

## ПОДАГРА ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Тошкент Тиббиёт Академия Термиз филиали

Тошева Зебунисо Рустам кизи

Хонимкулова Саодат Юсуповна

### Аннотация:

Ушбу мақолада подагра касаллиги асоратлари ва бу касалликни вақтида аниқлаб ташхис қилиш ва даво чораларини уз вақтида бошлаш ва беморларни келажакдаги ҳаёт сифатини яхшилаш ногиронлик ва улим камайтириш каби муаммолар ва уларнинг ечими ҳақида фикр юритилади.

**Калит сузлар:** артрит, тофуслар гиперурикемия подагрик артритнинг типик ўткир хуружи; псевдофлегмонозли; ревматоид артритга ўхшаш; ўткир ости; инфекция

### Эпидемиология

Подагра катта ёшдаги аҳолининг 2 % , аксарият ҳолларда 40 ва ундан ошган ёш эркаклар касалланиши кузатилади. Кейинги йилларда подагра аҳоли ўртасида сезиларли даражада кўп учрамоқда. Бунга сабаб алкоғолли ичимликлар ва пуриналарга бой маҳсулотларни суистеъмол қилиш билан бирга касалликни ташхислаш имконияти кенгайганлигидир. Аёлларда касаллик кўпроқ климактерик даврда юзага келади ва барча подагра ҳолатларининг 5 – 8 % ташкил қилади

**Мавзунинг долзарблиги** Подагра - сурункали касаллик бўлиб, сийдик кислотаси алмашинувини бузилиши сабабли қонда унинг миқдорини ошиши ва тўқималарга натрий тузларини (уратлар) ўтириб қолиши сабабли ривожланади.

**Этиология** Подагра мультиомилли касалликлар турига киради. Унинг ривожланиши ирсий мойиллик ва ҳам алиментар омиллар таъсири билан боғлиқ. Сийдик кислотаси биосинтезининг ошиши ва буйраклардан уратлар



эксрециясининг пасайиши организмда уратлар тўпланишига олиб келувчи сабаблар ҳисобланади.

- Сийдик кислотасини кўпайишига олиб келувчи омиллар:
  - ✓ махсус ферментлардаги дефектлар;
  - ✓ гипоксантингуанинфосфорбозилтрансфераза фаоллигини пасайиши;
  - ✓ фосфорибозилпирофосфатсинтетаза фаоллигини ошиши;
  - ✓ нуклеотидлар алмашинувининг кучайиши;
  - ✓ овқатланиш хусусиятлари ва бошқалар.
- Сийдик кислотаси ажралишини сусайтирувчи омиллар:
  - ✓ буйраклар фаолиятини бузилиши;
  - ✓ дори воситалари;
  - ✓ кетон бирикмаларини тўпланиши;
  - ✓ артериал гипертензия;
- Бошқа омиллар: миллати, жинси, ёши, липид алмашинувини бузилиши, алкоголь.

Қонда сийдик кислотасининг ошиши асосида пурин асосларининг эндоген синтезида қатнашадиган фермент тизимларининг генетик дефекти ётади. Подагра билан касалланган беморлар организмда пуринлар синтезини кучайиши ва овқат билан бирга унинг кўп миқдорда кириши касаллик ривожланишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади.

Сийдик кислотаси кристалларининг бўғимларни синовиал қобиғида, тери ва буйрак тўқималарида тўпланиши подагрининг асосий клиник манзараси – артрит, тофуслар ва подагрик нефропатия ривожланишига сабаб бўлади. Шундай қилиб, подагра ривожланишида асосий омиллар наслий мойиллик, семизлик, алкогольли ичимликлар ва гўштли маҳсулотларни суистеъмол қилиш ҳисобланади.

Ўсмалар, айниқса оксилларнинг сезиларли парчаланиши билан кечувчи гемобластозлар, цитостатик препаратлар ва сийдик ҳайдовчи тиазидлар билан даволаш иккиламчи гиперурикемияни асосий сабаблари ҳисобланади.

Тўқималарда сийдик кислотаси тузлари тўпланиш жараёни подагрининг клиник манзарасини ифодалайди. Унинг типик ва ёрқин ифодаси ўткир подагрик артрит ҳисобланади. Бўғим сийдик кислотаси кристаллари тўпланиши оқибатида артрит, синовит ва кейинроқ эрозиялар кузатилади (21 - расм). Подаграни ривожланиш механизмида буйраклар фаолияти муҳим



аҳамиятга эга. Гиперурикемияда нефроннинг дистал бурама каналчалари орқали сийдик кислотасини ажралиб чиқиши кўпайса ҳам организмдан унинг ортикча микдорини чиқариб юбориш имкониятига эга эмас.

Урикозурия даражасига қараб гиперурикемиянинг 3 тури ва унга асосан подагрининг метаболик (моддалар алмашинуви), буйрак ва аралаш патогенетик шакллари фарқланади. Метаболик шаклида (60 % беморларда) юқори уратурия (сийдик кислотаси тузларини сийдик билан ажралиши кунда 3,6 ммоль дан юқори) ва унинг мўтадил клиренси кузатилади. Буйрак шакли (10 % беморларда) паст уратурия (кунда 1,8 ммоль дан паст) ва сийдик кислотаси клиренси бир дақиқада (3,0 - 3,5 мл) билан намоён бўлади. Аралаш шаклида (тахминан 30 % беморлар) мўтадил ёки паст уратурия ва сийдик кислотасини меъерий клиренси кузатилади. Соғлом кишиларда сийдик кислотаси клиренси бир дақиқада 6 - 7 мл, кундалик уратурия эса - 1,8 - 3,6 ммоль (300 - 600 мг) ташкил қилади.

### Таснифи

- Этиопатогенетик – бирламчи ва иккиламчи.
- Клиник шакллари:
  - ❖ подагрик артритнинг типик ўткир хуружи;
  - ❖ псевдофлегмонозли;
  - ❖ ревматоид артритга ўхшаш;
  - ❖ ўткир ости;
  - ❖ инфекцион-аллергик полиартритда кўриниши;
  - ❖ псориастик;
  - ❖ астеник;
  - ❖ абортив;
  - ❖ бўғимдан ташқари.
- Даврлари: преморбид, интермиттирловчи (ўткир рецидивирловчи), сурункали.
- Кечиш шакллари: енгил, ўрта оғир, оғир.
- Босқичлари: авжланиши (фаол), ремиссия (фаол бўлмаган).
- Бўғимлар шикастланишини рентгенологик босқичлари:
  - I – субхондрал суякда ва чуқурроқ қатламларда йирик кисталар (тофуслар), гоҳида юмшоқ тўқималар зичлашиши;





- II – бўғим олдида йирик кисталар ва бўғим юзаларида майда эрозиялар, бўғим олди юмшоқ тўқималари доимий зичлашиши, баъзан кальцификатлар билан;
- III – бўғим юзасини 1/3 дан кам бўлмаган қисмида йирик эрозиялар, эпифиз остеозиди, юмшоқ тўқималарни оҳак тўпламлари билан яққол зичлашуви.
- ❖ Периферик тофуслар (22-расм) ва уларнинг жойлашуви – мавжуд, мавжуд эмас.
- ❖ Функционал етишмовчилик даражалари: 0 – функцияси сақланган, I – касбий қобилияти сақланган, II – касбий қобилиятини йўқотган, III – ўз-ўзига хизмат қилиш қобилиятини йўқотган.

**Клиник манзараси.** Подагра ривожланишида 4 босқич фарқланади: ўткир подагрик артрит, хуружлараро ёки "интервалли" подагра, сурункали подагрик артрит, сурункали тофусли подагра.

Бўғимлар шикастланиши характери ва вақти бўйича ажратилади:

- ўткир артрит – бўғимларни 3 ҳафтадан кўп бўлмаган вақт мобайнида яллиғланиши;
- ўткир ости - 3 ҳафтадан 12 ҳафтагача;
- сурункали - 12 ҳафтадан кўп.

Касаллик илк даврида (дебют) бўғим ва атроф тўқималар, ички аъзолар ҳамда организм суяқликлариди сийдик кислотасининг кўплиги туфайли моноурат натрий кристаллари тўпланишидан келиб чиқадиган периферик бўғимларни ўткир артрити клиник кўринишида намоён бўлади.

**Подагрининг типик ўткир хуружи** 50 – 80 % ҳолларда симптомсиз гиперурикемия билан бир неча йил юрган соғлом кишиларда тўсатдан юзага келади. У аксарият ҳолларда, тунда ёки эрта наҳорда бошланади ва битта шикастланган бўғимда оғриқларни тез ва кескин кучайиши билан намоён бўлади. Эркаларда кечадиган подагрининг биринчи хуружи учун моноартрит ва кўпинча оёқ панжаси бўғимлари шикастланиши хос: бош бармоқ, панжафаланга, панжа олди ва бошқалар (23 - расм). Гирсак, билак бўғимлари камроқ ва елка, тўш - ўмров ва тос - сон бўғимлари жуда камдан - кам зарарланади. Қарияларда подагра хуружлари ним ўткир тусда кечади, баъзан



касаллик олиго ёки полиартрит кўринишида бошланиши кузатилади. Аёлларда кўпинча (тахминан 1/3 беморларда) қўл бармоқлари бўғимлари билан бирга олиго ёки полиартрит кузатилади. Бўғим тезда шишади, териси қизаради ва тортилади, кейинчалик кўкимтир-тўқ қизил рангга киради, пайпаслаганда иссиқ, тана ҳарорати 38 – 39 С гача кўтарилади. Шикастланган бўғимлар функцияси кескин бузилади. Одатда, кучли оғриқлар туфайли беморлар ҳаракатсиз бўладилар. Хуруж вақтида деярли доимо ЭЧТ кўтарилади, қонда сиал кислоталари, фибрин, серомукоид, С-реактив оқсил кўрсаткичи ошади.

Подагратинг биринчи хуружи одатда 3 кундан 10 кунгача давом этади, сўнгра оғриқ йўқолади, тери одатий рангга киради, шиш ўтиб кетади ва бўғим функцияси одатда, тўлиқ қайта тикланади.

Подагра хуружини ёғлиқ овқатлар ва алкогольни суъистемол кўп танаввул қилиш, совуқ қотиш, жароҳатлар, жаррохлик муолажалари ва ёндош касалликларнинг авжланиши (масалан, остеоартрозда маҳаллий яллиғланиш) каби ҳолатлар келтириб чиқариши мумкин. Унинг ўткир хуружи баъзан юқори ҳарорат ва у билан боғлиқ бўлган гиповолемия туфайли, масалан, ҳаммом, саунага киргандан сўнг, иссиқ ўлкаларга боргандан кейин ҳам юзага келади. Аксарият беморларда, айниқса ёши улуғларда беҳоллик, тез чарчаш, субфебрилитет, бош, бўғим ва суякдаги оғриқлар каби продромал белгилар кузатилади. Хуружлар гоҳида бир неча ойлар, хатто йиллардан сўнг такрорланиши мумкин. Бўғимлар яллиғланишини клиник кўринишлари бўлмаган вақтлар хуружлараро давр деб аталади. Бироқ вақт ўтиши билан артритнинг ўткир хуружи оралиғидаги ёрқин даврлар тобора қисқариб боради ва артрит чўзилувчан тусга киради. Артритнинг ўткир хуружи псевдофлегмоноз шаклда бошланиши ва кечиши, бўғим ва атрофидаги тўқималар соҳаси кучли яллиғланишли моноартрит билан намоён бўлиши, кучли қизариш ва шиш, тана ҳароратини кўтарилиши, қалтираш, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши ва бошқа белгилар яъни флегмона ёки ўткир инфекцион артрит клиникаси кузатилиши мумкин.

Бир неча соат ёки бир неча кун ичида тўсатдан, симптомларнинг ўз – ўзидан бутунлай йўқолиши подагрик артритнинг ўзига хос хусусиятларидан бири ҳисобланади. Подагра аксарият ҳолларда мунтазам ривожланиб боради. Агар



Ўз вақтида ташҳис қўйилмаса ва керакли даво чоралари кўрилмаса, хуружлар тез-тез безовта қилади ва касаллик давомли тус олади.

**Хуружлараро ёки "интервалли" подаграда** баъзан енгил артралгиялар билан кечувчи беморларни аҳволи нисбатан қониқарли даврлар кузатилади. Лекин касалликнинг ҳар бир хуружи янада оғирроқ кечиби, жараёнга янги бўғимлар қўшилади, периартикуляр зарарланишнинг яққол манзараси намоён бўлади. Бу босқичда, одатда, артериал гипертензия, томирлар атеросклерози, инсулинли резистентлик, триглицеридлар кўрсаткичининг ошиши, гиперурикемия кузатиладиган буйрак асоратларининг биринчи белгилари каби ёндош патология юзага келади.

**Сурункали подагрик полиартрит** беморларда ўткир подагрик артритнинг бир неча хуружларидан сўнг ривожланади, узоқ давом этувчи хуружлар ва иккинчи зарарланиш линияси деб аталувчи яъни бўғимларни яллиғланиши, тофуслар юзага келиши билан бирга кечади. Бўғимлар кам ҳаракатлиги ва деформацияси баъзан контрактуралар ва мушаклар атрофияси кузатилади, бироқ анкилозлар жуда кам учрайди. Беморлар ҳаракатланиши оғир кечади, аксарият ҳолларда улар меҳнатга лаёқатликни бутунлай йўқотадилар. Одатда сурункали подагрик полиартрит заминада бўғим синдроми хуружи давом этади. Унинг оғир тури подагрик статус деб аталиб, сурункали яллиғланиш шаклланиши билан атроф тўқималарда уратларнинг массив инфильтрациясига асосланган артритнинг узлуксиз хуружи билан характерланади. Одатда, касаллик давомийлиги 5 йил ва ундан кўп чўзилганда ҳамда гиперурикемиянинг юқори назорат қилиб бўлмайдиган даражасида тофуслар – бириктирувчи тўқима билан ўралган уратлардан ташкил топган подагрик тугунлар юзага келади. Улар аксарият ҳолларда кулоқ супраси, тирсак бўғимлари, оёқ панжаси, қўл бармоқлари, биллак, сон, тўпикнинг ёзилувчи юзалари, пешонада ва буруннинг тоғайли тўсиғи соҳасида жойлашади. Айрим ҳолларда тофус устидаги тери юпқалашиши ва хамирсимон оқ масса сифатида тўсатдан ажралиб чиқадиган оқмалар пайдо бўлиши кузатилади.



### Подагранинг ташҳисий мезонлари.

**А.** Бўғим суюқлигида ўзига хос монокристаллик урат кристалларининг мавжудлиги;

**В.** Кимёвий ёки поляризацион микроскопияда тасдиқланган кристаллик уратлар сакловчи тофусларнинг мавжудлиги;

**С.** Беморларда қуйидагилар 12 та клиник, лаборатор ва рентген белгилардан 6 тасининг мавжудлиги:

- ✓ Биринчи кунданок бўғимнинг максимал яллиғланиши;
- ✓ Анамнезда артритнинг биттадан кўп хуружи;
- ✓ Артритнинг моноартикуляр характери;
- ✓ Шикастланган бўғим териси гиперемияси;
- ✓ Оёқнинг I бош бармоғи бўғимида жойлашган яллиғланиш ва оғрик;
- ✓ Оёқнинг кафт-фаланга бўғимининг асимметрик яллиғланиши;
- ✓ Тарзал бўғимларни бир томонлама зарарланиши;
- ✓ Тофусларга ўхшаш тугунли ҳосилалар;
- ✓ Гиперурикемия;
- ✓ Бўғимларни асимметрик яллиғланиши;
- ✓ Рентгенограммада эрозиясиз субкортикал кисталарнинг аниқланиши;
- ✓ Бўғим суюқлиги экмасыда микроорганизмларнинг бўлмаслиги.

**Лаборатор - асбобий текширишлар.** Подаграни ташҳислашда энг ишончли усул поляризацияли микроскопия ёрдамида урат кристалларини аниқланиши ҳисобланади. Игна шаклидаги кристаллар хужайра ташқариси ёки ичида жойлашади ва манфий икки томонлама нурни кесиш хусусиятига эга (қизил нур ўқига параллел жойлашганда сариқ рангга бўялади). Кристалларнинг хужайрадан ташқари жойлашиши одатда, хуружлараро даврда олинган синовиал суюқликда кузатилади. Синовиал суюқлик текширилганда яллиғланиш белгилари (нейтрофиллар устунлигида  $1 \text{ мм}^3$  да 20-100 минг лейкоцитлар цитози) аниқланади. Қон зардобидида сийдик кислотаси концентрацияси ўткир артрит даврида пасаяди ва меъёрида бўлиши мумкин. Синовиал суюқликда бактериал артритда ҳам урат кристаллари топилгани сабабли септик артритга шубҳа бўлганда ҳам уни флорага экиш зарур. Юқорида қайд этилган 6 ва ундан ортиқ белгилар биргаликда учраши ташҳисни тасдиқлайди. Ўткир ёки (камроқ) ўткир ости артрити, синовиал



суюқликда кристалли уратларнинг топилиши ва исботланган тофуслар мавжудлиги касалликни энг ишончли белгилари ҳисобланади. Сийдик кислотасини меъёрий кўрсаткичлари эркакларда 0,15 - 0,48 мкмоль/л, аёлларда 0,132 - 0,42 мкмоль/л ни ташкил этади. Қоннинг умумий таҳлилида ЭЧТ ошиши, энгил нейтрофилли лейкоцитоз аниқланади. Бўғимлар рентгенографиясида юқорида қайд этилган ўзгаришлар аниқланади.

**Даволаш.** Подаграни даволаш ўткир хуружлар олдини олиш ва бартараф қилиш, тўқималарда уратлар тўпланиши, ҳамда сўрилишини камайтиришга қаратилган. Унда дориларсиз ва дорилар билан даволаш ёрдамида эришилади. Дориларсиз даволаш асосини тўғри овқатланиш ташкил этади. Унинг умумий калориясини чеклаш, пуринга бой маҳсулотларни (жигар, буйрак, мия, қовурилган гўшт, гўштли бульонлар, какао, шоколад) ман этиш, алкоғолли ичимликларни ичмаслик, ичиладиган энгил ишқорий суюқлик ҳажмини кунига 2 – 2,5 л гача ошириш зарур. Организмни сувсизланиши, жумладан, диуретикларни буюриш ҳам хуружларга олиб келиши мумкин. Подагранинг ўткир хуружида беморга ётоқ режим, шикастланган оёқга кўтарилган ҳолат бериш, кўп ишқорий суюқлик ичиш, сутли, ўсимликлардан тайёрланган таомлар тавсия қилинади. Хуружни бартараф қилиш учун колхицин 2 соатдан сўнг 1 мг ёки 1 соатдан сўнг 0,5 мг энг самарали ҳисобланади. Препарат дозаси биринчи кунда 4 мг дан ошмаслиги керак, сўнгра аста - секин пасайтириб борилади 2 – 3 кунларда 1 мг ва 1,5 мг, 4 ва 5 кунларда кунига 2 мг ва 2,5 мг буюрилади. Хуруж тўхтатилгандан сўнг колхицин 3 - 4 кун мобайнида давом эттирилади. Беморда кўнгил айнаши, қайд қилиш, ич кетиши, қонда ўзгаришлар икаби заҳарланиш белгилари бўлиши мумкин. Камқонликни полиморфядроли лейкоцитлар миграцияси ва урат кислоталари фагоцитозини бостириш ҳамда улар экскрецияси ва тўқималарда эришини кучайтириш орқали таъсир қилади. Колхициннинг самарадорлиги — подагрик артритни тапсидиқлш учун муҳим ташҳисий синама ҳисобланади. Шунингдек бўғим синдромини бартараф этиш учун НЯҚД лардан қуйидагилар буюрилади (ЦОГ - 2 нинг селектив ва селектив бўлмаган ингибиторлари): мовалис (15 мг дан ичишга ёки мушак ичига), нимесулид (100 мг дан кунда 2 марта), целекоксиб (200 мг дан кунда 2 марта), индометацин (биринчи 2 - 3 кун 150 – 200 мг, кейинчалик 75 – 100 мг), натрий диклофенак м/и 75 мг дан кунда 2 марта ёки





ичишга кунда 150 мг гача. Кортикостероидларни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. НЯҚД ва колхицин самара бермаган узоқ давом этган ҳамда кучли оғриқлар бўлган ҳолларда истисно тариқасида ГКС бир марта бўғим ичига юбориш мумкин. Тизза бўғимлари шикастланганда ундан суюқликни олиб 10 ёки 40 мг ушбу гуруҳдаги препарат юборилади. Бўғим ичи муолажасини қайта такрорлаш тавсия этилмайди. Подагрик артритнинг илк ўткир хуружи бартараф қилингандан сўнг камида 3 ҳафта ўтгач антиподагрик воситаларни биринчи марта тавсия этиш мақсадга мувофиқ). Подаграни узоқ муддатли давосида оксил, пурин, липидлар кам бўлган антиподагрик пархез муҳим ўрин тутади. Гўшт ёки балиқ гўшти қайнатилган ҳолда ҳафтасига 2–3 марта тавсия қилинади. Оксил миқдори бир кг тана вазнидан ошмаслиги керак. Гипокалорияли пархез, яъни 1 – 1,5 ҳафтада бир марта енгиллаштирилган кунлар. Алкогол, аччиқ чой ва қахва таъқиқланади, кўп ишқорли суюқлик ичиш тавсия қилинади.

Базис терапия гиперурикемияни камайтириш, сурункали полиартрит ҳамда висцерал (кўпинча буйрак) зарарланишларини даволаш мақсадида буюрилади ва урикодепрессив, урикозурик ва уриколитик воситалар ёрдамида амалга оширилади.

Урикодепрессив (сийдик кислотаси синтезини сусайтиради) препаратларнинг энг кўп тарқалгани аллопуринол бўлиб, самараси аксарият беморларда 100 – 200 мг дан кунига 2 - 3 марта қабул қилинганда намоён бўлади. Гиперурикемия даражаси камайган сари препарат дозасини аста-секин камайтириб кунда 100 мг дан ушлаб турувчи миқдорда қолдирилади. Қонда сийдик кислотасини (0,47 – 0,50 ммоль/л дан) доимий юқори бўлиши, тофуслар мавжудлиги, турғун гиперурикемия негизида подагра хуружларининг қайтарилиши аллопуринолни қўллашга кўрсатма ҳисобланади. Аллопуринол билан даволаш қондаги сийдик кислотаси назорати остида узлуксиз ва узоқ олиб борилади. Бунда унинг миқдорини 0,36 ммоль/л (6 мг %) дан камайтиришга эришиш керак. Чунки ҳужайрадан ташқаридаги суюқликда ва тўқималарда уратларнинг эриши урикемиянинг 0,42 ммоль/л (7 мг %) дан паст бўлишида юз беради. Тофусларнинг сўрилиши аллопуринолнинг узлуксиз қабулидан 6 – 12 ой ўтгач кузатилади. Унинг урикодепрессив самарасини кучайтириш учун тизимли энзимотерапия препаратлари вобэнзим (кунига 5 таблеткадан 3 марта, сўнгра кунига 3 таблеткадан 3 марта) ёки флогэнзим (кунига 2



таблеткадан 3 марта) икки ой мобайнида ва 3 - 4 ойдан сўнг улар такрор буюрилади. Урикодепрессив восита сифатида милурит (тиопуринол) ҳам кунига 0,3 – 0,4 г дан қўлланилади. Гепатокаталаза ва оротат кислотаси сийдик кислотаси синтезини камайтиради ва унинг парчаланишини кучайтиради, лекин аллопуринолга нисбатан паст самарага эга. Гепатокаталаза ҳафтасига 2 - 3 марта 10000 – 25000 бирликда мушак ичига буюрилади. Оротат кислота билан даволаш 20 – 30 кун кунда 1,5 – 3 г дан 2 – 3 ҳафталик танаффуслар билан ўтказилади. Подаграга чалинган беморларни урикозурик воситалар (пробенецид, сульфипиразон, бензбромарон) билан даволаш уларни қўллаш уларни уратларни буйрак каналчаларида реабсорбциясини пасайтиришга асосланган. Улар таъсирида сийдик кислотасини буйраклардан чиқиб кетиши кучаяди. Урикозурик препаратларни фақат уратлар экскрецияси пасайган беморларда қўллаш мумкин. Уратлар гиперпродукцияси, сийдик ажратилиш камайган ва буйрак конкрементлари бўлганда урикозурик воситаларни буюриш мумкин эмас. Чунки улар юқорида таъкидланганидек сийдик кислотасини буйраклар орқали чиқишини кўпайтириб, урат кристалларини сийдик йўлларида тўпланиши ва буйрак санчиклари хуружи келиб чиқишига сабаб бўлади. Пробенецид аввал кунда 0,25 г дан 2 марта буюрилади ва урикозурик самара 30 дақиқадан сўнг кузатилади. Урикемия етарли даражада пасаймаса, 3 – 4 кундан сўнг ҳар 1 - 2 ҳафтада доза 0,5 г оширилади. Баъзан кунлик доза 1 – 2 г га етказилади. Сульфипиразон билан даволаш 0,05 г дан кунда 2 мартадан бошланади. Биринчи дозани мумкин қадар эрта наҳорда, кечкисини эса мумкин қадар кечроқ қабул қилиш (оралиқ – 12 соатдан кам бўлмаслиги лозим) тавсия этилади. Қонда сийдик кислотаси кўрсаткичи 3 – 4 кундан кейин камаймаса, кунлик доза аста - секин (ҳар ҳафтада) 0,1 г (лекин кунига 0,8 г дан ортиқ эмас) га оширилади ва кун давомидаги қабул 3 – 4 мартагача кўтарилади. Одатда препаратнинг ушлаб турувчи дозаси 0,3 – 0,4 г ни ташкил қилади. Бензбромарон бошқа урикозурик воситалардан узоқ давом этувчи таъсири билан фарқланади ва кунда бир марта буюриш мумкин. Одатий дозаси кунда 0,08 – 0,1 г, максимал доза — 0,6 г.

Подаграни даволашда аллопуринолни урикозурик воситалар хусусан сульфипиразон ёки бензбромарон билан биргаликда қўллаш мумкин. Лекин бу мақсадда ноўя таъсирларни кучайтирганлиги сабабли пробенецид тавсия



этилмайди. Сўнгги йилларда бир - бирини тўлдирадиган урикодепрессив (100 мг аллопуринол) ва урикозурик (20 мг бензбромарон) препаратлардан ташкил топган алломарон қўлланилмоқда. Даволашнинг биринчи куни ва ҳафталарида ҳар қандай подаграга қарши дорилар артрит хуружини келтириб чиқариши мумкин. Шу сабабли давонинг бошида қўшимча ёки колхицин (кунда 1,5 мг) ёки НЯҚД (ўртача кунлик дозаларда) буюрилади. Подаграга қарши воситалар қабул қилинган вақтда ичиладиган суюқлик миқдори камида 3 л бўлиши керак. Бунда сийдикни бир кеча кундузда ажраладиган миқдори 2 л дан кам бўлмаслиги лозим. Унинг тунда ҳам етарли даражада ажралиши муҳим аҳамиятга эга.

Сийдик билан сийдик кислотаси кўп миқдорда ажралганда ёки буйрак тош касаллиги бўлганда фақат аллопуринол буюрилади. Чунки бундай ҳолларда урикозурик воситалар тавсия этилмайди. Буйрак фаолияти сусайган беморларда ҳар дақиқада 30 мл ажралган сийдик миқдорига бир кунда 0,1 г препарат буюрилади.

Сийдик рН га таъсир кўрсатувчи воситалар касалликнинг барча клиник шаклларида, айниқса, яккаланган асимптом гиперурикозурия, нефролитиаз ва уратли нефропатияларда доимо қўлланилади.

Сийдик рН нинг ишқорий томонга ўзгариши кальций оксалатнинг эришини яхшилайти ҳамда кристаллизацияланиши ва сийдикда аралашмалар ташкил қилишига қаршилик қилади. Сийдик рН ни ишқорий томонга силжиши оксалатлар эришини яхшилаб улардан тош ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади. Унда цитрат миқдорининг кўпайиши сийдик кислоталари эришига ва оксалатлар камайишига олиб келади. Шу сабабли беморлар сийдиги рН га таъсир этувчи таркибида лимон кислотаси ва/ёки калий ёки натрий тузлари бўлган препаратлар буюрилади.

Бу препаратлар сийдик рН максимал кўрсаткичга етгунга қадар қабул қилинади (кун давомида текшириш мақсадга мувофиқ). Цитратларнинг кундалик дозаси одатда 6 – 18 г ни ташкил қилади. Шунингдек улар таъсирида сийдикнинг кальций оксалат билан тўйиниши, нуклеация ва ушбу таркибдаги кристаллар ўсиши пасаяди. Доза сийдик рН назорати остида индивидуал танланади ва ушбу мақсадда махсус қоғоз тестлар қўлланилади. Кунда тахминан 2 г бикарбонат натрий сийдик рН ишқорий кўрсаткичга етгунга қадар қўлланилади. Ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги, сийдик





йўллари инфекцияси мазкур препаратларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади. Фермент препарати уратоксидаза (урикозим) ҳам урикозолитик хусусиятга эга. Препарат сийдик кислотасини оксидаб алантоин, алоксан кислотаси ва мочевиани ҳосил қилади. Урикозим буйрак фаолияти сусайган беморларга ҳар куни мушак орасига ёки вена ичига 200 бирликда 12 кун давомида буюрилади.

Сийдикни тез ва самарали ишқорлашда сийдик ҳайдовчи препарат ацетазоламид (диакарб) дан ҳам фойдаланиш мумкин. Ацетазоламид 125 – 250 мг дан ичишга ҳар 6 – 8 соатда 3 – 5 кун давомида буюрилади. Сийдик рН ни кескин ва тез оширгани учун диакарб айниқса сийдикни тунда ишқорланишига эришиш муҳим бўлган сийдик тош касаллигида, ҳамда “подагрик буйрак” сабабли ўткир буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда қўллаш кўрсатма ҳисобланади. Зарурият бўлганда ацетазоламид қабули 2–3 кунлик танаффусдан сўнг такорланади.

Подагра билан оғриган беморларга санаторияларда физиотерапевтик усуллар ёрдамида даволаниш усуллари одатда касалликнинг ремиссия ёки тўлиқ бўлмаган ремиссия даврида тавсия этилади. Бундан ультрафиолет нурлари истисно. Уни эритема чақириш дозада (3 – 5 муолажа) зарарланган бўғим соҳасига максимал эрта даврларда буюрилади. Баъзан бу бошланади, бу эса гоҳида бошланаётган хуружлар олдини олишга имконини беради. Калий-литий-электрофорезнинг қўлланилиши оғриқларни камайтиради, ҳамда сурункали подагрик артритда бўғимлар ҳаракатчанлигини оширишга олиб келади. Шикастланган бўғимларга ультратовуш ва ультрафонофорезни гидрокортизон билан ўтказилиши оғриқ қолдирувчи, сўрилувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади.

Бальнеологик муолажалар — радон, йодобром, хлорид, натрий ва сероводород ванналар — шикастланган бўғим тўқималарини қон билан таъминланишини, уларни микроциркуляциясини яхшилади ҳамда тўқима деполаридан сийдик кислотаси тузларини чиқиб кетишини таъминлайди. Радонли, йодбромли ва натрий хлоридли ванналар таъсири остида буйраклар фаолияти сезиларли яхшиланади, сийдик кислотаси клиренси ошади, пешоб кўпаяди, шу жоиз, организмдан жумладан, сийдик тош касаллиги бўлган беморлардан ҳам уратлар экскрецияси ошиши кузатилади.



**Профилактикаси.** Подаграни овқатланиш билан боғлиқ касаллик деб аташ мумкин. Шу сабабли унинг профилактикасида биринчи навбатда турмуш тарзи ва овқатланиш одатларини ўзгартириш ётакчи ўрин эгаллайди. Аввалам бор, оқсилга бой бўлган маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклаш зарур (гўшт, балиқ гўшти, гўштли ва балиқли бульонлар, дуккакдилар, рангли карам ва бошқалар). Шунингдек, тана вазнини меъёрлаштириш муҳим аҳамиятга эга. Уни секин – асталик билан камайтириш лозим. Тез ва кескин пасайиши қонда сийдик кислотасини кўпайиши ва подагрик кризни чақириши мумкин. Спиртли ичимликлар қонда сийдик кислотаси микдорини ошириб, унинг организмдан чиқиб кетишини тормозлайди. Шу сабабли уларни қабул қилишни бутунлай тўхтатиш зарур.

Профилактика чора - тадбирларига қуйидагилар киради:

- ҳаракат фаоллигини ошириш;
- етарлича суюқлик ичиш режими;
- тоза ҳавода ҳар куни сайр этиш;
- қаҳва ва чой ичишни чеклаш;
- никотин тоъбелиги билан курашиш.

#### **Фойдаланилган адабиётлар**

1. Алексеева О.П. Неотложная терапия в схемах и таблицах. Нижний Новгород, 2002.
2. Аляви А.Л., Сабирджанова З.Т. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Ташкент, 2008.
3. Артериальная гипертензия. Санкт- Петербург, 1999, том-5, № 2.
4. Белоусов Ю.Б. Поражение органов-мишеней при артериальной гипертонии. Тер. архив, 1997, №
5. Беркинбаев С. Ф. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение Актобе, 2000.
6. Верткин А. Л., Тополянский А. В. Гипертонический криз // [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)



7. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М.: Медицина 1987.
8. Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону. В 2 томах. Перевод с английского. Под редакцией Э.Фаучи и др. Москва: «Практика», 2002.
9. Глезер М.Г., Киселева И.В., Новикова М.В. Шокина Т.В. Артериальная гипертензия. Москва 2011 г.С.152.

