

**ПОДАГРА ВА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ КОМОРБИД КЕЧУВИДА ҚОН ТОМИР  
ЭНДОТЕЛИЙСИ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ**



Таиров Достон Рустамович, Бердиев Дониёр Ҳасан ўғли  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И  
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ  
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Таиров Достон Рустамович, Бердиев Дониёр Ҳасан угли  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**TO ASSESS THE FUNCTIONAL STATE OF THE VASCULAR ENDOTHELIUM AND INCREASE  
THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN THE COMORBID COURSE OF GOUT AND  
CARDIOVASCULAR DISEASES**

Tairov Doston Rustamovich, Berdiev Doniyor Hasan ugli  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [berdiyevdoniyor0770@gmail.com](mailto:berdiyevdoniyor0770@gmail.com)

---

**Резюме.** Юрак-қон томир касалликлари асосан ўрта ва кекса ёшдаги аҳолига орасида атеросклероз натижасида келиб чиқадиан орган шикастланишининг энг кенг тарқалган туридир. Юрак-қон томир касалликларининг пайдо бўлиши ва сийдик кислотасининг юқори даражаси ўртасидаги яқин боғлиқликни ҳисобга олган ҳолда ва юқори сийдик кислотаси ўткир подагра хуружларининг бевосита сабаби бўлганлиги учун ногиронлик ва ўлим даражаси юқори. Подагра касаллиги ва АГ коморбид кечувида юрак қон томир касаллиги билан оғриган беморлар кўпинча ўткир подагра хуружларини бошдан кечиришади, бу уларнинг аҳволини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Шунинг учун подагра ва АГ коморбид кечган ҳолатларда, подагра ўткир хуружларини олдини олиш, эрта назорат қилиш ва фаол даволаш беморнинг аҳволини яхшилашга ва тикланишини рағбатлантиришга ижобий таъсир кўрсатади. Ҳозирги вақтда ўткир подагра хуружлари бўлган юрак қон томир касалликлари билан касалланган беморларни клиник даволаш асосан антиагрегант терапияси, қондаги паст зичликдаги липидларни, хавф омилларини назорат қилиш ва сийдик кислотасини камайтиришга қаратилган. Бироқ, сўнгги йилларда кўплаб далиллар иммун-яллигланиш атеросклерознинг шаклланиши ва ривожланишида муҳим рол ўйнашини кўрсатмоқда. Шундай қилиб, иммун-яллигланишга қарши даволаш юрак қон томир касалликларини даволашда янги йўналишга айланади, деб тахмин қилинади.

**Калим сўзи:** подагра, колхицин, эндотелиал дисфункция, юрак қон томир касалликлари.

**Abstract.** Cardiovascular disease is the most common type of organ damage caused by atherosclerosis, mainly among middle-aged and elderly people. Given the close relationship between the occurrence of cardiovascular disease and high uric acid levels, and because high uric acid is a direct cause of acute gout attacks, the disability and mortality rate are high. Patients with cardiovascular disease in the comorbid course of gout and AG often experience acute gout attacks, which significantly worsens their condition. Therefore, in cases of gout and AG comorbid course, prevention, early control and active treatment of acute gout attacks have a positive effect on improving the patient's condition and promoting recovery. Currently, the clinical treatment of patients with cardiovascular disease with acute gout attacks is mainly focused on antiplatelet therapy, control of low-density lipids in the blood, risk factors, and reduction of uric acid. However, in recent years, increasing evidence suggests that immune-inflammation plays an important role in the formation and progression of atherosclerosis. Thus, it is expected that anti-immune-inflammatory therapy will become a new direction in the treatment of cardiovascular diseases.

**Keywords:** gout, colchicine, endothelial dysfunction, cardiovascular diseases.

---

**Кириш.** Юрак-қон томир касалликлари патогенезида эндотелиал дисфункция ва иммуно-яллиғланиш механизмларининг патогенетик роли маълум. Шу билан бирга, бугунги кунга келиб, подагра касаллиги билан боғлиқ бўлган гипертензияда эндотелийнинг функционал ҳолати ва иммун ҳолатидаги ўзгаришлар ноаниқ бўлиб қолмоқда. АГ қон айланиш тизимидаги бир қатор патологик ўзгаришлар (атеросклероз, аъзолардаги ишемик ва склеротик ўзгаришлар, cerebrovasкуляр, юрак ва буйрак етишмовчилигининг ривожланиши) билан боғлиқ ҳолда модуляция қилувчи механизм вазифасини бажаради, бу эса одамнинг умр кўриш давомийлигини белгилайди. Юрак-қон томир касалликлари асосан ўрта ва кекса ёшдаги аҳолига орасида атеросклероз натижасида келиб чиқадиган орган шикастланишининг энг кенг тарқалган туридир. Юрак-қон томир касалликларининг пайдо бўлиши ва сийдик кислотасининг юқори даражаси ўртасидаги яқин боғлиқликни ҳисобга олган ҳолда ва юқори сийдик кислотаси ўткир подагра хуружларининг бевосита сабаби бўлганлиги учун ногиронлик ва ўлим даражаси юқори. Подагра касаллиги ва АГ коморбид кечувида юрак қон томир касаллиги билан оғриган беморлар кўпинча ўткир подагра хуружларини бошдан кечиришади, бу уларнинг ахволини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Шунинг учун подагра ва АГ коморбид кечган ҳолатларда, подагра ўткир хуружларини олдини олиш, эрта назорат қилиш ва фаол даволаш беморнинг ахволини яхшилашга ва тикланишни рағбатлантиришга ижобий таъсир кўрсатади. Ҳозирги вақтда ўткир подагра хуружлари бўлган юрак қон томир касалликлари билан касалланган беморларни клиник даволаш асосан антиагрегант терапияси, қондаги паст зичликдаги липидларни, хавф омилларини назорат қилиш ва сийдик кислотасини камайтиришга қаратилган. Бироқ, сўнгги йилларда кўплаб далиллар иммуно-яллиғланиш атеросклерознинг шаклланиши ва ривожланишида муҳим рол ўйнашини кўрсатмоқда. Шундай қилиб, иммуно-яллиғланишга қарши даволаш юрак қон томир касалликларини даволашда янги йўналишга айланади, деб тахмин қилинади. Колхитсин липофил алкалоид бўлиб, ўткир подаграни даволашда фойдаланиш учун тасдиқланган бўлиб, сезиларли самарадорликни кўрсатади. Яллиғланишга қарши дори сифатида у юрак-қон томир касалликларининг иккиламчи профилактикаси, бляшка барқарорлигини таъминлаш, ўткир бляшка асоратларини камайтириш ва юрак-қон томир касалликларининг асосий салбий таъсирини камайтиришда кенг истиқболга эга эканлиги аниқланди. Ушбу мулоҳазаларни ҳисобга олган

ҳолда, ушбу тадқиқот колхитсинни ўткир подагра хуружлари бўлган юрак қон томир касалликлари билан оғриган беморлар учун ёрдамчи терапия сифатида унинг касалликни назорат қилишга таъсирини, қон зардобидagi эрувчан хужайралараро адгезион молекулалари (sVCAM) таъсирини ўрганиш учун қўлланилади.

**Ишнинг мақсади:** Беморларда подагра ва артериал гипертензия коморбид кечишида колхитсин терапиясини қўллаб, эндотелиал дисфункцияни коррекция қилиш орқали юрак қон томир касалликлари ва уларнинг асоратини келиб чиқишини камайтириш.

**Текширув материаллари ва усуллари:** 2025-йил январдан 2025-йил июлгача шифохонамизга ётқизилган юрак-қон томир касалликлари ва ўткир подагра хуружи ташхиси билан касалланган 46 нафар беморда тадқиқот ўтказилди. Беморлар кузатув гуруҳи ва назорат гуруҳига бўлинган, ҳар бир гуруҳда 23 нафар бемор. Назорат гуруҳи ҳаммаси эркак (ўртача ёши) 54 дан 76 гача ( $66,3 \pm 4,3$ ) йил, Нью-Йорк юрак ассоциацияси (NYHA) таснифи: I/II/III/IV, тана массаси индекси (ТМИ) 21 дан 30 кг/м<sup>2</sup> гача; Кузатув гуруҳи ҳаммаси эркак (ўртача ёш) 45 дан 74 ( $55,9 \pm 4,2$ ) йил, NYHA таснифи: I/II/III/IV, ТМИ 21 дан 28 гача ( $22,50 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup>). Икки гуруҳ ўртасида дастлабки маълумотларда сезиларли фарқлар йўқ эди ( $p > 0,05$ ). Барча беморлар юрак қон томир касалликлари ва ўткир подагра хуружи диагностикаси мезонларига жавоб беришди. Беморларга ва уларнинг оилаларига ушбу тадқиқот ҳақида маълумот берилди. Ушбу тадқиқотда ишлатиладиган дори-дармонларга аллергияси бўлган беморлар; психиатрик касалликларга чалинган беморлар; бошқа турдаги юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморлар; сезиларли жигар ёки буйрак функцияси бузилган беморларда тадқиқот ўтказилмади. Назорат гуруҳидаги беморлар анъанавий даволанишни олди, кузатув гуруҳидаги беморлар эса назорат гуруҳининг даволанишига қўшимча равишда колхитсин терапиясини олди. Иккала гуруҳда ҳам клиник самарадорлик баҳоланди. Даволашдан олдин ва кейин ҳар бир беморда юрак функцияси кўрсаткичлари (чап қоринча эжексиён фракцияси (ЧКЕФ), чап қоринча диастолик диаметри (ЧҚДЛ), чап қоринча орқа деворининг қалинлиги (ЧҚОДҚ), қон томир эндотелиал функцияси кўрсаткичлари (sVCAM-1) ва қондаги сийдик кислота миқдори, биокимёвий таҳлиллар, ЭКГ (электрокардиограмма), аниқланди. Даволанишдан уч ой ўтгач, юрак-қон томир тизимида салбий таъсир кўрсатадиган коронар хавф омилларининг пайдо бўлиши ҳам қайд этилган.

### Олинган натижалар ва Муҳокама:

Подагра касаллиги ва АГ биргаликда кечганда беморларни кардиогемодинамикаси ўрганилганда, бир қатор ўзгаришлар аниқланди. Даволаниш охирида клиник самарадорлик аввалги адабиётларга асосланиб баҳоланди ва уч гуруҳга бўлинган: сезиларли самарадорлик, самарадорлик ва самарасизлик. Муҳим самарадорлик: беморларда клиник симптомларнинг сезиларли яхшиланиши, қўшма функцияларнинг яхши тикланиши, деярли нормал электрокардиограмма (ЭКГ) натижалари ва лаборатория индикаторларининг деярли нормал даражасига қайтиши кузатилди. Самарадорлик: беморларда клиник симптомлар ва қўшма

функцияларда яхшиланишлар кузатилди, ЭКГ ва лаборатория кўрсаткичлари яхшиланишни кўрсатди. Самарасизлик: беморларда клиник симптомлар, қўшма функциялар, ЭКГ натижалари ёки лаборатория индикаторлари даражасида яхшиланишлар кузатилмади ва ҳатто ёмонлашган бўлиши мумкин. Умумий самарадорлик даражаси муҳим самарадорлик даражаси ва самарадорлик даражаси йиғиндиси сифатида ҳисоблаб чиқилган. Кузатув гуруҳидаги жами самарадорлик даражаси назорат гуруҳига қараганда анча юқори (95,65% га нисбатан 78,26%) ( $p < 0,05$ ). Батафсил маълумотлар 1-жадвалда келтирилган.

**Жадвал 1.** Икки гуруҳ ўртасидаги умумий самарадорликни солиштириш ( $n$  (%),  $n=23$ )

| Гуруҳ                      | Муҳим самарадорлик | Самарадорлик | Самарасизлик | Умумий самарадорлик даражаси (%) |
|----------------------------|--------------------|--------------|--------------|----------------------------------|
| Кузатув гуруҳи             | 12                 | 10           | 1            | 95.65                            |
| Нazorат гуруҳи             | 8                  | 10           | 5            | 78.26                            |
| $\chi^2$ ( $\chi^2$ тести) |                    |              |              | 3.755                            |
| P-қиймати                  |                    |              |              | 0.0445                           |

**Жадвал 2.** Икки гуруҳ ўртасидаги лаборатор кўрсаткичлар даражасини таққослаш ( $n=23$ )

| Гуруҳ               | Сийдик кислота мкмол/л |                  | СРО, мг/л        |                  | ПЗЛПХС ммол/л    |                  |
|---------------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                     | Даволашдан олдин       | Даволашдан кейин | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин |
| Кузатув гуруҳи (23) | 565 (414;618)          | 330 (302;412)    | 9,2±3,8          | 4,1±1,3          | 4,2±1,11         | 2,1±0,7          |
| Нazorат гуруҳ (23)  | 560 (410;619)          | 411 (380;465)    | 9,1±3,6          | 4,8±1,7          | 4,3±1,12         | 3,1±0,9          |

Изоҳ: Даволанишдан олдинги билан солиштирилганда,  $p < 0,05$ ; #назорат гуруҳи билан солиштирилганда,  $p < 0,05$ .

**Жадвал 3.** Икки гуруҳ ўртасидаги юрак функциясини таққослаш ( $n=23$ )

| Гуруҳ               | ЧҚОДҚ (мм)       |                  | ЧҚДД (мм)        |                  | ЧҚЕФ (%)         |                  |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                     | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин |
| Кузатув гуруҳи (23) | 15.24±2.21       | 7.57±1.13        | 52.44±3.50       | 42.23±2.08       | 40.25±2.2        | 54.750±2.25      |
| Нazorат гуруҳ (23)  | 15.21±2.04       | 9.98±1.21        | 51.9±3.12        | 46.65±2.06       | 41.3±2.15        | 48.5±1.07        |
| T                   | 0.330            | 10.212           | 0.544            | 9.805            | 0.121            | 16.3             |
| P-қиймати           | 0.642            | <0.001           | 0.488            | <0.0011          | 0.805            | <0.0011          |

Изоҳ: Даволанишдан олдинги билан солиштирилганда,  $p < 0,05$ ; #назорат гуруҳи билан солиштирилганда,  $p < 0,05$ .

**Жадвал 4. Икки гуруҳ орасидаги эндотелиал функцияни солиштириш (n=23)**

| Гуруҳ               | sVCAM-1 (ng/mL)  | sVCAM-1 (ng/mL)  |
|---------------------|------------------|------------------|
|                     | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин |
| Кузатув гуруҳи (23) | 303.78±25.88     | 125.6±20.07      |
| Назорат гуруҳ (23)  | 304.2±23.71      | 146.98±22.46     |

Изоҳ: Даволанишдан олдинги билан солиштирганда,  $p < 0,05$ ; #назорат гуруҳи билан солиштирганда,  $p < 0,05$ .

Икки гуруҳ ўртасида бир қатор лаборатор кўрсаткичлар миқдорини таққослаш:

Даволашдан олдин икки гуруҳ ўртасида сийдик кислота, СРО (С-реактив оксил) ва ПЗЛПХС (паст зичликдаги липопроteid холестерин) даражаларида сезиларли фарқлар йўқ эди ( $p > 0,05$ ). Даволанишдан сўнг, Сийдик кислота, СРО(С-реактив оксил) ва ПЗЛПХС(паст зичликдаги липопроteid холестерин) даражалари иккала гуруҳда ҳам камайди, кузатув гуруҳи назорат гуруҳига нисбатан пастроқ даражаларни кўрсатди ( $p < 0,05$ ). Батафсил маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

Икки гуруҳ ўртасида юрак фаолиятини таққослаганимизда:

Даволашдан олдин ЧҚОДҚ, ЧҚДД ва ЧҚЕФ даражаларида икки гуруҳ ўртасида сезиларли фарқлар йўқ эди ( $p > 0,05$ ). Даволанишдан сўнг кузатув гуруҳидаги ЧҚОДҚ ва ЧҚДД даражалари назорат гуруҳидагиларга қараганда пастроқ эди, ЧҚЕФ эса назорат гуруҳига нисбатан юқорироқ эди ( $p < 0,05$ ). Батафсил маълумотлар 3-жадвалда келтирилган.

Икки гуруҳ ўртасидаги эндотелиал функцияни солиштирганимизда: Даволанишдан сўнг sVCAM-1 даражаси пасайди ( $p < 0,05$ ). Батафсил маълумотлар 4-жадвалда келтирилган.

Икки гуруҳ ўртасида асосий юрак-қон томир ходисалари частотасини таққослаганимизда: Кузатув гуруҳида миокард инфарктининг атиги 1 та ҳолати мавжуд бўлиб, бунинг натижасида юрак-қон томир касалликлари билан касалланиш даражаси 4,34% ни ташкил этди. Назорат гуруҳида 2 та инсулт, 2 та миокард инфаркти ҳолатлари қайд этилган, бунинг натижасида юрак-қон томир касалликлари билан касалланиш даражаси 17,4% ни ташкил этган. Таққослаш учун, кузатув гуруҳида юрак-қон томир касалликларининг асосий частотаси назорат гуруҳидагига қараганда паст эди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, сийдик кислотасининг юқори даражаси юрак қон томир касаллиги билан боғлиқ бўлган ўткир подагра хуружларининг асосий сабабидир. Сўнгги йилларда аҳолининг тез қариши ва турмуш даражасининг яхшиланиши юрак қон томир касаллиги билан касалланишнинг кўпайишига олиб келди. Бу юрак қон томир касалликлари билан асоратланадиган ўткир подагра хуружлари бўлган беморлар сонининг сезиларли ўсишига

олиб келди. Бу нафакат беморларнинг ҳаётига жиддий хавф туғдиради, балки иқтисодий ва ижтимоий юқларни ҳам оширади. Шунинг учун хавфсиз ва самарали даволаш чораларини кўриш касаллиқнинг ривожланишини назорат қилиш ва прогнозни яхшилаш учун катта аҳамиятга эга. Ўткир подагра хуружлари билан биргаликда кечган юрак-қон томир касаллиқларини яллиғланишга қарши даволашга қизиқиш ортиб бормокда, чунки сўнгги тадқиқотлар атеросклероз ривожланишида яллиғланишнинг ролини таъкидлади. Колхитсин тежамкор яллиғланишга қарши дори сифатида кенг қўлланми яллиғланишга қарши таъсирга эга. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот колхитсинни ўткир подагра хуружлари бўлган юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморлар учун кўшимча терапия сифатида қўллади, бу унинг касаллиқни назорат қилиш ва тегишли яллиғланиш омиллари ва қон томир эндотелиал функцияси омилларига таъсирини ўрганишга қаратилган. Жорий тадқиқотда кузатув гуруҳи назорат гуруҳига нисбатан юқори умумий клиник самарадорликни кўрсатди, бу колхитсин терапияси юрак қон томир касалликлари ва ўткир подагра хуружлари бўлган беморларда клиник самарадорликни ошириш учун фойдали эканлигини кўрсатди. Касаллиқнинг кейинги ривожланишини назорат қилишда ижобий рол ўйнайди. Бу таъсир колхитсиннинг яллиғланишга қарши, иммуносупрессив, антифибротик ва ангиопротектив хусусиятлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундан ташқари, баъзи ўтказилган тадқиқотларда колхитсин ангина пекториси ва ўткир подагра билан оғриган беморларни даволашда яхши самарага эга эканлигини кўрсатди, бу подагра ва иммун яллиғланиш белгиларининг яхшиланишига олиб келди. Ушбу топилма жорий тадқиқот натижаларига мос келади. sVCAM-1 бляшка заифлигини ошириши мумкин ва кўпинча юрак қон томир касалликларининг оғирлигини баҳолаш учун муҳим биокимёвий кўрсаткич сифатида ишлатилади. Эндотелиал функция бузилган бўлса, у коронар артериянинг торайиши ва миокард ишемияси ва гипоксияга олиб келиши мумкин. Ушбу тадқиқот шуни кўрсатадики, даволанишдан кейин кузатув гуруҳи назорат гуруҳига нисбатан sVCAM-1 нинг паст даражаларига эга. Бу шуни кўрсатадики,



колхитсин билан кўшимча даволаш юрак қон томир касалликлари ва бир вақтнинг ўзида ўткир подагра хуружлари бўлган беморларда эндотелиал дисфункцияни яхшилаш учун фойдалидир. Бу колхитсиннинг сийдик кислотасини пасайтирадиган самарали хусусиятларига боғлиқ бўлиши мумкин, бу урат кристалларининг чўкишини камайтиради ва шу билан томир эндотелиясига зарар етказилишини камайтиради ва тромб ҳосил бўлишини олдини олади. Бундан ташқари, колхитсин оқ қон хужайралари ва тромбоцитлар ўртасидаги ўзаро таъсирни ингибиция қилиши, эндотелиал хужайра селекциясини камайтириши ва тромбоцитлар агрегациясига қарши таъсир кўрсатиши мумкин, шу билан эндотелиал функцияни ҳимоя қилади. Ушбу тадқиқотда, даволашдан сўнг, кузатув гуруҳида ЧҚОДҚ ва ЧҚДД даражаси паст бўлган, ЧКЕФ эса назорат гуруҳига нисбатан юқори бўлган, бу юрак қон томир касалликлари ва бир вақтнинг ўзида ўткир подагра хуружлари бўлган беморларда кўшимча колхитсинни даволаш юрак фаолиятини яхшилаш билан боғлиқлигини кўрсатади. Бу яхшиланиш колхитсиннинг яллиғланишга қарши хусусиятлари ва эндотелиал функцияни яхшилашдаги роли билан боғлиқ бўлиши мумкин. Тадқиқот шуни кўрсатдики, кузатув гуруҳида асосий юрак-қон томир ходисалари назорат гуруҳига нисбатан пастроқ бўлган, бу аввалги тадқиқотларга мос келади. Бу шуни кўрсатдики, кўшимча колхитсин терапияси асосий юрак-қон томир асоратларининг пайдо бўлишини камайтиришга ижобий таъсир кўрсатади.

**Хулоса.** Подагра коморбид кечувида юрак-қон томир касалликлари ва ўткир подагра хуружлари бўлган беморларда колхитсин билан кўшимча даволаш юқори терапевтик самарадорликни кўрсатди. Бу яллиғланишни камайтиришга, эндотелиал функцияни ва юрак фаолиятини яхшилашга ёрдам беради, иммунитетни тиклашга ёрдам беради ва асосий юрак-қон томир асоратларининг пайдо бўлишини камайтиради.

#### Адабиётлар:

1. Tairov D.R., Berdiev D.KH. "Gout: Immunological and genetic characteristics of the disease." Volume: 3, Issue: 12, Dec-2024. journals.academiczone.net.
2. Tairov D.R., Berdiev D.KH. "Characteristics of Cardiohemodynamic Disorders in Gout Disease." SCIENTIFIC PROGRESS. Volume 2, Issue 3, 2021. ISSN: 2181-1601.
3. Tairov D.R., Berdiev D.KH. "Medication and Non-Medication Methods to Eliminate Hyperuricemia in

- Gout." "Science and Education" Scientific Journal. Impact Factor 3.848. May 2023, Volume 4, Issue 5.
4. Tairov D.R., Berdiev D.KH. "Characteristics of Heart Functional Disorders in Gout Disease." Galaxy international interdisciplinary research journal (GIIRJ). ISSN (E): 2347-6915. Vol. 10, Issue 5, May 2022.
  5. Tairov D.R., Berdiev D.KH. "Cardiovascular Damage and Metabolic Syndrome Comorbidities in Patients with Gout Disease." 2nd International Congress on Multidisciplinary Studies. Indonesia. February 20th, 2021. conferencepublication.com.
  6. Nasonov E.L., Karateev D.E., Satibaldiyev A.M., et al. (2015).
  7. Елисеев М.С. Коморбидность при подагре и гиперурикемии: распространенность, причины, перспективы уратснижающей терапии / М.С. Елисеев, А.М. Новикова. – DOI10.26442/00403660.2019.05.000232// Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91, № 5. – С. 120–128.
  8. Кушнарченко Н.Н. Клиническое значение жесткости сосудистой стенки и центрального аортального давления у мужчин с подагрой / Н.Н. Кушнарченко, М.В. Губанова, А.В. Говорин // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 6. – С. 43-47.
  9. Кушнарченко Н.Н. Клиническое значение мочевой кислоты, С-реактивного белка в развитии гипертрофии левого желудочка у мужчин с подагрой / Н.Н. Кушнарченко, М.В. Губанова // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск. – 2014. – № 8. – С. 41-44.
  10. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
  11. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р. Связь заболеваний пародонта с острым коронарным синдромом (литературный обзор) //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4. – С. 252.
  12. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью //Вестник врача. – 2021. – №. 3. – С. 100.
  - 13.Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями //Врач-аспирант. – 2009. – Т. 10. – №. 37. – С. 885-889.
  - 14.Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
  - 15.Ризаев Ж. А., Гафуров Г. А. Влияние общесоматической патологии на

стоматологическое здоровье //Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – №. 1. – С. 11-14.

16.Ризаев Ж. А., Рузимуротова Ю. Ш., Тураева С. Т. Влияние социально-гигиенических факторов труда и быта на здоровье медицинских сестер //Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 922-926.

17.Ризаев Ж. А. и др. Использование светодиодного излучения в стоматологии (обзор литературы) //Stomatologiya. – 2017. – №. 4. – С. 73-75.

18.Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен //Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2022. – С. 20-24.

19.Ярмухамедова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение Краткосрочной Адаптации К Физическим Нагрузкам У Спортсменов Со Вторичными Иммунодефицитами //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.

20. Saito Y, Tanaka A, Node K, Kobayashi Y. Uric acid and cardiovascular disease: A clinical review. J Cardiol. 2021 Jul; 78(1):51-57.

21. Kimura Y, Tsukui D, Kono H. Uric acid in inflammation and the pathogenesis of atherosclerosis. Int J Mol Sci. 2021 Nov 17;22(22):12394

22. Prabhakar AP, Lopez-Candales A. Uric acid and cardiovascular diseases: a reappraisal. Postgrad Med. 2024 Aug; 136(6):615-623.

23. Lin KH, Yen FS, Li HL, Wei JC, Hsu CC, Yang CC, Hwu CM. Urate-lowering therapy exerts protective effects against hypertension development in patients with gout. J Hum Hypertens. 2021 Apr; 35(4):351-359

24. Toprover M, Shah B, Oh C, Igel TF, Romero AG, Pike VC, Curovic F, Bang D, Lazaro D, Krasnokutsky S, Katz SD, Pillinger MH. Initiating guideline-concordant gout treatment improves arterial endothelial function and reduces intercritical inflam-

mation: a prospective observational study. Arthritis Res Ther. 2020 Jul 11; 22(1):169.

25. Tairov E.S., Tairov D.R., Solovyev S.K. "Gout: Diagnosis and Treatment." Tashkent, Uzbekistan, 2020.

# **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Таиров Д.Р., Бердиев Д.Х.

**Резюме.** Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее распространенным типом поражения органов, вызванного атеросклерозом, преимущественно среди людей среднего и пожилого возраста. Учитывая тесную связь между возникновением сердечно-сосудистых заболеваний и высоким уровнем мочевой кислоты, а также тот факт, что высокий уровень мочевой кислоты является непосредственной причиной острых приступов подагры, уровень инвалидизации и смертности высок. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями при коморбидном течении подагры и АГ часто испытывают острые приступы подагры, что значительно ухудшает их состояние. Таким образом, при коморбидном течении подагры и АГ профилактика, ранний контроль и активное лечение острых приступов подагры положительно влияют на улучшение состояния пациента и способствуют выздоровлению. В настоящее время клиническое лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и острыми приступами подагры в основном сосредоточено на антиагрегантной терапии, контроле уровня липидов низкой плотности в крови, факторах риска и снижении уровня мочевой кислоты. Однако в последние годы появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что иммунновоспалительные процессы играют важную роль в формировании и прогрессировании атеросклероза. Таким образом, ожидается, что противоиммунная терапия станет новым направлением в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

**Ключевые слова:** подагра, колхицин, эндотелиальная дисфункция, сердечно-сосудистые заболевания.