

PODAQRA – HƏYAT TƏRZİ XƏSTƏLİYİ

*Sultanova S.S.

*e-mail: sekasultanova@gmail.com

Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, terapiya kafedrası, Azərbaycan, Bakı

Məqalədə podaqrik artrit etiotogenezi, diaqnostikası və klinikası ətraflı müzakirə edilmişdir. Podaqranın inkişafının əsas risk amilləri və xəstəliyin rast gəlmə tezliyi barədə məlumat verilmişdir. Əsas diqqət podaqranın diaqnostika metoduna və pəhriz tövsiyələri də daxil edilməklə, müasir müalicəsinə yönəldilmişdir.

Açar sözlər: podaqrik artrit, hiperurikemiya, purin mübadiləsi.

Podaqra (podaqrik artrit) – orqanizmdə sidik turşusu mübadiləsinin pozulmasından, toxumalara, əsasən də oynaqlara sidik turşusunun duzlarının (uratların) çökməsindən baş verir. Müxtəlif oynaqları zədələyir: əl, ayaq barmaqlarının, diz, dirsək və s. oynaqları. Ən çox isə ayaq barmaqlarının oynaqlarını zədələyir. Podaqra xroniki residivləşən xəstəlikdir. Hər 1000 nəfərdən biri bu xəstəlikdən əziyyət çəkir. Kişilər qadınlara nisbətən 20 dəfə daha çox bu xəstəliyə düçar olurlar [1,2]. Xəstəlik adətən kişilərdə 40 yaşdan sonra, qadınlarda isə menopauza dövründən sonra inkişaf edir. Bu onunla əlaqədardır ki, qadınlarda estrogenlər (qadın cinsi hormonları) orqanizmdə sidik turşusunun mübadiləsinə müsbət təsir göstərir. Klimakterik dövrdə estrogenlər azalır və podaqranın əmələ gəlməsi ehtimalı çoxalır [3].

Podaqra “podos” və “aqra” yunan sözlərindən əmələ gəlib, mənası ayaqlar üçün tələ deməkdir. Bu xəstəliyi şah xəstəliyi, aristokrat xəstəliyi adlandırırdılar, çünki belə hesab edilirdi ki, podaqra dahilərə məxsus bir xəstəlikdir. Sidik turşusu strukturuna görə kofein ilə oxşardır, yəni zehni fəaliyyəti stimule edir. Ona görə, alimlər belə hesab edir ki, bu xəstəlik dahiliyə gətirib çıxarır. Lakin sonralar məlum oldu ki, podaqra həyat tərzinin xəstəliyidir. Bu xəstəliyə düçar olan dahilər: Sezar, Çarli Çaplin, Eynşteyn, Nostradamus, Nyuton, Darvin, Kolumb, Qaliley,

Bismark, Makedoniyalı İsgəndər, Mikelandjelo, Stendal, Mopassan, Betxoven, Rembrandt, Turqenev, misir fironları, I Pyotr və s. Hələ Hipokrat keçmişdə deyirdi ki, bu xəstəlik siyasətçilərdə və sərkərdələrdə daha tez-tez rast gəlinir. Leonardo da Vinçinin şəkillərindən birində ayaq barmağı od ilə alışıb yanır. Rəssam bu xəstəliyi belə təsvir edirdi. Ehtimal olunur ki, rəssam özü də bu xəstəlikdən əziyyət çəkirdi (şək.1) [4].



Şəkil 1. Rəssam Leonardo da Vinçi podaqranı belə təsvir edirdi.

Maraqlı fakt: müharibə zamanı, insanlar ac qalanda yaxud sadə qidalananda podaqra heç olmurdu. Lakin həyat səviyyəsi yaxşılaşanda, xəstəlik də baş qaldırırdı. Son vaxtlar müşahidə olunub ki, podaqra ovçularda və uzaq reyslərə gedən sürücülərdə tez-tez rast gəlinir. Çünki, ovçular ancaq ət ilə qidalanırlar, sürücülər isə daha çox kolbasa, konservalar, buterbodlarla qidalanırlar.

Etiologiya. İrsi xəstəlikdir, lakin artıq qidalanma, eyni tərkibli ət məhsullarının istifadəsi, spirtli içkinin qəbulu (əsasən çaxır və pivə), aşağı fiziki aktivlik, hiperlipidemiya, bəzi preparatların təsiri və vitaminlər (sidikqovucular – hidroxloriazid, furosemid; riboksin, nikotin turşusu) kimi amillər xəstəliyin başlanmasına təkan verə bilirlər [5]. Xəstəlik həm də böyrək çatmamazlığı və qan xəstəliyi fonunda yarana bilər.

Podaqra 2 cür olur: birincili və ikincili podaqra. Birincili və yaxud idiopatik hiperurikemiyalı xəstələrdə xüsusi enzim qüsurları olur. Əsas səbəb hipoksantin-quantinfosforiboziltransferaza fermentinin azlığı və yaxud olmamasıdır. Xəstəliyin

birincili forması əsasən kişilərdə rast gəlinir. İkincili podaqra sidik turşusunun sintezinin artması yaxud onun ifrazının azalması ilə bağlıdır. Nəticədə hiperurikemiya əmələ gəlir və podaqranın klinik əlamətləri üzə çıxır.

Patogenezi. Sidik turşusu purin metabolizminin sonuncu məhsuludur. Orqanizmdə purin sintezinin əsas mənbəyi fosforibozil-pirofosfat və qlutamindir. Bunlardan inozin turşusu əmələ gəlir. İnozin turşusu nuklein turşularına daxil olur, fosfat komponentini itirdikdən sonra ardıcılıqla hipoksantinə, ksantinə və sidik turşusuna çevrilir. Purin biosintezi müxtəlif səviyyədə pozulur.

Normada sidik turşusu böyrəklər vasitəsilə xaric olunur. Sidik turşusunun çox miqdarda sintez olunması yaxud böyrəklər vasitəsilə çıxarılmaması qanda sidik turşusunun səviyyəsini artırır. Sidik turşusu artığının bir hissəsi düyün formasında toxumalarda toplanır. Bu anda sidik turşusunun duzları (uratlar) kristalizasiya olunurlar və oynaqlarda çökürlər, bu da güclü ağrı və iltihaba gətirib çıxarır. Qanda prostaqlandinlərin səviyyəsi artır və onlar iltihab yaradırlar. Uratların çökməsi əsasən vaskulyarizasiyası zəif olan oynaq bağlarında və qığırdaq toxumasında baş verir. Adətən, ayağın baş barmağı daha tez tez zədələnir. Uratlar həm də dəridə və böyrəklərdə yığıla bilər [6].

Daxili orqanlardan ən çox böyrəklər zədələnir. Kanalcıqlarda, kasacıqlarda və ləyəndə, interstisial toxumasında, yumaqcıqlarda sidik turşusunun mikrokristallarının çökməsi müəyyən olunur. Nəticədə böyrəklərdə nəhəng hüceyrəli və leykositə infiltratlı iltihab müşahidə edilir. Dəridə düyünlər (tofuslar), böyrəklərdə isə konkretlər (daşlar) kimi yığılır. Urikemiyanın səviyyəsi artdıqca, podaqrik artritin tutmaları da arta bilər.

Sidik turşusunun toplanma mexanizmi 3 tiptə olur.

1. Metabolik tip – sidik turşusunun sintezinin artması;
2. Hipoekskretor tip – sidik turşusunun ekskresiyasının azalması;
3. Qarışıq tip.

Sidik turşusunun sintezinin artmasının səbəbləri: irsi faktorlar, hemolitik, pernisiöz anemiyalar, şişlər, psoriaz və psoriatik artrit, sistem sklerodermiya, sistem qırmızı qurd eşənəyi, piylənmə, toxumaların hipoksiyası, hiperparatireoz, nikotin turşusu, fruktoza, varfarin, vitamin B12.

Sidik turşusunun ekskresiyasının azalmasının səbəbləri: xroniki böyrək çatışmazlığı, böyrəklərin polikistozu, hidronefroz, diabetik ketoasidoz, hipotireoz, sarkoidoz, susuzluq, arterial hipertenziya, tiazid diuretikləri, vərəmə əleyhi dərman preparatları.

Klinik təsnifat: 1. Kəskin podaqrik artrit; 2. Tutmalararası podaqra; 3. Xroniki tofuslu podaqra.

Klinika

1. qəfləti və intensiv, güclü ağrı hətta yüngül toxunma xəstəyə əziyyət verir;
2. oynaqda qızartı və istilik;
3. əsasən həmlələr gecələr baş verir;
4. artrit hər dəfə yeni oynaqları zədələyir;
5. duzlar dirsəklərdə, ayaqların altında, qulaq seyvanının qığırdağında çökürlər və ağ rəngli düyünlərə çevrilirlər. Buna tofuslar deyilir. Tofuslar getdikcə fibrozlaşır, kalsifikasiyaya uğrayır və sümükləşirlər (ossifikasiya).

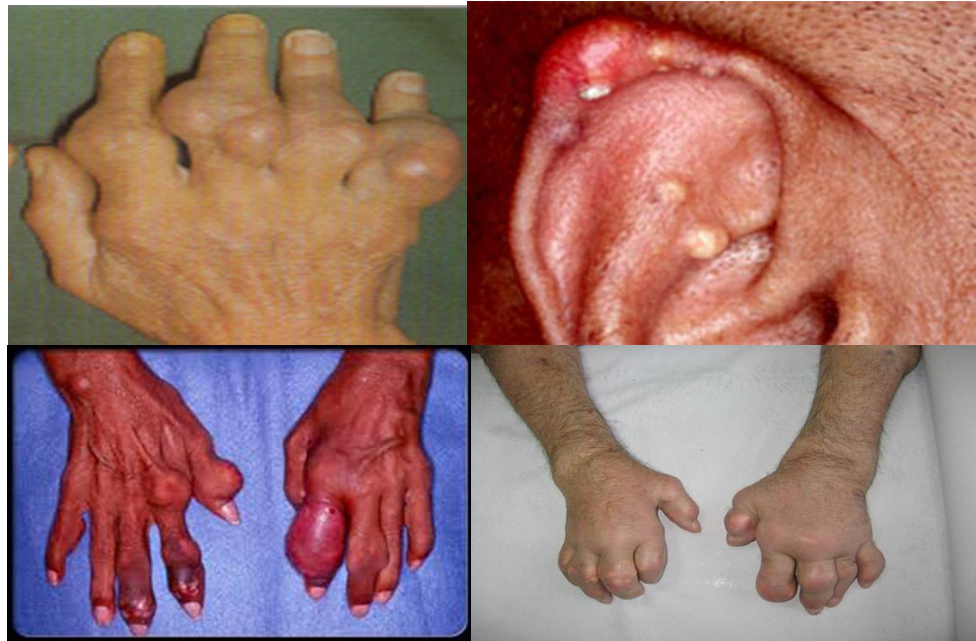
Podaqra adətən kəskin olaraq, podaqrik artrit həmləsi (tutması) şəklində meydana çıxır. İlk dəfə olaraq adətən ayağın baş barmaq ayaq-darağı oynağı zədələnir. Zədələnmiş oynaq bir neçə saat ərzində sürətlə şişir, qızarır (hiperemiya), yerli hərarət yüksəlir (hipertermiya), barmaq qaynar olur, üstündəki dəri dartılır və işıldayır. Bu zaman oynaqda çox intensiv və kəskin ağrı hiss olunur. Oynağa azacıq toxunduqda ağrı artır və dözülməz olur. Ağrı simptomu o qədər şiddətli olur ki, onu narkotik maddələrlə kəsmək mümkün olmur. Oynaqda hərəkət məhdudlaşır. Xəstədə bədən hərarəti yüksək ola bilər. Kəskin podaqrik artrit 10 günə kimi davam edə bilər. Bu müddətdə kəskin gecə ağrıları zəifləyir, zədələnmiş oynağın dərisinin rəngi hiperemiyadan göy rəngə dəyişir, tədricən oynaqda hərəkət bərpa olunur.

Xəstəliyin ilkin hücumundan sonra 1-2 il ərzində remissiya müşahidə olunur. İllər keçdikcə tutmaların sayı artır, davamlı olur, lakin kəskinliyi azalır. Hər bir yeni hücum zamanı yeni oynaqlar prosesə cəlb olunurlar (şək.2).



Şəkil 2. Ayaq oynaqlarının podaqrik artriti.

Xroniki podaqrik artritdə oynaqlarda podaqrik hücumlardan 4-6 il sonra hərəkətlərin məhdudlaşması, şişkinlik, deformasiya, ağrılar stabil şəkil alır. Bu zaman ağımtıl-sarı rəngli düyünlər (tofuslar) meydana çıxır. Tofusların ölçüsü 1-2 mm-dən 10-15 sm-ə qədərdir. Onların partlaması yaxud deşilməsi zamanı içindən sidik turşusu kristallarından ibarət sıyıqabənzər möhtəviyyat çıxır. Açılmış düyünlər gec sağalır. Adətən, tofuslar oynaq bağlarının, qulaq seyvanlarının, hətta sklera və buynuz qişanın üzərində nəzərə çarpır [7]. Tofuslar birləşə bilir və nəticədə konqlomeratlar əmələ gəlir (şək.3).



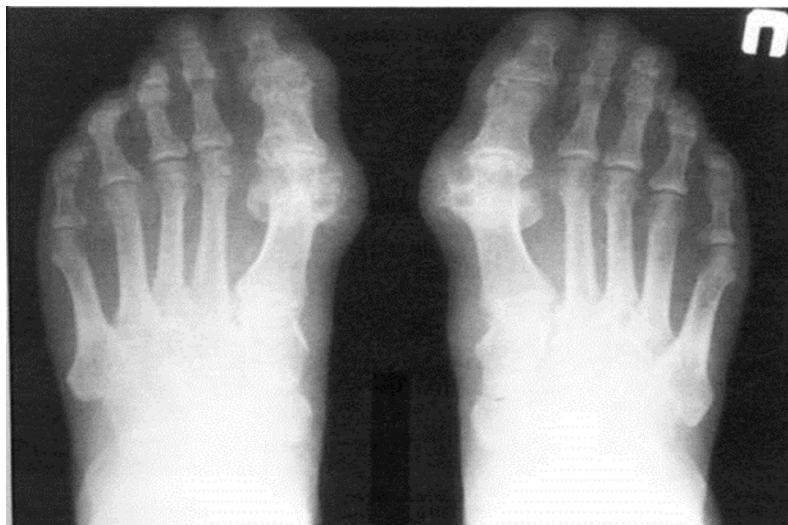
Şəkil 3. Tofuslar.

Bunlar barmaqlarda, dirsəklərdə, qulaq seyvanında inkişaf edən dərialtı tofuslardır. Bu kimi depozitlər böyrəklərdə, ürəkdə, onurğa sütununda hətta mədənin selikli qişasında da əmələ gəlir. Vaxt keçdikcə zədələnmiş oynaqlarda ikincili artroz halları baş verir. Bu da zədələnmiş oynağın funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Bəzi hallarda uratların çökməsi oynaq səthinin tam dağılmasına gətirib çıxarır. Podaqralı xəstələr illər keçdikcə əlil olurlar. Lakin belə xəstələrin ölüm səbəbi böyrək çatışmazlığı, ürək və serebral ağırlaşmalar olur.

Çox vaxt yanaşı olaraq arterial hipertenziya, ürəyin işemik xəstəliyi, şəkərli diabet, piylənmə kimi xəstəliklər müşahidə olunur [8].

Diaqnostika

1. Qanda neytrofil leykositoz, eritrositlərin çökmə sürətinin (EÇS), seromukoidin, sial turşularının, antistreptolizin-O-nun (ASO), C-reaktiv zülalın (CRZ), fibrinogenin, yəni bütün kəskin iltihab göstəricilərin artması qeyd olunur;
2. Qanda və sinovial mayədə sidik turşusunun yüksəlməsi müşahidə olunur;
3. Sinovial mayədə, sinovial qişada sidik turşusunun mikrokristallarının mövcudluğu, sinovial mayenin rənginin şəffaf olması, qatılığının dəyişməməsi və ya aşağı düşməsi. Leykositlərin sayının artması, qranulositlərin miqdarının çoxalması;
4. Punksiyalı biopsiyada və histoloji müayinədə tofus möhtəviyyətinin əsasən uratlardan ibarət olması;
5. Zədələnmiş oynağın rentgenoloji müayinəsi: sümükdə və qığırdaq toxumalarda destruktiv dəyişikliklər müəyyən edilir. Sümük daxili tofuslar səciyyəvidir. Bu tofusların oynaq daxilinə açılması sümükdə deşilmələr və ya deşilmiş sistə oxşar kölgələrin görünməsinə səbəb olur (şək. 4).



Şəkil 4. Pəncənin baş barmağının rentgenoqrafiyası.

Bu dəyişikliklər xəstəlik inkişaf edəndən 4-5 il sonra meydana çıxır. Bu müayinə metodu podaqranın erkən diaqnostikası üçün tətbiq olunmur. Xəstəliyin gedişi uzun çəkərsə ikincili artrozun rentgenoloji əlamətləri aşkar edilir. Osteoporoz fonunda sümük epifizində, sümük toxumasında eyni formalı osteoporoz ocaqları aşkar edilir. “Sümük kənarının qabarma” simptomu tipikdir – uratların çökməsi nəticəsində yumşaq toxumanın qalınlaşması aşkar edilir. Çox nadir hallarda epifiz tam dağılır və urat kütlələri ilə əvəz olunur [9].

Podaqra diaqnozunu qoyduqda diaqnostik meyarlardan başqa, spesifik əlamətlər nəzərə alınmalıdır:

- kəskin podaqrik artritə ilk tutmalarının 2 həftədən artıq olmaması;
- xəstəliyin birinci ilində tutmalararası fasilənin bir neçə aydan bir neçə ilə qədər uzanması;
- xəstəliyin əsasən 35-40 yaşında olan kişilərdə rast gəlməsi;
- xəstədə eyni zamanda piylənmənin, urolitiyazın, arterial hipertenziyanın, ürəyin işemik xəstəliyin, şəkərli diabetin olması.

Diferensial diaqnostika

1. Revmatik poliartrit: ürəyin revmokarditi səciyyəvidir, əsasən iri oynaqalar zədələnir. Revmatizmlə əsasən uşaqlar və yeniyetmələr xəstələnir. Xəstəlik tonzillitdən 2-3 həftə sonra başlayır. Qanda streptokokk əleyhinə anticisimlərin titri artır, antibiotiklər və salisilatlar müalicədə kömək edir.

2. Revmatoid artrit: xəstəlik tədricən inkişaf edir, geriyyə dönmür, əsasən biləyin xırda oynaqaları zədələnilir, oynaqalar simmetrik olaraq patoloji prosesə qoşulur. Xəstəlik başlayandan bir neçə ay sonra rentgenoloji əlamətlər aşkar edilir. Revmatoid düyünlər tofuslardan fərqli olaraq kiçik olurlar, mikroskopiya zamanı proliferativ hüceyrəli infiltrasiya görünür, podaqrik tofuslarda isə urat kristallarından ibarət kütlə görünür.

3. Reaktiv artrit: tədricən progressivləşir, bir gün ərzində sürətlə inkişaf edir, lakin kuliminasiya nöqtəsinə çatmır. Sinovial mayədə uratlar tapılmır və hiperurikemiya olmur.

4. Birincili osteoartroz: oynaqalarda ağrı yüklənmədə və axşama tərəf güclənir, uzanmış vəziyyətdə azalır, oynaqalarda nəzərə çarpan iltihab halları və dəridə hiperemiya olmur, tofuslar tapılmır, rentgenoloji sümük daxili tofuslar, dəşiklər, sistlər tapılmır.

5. Psoriatik artrit: əlin falanqalararası oynaqalarının simmetrik zədələnməsi, əzələ atrofiyası və dəridə nəzərə çarpan psoriatik səpkilər müəyyən olur. Ağrı sindromunun tutma xarakteri olmur.

6. Reyter sindromu: davamlı oynaq əlamətləri uretrit və konyunktivlə uzlaşır, hiperurikemiya olmur.

7. Xondrokalsinoz (pseudopodaqra): oynaqalarda tutmaşəkilli ağrılar 1 həftədən 5-6 həftəyədək davam edir, oynaqalarda hiperemiya nadir hallarda olur. Bir neçə oynaq zədələnilir. Hiperurikemiya olmur, sinovial mayədə pirofosfat kristalları tapılır.

8. Əgər podaqra bilək oynaqasının zədələnməsi ilə başlayırsa, xəstələr çox vaxt cərraha müraciət edirlər və səhv olaraq panarisium diaqnozu ilə əməliyyat olunurlar.

Müalicə. Purin mübadiləsi pozulmasının korreksiyası uzunmüddətli və kompleks şəkildə olmalıdır. Əsas 2 məsələyə diqqət yetirmək lazımdır:

1. Kəskin tutmanın (ağrı tutmasının) aradan qaldırılması;
2. Orqanizmdə mübadilənin yaxşılaşdırılması.

Kəskin tutmanın (ağrı tutmasının) aradan qaldırılması

1. Qeyri-steroid iltihabəleyhinə preparatlar (QSİP) – ağrı və iltihabı götürürlər. Diqqət: QSİP podaqranın müalicəsi deyil.

2. Nimesulid 100 mq gündə 2 dəfə, diklofenak 100 mq gündə 1 dəfə yaxud 3,0 ə/d gündə 1 dəfə, eterokoksib 120 mq gündə 1 dəfə (7 gün), fenilbutazon, ibuprofen, naproksen və s.

3. Kolxisin 1 mq hər 2 saatdan bir yaxud 2,0 v/d. Bu preparat mədə-bağırsaq traktına mənfi təsir göstərir, vena daxili yeridilməsi zamanı ətraf toxumalara düşərsə, toxumaların nekrozuna gətirib çıxarır.

4. Hormonlar – yerli istifadəsi məqsədəuyğundur. Əgər oynaqda şiddətli ağrılar və iltihab varsa, oynağın daxilinə hidrokortizon yeridilir. Per os əsasən prednizolon 40-60 mq dozada istifadə olunur.

5. QSİP və steroidlərin kombinə olunmuş formaları (ambene, blokium B12 və s.). Tutmalararası dövrdə podaqranın müalicəsi hiperurikemiyaya qarşı, tutmaların təkrar olunmasına qarşı, oynaqların funksiyasının bərpasına yönəldilməlidir. Bu məqsədlə kompleks terapiya aparılmalıdır.

Orqanizmdə mübadilənin yaxşılaşdırılması: sidik turşusunun sintezinin qarşısını alan – urikosupressorlar və sidik turşusunun böyrəklərlə xaric olunmasını artıran – urikozurik preparatların istifadəsi məsləhət görülür [10].

1. Urikosupressorlar podaqranın müalicəsində sidik turşusunun sintezinin qarşısını alan preparatlardır. Allopurinol – 50-100 mq/gün, sonra doza 300-600 mq-a qədər artırıla bilər. Müalicə prosesində 2 həftədən bir olaraq sidik turşusunun miqdarı yoxlanılmalıdır. Kəskin podaqrik artrit müalicəsini allopurinol ilə başlamaq olmaz. Lakin xəstə artıq allopurinol qəbul edərsə, kəskin tutma zamanı onun qəbulunu dayandırmaq olmaz. Febuksostat (ksantinoksidazanın selektiv inhibitoru) 40 mq sutkada sonra dozunu 80-120 mq-a qədər artırmaq. Eyni zamanda allopurinol və febuksostat təyin etmək olmaz. Urikodepressorlarla uzun müddət müalicə etdikdə xəstələrin əhvalı yaxşılaşır, tutmalar azalır, böyrək sancıları olmur, tofuslar yumşalır və sorulur, zədələnmiş oynağın funksiyası bərpa olunur.

2. Urikozurik preparatlar sidik turşusu birləşmələrinin kanal reabsorbsiyasını azaldır, ifrazını artırır, ona görə də bu dərmanlar hiperurikemiyanın böyrək tipində istifadə olunur. Böyrək zədələnməzsə, bu preparatlar allopurinolla əvəz olunur.

Hiperurikemiyanın qarışıq tipində, allopurinolu urikozurik preparatla birgə qəbul edirlər, ancaq hər iki preparatın dozası aşağı olmalıdır. Bəzi hallarda müalicədə 2-5 q çay sodası istifadə edilir. Bu da sidinin qələviləşməsinə və diurezin artmasına gətirib çıxarır, uratların həll olunmasını artırır və daşların əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Urikozurik preparatlar: Sulfinpirazon 200-400 mq/sutka böyük miqdarda maye qəbulu ilə. Probenesid 1,0-2,0 q/sutka. Urisan 2 kapsul gündə 2 dəfə. Angiotenzin II reseptorların blokatorları (lozartan), salisilatlar, fenofibratlar (nofibal) urikozurik təsirə malikdirlər.

3. Pəhriz: tərkibində sidik turşusu əmələ gətirən maddələr olan qida məhsullarının qəbulu minimuma çatdırılmalıdır.

Qadağan olmayan: 2-3 litr su qəbulu, yaşıl çay, mineral sular, kompot, itburnu dəmləməsi, meyvə (moruqdan başqa), tərəvəz, süd, pendir, sıyıqlar, yumurta, qoz, ağ çörək, balqabaq, süzmə, bitki yağı.

Qadağan olan: alkoqol, əsasən də pivə, çaxır; çay, kakao, kofe, şokolad, ət və ət məhsulları, qaraciyər, böyrək, lobya, paxla, göbələk, kürü, balıq, ispanaq, turşəng, turp, əncir, maya.

Çox vaxt ancaq pəhriz saxlamaqla podaqranın klinik əlamətlərini aradan qaldırmaq mümkün olur.

Normal həyat tərzini podaqranın təkrar kəskinləşməsinin qabağını almağa kömək edir. Tutmalararası dövrdə fizioterapevtik müalicə tövsiyə olunur. Məsələn, parafin – ozokerit, pəlçiq applikasiyaları, ultrasəs, litium elektroforez istifadə edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Подагрический артрит. Клинический протокол, Москва, 2013 г, 11 с.
2. Елисеев М.С. Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры // «Научно-практическая ревматология», 2014; №2, т 52: с.141-146.
3. Шостак Н.А., Логинова Т.К., Хоменко В.В., Рябкова А.А., Подагра – острый подагрический артрит и возможности его лечения // Русский Медицинский Журнал, №23, 2003, с.1296
4. Жареникова Н.В., Лопатинская Н.В., Тугова Ю.Е. // Подагра – заболевание с тысячелетней историей. «История и педагогика естествознания», №1, Москва, 2016, с. 48-51
5. Арьев А.Л. Подагра, Санкт-Петербург, 2009, 109 с.

6. Селицкая О.В., Борисенко Н.А. Современные представления о подагре // «Сибирское медицинское обозрение», 2009; №2, том 50, с. 3-9.
7. Насонова В.А., Барскова В.Г. Подагра в конце XX века // Consilium medicum, 2002; №8 (4): с. 4-6.
8. Ильина А.Е., Барскова В.Г., Насонов Е.Л. Подагра, гиперурикемия и сердечно-сосудистый риск // «Научно-практическая ревматология», 2009; №1: с.56-62.
9. Барскова В.Г. Диагностика и лечение подагры, Москва, 2009, 24 с.
10. Сухих Ж.Л., Штонда Н.В., Петров С.А., Воробьева Е.П. Подагра: современные аспекты диагностики и лечения // «Международные обзоры: клиническая практика и здоровье», 2014; №5 (11): с. 79-89.

РЕЗЮМЕ

Подагра - болезнь образа жизни

Султанова С.С.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей
им. А. Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

В статье подробно рассмотрены этиопатогенез, диагностика и клиника подагрического артрита. Приведены основные факторы риска развития заболевания, а также частота встречаемости подагры. Особое внимание уделено методам диагностики и современной терапии данного заболевания, включая диетические рекомендации.

Ключевые слова: подагрический артрит, гиперурикемия, пуриновый обмен.

SUMMARY

Podagra - lifestyle disease

Sultanova S.S.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev,
Department of Therapy, Baku, Azerbaijan

The article describes how the etiopathogenesis, diagnosis and clinical gouty arthritis. The main risk factors for the disease and the incidence of gout are given. The special attention is paid to the methods of modern diagnostics and treatment of this disease, including dietary advice.

Keywords: gouty arthritis, hyperuricemia, purine metabolism.

Redaksiyaya daxil olub: 02.12.2016

Çapa tövsiyə olunub: 16.12.2016

Rəyçi: t.ü.e.d. Fərəcova N.A.