.	t.f.n, TTA №1 ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti;
Abdullaev U.S.	t.f. n., TTA №1 ichki kasalliklar propedevtikasi bo‘limi assistenti;

Mualliflar ro‘yxati:

Miraxmedova H.T.	t.f.d., TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining revmatologiya bo‘yicha maslahatchisi;
Raximova D.A.	t.f.d., RITvaTRIATM laboratoriyasi mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh terapevti;
Aliaxunova M.Yu.	t.f.d., professor, RITvaTRIATM revmatologiya bo‘limi mudiri;
Dadabaeva N.A.	t.f.n, TTA №1 ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti;
Nabieva D.A.	t.f.d. professor, TTA prof. patologiyalar №1, fakultet va gospital terapiyasi bo‘limi mudiri;
Shodiqulova G.Z.	t.f.d., professor, SamDTU ichki kasalliklar bo‘limi mudiri, Samarqand viloyati bosh revmatologi;
Djuraeva E.R.	t.f.n., TTA fakultet va gospital terapiyasi, prof. patologiyalar №1 bo‘limi dotsenti;
Xamraev X.X.	t.f.n., SamDTU №1 ichki kasalliklar bo‘limi dotsenti;
Berdieva D.U.	t.f.n., TTA fakultet va gospital terapiyasi, prof. patologiyalar №1 bo‘limi assistenti;
Najmiddinov G.R.	Farg‘ona viloyati bosh revmatologi;
Bomurodova D.B.	Buxoro viloyati bosh revmatologi.

Taqrizchilar:

1.Abdullae v A.X.	– t.f.d., RITvaTRIATM “Reabilitatsiya” laboratoriyasi rahbari;
2. Shukurova Surayyo Maqsudovna	– t.f.d., professor, Tojikiston Fanlar akademiyasi a’zosi, Tojikiston sog‘liqni saqlash soxasidagi diplomdan keyingi ta’lim instituti, terapiya va kardiorevmatologiya kafedrası mudiri, Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh terapevti, TR terapevtlari va revmatologlari assosiasiyasining raisi, Aziat-Tinch okeani revmatizmga qarshi

liganing (APLAR) Prezidium a'zosi.

Klinik bayonnoma TTA ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va 2025-yil 26-mart №8 sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baxolash bo'yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

PhD U.Abdullaev - TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası;

Milliy klinik pratokol va standartlarni O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan o'tkazilgan baholash bo'yicha ekspert xulosasi:

Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti, t.f.d. N.X.Tuxtaeva

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Klinik protokollarning qabul qilinishi va amaliyotda qo'llanilishini baholash Toshkent shahri va Toshkent viloyati sog'liqni saqlashning amaliy bo'g'ini vakillari bilan birgalikda amalga oshirildi.

Sog'liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig'ilish bayonnomasidan ko'chirma (sana, №raqam)

Mazkur nozologiya bo'yicha Milliy klinik protokol va standartlarning foydalanuvchilari :

1.Revmatologlar;

2.Terapevtlar;

3. Umumiy amaliyot shifokorlari;
4. Travmatologlar – ortopedlar;
5. JTSh shifokori, fizioterapevt;
6. Tibbiyot oliygohlari magistrarlari, klinik ordinatorlari va katta kurs talabalari.

Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy klinik protokol va standartlarga to‘g‘ri keladigan bemorlar toifasi:

Podagrik– artritli bemorlar.

Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy klinik protokol va standartlar qanday klinik asos gaydlaynlar/tavsiyalar/hujjatlar asosida ishlab chiqilgan:

Ushbu klinik protokolni ishlab chiqishda asos sifatida Rossiya Revmatologlar Assosiasiyasining «Podagra» bo‘yicha klinik tavsiyalari, Evropa Antirevmatik Ligasining (EULAR) podagrani tashxislash va davolash bo‘yicha xalqaro tavsiyalari, Britaniya Revmatologlar Jamiyati tavsiyalari, Amerikada 2020-yilda qabul qilingan Revmatologlar Kollejining podagra bilan og‘riqan bemorlarni boshqarish bo‘yicha yangi tavsiyalari, Kokreyn kutubxonasi (Cochrane), Pubmed (Medline) ma’lumotlar bazasiga kiritilgan nashrlar asos qilib olindi

Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi – sharhlari keltiriladi:

TAVSIYALAR SINFLARINI BAHOLASH SHKALASI

Sinf	TA’RIFI	TALQINI
I	Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuv usullari foydali va samarali ekanligi isbotlangan yoki umumiy qabul qilingan VA potensial foyda potensial xavfdan aniq va sezilarli darajada ustundir.	Tavsiya etilgan

II	Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuvning foyda / samaradorligiga zid ma'lumotlar va/yoki fikrlash tafovuti YoKI foyda/xavf muvozanatiga oid noaniqlik.	Maqsadga muvofiq
IIa	Aksariyat ma'lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligini ko'rsatadi.	
IIb	Ma'lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligi haqida uncha aniq ishonarli emas.	O'ta ehtiyotkorlik bilan

**Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(tashxislash aralashuvlari uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o'tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usul yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogort tadqiqotlari
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tasnifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

**Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(Profilaktika, terapevtik va rehabilitasiya tadbirlari uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Meta-tahlil orqali RKT tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi
2	Ayrim RKT va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida RKT tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

- QB – qon bosimi;
- ALT –alaninaminottransferaza;
- AST – aspartataminottransferaza;
- JSST – jaxon sog‘liqni saqlash tashkiloti;
- GIBP – gen–injener biologik preparatlari;
- GK– glyukokortikoidlar;
- GU – giperurikemiya;
- IL – interleykin;
- SK –siydik kislotasi;
- STK– siydik tosh kasalligi;
- MRT– magnitik-rezonans tomografiya;
- MUN - monourat natriy kristallari;
- NYaQP– nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar;
- NR–noxush reaksiya;
- RKT- random klinik tadqiqotlar;
- KFT– Koptokchalar filtrasiyasi tezligi;
- UTT – ultratovush tekshirish;

UKT – urat kamaytiruvchi terapiya;

O‘NO- α - alfa-o‘sma nekrozi omili;

ACR - Amerika Revmatologlar Uyushmasi;

EULAR - Evropa Antirevmatik Ligasi.

ZPLP- Zichligi past lipoproteidlar

ZBLP- Zichligi baland lipoproteidlar

PODAGRA KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK BAYoNNOMASI.....	13
PODAGRA KASALLIGIDA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK BAYoNNOMASI.....	55
PODAGRA KASALLIGI TIBBIY PROFILAKTIKASI, DISPANSERIZATSIYasi VA REABILITATSIYasi MILLIY KLINIK BAYoNNOMASI.....	63

**“PODAGRA” KASALLIGINI
TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent – 2025

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

Podagra artritning eng ko‘p tarqalgan yallig‘lanishli shakli bo‘lib, u natriy monourati (MUN) kristallarining to‘planishi natijasida yuzaga keladi. Bu kristallar muddatli giperurikemiya (GU) natijasida shakllanadi. Kattalarning podagra bilan kasallanish darajasi 1 dan 3% gacha o‘zgarib turadi, bu erda erkaklarda kasallik ayollarga qaraganda 7 marta ko‘p uchraydi. Ayollarda kasallanishning eng yuqori cho‘qqisi 60 yoshga to‘g‘ri kelsa, erkaklarda esa 40 yoshda kuzatiladi. Kasallik odatda buyrak, metabolik va kardiovaskulyar patologiyalar bilan bog‘liq bo‘lib, podagraning prognozini yomonlashtiradi.

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

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

So‘nggi o‘n yillikda dunyo bo‘ylab podagra bilan kasallanishning barqaror o‘sishi kuzatilmoqda, bu inson umr davomiyligining ortishi, ham rasionda oqsilli oziq-ovqat ulushining ko‘payishi, hamda siydik kislotasi (SK) metabolizmini buzishga olib keluvchi xavf omillarining ko‘payishi hisobiga yuzaga kelmoqda.

Podagrani nazorat qilish uchun zamonaviy klinik tavsiyalarda ko‘rsatilgan "qon zardobidagi uratlarning maqsadli darajasiga erishishgacha bo‘lgan davolash" terapevtik yondashuvi samaralidir. SK darajasining uzoq muddat davomida 360 mkmol/l dan kam bo‘lgan darajaga tushirilishi kristallarning erishiga va natijada kasallikning kuchayishini to‘xtatishga olib keladi. Hozirgi kunda podagrani davolashda asosiy patogenetik asoslangan davolash — uratni kamaytiruvchi terapiya (UKT) — o‘zgarishsiz qolmoqda. Butun dunyo bo‘ylab UKTni o‘z vaqtida boshlash va maqsadga erishgunga qadar davom ettirilish ko‘rsatkichlari juda past, shuning uchun SKning qon zardobida laboratoriya maqsadli qiymatlariga erishilishi kamdan-kam ro‘yxatdan o‘tkaziladi. Faqatgina bemorlarning yarmi qon zardobida SK darajasini maqsadli qiymatlarga tushirishga erishadi. Bu UKTning tayinlanishi har doim ham muvofiq

emasligi yoki ba'zi hollarda bunday terapiyaga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni bilmaslik, alohida preparatlarni noto'g'ri tanlash, davolash sxemalari, samaradorlikni noaniq baholash kabi jiddiy xatolar bilan bog'liq bo'lishi bilan izohlanadi.

Yuqori komorbidlik, podagra nefropatiasining rivojlanishi, podagraqa qarshi terapiya fonidagi salbiy holatlar, medikamentoz davolash imkoniyatlarini sezilarli darajada cheklaydi, dori tanlashda yanada ehtiyotkorlikni talab qiladi va xavfsizlikni nazorat qilishni talab qiladi. Shuningdek, simptomsiz giperurikemiya (GU) aniqlangan shaxslarda UKT zarurligi masalasi hamon echimini topgan emas, simptomsiz GU fonida podagra namoyon bo'lish xavfidagi bemorlarni belgilash zarur.

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

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

2.2. Umumiy ta'rifi:

Podagra — tizimli tofus kasallik bo'lib, u turli to'qimalarda MUN kristallarining to'planishi bilan xarakterlanadi, bu esa tashqi muhit va/yoki genetik omillar bilan bog'liq giperurikemiya (GU) bo'lgan shaxslarda yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi.

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

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

Etiologiya va patogenez: Podagraning rivojlanishida asosiy omil GU hisoblanadi, ya'ni qon zardobida SK darajasining 420 mkmol/l dan yuqoriga ko'tarilishi, bu holda ayrim bemorlarda MUN kristallari hosil bo'ladi. Qon zardobidagi SK darajasi qancha yuqori bo'lsa, podagra rivojlanish xavfi shuncha yuqori bo'ladi. Kristallar ko'rsatkichning ancha past (360 mkmol/l) darajalarida ham, ayollarda hosil bo'lishi mumkin. GUning asosiy sabablari: SKning reabsorbsiyasini oshishi va uning siydik bilan chiqarilishini kamayishi, yoki uning giperproduksiyasiga olib keluvchi genetik omillar; ortiqcha vazn va semizlik, arterial qon bosimining oshishi, alkogol

iste'moli, ko'p miqdorda hayvon oqsili iste'moli, diuretik dori vositalarini qabul qilish, GU bilan xarakterlanadigan kasallik va holatlar.

Kasallik xavf omillari to'rt guruhga bo'linishi mumkin. Birinchi guruhda SK chiqarilishining kamayishi bilan birga kechadigan holatlar birlashtirilgan bo'lib, bu diuretiklar, metotreksat, siklosporin, salisilatlar, alkogol qabul qilish, shuningdek, uzoq va to'xtovsiz sport mashqlari natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ikkinchi guruhga organizmda SKning ko'p miqdorda hosil bo'lishi kuzatiladigan holatlar kiradi: semizlik, metabolik sindrom, alkogol iste'moli, sitotoksik va nurli terapiya, limfoproliferativ kasalliklar, psoriaz.

Uchinchi guruhga organizmga purinlarning ortiqcha kirishini chaqiruvchi omillar kiradi: oqsil mahsulotlari, shu jumladan, erkaklar sevib iste'mol qiladigan qaynatilgan go'sht sho'rvalarini ortiqcha iste'mol qilish. Ammo purinlar yangi siqilgan meva sharbatlarida ham ko'p. Sportchilar ko'p iste'mol qiladigan proteinlar ham SKning to'planishiga olib keladi.

Nihoyat, to'rtinchi guruh omillari — bu SKning ko'p miqdordagi sintezi va uning chiqarilishining kamayishiga olib keluvchi individual metabolizm xususiyatlaridir.

Sinovial suyuqlik va yaqin atrofdagi to'qimalarda shakllanuvchi MUN kristallari, immun reaksiyalarining kaskadini ishga tushirib, o'tkir podagra artritini qo'zg'atuvchi omil sifatida xizmat qiladi. Avvaliga kristallarning fagositozi sodir bo'ladi, buning natijasida hujayralarda natriyning yuqori konsentrasiyasi oshadi, shu sababli sitoplazmaga kompensator suv oqimi va hujayralarning shishishi yuz beradi, bir vaqtning o'zida kaliy miqdori keskin kamayadi, bu esa hujayra ichidagi inflammasomalar faolligini induksiya qilib, buning natijasida keng doirada yallig'lanishga qarshi sitokinlar, xemokinlar (avvalo interleykin-1 (IL-1), shuningdek, IL-6, IL-8, IL-18, alfa-o'sma nekrozi omili (O'NO-alfa) va boshqalar) sintez qilinadi. Ularning ishlab chiqarilishi kuchli yallig'lanish reaksiyasini, vazodilatatsiyani,

yallig‘lanish joyiga immun hujayralari, asosan neytrofillar, tezkor migrasiyasiga olib keladi. Bu klinik jihatdan artritning o‘tkir huruji bilan namoyon bo‘ladi. Tog‘aylar va atrofdagi to‘qimalarda MUN kristallari mavjudligi bilan bog‘liq bo‘lgan, surunkali, sust kechuvchi yallig‘lanish jarayoni, artritning o‘tkir huruji paytidan tashqari ham davom etadi.

Epidemiologiya:

Turli populyasiyalarda podagra bilan kasallanish erkaklar o‘rtasida 1 000 kishiga 5 dan 70 tagacha va ayollar o‘rtasida 1 dan 10 tagacha to‘g‘ri keladi. Kattalar o‘rtasida podagraning tarqalishi Evropa mamlakatlarida 0,9% dan 2,5% gacha, AQShda esa 3,9% ni tashkil etadi. Kasallanishning eng yuqori cho‘qqisi erkaklarda 40-50 yoshda, ayollarda esa 60 yoshdan keyin (menopauza davridan keyin) kuzatiladi. Podagra erkaklar orasida 6-7 marta ko‘proq uchraydi, keksa yoshda esa 3 marta ko‘proq.

So‘nggi 30 yil ichida podagraning tarqalishi 100% ga oshdi, bu dunyo aholisining 42% ga ko‘payishi yoki kutilgan umr davomiyligining oshishiga nisbatan nomutanosibdir. Dunyo bo‘ylab taxminan 42 million katta yoshlilar podagra bilan og‘riydi, bu revmatoid artrit bilan yashovchilar sonidan ikki barobar ko‘pdir.

2.3. Podagra klassifikatsiyasi:

1. Simptomsiz giperurikemiya
2. O‘tkir podagra artriti
3. Qaytalanuvchi podagra
4. Surunkali podagra artriti
5. Surunkali tofusli podagra

Etiopatogenetik belgisiga ko‘ra:

- Birlamchi podagra
- Ikkilamchi podagra (boshqa kasalliklar yoki dori vositalari sababli)

Kasallikning kechishiga ko‘ra:

- Yengil

- Og'ir kechish

Podagraning og'irlik darajalari va bo'g'imdan tashqari namoyon bo'lishlari:

- Yengil formada: artrit xurujlari yiliga 1-2 marta kuzatiladi, monoartrit shikastlanishlar va yagona tofuslar mavjud, bo'g'implarda rentgenologik o'zgarishlar minimal.

- O'rta og'irlikda: artrit xurujlari yiliga 3-4 marta bo'lib turadi, oligoartrit ko'proq uchraydi, tofuslar ko'payadi, rentgenologik o'zgarishlar va nefropatiya sezilarli darajada.

- Og'ir formada: xurujlar yiliga 4 martadan ko'p bo'lib, poliartrit paydo bo'ladi, ko'plab tofuslar va bo'g'imdan tashqari shikastlanishlar kuzatiladi.

Podagraning bo'g'imdan tashqari namoyon bo'lishlari:

- Asosiy nishon- organlar: buyraklar; kamroq hollarda oshqozon-ichak tizimi, nerv tizimi, yurak (klapanlar), o'pka, jigar, ko'zlar.

- Ko'p uchraydigan kasalliklar: uratli nefrolitiaz va xronik interstisial nefrit bo'lib, ularning keskin rivojlanishi xronik buyrak etishmovchiligiga olib keladi. Bundan tashqari, giperurikemiya ostida o'tkir buyrak blokirovkasi, dehidratasiya sababli mochevina kislotasining kristallizatsiyasi va o'tkir buyrak etishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Bo'g'im sindromidan ancha avval buyrak shikastlanishi kuzatilishi mumkin.

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

3. Tekshiruv usullari, uslublari, tibbiy muolajalar yondoshuvlari va tashxislash jarayonlari:

Shikoyatlar va anamnez:

- To'satdan boshlanishi, intensiv og'riqlarning kuchayib borishi, odatda, bitta bo'g'imda, ko'pincha oyoqning I PFB

- Bo'g'imda mahalliy yallig'lanish belgilarining aniqligi: terining giperemiyasi, shishgan va zararlangan bo'g'imning funksiyasini buzilishi.

- Ko‘pincha kechgi vaqtda yoki erta sahar soatlarida rivojlanadi, xurujning davom etishi davolashsiz 1 dan 10 kungacha o‘zgarib turadi.

- Umumiy yallig‘lanish belgilarining mavjudligi: haroratning ko‘tarilishi, xolsizlik.

Podagra va unga hamroh kasalliklarda xatar faktorlarini har bir bemorda aniqlash tavsiya etiladi, metabolik sindrom belgilarini (semizlik, giperqlikemiya, giperlipidemiya, gipertenziya) o‘z ichiga oladi. Podagra uchun eng muhim xatar faktorlari qatoriga bir qator dori vositalarini (diuretiklar, siklosporin A, salisilatlar) qabul qilish, buyrak etishmovchiligi, spirtni suiste‘mol qilish, shakarli (fruktozaga boy) ichimliklar va oziq-ovqatlarni iste‘mol qilish kiradi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi V (dalillarning ishonchlilik darajasi IB).

Podagra tashxisiga shubha bo‘lgan har bir holatda klinik xarakteristika berish tavsiya etiladi. O‘tkir podagra artritining kelib chiqishi alkogol iste‘moli, dietaga rioya qilmaslik, travma, sovuqqotish, jarrohlik operatsiyalari, saunaga tashrif, hamroh kasalliklarning kuchayishi va dori vositalarini (diuretiklar) qabul qilish bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Og‘riq va yallig‘lanish bilan tez rivojlanuvchi o‘tkir huruj, ayniqsa eritema bilan birgalikda kechishi, 24 soat ichida maksimal darajaga etib, podagraning mikrokrustallik yallig‘lanishiga yuqori shubxa uyg‘otadi, ammo bu faqat podagra uchun xos emas. Agar tipik o‘tkir artrit hurujlari oyoqning bo‘g‘imlari, xususan 1-chi plyusnefalangaga taalluqli bo‘lsa, va oqshom artrit hurujlarining soni bittadan ortiq bo‘lsa, podagra tashxisining ehtimoli sezilarli darajada ortishi mumkin. Podagrada utkir artrit huruji davomiyligi odatda ikki haftadan oshmaydi.

Bo‘g‘im sindromi:

Podagra artritiga xos xususiyatlar:

- Bo‘g‘imdagi og‘riq juda intensiv. Zararlangan joyning bo‘g‘imdan yuqori qismi issiq, iperemiyalangan; tana haroratining ko‘tarilishi kuzatilishi mumkin.

- Har qanday bo‘g‘imlarga zarar etishi mumkin, ko‘pincha oyoqlarnikiga. Bu mono- yoki oligoartrit.

- Og‘riqning intensivligi maksimal darajada bir necha soat ichida rivojlanadi (maksimal — 24 soat); bir necha kun ichida (maksimum — 2 hafta) simptomlar to‘liq regressiyaga uchraydi.

- Hurujlar orasidagi davrda kasallikning simptomlari to‘liq yo‘q.

Birinchi podagra artrit huruji 1-chi plyusnefalanga bo‘g‘imini (I PFS) zararlash bilan namoyon bo‘ladi (bemorlarning 90% uchun xarakterli), ammo tirsak, tizza va boshqa oyoq bo‘g‘imlariga ham ta’sir ko‘rsatishi mumkin; teridagi giperemiya, shishish, zararlangan bo‘g‘imning funksiyasini qattiq buzilishi; umumiy yallig‘lanish belgilari: haroratning ko‘tarilishi, zaiflik, titroq.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi IV).

Fizikal tekshirish:

Barcha bemorlarda, vizual baholashdan tashqari, artritning mavjudligini (ko‘zga ko‘rinadigan shishish, giperemiya, bo‘g‘imlarning funksional holati) aniqlash tavsiya etiladi, shunga qo‘shma ravishda, teri osti tofuslarining ehtimoliy lokalizatsiyasini (eng ko‘p uchraydigani — quloq suprasi, oyoq panjasi 1chi barmoqlari , tirsak bo‘g‘imlari) alohida ko‘rib chiqish; Palpasiya bilan og‘riqli va yallig‘langan bo‘g‘imlarni, tofuslarning (agar bo‘lsa) o‘lchamlarini aniqlash.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi D (dalillarning ishonchlilik darajasi IV).

Podagra artritining jins va yoshga ko‘ra xususiyatlari:

- Erkaklarda asosan oyoq bo‘g‘imlari, ayniqsa katta barmoqni zararlaydi;
- Ayollarda kasallikning boshida ko‘pincha oligo- yoki poliartrit rivojlanadi (ayollarda podagra keksa yoshda rivojlanadi), ko‘pincha qo‘l bo‘g‘imlari zararlanadi;
- Keksa yoshdagi insonlarda ko‘pincha poliartrikulyar variantlar kuzatiladi: yuqori bo‘g‘imlarlar (qo‘l kichik bo‘g‘imlarini ham) zararlanishi.

Podagra artritining bosqichma bosqich kechish xususiyatlari:

- O‘tkir podagra artritida — to‘liq spontan holda sog‘ayish va hurujlar orasida simptomlar yo‘qligi. Davolashsiz hurujlar soni ko‘payishi, uzoq davom etishi, yangi bo‘g‘imlarning zararlanishi kuzatiladi.

- Hurujlar orasidagi (interval podagra) va residivlanuvchi podagra artriti — simptomsizlik davrining davomiyligini qisqarishi, artrit hurujlari ko‘payishi va uzayishi, ya’ni kasallikning surunkali kechishiga o‘tishi.

- Surunkali tofusli podagra — mustahkam surunkali artrit, tofuslar (ko‘pincha bir nechta), buyraklarning zararlanishi.

Tofuslar:

- teri osti yoki teri ichida, qo‘l va oyoq barmoqlarida, tizza bo‘g‘imlari, tirsaklarda, quloq supralarida.

- ba’zan teri yarasi xosil qilib, undan oq pastasimon, MUN kristallariga ega, massa ajralishi.

- Suyak ichida;

- Tananing deyarli har qanday qismida va ichki organlarda.

Buyraklarning zararlanishi:

- Buyrak tosh kasalligi;

- surunkali urat nefropatiyasi (podagrik);

- o‘tkir buyrak etishmovchiligi.

Xamrox patologiyalar bilan bog‘liq asoratlar:

- semizlik;

- qandli diabet;

- arterial gipertenziya;

- giperlipidemiya, ayniqsa gipertrigliceridemiya;

- tomirlarning aterosklerotik zararlanishi.

Asosiy laborator tadqiqotlar:

- umumiy qon tekshiruvi;
- umumiy siydik analizi;
- bioximik qon tekshiruvi: qonda siydik kislotasi, glyukoza, kreatinin, mochevina;
- SRO;
- sinovial suyuqlikning polyarizasion mikroskopiyasi;

Qo‘shimcha laborator tadqiqotlar:

- BAK (XS-ZPLP, XS-ZBLP, trigliseridlar);
- glyukozaga tolerantlik testi;
- Nechiporenko bo‘yicha siydik analizi;
- Zimniskiy bo‘yicha siydik analizi;
- kunlik proteinuriyani aniqlash;
- kunlik siydik kislotasining ekskresiyasini aniqlash;
- axlatdagi yashirin qonni aniqlash.

Umumiy qon tahlili - neytrofil leykositoz, EChTni tezlashishi;

Umumiy siydik tahlili - muntazam kislota muxitli PH (5,0), proteinuriya, gematúriya, siydikning nisbiy zichligi pasayishi, kristalluriya (uratlar va boshqalar);

Bioximik qon tahlili - qonda siydik kislotasining darajasining oshishi – giperurikemiya (erkaklarda – 0,42 mmol/l dan yuqori (7 mg/dl dan yuqori), ayollarda - 0,36 mmol/l dan yuqori), lekin o‘tkir darda normourikemiya bo‘lishi mumkin, dislipidemiya (giperxolesterinemiya, ZBLP ning pasayishi, ZPLP va trigliseridlarning oshishi) – xamrox kardiovaskulyar patologiyaning mavjudligida;

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi Ib).

Giperglikemiya – uglevod almashinuvi buzilishlarida; kreatinin miqdorining oshishi – podagrik nefropatiya mavjud bo‘lganda.

SRO – ijobiy;

Kunlik siydik kislotasining ekskresiyasi oshishi– giperurikozuriya (1100 mg/sut dan yuqori), bu pochkalar faoliyati buzilishi tufayli pasayishi mumkin;

Sinovial suyuqlikning polyarizasion mikroskopiyasi, tofuslar yoki boshqa to‘qimalarning tarkibini tekshirish – MUN kristallarining ignasimon shakllarini, nurning ikki karra manfiy sinishi bilan topish. Polyarizasiya mikroskopiyasi usuli bilan MUN kristallarini aniqlash, podagrani diagnostika qilishning «oltin standart»i hisoblanadi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi IV).

Instrumental tadqiqotlar:

- zararlangan bo‘g‘imlarning rentgenografik tekshiruvi;
- buyraklarning ultratovush tekshiruvi;
- bo‘g‘imlarning ultratovush tekshiruvi;
- MRT;
- o‘pka rentgenografiyasi;
- EKG;
- yurak zararlanishi bo‘lganda ExoKG;
- og‘ir jarayonlar va shishlar mavjudligini istisno qilish uchun FGDS;
- diagnostik maqsadda tofuslar biopsiyasi.

Zararlangan bo‘g‘imlarning rentgenografik tekshiruvi: “proboynik” simptomi– tipik, ammo kech rentgenologik mezon, kasallik boshlanganda nospesifik belgilar bo‘lishi mumkin – bo‘g‘im bo‘shlig‘i torayishi, bo‘g‘im yuzasining shikastlanishi, subkortikal kistalar bo‘lishi mumkin. Rentgenologik o‘zgarishlar odatda podagra debyutidan keyin 7-10 yildan so‘ng aniqlanadi, hatto surunkali artrit bo‘lgan bemorlarda ham har doim aniqlanmaydi va kech namoyon bo‘ladi. Boshlang‘ich bosqichlarda bo‘g‘imlarni rentgenologik tekshiruvini o‘tkazish tavsiya etilmaydi. Rentgenologik tekshirish o‘tkazish, differensial diagnostikada yordam beradi va surukali podagranning

tipik belgilarini namoyon etishi mumkin, lekin podagraning boshlang'ich diagnostikasida xech qanday ma'lumot taqdim etmaydi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi III).

Buyraklarning ultratovush tekshiruvi - turli o'lchamlardagi konkrementlarning mavjudligi, koralloid nefrolitiaz.

Bo'g'imlarning ultratovush tekshiruvi. Podagraning tipik belgilari ko'pincha sonografik tekshirishda birinchi metatarsofalanga bo'g'imi va tizza bo'g'imini tekshirishda aniqlanadi. Bu metod podagraning boshlang'ich, shu jumladan, kasallikning preklinik bosqichida qo'llanishi mumkin, chunki GU bo'lgan bemorlarning bir qismida podagraning tipik ultratovush belgilari ("ikki barobar kontur", sinovial suyuqlikda "bo'ron" ko'rinishi, anexogen chegaralar bilan (tofuslar), giperexogen geterogen shikastlanishlar) kasallik artritning o'tkir xurujidan avval aniqlanishi mumkin.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi IV).

Kompyuter tomografiyasi va magnit rezonans tomografiyasini o'tkazish tofuslarning atipik joylashuvida shubxa qilinganda juda zarur. Ular kompyuter tomografiyasi orqali aniqlanishi mumkin: oraliq zichlikdagi yumshoq to'qima konlari mavjudligi, suyak ichi eroziyasi(tofuslar) va MRT orqali: T1 yoki T2 ketma ketligidagi yumshoq to'qima konlari mavjudligi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi III).

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi bemorlarda dastlabki tekshirishda, GIBPni belgilashdan oldin, o'pka bilan bog'liq xamrox shikastlanishlarni aniqlash uchun, va undan so'ng har yili o'tkazilishi zarur.

EKG har yili 1 martadan kam emas, yurak va qon-tomirlar patologiyasini aniqlash uchun.

ExoKG yurak va tomirlar patologiyasi bo'yicha shubha qilinganda.

Mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko‘rsatmalar:

- nefrolog bilan maslahatlashish – podagra nefropatiyasi rivojlanganda davolash korreksiyasi uchun;
- kardiolog bilan maslahatlashish – yurak va tomirlar sistemasidagi patologiyani davolash usullarini aniqlash uchun (arterial gipertenziya, surunkali yurak etishmovchiligi, ritm buzilishlari, koronar sindromlari);
- endokrinolog bilan maslahatlashish – diabet, gipotireoz, semizlik;
- urolog bilan maslahatlashish – podagra bilan bog‘liq siydik– tosh kasallik hurujlari, podagra tufayli rivojlanganda;
- xirurg bilan maslahatlashish – tofuslarni ochish vaqtida.

Diagnostik mezonlar:

Podagraning diagnozi ACR/EULAR 2015 klassifikasiya mezonlari asosida belgilanadi (jadval). Ushbu mezonlar yuqori (92%) va spesifik (89%) sezgirlik ko‘rsatgan. Barcha bemorlarda periferik bo‘g‘im yoki bursada hech bo‘lmaganda bitta shish, og‘riq yoki sezgirlik epizodi mavjud bo‘lganda ACR/EULAR mezonlari qo‘llanishi kerak. 23 imkoniyatdan 8 va undan yuqori ball olgan hollarda podagra diagnozi qo‘yiladi.

Подагранинг 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

Подагранинг 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

Eliseev MS. Podagra klassifikasion mezonlari (ACR/EULAR tavsiyalari).
Ilmiy-amaliy revmatologiya. 2015;53(6):581–5 <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-581-585>

Differensial tashxislash va qo‘shimcha tadqiqotlarning asoslanishi:

Tashxis	Differensial tashxislashni asoslash	Tekshiruv	Tashxisni inkor qilish mezonlari
---------	-------------------------------------	-----------	----------------------------------

Reaktiv artrit	Quyi bo'g'imlarning zararlanishi, Sakroilial bo'g'imlarning zararlanishi.	Siydik-yo'li va ichak infeksiyasi uchun IFA. Toz suyaklarining rentgenografiyasi.	Terida psoriatik blyashkalarining yo'qligi, Siydik-yo'li yoki ichak infeksiyalari bo'yicha musbat natijalar
Revmatoid artrit	Qo'l barmoqlarining kichik bo'g'imlarining zararlanishi	RF, ASSP, Qo'l barmoqlari va bo'g'imlar rentgenografiyasi.	Qo'l bo'g'imlarining simmetrik artrit, ertalabki qotishish. Qo'llarning rentgenografiyasida; epifizar osteoporoz, bo'g'im orasi torayishi, uzurlanish
Podagra	1–metatarsofalanga bo'g'imining zararlanishi	Qonda siydik kislotasini tahlil qilish	Ko'pincha erkaklar, anamnezida o'tkir artritning (asosan 1–metatarsofalanga bo'g'imi monoartriti) mavjudligi, giperurikemiya
Ankilozlovchi spondiloartrit	"Periferik shaklda quyi bo'g'imlarning zararlanishi, sakroiliak bo'g'imlarning zararlanishi	HLA B27, Toz suyaklarining rentgenografiyasi.	Kasallikning ko'pincha bosqichma-bosqich boshlanishi, asosan belda yallig'lanish xususiyatiga ega og'riqlar, ertalabki qotishishning mavjudligi, ikki tomonlama sakroileit

Kasallikning simptomlariga ko'ra differensial diagnostikasi:

Podagraning asosan klinik namoyon bo'lishi: o'tkir artritni takrorlanuvchi hurujlari, to'qimalarda (bo'g'imlarda, yumshoq to'qimalarda, turli organlarda) kristallar uratlarining markaziy to'planishi bilan tofuslarning shakllanishi, nefrolitiaz, podagrisheskaya nefropatiya.

4. Ambulatoriya darajasida bemorlarni davolash taktikasi:

Evropa antirevmatik ligasi ekspert komiteti podagrani davolash bo'yicha tavsiyalarni ishlab chiqdi. Podagrani davolash va profilaktika qilishni shartli ravishda to'rt bosqichga bo'lish mumkin: dori vositasiz profilaktika va davolash usullari, o'tkir

artrit hurujini toʻxtatish, uratlarni kamaytiruvchi terapiya, artritning ogʻirlashishini profilaktika qilish.

Podagrani optimal davolash nofarmakologik va farmakologik yondashuvlarning kombinatsiyasini talab qiladi (dalillarning ishonchlilik darajasi Ib) va quyidagilarni hisobga olishi kerak:

a) maxsus xavf faktorlari (siydik kislotasi darajasi, oldingi hurujlar soni, rentgenografiya) (dalillarning ishonchlilik darajasi IV),

b) kasallikning bosqichi (simptomsiz giperurikemiya, oʻtkir/intermittirlovchi artrit, hurujlar orasidagi davr, surunkali tofusli podagra) (dalillarning ishonchlilik darajasi Ib),

v) umumiy xavf faktorlari (yosh, jins, semizlik, giperurikemik preparatlar, hamroh kasalliklar, polipragmaziya) (dalillarning ishonchlilik darajasi Ib).

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

Nomedikamentoz davo:



Umumiy tamoyillar.

Podagrani davolash va profilaktika qilishning asosiy komponenti GU (semizlik, uglevod va lipid almashinuvini buzilishi, arterial gipertenziya), xavf faktorlarini kamaytirish va dietoterapiya hisoblanadi. SK konsentrasiyasini kamaytirish va davolashning asosiy usuli dieta bo‘lgan. Goh-goh dieta ko‘pchilik bemorlar uchun dori vositasiz davolashning o‘rnini bosadi, uning zaruriyati esa podagrani davolash bo‘yicha barcha etakchi tavsiyalar bilan tasdiqlanadi.

Sutli mahsulotlar bilan boyitilgan dieta, kamaytirilgan yog miqdori bilan, SK ning zardobdagi miqdori va artrit hurujlari sonini kamaytiradi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi IV)

Alkogol ichimliklarini, shu jumladan pivo ichishni kamaytirish. Alkogol, xususan pivo va achchiq ichimliklar podagrani rivojlanishi uchun mustaqil xavf faktori hisoblanadi. Pivoning boshqa alkogol ichimliklariga nisbatan ko‘proq giperurikemik ta’siri, unda purinlar, asosan guanozin, yukori miqdorda bo‘lishi bilan izohlanadi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi III).

Vaznni kamaytirish. Tana massasini normallashtirishni sekin olib borish kerak, chunki keton tanachalari darajasining oshishi, qattiq ochlik bilan bog‘liq, bu esa GU ga olib keladi.

Purinlar iste’molini kamaytirish. Purinlarga boy mahsulotlar qatoriga barcha turdagi go’sht va uning submaksulotlari, barcha baliq va dengiz mahsulotlari, ba’zi sabzavotlar (shpinat, sparja, qo‘ziqorin, shuningdek, drojjali ekstraktlar)ni kirita oladi. Go’sht va baliqni iste’mol qilish bilan bog‘liq yuqori risk ko‘p faktorli xarakterga ega. Bir tomondan, hayvonlardan olingan ekzogen purinlarning organizmda ortishi, SK darajasini oshirishi isbotlangan. Ikkinchi tomondan, qizil go’sht asosiy to‘yingan yog‘ manbai bo‘lib, uratlarning buyrakdagi ekskresiyasini kamaytiradi. Ammo ba’zi xom sabzavotlar, masalan, shpinat (100 g ga 70 mg), xom go’shtdan yuqori konsentrasiyaga ega (100 g ga 58 mg).

Purinlarga boy hayvon mahsulotlarini iste'mol qilishni va vaznni kamaytirish, SKning zardobdagi miqdorini kamaytirishga yordam beradi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi III).

O'simlik oqsillarini, sabzavotlarni (yuqorida keltirilgan sabzavotlar bundan mustasno), dukkaklilar va mevalar iste'molini ko'paytirish. Sabzavotlar va dukkaklilar i iste'mol qilish GU va podagra xavfini oshirmaydi. Dukkaklilar va sabzavotlarda mavjud bo'lgan flavonoid glikozidlar KOga ingibitor kabi ta'sirga ega.

Shirin bezalkogol ichimliklaridan (limonad, soklar, energetikalar) uzoqlashish. Fruktozaga boy mevalar giperurikemiya va podagra rivojlanishini oshirishi isbotlangan. 1 g fruktozaning har 1 kg tanavazniga ta'siri, ovqat iste'molidan so'ng 2 soat davomida SK konsentrasiyasini 1-2 mg/dl ga oshirishi aniqlangan. Meva sharbatlari va fruktozaga boy jo'xorii shirasini kamaytirish tavsiya qilinadi.

Kunlik ovqatga 200-300 mg S vitamini qo'shish. U KO ni ingibirlashga yordam beradi va podagrani davolash va profilaktikasida samarali bo'lishi mumkin.

Kun davomida 10-12 dona gilos mevasi, yoki gilos ekstrakti, yoki nordon gilos sharbati iste'mol qilish. Gilos o'zida unga rang beruvchi va yallig'lanishga qarshi xususiyatga ega antosianinlarni saqlagani tufayli, SKning konsentrasiyasini kamaytirishda samarali ekanligi aniqlangan. Antosianinlar qorag'atda ham mavjud, ammo ularning podagra bo'lgan foydali ta'siri isbotlangan emas.

Afsuski, oziq-ovqat bo'yicha tavsiyalarning isbot darajasi hali ham o'rtacha/past yoki juda past (klass C yoki B) hisoblanadi.

Rossiya revmatologlar assosiasiyasi. Podagra. Klinik maslaxatlar. 2018. (Elektronniy resurs.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>

Medikamentoz davo.

Podagrani konservativ davolash maqsadi — o‘tkir yoki surunkali artritni bartaraf etish, artrit xurujlarining oldini olish, shuningdek, mavjud bo‘lgan siydik kislota kristallarini (SKK) shakllanishini to‘xtatish va eritishdir.

Podagraniing bazis terapiyasi purin almashinuvini normallashtirishga qaratilgan. Davolashning asosiy prinsipi — uzoq muddatli va uzluksiz podagra qarshi (urikodepressiv, urikozurik yoki kombinatsiyalangan) dori-darmonlar qo‘llash orqali siydik kislota darajasini <6 mg/dl (360 μ mol/l) ga tushirishdir. Bu daraja bemorning butun hayoti davomida saqlanishi kerak.

Har bir bazis urat darajasini pasaytiruvchi kichik dozalardan boshlanadi va ular asta-sekin oshiriladi, toki siydik kislotaning zardobdagi miqdori maqsadli darajaga etguncha. Uratni pasaytiruvchi preparatlarni dozasini asta-sekin oshirish bir necha maqsadlarga ega:

- Davolashning birinchi oylarida o‘tkir artrit xurujlari chastotasini kamaytirish.
- Bemorning davolashga rioya qilishini ta’minlash.
- Minimal samarali dozalardan foydalanish imkoniyatini ta’minlash, bu esa dozaga bog‘liq nojo‘ya ta’sirlar rivojlanish ehtimolini kamaytiradi.

Barcha bemorlarda optimal terapevtik taktikani tanlash uchun tavsiya etiladi:

- maxsus omillarni aniqlash (artritning oldingi hurujlari soni, qon zardobida SK miqdorini aniqlash, bo‘g‘imlarning rentgenografiyasini o‘tkazish).

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonch darajasi III)

- kasallikning bosqichlari: asimptomatik GU (MUN depozitlari mavjud yoki yo‘q), o‘tkir artrit/hurujlararo davr, surunkali tofusli podagra.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi Ib)

- umumiy xavf omillari: yosh, jins, semizlik mavjudligi, giperurikemik preparatlarni qabul qilish, hamroh kasalliklar, ko‘plab dori vositalarini qo‘llash, genetik omillar.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi Ib)

Izoh. Simptomsiz GU podagra teng xisoblanmaydi. Hozirgi vaqtda bunday bemorlarda normourikemiyaning qo‘llab-quvvatlash uchun dori-darmon terapiyasini o‘tkazish zarurligini isbotlovchi ma’lumotlar mavjud emas. Bu holda hamroh kasalliklarni davolash, ovqatlanish rasioni va turmush tarzini to‘g‘rilash maqsadga muvofiqdir. Davolashni buyurishda nofarmakologik va farmakologik usullarning kombinatsiyasi monoterapiyaga nisbatan samaraliroqdir. Terapiyani buyurishda kasallikning klinik bosqichini (o‘tkir artrit huruji, hurujlararo davr, doimiy artrit, tofus shakli), qon zardobidagi SKning miqdori va artrit hurujlarining tez-tezligi, hamroh kasalliklar va GU xavf omillarini hisobga olish kerak.

Barcha bemorlarga o‘tkir artritning "birinchi qator" terapiyasi sifatida nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar (NYaQP), yoki kolxisin, yoki glyukokortikoidlar (GK) buyurish tavsiya etiladi. Maxsus preparat tanlashda qarshi ko‘rsatmalar mavjudligiga yoki yo‘qligiga asoslangan holda, dori vositalari o‘zaro ta’sirini hisobga olib, amalga oshirilishi kerak. Ayniqsa, kolxisin bilan davolashni artrit huruji boshlanishidan oldin boshlash kerak. Har bir bemor o‘tkir artrit hurujlarining birinchi belgilari paydo bo‘lganda ushbu preparatlarni mustaqil qo‘llashga o‘rgatilishi kerak.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

Izoh. NYaQP va kolxisinning (plaseboga nisbatan) o‘tkir artrit huruji terapiyasida samaradorligi isbotlangan. NYaQP qo‘llashda me‘da-ichakda qon ketish va ularning kardiotsikligi individual xavfini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Artrit hurujlarida yallig‘lanishga qarshi terapiyani (birinchi kunda) erta buyurish klinik

natijani yaxshilaydi. Agar monoterapiya samarasiz bo'lsa, NYaQP va kolxisin kombinasiyasidan foydalanish mumkin.

Yuqori dozada kolxisin qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki bu deyarli hamma vaqt nojo'ya reaksiyalarga olib keladi. Kam dozalardan boshlash va keyinchalik ularni titrlash tavsiya etiladi: birinchi kuni 1,5 mg (1 mg va bir soatdan so'ng yana 0,5 mg va keyingi kundan boshlab 1 mg), bu ko'pchilik bemorlar uchun etarli bo'lishi mumkin.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

Izoh. Isbotlanganidek, kolxisinning past dozalari (kunlik 1,5 mg gacha) yuqori dozalardan kam samarali emas va xavfsizroq xisoblanadi.

GKni bo'g'im ichiga yoki mushak ichiga buyurish, o'rtacha dozada GKSni peroral tez bekor qilish bilan tavsiya etiladi (kunlik 30-35 mg prednizolon 3-5 kun davomida, to'liq bekor qilish 10-14 kunda). Bunday terapiya o'tkir artrit hurujini davolashda samarali va NYaQP bilan xavfsiz xisoblanadi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonch darajasi IV)

Izoh. GK terapiyasi podagra artrit hurujini to'xtatish uchun samarali ekani isbotlangan, samaradorligi bo'yicha NYaQP bilan taqqoslanadi va xavfsizlik profili bo'yicha o'xshash. GK bilan davolash monoartrit bilan og'rigan bemorlarda, GK yoki kolxisinni buyurish mumkin bo'lmagan hollarda eng ma'qul hisoblanadi.

Barcha bemorlarda doimiy giperurikemiya va artritning o'tkir hurujlari (yiliga ≥ 2 marta), doimiy artrit, tofuslar mavjudligida (joylashuvidan va aniqlash usulidan qat'i nazar: ko'rikda, nurli diagnostika usullari bilan) uratni kamaytirish terapiyasi o'tkazilishi tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

40 yoshdan kichik bo'lgan podagra debyutiga ega bemorlarda, buyrak patologiyasi va hamroh kasalliklar mavjud bo'lganda, uratni kamaytirish terapiyasini birinchi artrit hurujidan so'ngrayoq boshlash kerak.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

Boshqa hollarda uratni kamaytirish terapiyasini o'tkazish (asoratlanmagan podagra) nofarmakologik usullar samarasiz bo'lgan hollarda tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

Normourikemiya ga erishish va zardobda SK darajasini uratlar bilan superto'yinganlik nuqtasidan past bo'lgan holatda (360 mkmol/l) saqlash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonch darajasi IV)

Og'ir tofusli podagra bilan og'irgan bemorlarda zardobdagi SK miqdorini saqlash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonch darajasi IV)

Zardobda SK miqdorini 180 mkmol/l dan past darajada uzoq vaqt (bir necha yil davomida) saqlash tavsiya etilmaydi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonch darajasi III)

Buyrak funksiyasi normal bo'lgan bemorlarga birinchi qator terapiyasi sifatida allopurinolni buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV).

Dastlabki past dozada preparatni (kunlik 50-100 mg) va keyinchalik (zarur bo'lganda) har ikki-to'rt haftada 100 mg gacha oshirish tavsiya etiladi, bu ayniqsa buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda muhim xisoblanadi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi D (dalillarning ishonch darajasi IV)

Izohlar. Buyrak funksiyasi buzilgan bemorlarda allopurinolning maksimal dozasini ko'ptokchalar filtrasiya tezligiga qarab to'g'rilash tavsiya etiladi. Allopurinolni qabul qilish bilan bog'liq nojo'ya reaksiyalar rivojlangan hollarda, shuningdek, allopurinolning eng yuqori mumkin bo'lgan dozalarini qabul qilishda zardobdagi SK miqdori maqsadli darajaga erishilmasa, boshqa ksantinoksidaza ingibitorlarini (febuksostat) buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

Izohlar. Febuksostat Yengil va o‘rtacha buyrak etishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda qo‘llanilishi mumkin, uning zardobdagi SK miqdoriga ta’siri bo‘yicha samaradorligi o‘rtacha dozadagi preparatlar bilan qo‘llanilganda allopurinoldan yuqori. Buyrak funksiyasi pasaygan, podagra bilan og‘rigan bemorlarda febuksostat ko‘pincha allopurinolga nisbatan SK maqsadli miqdoriga erishish imkonini beradi. Barcha bemorlarda uratni kamaytirish terapiyasi boshlangandan keyingi birinchi oylarda artrit hurujlarining oldini olish uchun kolxisin (kunlik 0,5 mg) va/yoki NYaQP (kerak bo‘lsa gastroproteksiya bilan) qo‘llash tavsiya etiladi. NYaQP va kolxisinga mutlaq qarshi ko‘rsatma va/yoki samarasizlik bo‘lgan hollarda uratni kamaytirish terapiyasining birinchi oylarida artrit hurujlarining oldini olish uchun kanakinumabni buyurish mumkin.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonch darajasi IV)

Izohlar. MUN kristallarini eritish, uratnikamaytirish terapiyasi boshlanishining birinchi oylarida, artrit hurujlari tezligining ko‘payishi va davo ta’sirining yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Past dozada qo‘llaniladigan NYaQP va kolxisin hurujlar tezligini bir necha marta (5-6 marta) kamaytirishi mumkin. Xuddi shunday samara kanakinumabda ham kuzatilgan. Bunday terapiyani qo‘llash yarim yil davomida dolzarbligini saqlab qoladi va albatta bemor bilan muhokama qilinishi kerak.

Rossiya revmatologlar assosiasiyasi. Podagra. Klinik maslaxatlar. 2018. (Elektronniy resurs.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>. https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/podagra_14187/

O‘tkir podagrik artritini davolash

Terapiya maqsadi:

- 1.Qondagi SK miqdorini normallashtirish.
- 2.O‘tkir hurujni bartaraf etish va keyinchalik qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani tayinlash masalasini hal qilish.

Qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani tayinlash podagra hurujlarining oldini olish va SK darajasi oshishi bilan bog‘liq surunkali kasalliklarni rivojlanishini oldini olish zarur. Bu terapiya ayniqsa yurak-qon tomir kasalliklari yoki ularning yuzaga kelishi xavfi yuqori bo‘lgan bemorlar uchun juda muhim. Terapiya uzoq muddatga tayinlanadi va hurujlar bo‘lmagan hollarda ham bekor qilinmaydi.

Ўткир подагра давosi (EULAR 2016; BSR 2017; APP 2018; ACR 2020)				
колхицин	1- сутка: 1,0 мг + 0,5 мг 1 соатдан кейин→ кейин 1 мг/сутка			
НЯҚВ	Коморбидликни ҳисобга олиб; Максимал мумкин бўлган дозалардан ошмаслик			
глюкокортикостероидлар	ичишга 30-35 мг/сут – 3-5 кун*	м/о	б/и	в/и
канакинумаб	резерв	150 мг/тери остига	3 ойгача таъсири	

Даво ўткир артрит ҳуружи босилгунча давом этади
Комбинириланган даво эҳтимоллиги бор
Урикоостатик қўлланилмайди/ўткир даврда бекор қилинмайди!

© 2020 ASCO. Ушбу ҳужжат 2020 йили 7 июль ойида янги версияга ўзгартирилди. Бундан олдинги версиялар 2017 йили 10 июль ойида янги версияга ўзгартирилди. 1. ASCO Cancer & Research 2020, pp 1-17. DOI: 10.1200/JCO.2020.38.1180

O‘tkir podagra hurujini bartaraf etish uchun NYaQP, kolxisin, GK mahalliy va tizimli qo‘llaniladi. Davolashni iloji boricha ertaroq, afzalrog‘i artrit boshlanganidan keyingi 24 soat ichida boshlash kerak. Davolash bo‘g‘imdagi yallig‘lanish holatlari to‘liq bartaraf etilmaguncha davom etishi kerak. Kardiovaskulyar xavf omillariga ega bo‘lgan bemorlarda qon-tomir asoratlari xavfini oshishishi sababli maxsus sOG-2 ingibitorlarini qo‘llash tavsiya etilmaydi.



Ўткир подагрик артрит билан беморни олиб бориш алгоритми



Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar

(SOG-1 yoki SOG-2 inhibitorlari)

Podagra kuchayishiga qarshi vositalar orasida NYaQP markaziy o'rin egallaydi. NYaQPni eng yuqori yallig'lanishga qarshi dozalarda, og'riq to'liq to'xtamaguncha va yallig'lanish belgilari yo'qolmaguncha davom ettiriladigan kurslarda qo'llaniladi.

Jadval

Asosiy dori vositalari ro'yxati (100% qo'llanilish ehtimoliga ega bo'lganlar):

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining XPN (Xalqaro Patentlanmagan Nom) i		Qo'llash usuli	Tavsiyalar ishonchlilik darajasi
SOG-1 va SOG-2 noselektiv ingibitorlari				
feniluksus kislota hosilalari	Diklofenak		<input type="checkbox"/> Tabletkalar 25 mg, 50 mg - og'iz orqali qabul qilish, kuniga 2-3 marta. <ul style="list-style-type: none"> • Tabletkalar yoki kapsula 100 mg - og'iz orqali qabul qilish, kuniga 1 marta. • Ampula 3 ml (25 mg/ml) - mushak ichiga yuborish, kuniga 1-2 marta. 	1 A-V

Siydik kislotalari metabolizmiga ta'sir qiluvchi vositalar

Kolxitsin	Siydik kislotalari metabolizmiga ta'sir qiluvchi vositalar	Ichga	0,5-1 mg	1-kun – 3 mg (1 mg dan 3 mahal), 2- kun-2 mg (1 mg dan 2 mahal), keyin 1mg/kun	Kurs bo'yicha	UD – A [18, 19, 20, 21, 24,25]
Allopurinol	Siydik kislotalari metabolizmiga	Ichga	100 mg	1 kunda 2-3 mahal	Uzoq muddatli	UD – A [18, 20-

	ta'sir qiluvchi vositalar					23, 26, 27, 28,29]
Febuksostat	Siydik kislotasi metabolizmiga ta'sir qiluvchi vositalar	Ichga	80 mg	1 kunda 1 mahal	Uzoq muddatli	UD– V

Kolxisin birinchi darajali dori sifatida NSAIDLarga alternativa bo'lishi mumkin. Kolxisin- Colchicum autumnale- o'simliklardan olingan alkaloid bo'lib, ko'p 10 yillar davomida o'tkir podagrani davolash uchun ishlatilgan. Kolxisin - Colchicum autumnale o'simlikidan olingan alkaloid bo'lib, ko'p o'n yillar davomida o'tkir podagrani davolash uchun ishlatilgan. Zamonaviy xalqaro va milliy tavsiyalarga ko'ra, artritning o'tkir xurujini Yengillashtirish uchun ko'pchilik bemorlarga kolxitsinning past dozalarini buyurish tavsiya etiladi (birinchi kuni 1,5 mg (darhol 1 mg va 1 soatdan keyin yana 0,5 mg) va keyingi kundan boshlab 1 mg). Klinik amaliyot shuni ko'rsatadiki, artritning o'tkir xuruji boshlanganidan keyin birinchi 12 soat ichida past dozali kolxisin qo'llanilganda, past dozali kolxisinning samaradorligi yuqori dozali kolxisinga teng edi. Kolxisin huruj boshlanganidan 12-24 soat o'tgach buyurilsa, unchalik samarali emas. Aynan erta qo'llash bilan preparatning past dozalari samaradorlik jihatidan yuqori dozalardan kam emas, lekin birinchi holatda salbiy reaksiyalarning rivojlanish ehtimoli past va platsebo bilan solishtirish mumkin, ikkinchisida u 100% ga etadi.

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

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/podagra_14187/

Allopurinol – surunkali podagra bilan og'riqan bemorlar uchun samarali uzoq muddatli dori vositasidir. Allopurinol bilan davolash artrit huruji tugamaguncha boshlanmasligi kerak. Artritning o'tkir xurujlari va og'ir nojo'ya reaksiyalarning oldini olish uchun allopurinol terapiyasi kichik dozadan (kuniga 100 mg) boshlanadi va normourikemiyaga erishilgunga qadar har 2-4 haftada asta-sekin oshiriladi.

Allopurinolning dozalash sxemasi buyraklarning funktsional imkoniyatlarini hisobga olgan holda qondagi siydik kislotasi dinamikasi nazorati ostida individual ravishda belgilanadi. Buyrak etishmovchiligi mavjud bo'lganda (klirensning 30 ml / min dan kam pasayishi) dozani korreksiya qilish kerak. Allopurinol to'xtatilgach, sUA darajasi 3-4 kun ichida dastlabki darajaga qaytadi. Allopurinol bilan davolash nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishi bilan bog'liq (ba'zan og'ir -5%) va qattiq nazorat ostida amalga oshirilishi kerak.

Febuksostat - tavsiya etilgan doza 80 mg dan kuniga 1 marta, ovqatdan oldin. Agar siydik kislotasi konsentratsiyasi 2-4 haftalik davolanishdan keyin 6 mg / dl dan oshsa, preparatning dozasini kuniga 1 marta 120 mg ga oshirish mumkin. Yengil va o'rtacha buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda febuxostatni qo'llashda dozani korreksiya qilish talab etilmaydi. Gut xurujlarining oldini olish muddati kamida 6 oy.

Urikosurik preparatlar (Benemid, Anturan, Benetazone va boshqalar) nefrolitiaz uchun qarshi ko'rsatmadir. Ba'zi bemorlarda Yengil va o'rtacha darajadagi buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda Benzbromaron qo'llanilishi mumkin, ammo gepatotoksiklik xavfi tufayli nazoratni talab qiladi. Peglotikaza. Peglotikaza kristall bilan tasdiqlangan, og'ir, zaiflashtiruvchi surunkali tofi podagrasi bo'lgan va hayot sifati past bo'lgan bemorlarga ko'rsatiladi, ularda zardobdagi sUA maqsadli darajalariga maksimal dozada (jumladan, kombinatsiyalangan) boshqa dori vositalari bilan erishilmagan.

Peglotikaza. *Escherichia coli* ning genetik jihatdan o'zgartirilgan shtammi tomonidan ishlab chiqarilgan va UA ning allantoiniga oksidlanishini katalizlovchi pegilatlangan urikaz preparati ksantin oksidaza inhibitörleri, urikosuriklar va ularning birikmalariga refrakterlik uchun oxirgi imkoniyatdir. Preparatni buyurish bemorlarning 42 foizida sUA ning maqsadli darajasiga erishishga imkon beradi, ammo tez-tez uchraydigan allergik reaksiyalar va yuqori narx tufayli uning keng qo'llanilishi cheklangan.

Peglotikaza - 8 mg, tomir ichiga 2 haftada bir marta 12-16 hafta davomida infuzion. Har bir infuziyadan oldin siydik kislotasi va glyukoza-6-fosfat dehidrogenaza darajasini kuzatish kerak. Antigistaminlar va GK bilan premedikatsiyani talab qiladi. Xurujning profilaktikasi peglotikazani yuborishdan ≥ 7 kun oldin boshlanishi kerak.

Infuzion reaksiyalarning yuqori xavfi (platsebo bilan 26% ga nisbatan 5%), hatto premedikatsiya bilan ham, ayniqsa davolanishga javob bermagan bemorlarda va peglotikazaga antikorlar mavjud bo'lganda. Bemorlarning 5% da (platsebo guruhida 0%) anafilaktik reaksiyalar rivojlanadi. Davolanish 4 haftadan ko'proq vaqt davomida to'xtatilganda peglotikazaning xavfsizligi va samaradorligi to'g'risida ma'lumotlar yo'q. Glyukoza-6-fosfat dehidrogenaza etishmovchiligi bo'lgan bemorlarga buyurmang; dimlanishli yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarga ehtiyotkorlik bilan buyuriladi (xavfsizlik ma'lumotlari kam; klinik tadqiqotlarda asoratlar haqida xabar berilgan).

Boshqa urikosurik preparatlar:

Losartan va fenofibrat o'rtacha urikosurik ta'sirga ega, bu ularni allopurinol yoki urikosuriklarga chidamli yoki toqat qilmaydigan bemorlarda, gipertenziya yoki MS borligida qo'llash imkonini beradi.

O'tkir artrit xurujini bartaraf etish uchun NSAID, kolxitsin va kortikosteroidlarning mutlaq qarshi ko'rsatmasi va / yoki samarasizligi bo'lgan bemorlarga interleykin-1 (kanakinumab) ga monoklonal antikorlarni yuborish tavsiya etiladi. Yuqumli kasalliklar mavjud bo'lganda kanakinumabdan foydalanishdan qochish kerak.

Tavsiyaning mustahkamligi B (ishonchlilik darajasi IV) Izoh. Podagra tufayli artrit xurujini bartaraf etishda kanakinumabning samaradorligi triamsinolon asetonid va kolxitsindan yuqori. Yarimparchalanish davri va ta'sirning davomiyligini hisobga olgan holda, aritni bartaraf etgandan so'ng, uratni kamaytiradigan terapiyani boshlash tavsiya etiladi.

Kanakinumabning tavsiya etilgan dozasi 150 mg (teri ostiga) va artrit xuruji simptomlarning birinchi belgilari paydo bo‘lganda, iloji boricha tezroq buyurilishi kerak. Agar kerak bo‘lsa, infuziyalar orasidagi kanakinumabani qayta yuborish eng kamida 12 haftalik bo‘lishi kerak. Birinchi infuziyadan keyin ta’sir bo‘lmasa, ikkinchi infuziyalar tavsiya etilmaydi.

**Biologik kasalliklarni o‘zgartiruvchi yallig‘lanishga qarshi dorilar
Genetika asosida yaratilgan biologik mahsulotlar**

Farmakoterapevtik guruh	Preparatning INN	Foydalanish bo‘yicha ko‘rsatmalar	Dalillar darajasi
IL-1 ingibitori	Kanakinumab	150 mg (teri ostiga), infuziyalar orasidagi interval men kamida 12 haftalik bo‘lishim kerak.	1 A-V

GEBP terapiyasi bo‘yicha qaror mintaqaviy ekspert komissiyasi tomonidan qabul qilinadi (GEBPni davolash bo‘yicha ko‘rsatmalarga muvofiq, tajribali revmatolog nazorati ostida amalga oshiriladi).

Barcha GEBDni buyurishdan oldin sil kasalligini skrining (Mantoux testi yoki Diaskin testi) va ikki proektsiyada o‘pkaning rentgenogrammasi yoki ko‘krak qafasining kompyuter tomografiyasi majburiydir, ular terapiyaning har 6 oyida takrorlanadi.

4.3. Jarrohlik davolash.

Podagrani jarrohlik yo‘li bilan davolash asosiy emas, ular og‘ir asoratlar (masalan, tunnel sindromlari, o‘murtqa siqilish), funktsional buzilishlar rivojlanishiga olib keladigan hollarda tofiyni olib tashlash tavsiya etiladi;

Tavsiya etilgan quvvat darajasi D (dalil darajasi IV)

Boshqa davolash.

Giperlipidemiya, arterial gipertenziya, giperglikemiya, semizlik va chekishni tashlashni tuzatish tavsiya etiladi. Ushbu tavsiya podagra bilan ogʻrigan bemorlarni davolashning muhim tarkibiy qismidir.

Tavsiya darajasi Kuchlilik B (dalil darajasi IV)

Podagra bilan ogʻrigan barcha bemorlarga, agar ular aniq koʻrsatilmagan boʻlsa, diuretiklardan foydalanishni cheklash tavsiya etiladi. Shu bilan bir qatorda, boshqa antigipertenziv dorilar ham qoʻllanilishi mumkin.

Tavsiya darajasi Kuchlilik C (dalillik darajasi III)

Losartan, amlodipin va fenofibratni podagra bilan ogʻrigan bemorlarda qoʻllash koʻrsatmalarini hisobga olgan holda tavsiya etiladi, chunki bu dorilar oʻrtacha urikosurik taʼsirga ega.

Tavsiya etilgan quvvat darajasi C (dalillar darajasi III).

Podagra va qon zardobida xolesterin darajasi yuqori boʻlgan bemorlarga HMG-CoA reduktaza inhibitörleri (statinlar) buyurilishi tavsiya etiladi.

Tavsiyaning kuchlilik darajasi B (dalil darajasi IV).

Fikrlar. Baʼzi dorilar (losartan, kaltsiy kanal blokerlari, fenofibrat va kamroq darajada HMG-CoA reduktaza inhibitörleri) qoʻshimcha uratni kamaytiradigan taʼsirga ega ekanligi haqidagi dalillar ularni mavjud koʻrsatmalar uchun, shu jumladan ksantin oksidaza inhibitörleri bilan birgalikda qoʻllash imkonini beradi. (allopurinol, febuxostat). Diuretiklarni, ayniqsa tiazid va looplarni qabul qilish urikemiyaning koʻpayishiga va aritning kuchayishi chastotasiga yordam beradi, bu esa gut bilan ogʻrigan bemorlarda ulardan foydalanishni cheklaydi. Har bir bemorga toʻgʻri turmush tarzini oʻrgatish tavsiya etiladi (semizlik uchun vazn yoʻqotish, hayvonlarning purinlarini cheklaydigan parhez, spirtli ichimliklarni, ayniqsa pivo, shakarli shirin ichimliklarni isteʼmol qilishni kamaytirish): dietada puringa boy hayvonot

mahsulotlarini cheklash va vazn yo‘qotish kamaytirilishiga yordam beradi. sarum sUA darajasi.

Tavsiya etilgan quvvat darajasi C (dalillar darajasi III)

Spirтли ichimliklar, ayniqsa pivo va spirтли ichimliklar, gut rivojlanishi uchun mustaqil xavf omilidir.

Tavsiya Kuchlilik darajasi C (dalil darajasi III)

Yog‘siz sut mahsulotlari bilan boyitilgan dieta zardobidagi sUA darajasini va artrit bilan kasallanishni kamaytiradi.

Tavsiya etilgan quvvat darajasi C (dalillar darajasi III)

Izoh. Spirтли ichimliklar, ayniqsa pivo (alkogol tarkibidan qat’iy nazar) va spirтли ichimliklar (ayniqsa, likyorlar), shuningdek fruktoza (birinchi navbatda, shirin ichimliklar ko‘rinishida) gut rivojlanishi uchun mustaqil xavf omillari hisoblanadi.

Aksincha, puringa boy hayvonot mahsulotlari (go‘sh t va dengiz mahsulotlari) ratsionini cheklash, dietani sut mahsulotlari bilan boyitish va vazn yo‘qotish sarum UA darajasini kamaytirishga yordam beradi.

4.4. Qo‘shimcha boshqaruv:

Bemorning ahvolini kuzatish:

- Har 3-6 oyda klinik tekshiruv;
- sUA darajasini aniqlash: davolash boshida - har 2-4 haftada, keyinchalik har 6 oyda;
- Antihiperurikemiya terapiyasi fonida biokimyoviy tadqiqot (ALT, AST, umumiy bilirubin va uning fraktsiyalari, kreatinin): davolash boshida - har 3 haftada, keyin har 6 oyda;
- Ixtisoslashgan mutaxassislar bilan maslahatlashish (agar kerak bo‘lsa): revmatolog, nefrolog, kardiolog, endokrinolog, urolog, jarroh.

4.5. Davolashning samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- normorikemiya ga erishilgunga qadar siydik kislotasi konsentratsiyasining pasayishi;
- NSAID, kolxitsin va GKga bo‘lgan ehtiyojni kamaytirish;
- nogironlikka olib keladigan podagra xurujlari chastotasini kamaytirish, tofining rezorbsiyasi.

5. Tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

5.1. Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

Kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalarni hisobga olish kerak

- ambulator davolanishga javob bermaydigan gut artriti;
- bemorda ambulatoriya sharoitida podagra uchun dori terapiyasini tanlashni murakkablashtiradigan birga keladigan kasalliklar (qandli diabet, arterial gipertenziya, koronar arteriya kasalligi, surunkali yurak etishmovchiligi, buyrak etishmovchiligi va boshqalar) mavjudligi.

Kasalxonadan chiqish uchun ko‘rsatmalarni hisobga olish kerak:

- Vizual analog shkala (VAS) bo‘yicha qo‘shma og‘riqlar intensivligini kamida 50% kamaytirish.
- Oligo- yoki poliartritda shishgan bo‘g‘imlarning yo‘qligi yoki ularning sonining kamida 50% ga kamayishi.

5.2. Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar: yo‘q.

6. Kasalxona darajasida davolash taktikasi:

6.2. Dori-darmonsiz davolash:

Umumiy tamoyillar.

Podagra - bu GU bilan og‘rigan bemorlarda siydik kislotasi kristallari to‘plangan joylarda avtoyallig‘lanish tufayli yuzaga keladigan tizimli kasallik.

Haqiqiy tibbiy amaliyotda podagrani davolashning maqsadlari:

- O'tkir xurujning yuzaga chiqishini tezlikda kamaytirish.
- Podagra xurujlarining qaytalanishining oldini olish.
- Kasallikning rivojlanish tezligini va uning asoratlarini oldini olish yoki sekinlashtirish.

• Podagra bilan bog'liq bo'lgan va uning kechishini yomonlashtiruvchi omillarning oldini olish yoki bartaraf etish (semizlik, metabolik sindrom, arterial gipertenziya, yurak yetishmovchiligi, surunkali buyrak yetishmovchiligi, gipertrigliseridemiya, istalmagan oziq-ovqat afzalliklarini dietasini korreksiyalash va boshqalar).

Podagra uchun davolash taktikasi bemorga tibbiy yordam ko'rsatishning dori-darmonsiz va dori-darmon bilan tamoyillariga asoslanadi.

Parxez bo'yicha tavsiyalar

- Spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni cheklang yoki yo'q qilish
- Agar kerak bo'lsa, vazn tashlash
- Fruktoza iste'molini kamaytirish
- Purinlarni, jumladan go'shtni iste'mol qilishni cheklash
- Go'shtning qo'shimcha mahsulotlari va dengiz mahsulotlarini chiqarib tashlash
- Qand miqdorini kamaytirish

Podagra bilan og'rigan har bir bemor to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak:

- kasallik haqida,
- samarali davolash usullarining mavjudligi,
- birga keladigan kasalliklar,
- podagraning asoratlarini boshqarish asoratlari;
- SK darajasini kerakli darajaga umrbod pasaytirish orqali urat kristallarini yo'q qilish.

Fizioterapevtik tavsiyalar:

Podagraning o'tkir xurujida fizioterapevtik muolajalar ko'rsatilmaydi, chunki sovutish va isitish kristal shakllanishini oshiradi, bu o'tkir artritning rivojlanishiga yordam beradi. Huruji bo'lmagan davrda bemorlar kamida fizioterapiya shifokori bilan shug'ullanishlari kerak, optimal ravishda guruhlarda, yetarlicha muntazam aerobik mashqlardan foydalangan holda. Bu nafaqat bo'g'imlarda mikrosirkulyatsiya va harakatchanlikni yaxshilash, balki tana vaznini nazorat qilish imkonini beradi. Huruji bo'lmagan davrda, shu jumladan surunkali artritda, fizioterapevtik muolajalar kasallikning mumkin bo'lgan qarshi ko'rsatmalarini hisobga olgan holda qo'llanilishi mumkin. Eng ko'p buyurilganlar - impulsli magnit maydon yordamida magnit terapiya, dori vositalarining fonoforezi, krioterapiya va balneoterapiya.

6.3. Dori vositalari bilan davolash:

**Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar
(SOG-1 yoki SOG-2 ingibitorlari)**

Jadval

Muhim dori-darmonlar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmakoterapevtik guruhi	Dori vositasining XNN	Qo'llash tartibi	Dalillik darajasi
Noselektiv SOG-1 i SOG-2 ingibitorlari			
fenilsirka kislota hosilalari	Diklofenak	25 mg va 50 mg tabletkalar – ichga, kuniga 2-3 marta; 100 mg tabletkalar va kapsulalar – ichga, kuniga 1 marta; 3 ml 25 mg/ml ampulalar – m/o, kuniga 1-2 marta.	1 A-V

fenilsirka kislota hosilalari	Asiklofenak	100 mg tabletka – ichga, kuniga 2 marta;	1 A-V
indolsirka kislota hosilalari	Indometatsin	25 mg tabletka – ichga, kuniga 2-3 marta;	1 A-V
akrilsirka kislota hosilalari	Ketorolak	10 mg tabletkalar – ichga, kuniga 1-4 marta; 30 mg/ml ampulalar – v/i yoki m/o, kuniga 1-3 marta.	1 A-V
propion kislota hosilalari	Ibuprofen	200 mg tabletkalar – ichga, kuniga 3-4 marta; 400 mg tabletkalar – ichga, kuniga 2-3 marta. 800 mg tabletka – 2 tab ichishga, kuniga 1 marta	1 A-V
propion kislota hosilalari	Naproksen	250 mg va 500 mg tabletkalar – ichga, kuniga 2 marta; 275 mg va 550 mg tabletkalar – ichga, kuniga 1-2 marta.	1 A-V
propion kislota hosilalari	Ketoprofen	50 mg kapsulalar – ichga, kuniga 3-4 marta; 100 mg tabletkalar – ichga, kuniga 1-2 marta; 150 mg tabletkalar va kapsulalar – ichga, kuniga 1 marta; 2 ml 50 mg/ml ampulalar – m/o yoki v/i, kuniga 1-2 marta.	1 A-V
propion kislota hosilalari	Deksketoprofen	12.5 mg va 25 mg tabletkalar, 25 mg paketlar, ichga	1 A-V

		tayyorlash uchun granula – ichga, kuniga 1-3 marta; 2 ml 25 mg/ml ampulalar – m/o yoki v/i, kuniga 1-2 marta.	
oksikam	Tenoksikam	20 mg tabletkalar – ichga, kuniga 1 marta; 20 mg liofilizatsiyalangan kukun va erituvchi flakonlari – m/o yoki v/i, kuniga 1 marta.	1 A-V
oksikam	Lornoksikam	4 mg tabletkalar – ichga, kuniga 2-3 marta; 8 mg tabletkalar – ichga, kuniga 1-2 marta; 8 mg liofilizatsiyalangan eritma tayyorlash uchun flakonlar – v/i yoki m/o, kuniga 1-2 marta.	1 A-V
oksikam	Piroksikam	10 mg va 20 mg kapsulalar, tabletkalar – ichga, kuniga 1 marta; 20 mg/ml ampulalar – kuniga 1 marta.	1 A-V
uksus kislota hosilalari	Amtolmetilguatsil	600 mg tabletkalar – ichga, kuniga 1-2 marta	1 A-V
Selektiv sOG-2 ingibitorlari			
oksikam	Meloksikam	7.5–15 mg tabletkalar – ichga, kuniga 2 marta; 15 mg/1.5 ml ampulalar – m/o, kuniga 1 marta.	1 A-V
sulfonanilid hosilalari	Nimesulid	100 mg tabletkalar, suspenziya tayyorlash va ichga qabul qilish	1 A-V

		uchun tayyorlanadigan 100 mg/2 g granula – ichga, kuniga 2 marta.	
indolsirka kislota hosilalari	Etodolak	400 mg va 600 mg tabletkalar – ichga, kuniga 2 marta	1 A-V
Yuqori selektiv sOG-2 ingibitorlari			
yuqori selektivli steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dori vositalari	Etorikoksib	Tabletkalar 60 mg, 90 mg, 120 mg - ichki qabul qilish uchun - kuniga 1 marta.	1 A-V
yuqori selektivli steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dori vositalari	Selekoksib	Kapsulalar 200 mg, ichki qabul qilish uchun - kuniga 2 marta.	1 A-V

Glyukokortikoidlar

Glyukokortikoidlar (mahalliy va bo‘g‘im ichi)

Qo‘shimcha dori vositalarining ro‘yxati (foydalanish ehtimolligi 100%
dan kam bo‘lgan):

Farmakoterapevtik guruhi	Dori vositasining XNN	Qo‘llash tartibi	Dalillik darajasi
glyukortikoid	prednizolon	tabletkalar 5 mg, ichki qabul qilish uchun, 5 mg.	1 A-V
glyukortikoid	prednizolon	ampulalar, 1 ml / 30 mg, v/i tomchilar bilan, 30 mg - 120 mg.	1 A-V
glyukortikoid	metilprednizolon	tabletkalar 4 mg, 16 mg, ichki qabul qilish uchun - 4 mg.	1 A-V

glyukokortikoidlar - depo shakli	Betametazon dipropionat/natriy fosfat	ineksiya uchun suspenziya 7 mg/ml - 1.0 ml, bo'g'im ichiga 1.0 ml gacha.	1 A-V
----------------------------------	---------------------------------------	--	-------

Siydik kislota almashinuviga ta'sir etuvchi vositalar

Kolxitsin	Siydik kislota almashinuviga ta'sir etuvchi vositalar	Ichga	0,5-1 mg	1-kun – 3 mg (kuniga 3 marta, 1 mg dan), 2-kun – 2 mg (kuniga 2 marta, 1 mg dan), keyin har kuni 1 mg dan.	Kurs bo'yicha	DD – A
Allopurinol	Siydik kislota almashinuviga ta'sir etuvchi vositalar	Ichga	100 mg	kuniga 2-3 marta.	Uzoq vaqt	DD – A
Febuksostat	Siydik kislota almashinuviga ta'sir etuvchi vositalar	Ichga	80 mg	kuniga 1 marta.	Uzoq vaqt	DD – V

Biologik asosiy yallig'lanishga qarshi dori vositalari
Gen-muhandislik biologik dori vositalari

Qo'shimcha dori vositalarining ro'yxati (foydalanish ehtimolligi 100% dan kam bo'lgan):

Farmakoterapevtik guruhi	Dori vositasining XNN	Qo'llash tartibi	Dalillik darajasi
IL-1 ingibitori	kanakinumab	150 mg (teriga ostiga),	1 V

		infuziyalar o'rtasidagi intervallar kamida 12 hafta bo'lishi kerak.	
--	--	---	--

Mutlaq qarshi ko'rsatmalar va/yoki NYaQV, kolxitsin va GK ning samarali bo'lmagan taqdirida, o'tkir xurujni bartaraf etish uchun interleykin (IL)-1 (kanakinumab) ga nisbatan monoklonal antitellarni qo'llash masalasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Kanakinumabni infeksiyon kasalliklar mavjud bo'lganda ishlatishdan qochish kerak.

Tavsiya darajasi B (dalillik darajasi IV).

GMBDV terapiyasi bo'yicha qarorni mintaqaviy ekspert komissiyasi qabul qiladi (GMBDV o'tkazish bo'yicha ko'rsatmalarga muvofiq). GMBDV davolash tajribali revmatolog nazorati ostida o'tkaziladi. Kanakinumab podagrik artrit xuruji paytida teri ostiga yuboriladi. Dori samaradorligini maksimal darajada oshirish uchun uni podagrik artrit xuruji boshlanganidan keyin iloji boricha tezroq yuborish kerak. Birinchi ineksiyaga javob bermagan bemorlarga kanakinumabni takroriy kiritish oldingi ineksiyadan kamida 12 hafta o'tgach amalga oshirilishi mumkin.

Barcha GMBDVlarni belgilashdan oldin, tuberkulyozga skrining o'tkazish (Mantu sinamasi yoki Diaskin-test) va ikki proektsiyada o'pka rentgenografiyasi yoki terapiyada har 6 oyda takrorlanishi kerak bo'lgan ko'krak kompyuter tomografiyasi o'tkazish shart.

Jarrohlik aralashuvi:

Operativ aralashuv zararlangan to'qimalarni tiklash uchun zarur bo'lishi mumkin. Mumkin bo'lgan operatsiyalar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Tofuslarni olib tashlash. Siydik kislota tuzlarini o'z ichiga olgan teri ostidagi tugunli hosilalar odatda bo'g'imlar atrofida joylashadi. Katta o'lchamdagi tofuslar to'qimalar yupqalashganda ochilishi mumkin. Bu holatda mahalliy infeksiyalanish xavfi oshadi.

- Endoprotezlash. Yallig‘lanish natijasida deformatsiyalangan bo‘g‘imlar protezlanishi mumkin.

Qarshi ko‘rsatmalar:

- O‘tkir miokard infarkti (3 oydan kam);
- Bosh miya qon aylanishining o‘tkir buzilishi (3 oydan kam);
- Yurak va jigar yetishmovchiligining terminal bosqichlari.

Kelgusi kuzatish:

Podagra bilan og‘rigan bemorlarni olib borish 3 bosqichni o‘z ichiga oladi:

- O‘tkir xurujni bartaraf etish (1-5 kun);
- GU darajasini nazorat qilishga erishish (6-12 oy);
- Dozalarni kamaytirish va kasallikni parhez orqali nazorat qilish ehtimolligida asoratlarsiz holatni barqarorlashtirish.

EULAR 2016 tavsiyalari bemorlarni olib borishning umumiy prinsiplarini va ushbu bosqichlarni yetarlicha batafsil ko‘rsatadi.

Podagrani davolash bo‘yicha umumiy tavsiyalar EULAR 2016 tavsiyalariga muvofiq.

- A. Har bir podagra bilan og‘rigan bemor kasallikning patofiziologiyasi, samarali davolash usullari, komorbid kasalliklar, o‘tkir artrit xurujini davolash va urat kristallari eliminatsiyasini hayot davomida SK darajasini maqsadli darajadan pastda saqlash orqali bartaraf etish prinsiplari haqida to‘liq xabardor bo‘lishi kerak.

- B. Har bir podagra bilan og‘rigan bemorga turmush tarziga oid tavsiyalar berilishi kerak: kerak bo‘lsa, vaznni kamaytirish, alkogol (ayniqsa, pivo va kuchli ichimliklar) va shirin ichimliklardan voz kechish, ko‘p ovqatlanmaslik, ortiqcha go‘sht va dengiz mahsulotlarini iste‘mol qilishdan saqlanish. Yog‘siz sut mahsulotlarini iste‘mol qilishni ko‘paytirish lozim. Muntazam jismoniy mashqlarni tavsiya qilish zarur.

- C. Har bir podagra bilan ogʻrigan bemor komorbid kasalliklar va yurak-qon tomir xavf faktorlarini aniqlash uchun tizimli skriningdan oʻtishi kerak. Buyrak yetishmovchiligi, ishemik yurak kasalligi, yurak yetishmovchiligi, insult, periferik arteriyalardagi ateroskleroz, ortiqcha vazn, giperlipidemiya, gipertoniya, diabet va tamaki chekish kabi kasalliklar profilaktika va davolashning podagrani davolashning ajralmas qismi sifatida koʻrib chiqilishi lozim.

Har bir bemor artrit xuruji rivojlanayotganida oʻz-oʻziga yordam koʻrsatishni oʻrganishi, siydik kislota darajasining maqsadli darajasi haqida va uni doimiy ravishda nazorat qilish zarurligi haqida xabardor boʻlishi kerak. Urat kamaytiruvchi va yalligʻlanishga qarshi davolash, shu jumladan profilaktika, qatʼiy shifokor nazorati ostida amalga oshirilishi kerak.

Dispanser kuzatuvi:

- Har 3-6 oyda koʻrik.
- Antigiperurikemik davolash boshlanishida siydik kislota darajasini aniqlash – har 2–4 haftada, keyin esa har 6 oyda.
- Umumiy qon va siydik tahlillari – har 6 oyda.
- Biokimyoviy qon tahlili (kreatinin, KFT hisoblash, siydik kislota darajasi, glyukoza, umumiy xolesterol, PZLP, YZLP lipid almashinuvi holatini va ateroskleroz rivojlanish xavfini baholash uchun) – har 3-6 oyda.
- Zararlangan boʻgʻimlarning rentgenografiyasi (yiliga bir marta).
- Buyraklar UZIsi (yiliga bir marta).
- ExoKG (diastolik disfunktsiya belgilari aniqlash) – har yili.
- Kam purinli dietaga rioya qilishini nazorat qilish (bemorni oʻqitish).
- Podagra va qoʻshimcha kasalliklar uchun dori vositalari bilan davolashni nazorat qilish (vaqtida tor mutaxassislar bilan maslahatlashish va davolanishni barqarorlashtirish).

Tor mutaxassislar tavsiyasi uchun koʻrsatmalar:

Revmatolog tavsiyasi:

- Differensiallanmagan yallig‘lanuvchi artrit.
- Podagra tashxisini tasdiqlash.
- Septik artritga shubha.
- O‘tkazilayotgan davolashning samarali emasligi.
- Antigiperurikemik terapiyani tanlash va korreksiyalash, ayniqsa

kasallik boshlanishida (tofussiz podagra).

Urolog tavsiyasi:

- Buyrak kolikasi, urolitiaz bilan bemorlarni dinamik kuzatish.
- Urolitiazni davolash usullarini tanlash.
- O‘tkir siydik kislota blokadasi.

Nefrolog tavsiyasi:

- Surunkali intersitsial nefrit rivojlanishi shubhalari.
- Surunkali buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi va kuchayishi.

Davolash samaradorligini ko‘rsatkichlari:

- Siydik kislota konsentratsiyasining normal darajaga (normourikemiya) kamayishi;

- NYaQV, kolxitsin va GKga bo‘lgan ehtiyojning kamayishi;

- Ish qobiliyatini yo‘qotishga olib keladigan podagra xurujlarining tezligini kamaytirish va tofuslarning erishi.

**PODAGRADA TIBBIY ARALASHUVLAR UCHUN
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT-2025

Asosiy qism:

2.1 Kirish

Podagra - yalligʻlanishli artritning eng keng tarqalgan shakli boʻlib, u uzoq muddatli giperurikemiya (GU) natijasida monourat natriy (MUN) kristallarining choʻkishi natijasida yuzaga keladi. Voyaga etgan aholi orasida podagra bilan kasallanish darajasi 1 dan 3% gacha oʻzgarib turadi va erkaklarda kasallik ayollarga qaraganda 7 marta tez-tez qayd etiladi. Ayollarda kasallikning eng yuqori darajasi 60 yoshda, erkaklarda esa 40 yoshda. Kasallik odatda buyrak, metabolik va yurak-qon tomir kasalliklari bilan bogʻliq boʻlib, bu podagra prognozini yomonlashtiradi.

Podagrani nazorat qilish uchun amaldagi klinik koʻrsatmalarda koʻrsatilganidek, "zardobdagi uratning maqsadli darajasiga erishilgunga qadar davolash" terapevtik yondashuvi samaralidir. Siydik kislotasi (SK) darajasini 360 mkmol / L dan pastroqqa uzoq muddatli pasaytirish kristallarning erishi va natijada kasallikning kuchayishini bostirishga olib keladi. Bugungi kunda podagra uchun asosiy patogenetik davolash usuli bir xil boʻlib qolmoqda - uratni kamaytiradigan terapiya (UKT). UKTni oʻz vaqtida boshlash va maqsadga muvofiq davom ettirish darajasi butun dunyo boʻylab juda past va shuning uchun laboratoriya zardobidagi SK maqsadli qiymatlariga erishish kamdan-kam hollarda xabar qilinadi. Bemorlarning faqat yarmi qon zardobidagi SK darajasini maqsadli qiymatlarga kamaytirishga erishadi. Buning sababi, belgilangan UKT har doim ham etarli emas, boshqa hollarda esa bunday terapiya uchun koʻrsatmalar va kontrendikatsiyalarni bilmaslik, individual dori-darmonlarni, davolash sxemalarini notoʻgʻri tanlash va samaradorlikni notoʻgʻri baholash tufayli jiddiy xatolar bilan birga keladi.

Yuqori komorbidlik, podagra nefropatiasining rivojlanishi va podagraqa qarshi terapiya paytida salbiy hodisalar dori terapiyasining imkoniyatlarini sezilarli darajada cheklaydi va dori-darmonlarni yanada ehtiyotkorlik bilan tanlash va xavfsizlikni nazorat qilishni talab qiladi. Aniqlangan asemptomatik GU boʻlgan odamlarda UKTga boʻlgan

ehtiyoj to'g'risidagi savollar ham hal qilinmagan bo'lib, asemptomatik GU fonida podagra namoyon bo'lish xavfi bo'lgan bemorlarni aniqlash kerak;

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

2.2. Ta'rif.

Podagra - bu turli to'qimalarda mononatriy urat kristallarining cho'kishi va shu bilan bog'liq holda atrof-muhit va / yoki genetik omillar tufayli giperurikemiya bilan kasallangan odamlarda yallig'lanish bilan tavsiflangan tizimli tofi kasalligi.

Etiologiyasi va patogenezini. Podagra rivojlanishining majburiy omili bu GU, SK ning sarum darajasining 420 mkmol / l dan oshishi, bunda ba'zi bemorlarda MNU kristallarining shakllanishi sodir bo'ladi. SK ning sarum darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, gut rivojlanish xavfi shunchalik yuqori bo'ladi. Kristal hosil bo'lishi ham pastroq darajada (360 mkmol/l), birinchi navbatda ayollarda mumkin.

GU ning asosiy sabablari siydikda siydik kislotasining reabsorbtsiyasining kuchayishi va chiqarilishining pasayishiga yoki uning giperproduksiyasiga olib keladigan genetik omillardir; ortiqcha vazn va semizlik, yuqori qon bosimi, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, ko'p miqdorda hayvon oqsillarini iste'mol qilish, diuretiklarni qabul qilish, GU bilan tavsiflangan kasalliklar va sharoitlar.

Turli populyatsiyalarda podagra bilan kasallanish darajasi erkaklarda 1000 kishiga 5 dan 70 gacha, ayollarda esa 1 dan 10 gacha. Kattalar orasida podagra tarqalishi Evropa mamlakatlarida 0,9% dan 2,5% gacha, AQShda esa 3,9% ga etadi. Kasallikning eng yuqori darajasi 40-50 yoshdagi erkaklarda, ayollarda - 60 yoshdan keyin (postmenopozal davrda). Erkaklar orasida podagra 6-7 marta, qarilikda 3 marta tez-tez uchraydi

2.3. Podagraning tasnifi

1. Asimptomatik giperurikemiya
2. O'tkir podagrik artrit
3. Remission podagra

4. Surunkali podagrik artrit

5. Surunkali tofusli podagra

Etiopatogenetik xususiyatlariga ko'ra

- Birlamchi podagra
- Boshqa kasallik yoki dori ta'sirida yuzaga kelgan ikkilamchi podagra

Kechishiga ko'ra

- Yengil
- Og'ir

Podagraning og'irligi va bo'g'imdan tashqari ko'rinishlari

■ Kasallikning Yengil holatlarida, artrit xurujlari yiliga 1-2 marta sodir bo'lganda, monoartritli lezyonlar xarakterlidir, faqat bitta tofus, bo'g'implarda rentgenologik o'zgarishlar minimaldir.

■ O'rtacha og'irlikda artrit xurujlarining chastotasi yiliga 3-4 ga etadi, oligoartrit, tofi, bo'g'implarda aniq rentgenologik o'zgarishlar va og'ir nefropatiya ko'proq kuzatiladi.

■ Og'ir holatlarda jarayon tezda bir nechta bo'g'inlarni qamrab oladi (poliartrit), hurujlar chastotasi yiliga 4 dan oshadi, ko'plab tofuslar xarakterlidir, bo'g'imdan tashqari shikastlanishlar aniqlanadi.

Podagraning bo'g'imdan tashqari ko'rinishlari.

Asosiy organlar buyraklardir; Kamroq, oshqozon-ichak trakti, asab tizimi, yurak (klapan apparati), o'pka, jigar va ko'zlar ta'sirlanadi.

Eng tez-tez uchraydigan urat nefrolitiazisi va surunkali interstitsial nefrit bo'lib, ularning progressiv o'tishi surunkali buyrak etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Urat buyrak shikastlanishining surunkali shakllariga qo'shimcha ravishda, suvsizlanish natijasida kelib chiqqan siydik kislotasining o'tkir blokadasini, kanalchalarda siydik kislotasining kristallanishi va o'tkir buyrak etishmovchiligining rivojlanishi

mumkin. Buyrak shikastlanishi artikulyar sindromdan ko‘p yillar oldin sodir bo‘lishi mumkin

3. Usullari, yondashuvlari, diagnostika va davolash muolajalari:

3.1. Jarayon yoki aralashuvning maqsadi:

Revmatizmga qarshi Yevropa ligasi ekspert qo‘mitasi podagrani davolash bo‘yicha tavsiyalarni ishlab chiqdi. Podagrani davolash va profilaktikasini to‘rt bosqichga bo‘lish mumkin: oldini olish va davolashning dori bo‘lmagan usullari, artritning o‘tkir xurujini bartaraf etish, uratni kamaytiradigan terapiya, artritning kuchayishining oldini olish.

Podagrani optimal davolash farmakologik bo‘lmagan va farmakologik yondashuvlarning kombinatsiyasini talab qiladi (dalil darajasi IV) va quyidagilarni hisobga olish kerak:

a) o‘ziga xos xavf omillari (siydik kislotasi darajasi, oldingi hurujlar soni, rentgenografiya) (dalil darajasi IV)

b) kasallikning bosqichi (asemptomatik giperurikemiya, o‘tkir/intermitent artrit, interiktal davr, surunkali tofus podagra) (dalil darajasi IV)

c) umumiy xavf omillari (yoshi, jinsi, semizlik, giperurikemiya preparatlari, birgalikda qo‘llaniladigan dorilar, polifarmatsiya) (dalil darajasi IV).

Glyukokortikoidlarni bo‘g‘im ichiga yuborish kuchli yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega, ammo ikkilamchi osteonekroz rivojlanishining yuqori xavfi va artikulyar xaftaga degradatsiyasining yomonlashishi bilan bog‘liq. Shuning uchun ularni YQNSDVlarning etarli dozalari bilan sinovitni bartaraf etishning iloji bo‘lmagan holatlarda qo‘llash mumkin, lekin har 3 oyda bir martadan ko‘p emas. Tegishli qat’iy ko‘rsatmalar uchun glyukokortikoidlarni intraartikulyar yuborish tavsiya etiladi. Glyukokortikoidlardan kurs foydalanish tavsiya etilmaydi.

Tavsiyaning kuchi: C (dalillar darajasi: 4).

3.2. Jarayon yoki aralashuvga qarshi ko‘rsatmalar:

Ushbu protsedura davomida noxush hodisalarning rivojlanishi uchun xavf omillari quyidagilardir: tizza bo‘g‘imlari hududida faol infektsiyaning mavjudligi; yog‘to‘qimalari olinadigan joyda yallig‘lanish jarayoni; bemorning gematopoetik tizimining kasalliklari; homiladorlik va emizish davri.

3.3. Jarayon yoki aralashuvga ko‘rsatmalar:

- bo‘g‘imdagi og‘riq;
- YQNSDVlarning etarli dozalari bilan boshqarilmaydigan sinovit
- bo‘g‘imlar va ligamentlardagi operatsiyalardan keyin tiklanish;

3.4. Jarayon yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar:

Intraartikulyar ineksiya ortoped-travmatolog yoki revmatolog tomonidan amalga oshiriladi.

3.5. Jarayon yoki aralashuvga tayyorgarlik ko‘rishda asosiy va qo‘shimcha diagnostika choralari ro‘yxati:

Intraartikulyar in’ektsiyani o‘tkazish maxsus ko‘nikmalarni, tayanch-harakat tizimining klinik anatomiyasi va fiziologiyasini yaxshi bilishni, shuningdek, asepsiya va antisepsis qoidalariga qat’iy rioya qilishni talab qiladi. Zamonaviy talablarga muvofiq, barcha manipulyatsiyalar kichik operatsiya xonasida yoki maxsus davolash xonasida amalga oshirilishi kerak va ko‘pincha igna holatini instrumental navigatsiya qilish uchun ultratovush yoki rentgenografiya usullari talab qilinadi.

Podagra uchun intra-artikulyar steroid in’ektsiyalari juda samarali bo‘lib ko‘rinadi va randomizatsiyalangan klinik sinovlarning yo‘qligiga qaramay, mono- yoki poliartikulyar qo‘shma kasalliklar uchun Amerika Revmatologiya kolleji va Revmatizmga qarshi Evropa Ligasi tomonidan tavsiya etiladi.

O‘tkir podagra xurujlarida (monoartrit) qisqa ta’sir qiluvchi (gidrokortizon) va uzoq ta’sir qiluvchi glyukokortikoidlarni mahalliy bo‘g‘im ichiga yuborish juda samarali.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar diagnostika bo'yicha shubhalar (septik artrit), bo'g'im atrofidagi yiringli terining shikastlanishi, og'ir osteoporoz. Tibbiy amaliyot mahalliy in'ektsiya terapiyasi uchun glyukokortikoidlarni tanlashga differentsial yondashuvni talab qiladi.

Podagrani davolashda glyukokortikoidlarni intraartikulyar qo'llash taktikasi va dorilarning dozalari bo'g'imlarning hajmi va soniga asoslanadi.

Intraartikulyar yuborish uchun glyukokortikoidlarning dozalari

Bo'g'im hajmi va soni	DV dozasi, ml	Qo'llash chastotasi	Boshqa bo'g'imlarga qayta qo'llash
Katta (tizza), 1	1,0	3 oyda bir martadan ko'p bo'lmagan)	7 kundan keyin
O'rta (tirsak, yelka), 2	0,5		
Kichik (interfalangeal, metakarpofalangeal), 4-5	0,1-0,2		

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

3.6. Jarayon yoki aralashuvga qo'yiladigan talablar:

Tibbiyot (xalqaro nodavlat nomi)	Farmakologik guruh	Chiqarish shakli	Qo'llash usuli	Bir martalik doza	Qo'llash chastotasi
Betametazon dipropionat /natriy fosfat	GKS- depo forma	In'ektsiya uchun suspenziya 7mg/ml-1,0	Vena ichiga	1,0 gacha	Sxema bo'yicha
Triamsinolon asetonid	GKS- depo forma	In'ektsiya uchun suspenziya mg/ml-1,0	Vena ichiga	1,0 gacha	Sxema bo'yicha

3.7. Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Bemorlarni protseduraga tayyorlash uchun maxsus talablar yo'q.

Intraartikulyar in'ektsiyalarning birinchi bosqichi antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Keyinchalik, shifokor teriga, teri osti qatlamiga va periartikulyar to'qimalarga lokal anestetik qiladi. Keyin shu preparatlar yuboriladi. Yaqin atrofdagi anatomik belgilar igna yo'nalishini to'g'ri tanlashga yordam beradi. Jarayon floroskopiya nazorati

ostida amalga oshirilishi mumkin. Bu sizga xatolardan qochish va bemorga qo‘shimcha noqulaylik tug‘dirmaslik imkonini beradi.

Preparat kiritilgandan so‘ng, bo‘g‘im yana antiseptik bilan ishlov beriladi va unga bint qo‘llaniladi. Qoida tariqasida, terapevtik ta‘sirga erishish uchun bitta dori in‘ektsiyasi yetarli emas. Shuning uchun dorilar 3 kundan 2 haftagacha bo‘lgan vaqt oralig‘ida 2-3 dan 10 gacha in‘ektsiyani o‘z ichiga olgan kursda qo‘llaniladi. In‘ektsiya tizza, yelka va son bo‘g‘imlariga kiritilishi mumkin.

3.8. protsedura yoki aralashuv samaradorligining ko‘rsatkichlari

- bo‘g‘imdagi og‘riq va yallig‘lanishni kamaytirish.

Jarroxlik aralashuvlari

Podagra uchun radikal usullar kamdan-kam hollarda qo‘llaniladi. Ular ko‘rsatilgan:

- agar tofus faol o‘sayotgan bo‘lsa, ular kesiladi;
- yiringli asoratlarda - bo‘g‘im bo‘shliqlarini oching va ularni drenajlang;
- yirik bo‘g‘imlarga jiddiy zarar yetganda, ular endoprotez vositalarga murojaat qilishadi.

**“PODAGRA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TIBBIY PROFILAKTIKA, DISPANSERIZATSIYA VA
REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

TOSHKENT-2025

1.Asosiy qism

Kirish:

Podagra - yalligʻlanishli artritning eng keng tarqalgan shakli boʻlib, u uzoq muddatli giperurikemiya (GU) natijasida monourat natriy (MUN) kristallarining choʻkishi natijasida yuzaga keladi. Voyaga etgan aholi orasida podagra bilan kasallanish darajasi 1 dan 3% gacha oʻzgarib turadi va erkaklarda kasallik ayollarga qaraganda 7 marta tez-tez qayd etiladi. Ayollarda kasallikning eng yuqori darajasi 60 yoshda, erkaklarda esa 40 yoshda. Kasallik odatda buyrak, metabolik va yurak-qon tomir kasalliklari bilan bogʻliq boʻlib, bu podagra prognozini yomonlashtiradi.

Podagrani nazorat qilish uchun amaldagi klinik koʻrsatmalarda koʻrsatilganidek, "zardobdagi uratning maqsadli darajasiga erishilgunga qadar davolash" terapevtik yondashuvi samaralidir. Siydik kislotasi (SK) darajasini 360 mkmol/l dan pastroqqa uzoq muddatli pasaytirish kristallarning erishi va natijada kasallikning kuchayishini bostirishga olib keladi. Bugungi kunda podagra uchun asosiy patogenetik davolash usuli bir xil boʻlib qolmoqda - uratni kamaytiradigan terapiya (UKT). UKTni oʻz vaqtida boshlash va maqsadga muvofiq davom ettirish darajasi butun dunyo boʻylab juda past va shuning uchun laboratoriya zardobidagi SK maqsadli qiymatlariga eryarmi ishish kamdan-kam hollarda xabar qilinadi.

Bemorlarning faqat qon zardobidagi urat darajasini kamaytirishga erishadi. Buning sababi uratni kamaytiruvchi terapiyaning har doim ham yetarli emasligi, boshqa hollarda esa bunday terapiya uchun koʻrsatmalarni bilmaslik, individual dori-darmonlarni, davolash sxemalarini notoʻgʻri tanlash va samaradorlikni notoʻgʻri baholash tufayli jiddiy xatolar bilan birga keladi.

Yuqori komorbidlik, podagra bilan bogʻliq boʻlgan nefropatiyaning rivojlanishi va giperurikemiyaga qarshi terapiya paytida salbiy hodisalar dori terapiyasining imkoniyatlarini sezilarli darajada cheklaydi va dori-darmonlarni yanada ehtiyotkorlik bilan tanlash va xavfsizlikni nazorat qilishni talab qiladi. Aniqlangan asimptomatik

giperurikemiya bo'lgan odamlarda uratni kamaytiruvchi terapiyaga bo'lgan ehtiyoj to'g'risidagi savollar ham hal qilinmagan bo'lib, asimptomatik giperurikemiya fonida podagra namoyon bo'lish xavfi bo'lgan bemorlarni aniqlash kerak;

Profilaktika yoki reabilitatsiya ta'rifi

Profilaktika - bu har qanday hodisaning oldini olishga va (yoki) xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan turli xil tadbirlar majmuasi.

Profilaktik sog'liqni saqlash (profilaktik tibbiyot yoki profilaktika) kasalliklarni davolashdan farqli o'laroq, ularning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini anglatadi.

Salomatlik turli xil jismoniy va ruhiy holatlarni o'z ichiga olganidek, kasallik va nogironlikka atrof-muhit omillari, irsiy moyillik, patogenlar va turmush tarzi ta'sir qiladi. Kasallikning oldini olish birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktika choralari sifatida tasniflanishi mumkin bo'lgan tadbirlarga asoslanadi.

Reabilitatsiya "shaxsning funktsional imkoniyatlarini tiklashga va sog'lig'ida muammolar bo'lgan shaxslarning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda nogironlik darajasini pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui" deb ta'riflanadi.

2.1. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari va usullari:

Sog'liq holatiga yoki og'ir patologiyaga qarab, profilaktikaning uch turi ko'rib chiqiladi:

-birlamchi;

- ikkilamchi;

- uchinchi darajali.

Birlamchi profilaktika emlash, oqilona ish va dam olish tartibi, muntazam muvozanatli ovqatlanish va jismoniy faoliyatni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika muayyan sharoitlarda kasallikning qaytalanishiga olib keladigan xavf omillarini yo'q qilishni o'z ichiga oladi.

Uchinchi darajali profilaktika to‘liq hayot kechirish imkoniyatini yo‘qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo‘yicha chora-tadbirlar majmui sifatida qaraladi.

Birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktika bilan bir qatorda individual va ommaviy kasalliklarning oldini olish ham mavjud.

Shaxsiy profilaktika kasalliklarning oldini olish, sog‘lig‘ini saqlash va yaxshilash bo‘yicha insonning o‘zi tomonidan amalga oshiriladigan va amalda sog‘lom turmush tarzi, shaxsiy gigiena, ratsional ovqatlanish, mehnat va dam olishning oqilona rejimi normalariga rioya qilishdan iborat bo‘lgan chora-tadbirlarni o‘z ichiga oladi.

Jamoat profilaktikasi – fuqarolarning jismoniy va ma‘naviy kuch-quvvatini har tomonlama rivojlantirishni ta‘minlash, sog‘lig‘iga zarar yetkazuvchi omillarni bartaraf etish maqsadida davlat muassasalari va jamoat tashkilotlari tomonidan tizimli ravishda amalga oshirilayotgan ijtimoiy, ma‘rifiy, sanitariya-gigiena, epidemiyaga qarshi va davolash tadbirlaridir.

2.2. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:

Podagra uchun reabilitatsiya choralari ishlab chiqilmagan va amalga oshirilmaydi.

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

3.Uch turdagi profilaktika yoki reabilitatsiyani o‘tkazishga ko‘rsatmalar (pr ofilga mos ravishda aniqlashtiriladi)

3.1. *Profilaktika turlarini o‘tkazishni aniqlash mezonlari.*

Profilaktikaning maqsadi o‘zgaruvchan xavf omillarini bartaraf etish va sog‘lom turmush tarzini saqlashdir. Podagraning oldini olish xavf omillarini kamaytirishga va qondagi siydik kislota darajasini nazorat qilishga qaratilgan. Profilaktikaning asosiy jihatlari orasida sog‘lom vaznni saqlash, muvozanatli ovqatlanish va puringa boy ovqatlarni cheklash, o‘rtacha spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish va siydik chiqarishni rag‘batlantirish uchun yetarli suyuqlik iste‘mol qilish kiradi.

Podagraning birlamchi profilaktikasi podagra bilan ogʻrigan bemorlarning qarindoshlarida asimptomatik giperurikemiyaning aniqlash va uni tuzatishdan iborat boʻlib, quyidagilarni oʻz ichiga oladi:

- Ratsional ovqatlanish, ayniqsa, podagra kasalligi mavjud boʻlgan oilalarda.
- Spirtli ichimliklar, ayniqsa qizil sharob va shampanni taqiqlash.
- Semirib ketish, arterial gipertenziya, uglevod almashinuvi buzilishlarining oldini olish.
- Yetarli jismoniy faoliyat.
- Gipotermiyadan saqlanish.
- Dori-darmonlarni koʻrsatmalarga muvofiq qatʼiy ravishda qoʻllash, ayniqsa urat metabolizmini buzishga qodir (diuretiklar ...).

Ikkilamchi profilaktika quyidagilarga asoslanadi:

- Podagrani erta aniqlash va oqilona davolash.
- Takroriy podagra kasalligining oldini olish.
- Kasallikning bogʻimdan tashqari koʻrinishlariga, ayniqsa nefropatiyalarga qarshi kurashish
- Metabolik sindrom, yurak-qon tomir kasalliklari va yurak-qon tomir hodisalarining rivojlanishi yoki rivojlanishining oldini olish.

Har bir bemorga toʻgʻri turmush tarzini oʻrgatish tavsiya etiladi (semizlik uchun vazn yoʻqotish, hayvonlarning purinlarini cheklaydigan parhez, spirtli ichimliklarni, ayniqsa pivo, shakarli ichimliklarni isteʼmol qilishni kamaytirish):

Puringa boy hayvonot mahsulotlarini dietani cheklash va vazn yoʻqotish siydik kislota darajasini kamaytirishga yordam beradi. Purin asoslarini oʻz ichiga olmagan yoki kam boʻlgan ovqatlar bilan tanishtirish. Ushbu mahsulotlar organizmning kaloriya va ozuqa moddalariga (oqsillar, yogʻlar, uglevodlar) boʻlgan ehtiyojini toʻliq qondirishi kerak.

Tavsiya etilgan quvvat darajasi C (dalillar darajasi III)

Spirтли ichimliklar, ayniqsa pivo va spirтли ichimliklar, podagra rivojlanishi uchun mustaqil xavf omilidir.

Tavsiya etilgan quvvat darajasi C (dalillar darajasi III)

Kam yog‘li sut mahsulotlari bilan boyitilgan dieta qon zardobidagi siydik kislotasi darajasining pasayishiga va artrit xurujlari chastotasiga olib keladi.

Tavsiya etilgan quvvat darajasi C (dalillar darajasi III)

Yetarli miqdorda suyuqlik yuboring. Ko‘p miqdorda suyuqlik ichilganda (suyuq ovqatlarni hisobga olmaganda, kuniga kamida 2 litr suv), aylanma qon miqdori ortadi va buyraklardagi filtratsiya tezlashadi.

Tana vaznini kamaytirish. Ko‘p hollarda ortiqcha kilogrammdan qutulish ichki organlarning faoliyatini yaxshilaydi, buning natijasida siydik kislotasi tanadan yaxshiroq chiqariladi. Bundan tashqari, qonda aylanib yuradigan va siydik kislota to‘planishiga hissa qo‘shadigan lipidlar va lipoproteinlar miqdori kamayadi.

Shifokor va bemor o‘rtasidagi muvofiqlik, uning shaxsiylashtirilgan davolash dasturiga sodiqligi podagra bilan og‘rigan bemorlarning hayoti uchun prognozni yaxshilash imkonini beradi.

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

Podagra kasalligini oldini olish choralari 3 oydan 6 oygacha qo‘llanilishi kerak, deb ishoniladi. Past dozalarda kolxitsin yoki nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar yoki prednizon qo‘llaniladi.

Profilaktik terapiya podagra artriti xurujlarini oldini oladi va podagra bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

Birgalikda terapiyani qo‘llash bo‘yicha tavsiyalar saqlanib qolmoqda. Artritning kuchayishi paytida gidroxlortiazid bilan davolanayotgan bemorlarda diuretikni almashtirish tavsiya etiladi. Arterial gipertenziya bilan og‘rigan bemorlarga lozartan, giperlipidemiya bilan og‘rigan bemorlarga - fenofibrat qabul qilish tavsiya etiladi.

Kasallikning faolligidan qat'i nazar, tegishli ko'rsatkichlar uchun buyurilgan past dozali aspirinni to'xtatish tavsiya etiladi.

Artrit xurujlarining oldini olish uchun barcha bemorlarga uratni kamaytiradigan terapiya boshlanganidan keyingi birinchi oylarda kolxitsin (kuniga 0,5 mg) va/yoki steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni (agar ko'rsatilgan bo'lsa, gastroproteksiya bilan) qo'llash tavsiya etiladi. Agar uratni kamaytiradigan terapiyaning birinchi oylarida artrit xurujlarining oldini olish uchun steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar va kolxitsinning mutlaq kontrendikatsiyasi va / yoki samarasizligi mavjud bo'lsa, kanakinumab buyurilishi mumkin.

Tavsiya B (dalil darajasi IV)

Shunday qilib, podagraning oldini olish xavf omillarini nazorat qilish, muvozanatli ovqatlanish, sog'lom turmush tarzini saqlash va muntazam tibbiy nazoratga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasini o'z ichiga oladi. Ushbu chora-tadbirlar podagra rivojlanish ehtimolini kamaytirishga va uning kuchayishi xavfini kamaytirishga yordam beradi.

<http://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/>

Reabilitatsiya usullari :

Fizioterapevtik tavsiyalar:

Har qanday fizioterapiya protsedurasi bemorlarga ularning tanasining xususiyatlarini, kontrendikatsiyalar mavjudligini va patologiyaning rivojlanish bosqichini hisobga olgan holda buyuriladi.

Fizioterapiya mashg'ulotlari bemorning ahvolini sezilarli darajada yengillashtirishi mumkin, ammo o'tkir davrda protseduralar individualdir, shuning uchun vaziyatni og'irlashtirmaslik uchun ular faqat shifokor bilan maslahatlashganidan keyin va mutaxassisning nazorati ostida amalga oshirilishi mumkin. Remissiya bosqichida to'g'ri tanlangan fizioterapiya mashg'ulotlari tufayli siz quyidagi ijobiy ta'sirlarga erishishingiz mumkin:

- yalligʻlanishni bartaraf etish;
- ogʻriqni minimallashtirish;
- mikrosirkulyatsiyani yaxshilash:
- limfa drenajini kuchaytirish;
- toʻqimalarning parchalanishini sekinlashtiradi;
- qon tomirlarini kengaytiradi va shifobaxsh malham va ishqalanish taʼsirini

oshiradi;

- qoʻshma harakatchanlikni oshirish;
- mushaklaringizni boʻshashtiring

Quyidagi usullar eng koʻp talab qilinadi:

- elektroforez - hujayra membranalarining oʻtkazuvchanligi oʻzgarishi tufayli zararlangan toʻqimalariga kerakli dorivor komponentlar yetkazib beriladi, bu esa tiklanishga yordam beradi.

- shifobaxsh loy - toʻliq remissiya fonida faqat kuchayishdan tashqarida qoʻllaniladi, ular suyak tuzilmalarini organik komponentlar bilan toʻyintiradi, toʻqimalarni teng ravishda isitadi, mushaklarni boʻshashtiradi;

- magnit terapiya - ogʻriqni kamaytiradi, shishishni yengillashtiradi, qon aylanishini oshiradi;

- MBST terapiyasi - doimiy taʼsir koʻrsatadi, ogʻriqni samarali ravishda yengillashtiradi, tuzilmalarni qayta tiklashga yordam beradi,

- UVCh - yuqori chastotali magnit maydon seanslari issiqlikning toʻqimalarga chuqur kirib borishiga yordam beradi, buning natijasida shish kamayadi, ogʻriq kamayadi, yalligʻlanish yoʻqoladi.

- ozokerit va kerosinni qoʻllash - ogʻriqni yoʻqotish, zararlangan hududda qon oqimini yaxshilash;

- lazer - mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, ayniqsa kasallikning mikrokristall shakli bilan ajralib turadigan keksa odamlarda samarali bo‘ladi, salbiy reaksiyalar yo‘q, bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi;

- balneoterapiya - umumiy holatga foydali ta’sir ko‘rsatadi, to‘qimalarning trofizmi kuchayadi, qon oqimi kuchayadi, mushaklarning spazmlari yo‘qoladi, siydik kislotasi tuzlari samarali ravishda chiqariladi, vannalar tez-tez ishlatiladi - vodorod sulfidi, radon, yod-brom.

- Terapevtik mashqlar

Spa davolash

Ushbu turdagi davolashning maqsadi qondagi siydik kislotasi tuzlari miqdorini kamaytirish va bu moddaning haddan tashqari shakllanish jarayonini sekinlashtirishdir. Kasallikning alomatlarini yo‘q qilish balneoterapiya va mineral suvlar yordamida sodir bo‘ladi. Og‘iz orqali yuborish uchun gidroksidi past mineralli mineral suvlar qo‘llaniladi. Tavsiya etilgan terapevtik kompozitsion sulfat-gidrokarbonat yoki gidrokarbonatdir. Mineral suv bilan davolash metabolik jarayonlarning tezlashishiga, siydik hajmining oshishiga va uning ishqorlanishiga olib keladi. Ushbu ta’sirning natijasi zararli tuzlarning erishi hisoblanadi. Suvda tananing hayotida faol ishtirok etadigan foydali kimyoviy elementlar mavjud: Radon tinchlantiruvchi ta’sirga ega va tinchlantiruvchi, yallig‘lanishga qarshi, allergiyaga qarshi va diuretik ta’sir ko‘rsatadi. Karbonat kislota tuzlari siydik yo‘llarini shilimshiqdan tozalashga yordam beradi. Sulfatlar ichak faoliyatini va safro ajralish jarayonini normallashtirishga yordam beradi, shuningdek, yallig‘lanishni yaxshi yo‘q qiladi. Ftor siydik kislotasi sintezini sekinlashtiradi. Magniy buyraklarning to‘g‘ri ishlashi uchun javobgardir. Kaltsiy va kremniy siydikning normal tarkibini tiklashga yordam beradi.

Podagra kasalligida vannalardan foydalanish foydalidir: radon, sulfid, karbonat anhidrid, natriy xlorid va yod-brom.

Suv protseduralari belgilanadi: Sharko dush; suv ostida va reaktiv massaj. Ozokerit simptomlarni tezda bartaraf etishga yordam beradi. Terapevtik ta'sirga ta'sirlangan hududda qon mikrosirkulyatsiyasini yaxshilaydigan va tuzlar miqdorini kamaytiradigan termal ta'sirlar tufayli erishiladi.

Kasallikning surunkali kursida loy bilan davolash to'qimalarning trofizmini normallashtirish, buyraklar va jigar faoliyatini yaxshilash, siydikni tozalash jarayonini tezlashtirish uchun ishlatiladi.

Kurortda davolanish vaqtida mashqlar terapiyasi, massaj seanslari va fizioterapevtik muolajalar buyuriladi.

O'tkir podagra xurujlari, artritning tez-tez hurujlari va buyraklar faoliyatining buzilishi uchun kurort davolash qarshi ko'rsatmadir.

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

4. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari:

1-bosqich. Davolash va reabilitatsiya. U kasallikning o'tkir davrida amalga oshiriladi.

2-bosqich. Erta statsionar tibbiy reabilitatsiya. Kasallikning o'tkir va erta tiklanish davrida erta tibbiy reabilitatsiya statsionar bo'limlarida amalga oshiriladi.

3-bosqich. Ambulatoriya. U reabilitatsiya muassasalarida, ular yo'q bo'lganda - ambulatoriya sog'liqni saqlash tashkilotlarining ixtisoslashtirilgan bo'limlarida amalga oshiriladi.

Jamoat profilaktikasi va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari:

5. Tibbiy profilaktika va/yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatgan holda tashxislash tadbirlari:

Laboratoriya tadqiqotlari:

- umumiy qon tekshiruvi;
- umumiy siydik tahlili;
- siydik kislotasi;

- biokimyoviy qon testlari (kreatinin, karbamid, glyukoza, ALT, AST, TC, HDL, LDL);

- C-reaktiv oqsil;
- sinovial suyuqlik (sinovit bilan).

Instrumental tadqiqotlar:

- zararlangan bo‘g‘imlarning rentgenogrammasi (har yili)
- sinovitni tashxislash uchun bo‘g‘imlarning ultratovush tekshiruvi;
- differentsial diagnostika uchun bo‘g‘imlarning MRT
- ExoKG
- Buyraklarning ultratovush tekshiruvi

6.Darajasi ko‘rsatilgan holda tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiyaning taktikasi:

Klinik kuzatuv kasallikning kuchayishini oldini olishga va terapiyani doimiy ravishda tuzatishga qaratilgan; dori terapiyasi asoratlarning oldini olish.

- Har 3-6 oyda tekshiruv

Giperurikemiyaga qarshi davolash boshlanishida qon zardobidagi siydik kislota darajasini har 2-4 haftada, keyin esa har 6 oyda aniqlash.

- Umumiy qon va siydik tahlili - har 6 oyda
- biokimyoviy qon testi (kreatin, siydik kislotasi, glikemiya, xolesterin, zichligi past,yuqori lipoprotein holatini va ateroskleroz rivojlanish xavfini baholash uchun) - har 3-6 oyda

- zararlangan bo‘g‘imlarning rentgenogrammasi (har yili)
- Buyrak ultratovush tekshiruvi (har yili)
- ExoKG (diastolik disfunktsiya belgilarini aniqlash) - har yili
- past purinli dietaga rioya qilishni nazorat qilish (bemorni o‘qitish)
- Podagra va birga keladigan kasalliklar uchun dori terapiyasini kuzatish (mutaxassislar bilan o‘z vaqtida maslahatlashish va terapiyani tuzatish).

Eng noqulay prognostik omillar: kasallikning erta rivojlanishi (30 yoshgacha), doimiy giperurikemiya 600 mkmol / l dan ortiq, doimiy giperurikozuriya 1100 mg / kundan ortiq, siydik yoʻllari infeksiyasi bilan birgalikda urolitiozning mavjudligi, progressiv. nefropatiya, ayniqsa diabetes mellitus va arterial gipertenziya bilan birgalikda.

7. Profilaktik yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi koʻrsatkichlari:

- normorikemiya ga erishilgunga qadar siydik kislotasi konsentratsiyasining pasayishi;
- NYaQ, kolxitsin va GKga boʻlgan ehtiyojni kamaytirish;
- ish qobiliyatini yoʻqotishiga olib keladigan podagra xurujlari chastotasini kamaytirish.

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

Foydalanilgan adabiyotlar roʻyxati:

1. Assotsiatsiya revmatologov Rossii. Podagra. Klinicheskie rekomendatsii. 2018. (Elektronnyy resurs.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/174>
2. Barskova V.G. Diagnostika podagry (leksiya) // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2012; 53(4): 62–66.
3. Vasilyuk V.B., Syraeva G.I., Faraponova M.V. Obzor effektivnosti i bezopasnosti nesteroidnykh protivovospalitelnykh preparatov dlya lecheniya ostrogo pristupa podagricheskogo artrita. RMJ. Meditsinskoe obozrenie. 2021;5(2):96-101. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-2-96-101. <https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/>
4. Vladimirov S.A., Yeliseev M.S., Пиных Ye.V. i dr. Podagra: klinicheskie rekomendatsii. M.; 2018. [https:// legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-podagra-utv-minzdravom-rossii](https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-podagra-utv-minzdravom-rossii).
5. Gromova M.A., surko V.V. Новые rekomendatsii Amerikanskoj kollegii revmatologov po vedeniyu bolnyx podagroy (2020). Kommentarii k nekotorym pozitsiyam. RMJ. Meditsinskoe obozrenie. 2021;5(2):89-95. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-2-89-95. <https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/>
6. Gromova M.A., surko V.V., Melexina A.S. Ratsionalno-obosnovannyi podxod k pitaniyu u bolnyx podagroy. Klinitsist. 2019;13(3-4):15-21. <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2019-13-3-4-15-21>.

7. Gulyaev S.V., Chebotareva N.V., Moiseev S.V. Podagra: ot Gippokrata do nashix dney. *Terapevticheskiy arxiv*. 2022;94(12):1438–1441. DOI: 10.26442/00403660.2022.12.201997
8. Yeliseev M.S. Obnovlennyye rekomendatsii EULAR po lecheniyu podagry. Kommentarii k nekotorym pozitsiyam. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2017;55(6):600-609. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-600-609>
9. Yeliseev M.S. Algoritm diagnostiki i lecheniya podagry. *RMJ*. 2015;(7):416. https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Algoritm_diagnostiki_i_lecheniya_podagry.
10. Yeliseev M.S. Klassifikatsionnyye kriterii podagry (rekomendatsii ACR/EULAR) // *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2015; 53 (6): 581-585.
11. Yeliseev MS. Uratsnijayushchaya terapiya i funktsiya pochek. *Sovremennaya revmatologiya*. 2023;17(2):109–115.
12. Yeliseev MS. Rekomendatsii Amerikanskoj kollegii revmatologov (2020 g.) po vedeniyu bolnykh podagroy: chto novogo i chto sporno. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2021;59(2):129-133.
13. Yeliseev MS, Nasonov YeL. Primenenie kanakinumaba pri podagre. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2018;56(Pril. 4):41-48.
14. Yeliseev M.S., Nasonov Ye.L. Lechenie i diagnostika podagry: nereshennyye problemy v klinicheskoy praktike. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2024;62(1):7-12. <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2024-7-12>
15. Zvyagina K.A., Kozyavina L.V., Korchagina S.A. Osobennosti primeneniya kanakinumaba pri podagre // *Universum: meditsina i farmakologiya: elektron. nauchn. jurn*. 2023. URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/16443>
16. Jelyabina OV, Yeliseev MS, Kuzmina Yal. Dieta pri podagre i giperurikemii: neskolko vajnykh voprosov. *Sovremennaya revmatologiya*. 2024;18(1):117-121. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2024-1-117-121>
17. Klinicheskie rekomendatsii dlya vrachej obshchey praktiki (semeynykh vrachej). Podagra. 2015. <https://endouroclinic.ru/media/filegalleries/qpbow>
18. Myasoedova S.Ye. Sovremennyye podkhody k lecheniyu podagry. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (2): 141–145.
19. Nasonov Ye.L. (red.). Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii. *Revmatologiya*.
20. M.: GEOTAR - Media; 2017. <http://www.geotar.ru/lots/NF0005151.html>.
21. Pogojeva Ye.Yu., Amirdjanova V.N., Karateev A.Ye. Sovremennyye rekomendatsii po lecheniyu podagry: fokus na uratsnijayushchuyu terapiyu. *Trudnyy patsient* 2020;18(3). <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10016>.
22. Projerina Yu. Podagra: novoe v klinicheskix rekomendatsiyax. <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2021-2-58-61>
23. *Revmatologiya: Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii / pod red. akad. RAN*

26. Ye.L. Nasonova. - M.: GEOTAR-Media, 2019. - 461 s.
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442616.html>
27. Rukovodstvo Amerikanskoy kollegii revmatologov po lecheniyu podagry 2020 g— PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32391934/>
28. Svetlova M.S. Klinicheskie proyavleniya, diagnostika i lechenie podagry v praktike vracha pervichnogo zvena. Meditsinskiy Sovet.2020;(4):136-142. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-4-136-142>
29. Surko V.V., Gromova M.A. Obshchie printsipy i osnovnyye rekomendatsii po vedeniyu i lecheniyu patsientov s podagroy po materialam obnovlennyykh yevropeyskikh rekomendatsiy. Consilium Medicum. 2017;19(12):20-24. https://doi.org/10.26442/2075-1753_19.12.20-24.
30. Surko V.V., Gromova M.A. Ratsionalno-obosnovannyy podkhod k lecheniyu podagry s uchetom debyuta, techeniya i sochetannoy patologii po materialam rekomendatsiy Yevropeyskoy antirevmaticheskoy ligi (EULAR 2016). <https://doi.org/10.17116/terarkh20178912233-237>.
31. Surko V.V., Gromova M.A., Malysheva N.V. Mejdissiplinarnyy podkhod k vedeniyu patsientov s khronicheskoy podagroy. Meditsinskiy Sovet. 2020;(8):144-152. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-8-144-152>
32. Yakupova S.P. Podagra. Novyye vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya. Terapevticheskiy arxiv. <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 & Research (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.