

PODAGRA

**Qurbonmurodov Axmadshoh Sobirovich**

*Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2 davolash ishi talabasi*

*Tel: +998946524841 Email: qurbonmurodovaxmadshoh@gmail.com*

**Payg'amova Farangiz Xurshid qizi**

*Toshkent tibbiyot akademiyasi 1- son davolash talabasi*

*Tel: +998935771507 Email: fpaygamova15@gmail.com*

**Munisa Norboyeva Orif qizi**

*Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 davolash ishi talabasi*

*Tel:+998777272512 Email: moonica.norboyeva@mail.ru*

**Xolto'rayeva Shohsanam Jahongitovna**

*Toshkent tibbiyot akademiyasi 1- son davolash talabasi*

*Tel: +998 93 349 56 78 Email: Shohsanam@gmail.com*

**Tojiboyeva Dilorom Iskandar qizi**

*Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2-son davolash ishi talabasi*

*Tel: +998940511808 Email : tojiboevadilorom08@gmail.com*

Podagra (qadimgi yunoncha so'z bo'lib — oyoq tuzog'i; pjos turkumidan — oyoq va āgra — ovlash) [1] — metabolik kasallik bo'lib, organizmdagi turli shakldagi urat kristallarining, monourat yoki siydik kislotasi shaklida, xar xil to'qimalarda cho'kishi bilan tavsiflangan.

Ushbu hodisa siydik kislotasining to'planishiga va uning buyraklar tomonidan chiqarilishining pasayishiga asoslanadi, bu esa qonda ikkinchisining kontsentratsiyasining oshishiga olib keladi (giperurikemiya).



Klinik jihatdan podagra takroriy o'tkir artrit va podagra tugunlari - tofi shakllanishi bilan namoyon bo'ladi. Buyrakning shikastlanishi ham artrit bilan birga podagraning asosiy klinik ko'rinishlaridan biridir.

Ko'pincha kasallik erkaklarda uchraydi, ammo so'nggi paytlarda ayollar orasida kasallikning tarqalishi ortib bormoqda. Davolash uchun kasallikning patogenetik mexanizmiga ta'sir qiluvchi preparatlar, shuningdek simptomatik davolash uchun preparatlar qo'llaniladi.

Ba'zi odamlarda podagraning boshlanishi va rivojlanishiga yordam beradigan bir qator xavf omillari mavjud.

Podagra rivojlanishining xavf omillari orasida arterial gipertenziya, giperlipidemiya, shuningdek:

- purin asoslarini ko'paytirish, masalan, ko'p miqdorda qizil go'sht (ayniqsa, sakatat), ba'zi baliq turlari, kakao, choy, shokolad, no'xat, yasmiq, fruktoza, alkogol (ayniqsa, ko'p guanozin va pivo o'z ichiga olgan pivo) iste'mol qilish. ksantin - siydik kislotasining prekursorlari );

- umumiy katabolizm paytida purin nukleotidlari sonining ko'payishi (masalan, antitumor terapiyasi bilan; otoimmün kasalliklari bo'lgan odamlarda massiv apoptoz (<https://uz.m.wikipedia.org/wiki/Apoptoz>) );

- siydikda siydik kislotasi chiqarilishini inhibe qilish (masalan, buyrak etishmovchiligida);

- siydik kislotasi sintezining kuchayishi, uning tanadan chiqarilishini kamaytirish (masalan, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, shok holatlari, glyukoza-6-fosfataza etishmovchiligi bilan glikogenoz );

- irsiy moyillik (merosning tabiati hali ham to'liq tushunilmagan).

Kasallik patogenezining asosi qondagi siydik kislotasi darajasining oshishi hisoblanadi.

Ammo bu alomat kasallikning sinonimi

(<https://uz.m.wikipedia.org/wiki/Sinonimlar>) emas, chunki giperurikemiya boshqa kasalliklarda (qon kasalliklari, o'smalar, buyrak kasalliklari va boshqalar) ham kuzatiladi. d. ), juda yuqori jismoniy ortiqcha yuk va yog'li ovqatlarni iste'mol qilish.

Podagraning kelib chiqish elementlari 3 ta bo'lib, bular:

- organizmda siydik kislotasi birikmalarining to'planishi;
- bu birikmalarning organlar va to'qimalarda cho'kishi;
- bu lezyonlarda yallig'lanishning o'tkir xurujlarining rivojlanishi, podagra granulomalari va podagra "bo'g'imlari" - tofi, odatda bo'g'imlar atrofida shakllanishi.

Podagra artritining diagnostikasi revmatik kasalliklarni o'rganish bo'yicha uchinchi xalqaro simpoziumda qabul qilingan epidemiologik diagnostika mezonlari asosida o'rnatilishi mumkin, Nyu-York,

1 Sinovial suyuqlikda siydik kislotasi kristallarini kimyoviy yoki mikroskopik yoki to'qimalarda uratning cho'kaniqlashishi bilan.

2. Agar ushbu mezonlardan ikkitasi yoki bir nechitasi bajarilsa:

- bo'g'imlarning og'riqli shishishining kamida ikkita hujumini kuzatish (xurujlar, hech bo'lmaganda, dastlabki bosqichlarda, kuchli og'riq sindromi bilan to'satdan boshlanishi kerak; to'liq klinik remissiya 1-2 hafta ichida sodir bo'lishi kerak. );

- podagra xurujining aniq tarixi va/yoki kuzatilishi - bosh barmoqning shikastlanishi bilan;

- klinik jihatdan tasdiqlangan tofi; aniq tarix va / yoki kolxitsinga, ya'ni terapiya boshlanganidan keyin 48 soat ichida yallig'lanishning ob'ektiv belgilarining pasayishi.

Birinchi marta aniqlangan yoki kasallikning kuchayishi davrida podagra bilan og'rigan bemorlar viloyat yoki shahar shifoxonalarining ixtisoslashtirilgan revmatologiya bo'limlarida statsionar davolanadi. Gut bilan og'rigan bemorlar kasallikning remissiya davrida, tegishli terapiyani tayinlash sharti bilan, tuman klinikalarida yashash joyida revmatolog, nefrolog nazorati ostida bo'lishi mumkin. Kasalxonada davolashning taxminiy davomiyligi (ixtisoslashtirilgan revmatologiya bo'limlari) 7-14 kun, adekvat samarali terapiyani tanlash, kasallikning klinik va laboratoriya belgilarini yaxshilash sharti bilan.

Podagrani davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1 iloji bo'lsa, o'tkir hujumni tezda va ehtiyotkorlik bilan bartaraf etish;

2 o'tkir gut artritining takrorlanishining oldini olish;

3 bo'g'imlarda, buyraklarda va boshqa to'qimalarda monosubstitutsiyalangan natriy urat kristallarining cho'kishi natijasida kelib chiqqan kasallikning asoratini oldini olish yoki regressiya qilish;

4 semizlik, hipertrigliseridemiya yoki gipertoniya kabi bog'liq semptomlarni oldini olish yoki regressiya;

5 siydik kislotasi buyrak toshlari shakllanishining oldini olish.

Podagraning o'tkir xurujini davolash

podagra artritida yallig'lanishga qarshi davolash amalga oshiriladi.

Eng ko'p ishlatiladigan kolxisindir . Og'iz orqali yuborish uchun, odatda, har soatda 0,5 mg yoki har 2 soatda 1 mg dozada buyuriladi va davolash quyidagilarga qadar davom ettiriladi: 1) bemorning ahvoli engillashguncha; 2) oshqozon-ichak traktidan nojo'ya reaksiyalar bo'lmaydi yoki 3) ta'sir ko'rsatmaslik fonida preparatning umumiy dozasi 6 mg ga etmaydi. Agar davolanish semptomlar paydo bo'lganidan keyin darhol boshlangan bo'lsa, kolxisin eng samarali hisoblanadi. Davolashning dastlabki 12 soatida bemorlarning 75% dan ko'prog'ida holat sezilarli darajada yaxshilanadi. Biroq, bemorlarning 80% da preparat oshqozon-ichak traktidan salbiy reaksiyalarni keltirib chiqaradi, bu klinik yaxshilanishdan oldin yoki u bilan bir vaqtda sodir bo'lishi mumkin. Og'iz orqali qabul qilinganda, kolxitsinning maksimal plazma darajasiga taxminan 2 soatdan keyin erishiladi, shuning uchun uni har 2 soatda 1,0 mg dozada qo'llash terapevtik ta'sirning namoyon bo'lishidan oldin toksik dozani to'plash ehtimoli kamroq deb taxmin qilish mumkin. . Biroq, terapevtik ta'sir plazmadagi emas, balki leykotsitlardagi kolxitsin darajasiga bog'liq bo'lganligi sababli, davolash rejimining samaradorligi qo'shimcha baholashni talab qiladi.

Kolxitsinni tomir ichiga yuborish bilan oshqozon-ichak traktidan nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelmaydi va bemorning ahvoli tezroq yaxshilanadi. Bir martalik in'ektsiyadan so'ng, leykotsitlarda preparatning darajasi oshadi, 24 soat davomida doimiy bo'lib qoladi va hatto 10 kundan keyin ham aniqlanishi mumkin. Vena ichiga 2 mg ni boshlang'ich doza sifatida yuborish kerak, keyin kerak bo'lganda 1 mg dan 6 soatlik interval bilan ikki marta takroriy yuborish kerak. Kolxitsinni tomir ichiga yuborishda alohida ehtiyot choralarini ko'rish kerak. Bu tirnash xususiyati beruvchi ta'sirga ega va

agar u tomirni o'rab turgan to'qimalarga kirsas, kuchli og'riq va nekrozga (<https://uz.m.wikipedia.org/wiki/Nekroz>) olib kelishi mumkin. Shuni esda tutish kerakki, tomir ichiga yuborish usuli ehtiyot bo'lishni talab qiladi va preparat 5-10 hajmdagi oddiy sho'r suvda suyultirilishi va infuzionni kamida 5 daqiqa davom ettirish kerak. Og'iz orqali va parenteral ravishda kolxitsin suyak iligi faoliyatini susaytiradi va alopesiya, jigar hujayralari etishmovchiligi, ruhiy tushkunlik, konvulsiyalar, ko'tarilgan falaj, nafas olish depressiyasi va o'limga olib kelishi mumkin. Jigar, suyak iligi yoki buyrak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda va kolxitsinning saqlovchi dozalarini qabul qiladigan bemorlarda toksik ta'sir ko'proq uchraydi. Barcha holatlarda preparatning dozasini kamaytirish kerak. Neytropeniya bilan og'rigan bemorlarga berilmasligi kerak.

O'tkir podagra artritida boshqa yallig'lanishga qarshi dorilar ham samarali bo'ladi, jumladan indometazin, fenilbutazon,

(<https://uz.m.wikipedia.org/wiki/Butadion>) naproksen, etorikoksib va boshqalar.

Indometazinni 75 mg dozada og'iz orqali yuborish mumkin, shundan so'ng har 6 soatda bemor 50 mg ni qabul qilishi kerak; ushbu dozalar bilan davolash semptomlar yo'qolganidan keyingi kun davom etadi, so'ngra doz har 8 soatda 50 mg ga (uch marta) va har 8 soatda 25 mg ga (shuningdek, uch marta) kamayadi. Indometazinning nojo'ya ta'siri oshqozon-ichak traktining buzilishi, organizmdagi natriyni ushlab turishi va markaziy asab tizimining alomatlarini o'z ichiga oladi. Ushbu dozalar bemorlarning 60% gacha nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lsa-da, indometazin odatda kolxitsinga qaraganda yaxshiroq muhosaba qilinadi va ehtimol o'tkir podagra artritida tanlangan dori hisoblanadi. Gutning o'tkir hujumida siydik kislotasi va allopurinolning chiqarilishini rag'batlantiradigan dorilar samarasizdir. O'tkir podagrada, ayniqsa, kolxitsin va steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi preparatlar kontrendikedir yoki samarasiz bo'lsa, glyukokortikoidlarni tizimli yoki mahalliy (ya'ni, bo'g'im ichiga) yuborish foydali bo'ladi. Tizimli qabul qilish uchun, og'iz orqali yoki tomir ichiga, o'rtacha dozalarni bir necha kun davomida qo'llash kerak, chunki glyukokortikoidlarning konsentratsiyasi tez pasayadi va ularning ta'siri to'xtaydi. Uzoq muddatli ta'sir qiluvchi steroid preparatni (masalan, triamsinolon geksasetonid 15–30 mg dozada) bo'g'im ichiga yuborish monoartrit yoki bursit xurujini 24-36 soat ichida to'xtatishi mumkin. Ushbu davolash, ayniqsa, standart dozalash rejimidan foydalanish mumkin bo'lmaganda foydalidir.

1 Manba xatosi: Invalid <ref> tag; no text was provided for refs named Lancet2010

2 „arxiv nusxasi“. 2010-yil 7-iyulda asl nusxadan arxivlangan. Qaraldi: 2022-yil 22-may.

3 {{Veb manbasi}} andozasidan foydalanishda sarlavha= parametrini belgilashingiz kerak. „{{{title}}}“.

4 Зилва Дж. Ф., Пэннелл П. Р.. Клиническая химия в диагностике и лечении. М.: Медицина, 1988. ISBN 5-225-00220-X.

5 Garrod A. B.. The nature and treatment of gout and rheumatic gout. London: Walton and Maberly, 1859.

6 McCarthy D. J., Hollander J. L. Identification of urate crystals in gouty synovial fluid. // Annals of Internal Medicine. — 1961. — Vol. 54. — P. 452.

7 Под ред. С.Л. Насонова. Клинические рекомендации. Ревматология ГЭОТАР-Медиа, 2008 — 112—119 бет. ISBN 978-5-9704-0698-4.