

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №11

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
АХБОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Гадаев А.Г., Салаева М.С. ЎПКАНИ СУРУНКАЛИ ОБ-СТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИ IV-ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ, ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ УЧРАШИ	Gadaev A.G., Salaeva M.S. THE OCCURRENCE OF RISK FACTORS, CONCOMITANT DISEASES AND RENAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OF THE IV DEGREE OF SEVERITY	124
Гадаев А.Г., Халимова Х.Х. ЎПКАНИ СУРУНКАЛИ ОБ-СТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН КЕЧГАНДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ УЧРАШИ	Gadaev A.G., Khalimova Kh.Kh. RENAL DYSFUNCTION AND RISK FACTORS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH ARTERIAL HYPERTENSION	128
Гадаева Н.А., Гадаев А.Г., Шамсутдинова Г.Б. СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕ-МОРЛАРДА СТАНДАРТ ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ЮРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ ВА ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ	Gadaeva N.A., Gadaev A.G., Shamsutdinova G.B. THE EFFECT OF STANDARD MEDICAL TREATMENTS ON HEART FUNCTIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	132
Гадаева Н.А., Туракулов Р.И. ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА ТАШХИС-ЛАШДА КЛОТНО ОҚСИЛИНИ АҲАМИЯТИ	Gadaeva N.A., Turakulov R.I. ROLE OF CLOTHO PROTEIN IN EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE OF DIFFERENT ETIOLOGIES	138
Дадабаева Р.К., Гадаев А.Г. ТУҒРУҚ ЁШИДАГИ ЎЗБЕК АЁЛЛАРИДА СЕМИЗЛИК ФЕНОТИПЛАРИ ШАКЛЛАНИШИДА PPARGC1A ГЕНИ GLY482SER ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ АҲАМИЯТИ	Dadabaeva R.K., Gadaev A.G. SIGNIFICANCE OF GLY482SER POLYMORPHISM PPARGC1A GENE IN THE FORMATION OF OBESITY PHENOTYPES IN UZBEK WOMEN OF CHILDREN AGE	141
Дадабаева Р.К., Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С. СЕМИЗЛИКНИНГ ФЕНОТИПЛАРИДА LEPR ГЕНИНИНГ ARG223GLN ПОЛИМОРФИЗМИ АЛЛЕЛ ВА ГЕНОТИПЛАРИНИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ	Dadabaeva R.K., Gadaev A.G., Axmedov X.S. PREVALENCE OF ALLEL AND GENOTYPES OF LEPR GENE ARG223GLN POLYMORPHISM IN OBESITY PHENOTYPES	146
Zaripov S.I., Nadjmutdinova D.K., Pulotova S.A. THE STATE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS AFTER COVID-19	Zaripov S.I., Nadjmutdinova D.K., Po'lotova S.A. COVID-19 O'TKAZGAN 2-TUR QANDLI DIABET BEMORLARDA YURAK QON TOMIR TIZIMI HOLATI	150
Кучкаров Х.Ш., Кобилова Д.К., Кучкаров Ш.Б. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАРРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ IC КЛАССА ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО «КОНТРОЛЯ РИТМА» ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	Kuchkarov H.Sh., Kobilova D.K., Kuchkarov Sh.B. USE OF CLASS IC ANTIARRHYTHMIC DRUGS FOR LONG-TERM "RHYTHM CONTROL" IN ATRIAL FIBRILLATION	152
Кучкоров Ш.Ш., Гадаев А.Г. СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ВИТАМИН Д ВА ПАРАТГОРМОН КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ ВА УНГА КОМПЛЕКС МУОЛАЖАЛАР ТАЪСИРИ	KuchkorovSh.Sh., Gadaev A.G. CHANGES IN VITAMIN D AND PARATHYROID HORMONE INDICATIONS IN CHRONIC HEART FAILURE WITH CHRONICKIDNEY DISEASES AND THE INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENTS ON THEM	157
Мухамеджанова Н.И., Абдурахимова Л.А., Каримова Н.М., Плугарь В.И., Мухамеджанова Д.И. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕМЕНТАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМОГО У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА	Mukhamedjanova N.I., Abdurakhimova L.A., Karimova N.M., Plugar V.I., Mukhamedjanova D.I. INFLUENCE ON HEMOSTASIS INDICATORS OF COMPLEMENTARY TREATMENT CONDUCTED IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS	162
Набиева Д.А., Ташпулатова М.М. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ ПОДАГРЕ	Nabiyeva D.A., Tashpulatova M.M. CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN MEN AND WOMEN WITH GOUT	165
Пирматова Н.В., Гадаев А.Г., Рахматуллаева Н.Р. ИЗУЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ	Pirmatova N.V., Gadaev A.G., Rakhmatullaeva N.R. STUDY OF RENAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE DURING THE STANDARD THERAPY	169
Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., Абдуллаев А.А. СТАБИЛ ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИДА БУЙРАКЛАР ФАОЛИЯТИГА СТАНДАРТ ДАВО ВА ХОЛЕСТЕРИН АБСОРБЦИЯСИ ИНГИБИТОРЛАРИ ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ	Rakhimova M.E., Gadaev A.G., Abdullaev A.A. EVALUATION OF THE EFFECT OF STANDARD TREATMENT AND CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS ON RENAL FUNCTION IN STABLE ANGINA PECTORIS	172
Ruzmetova I.Ya., Akhmedov X.S., Xalmetova F.I. REVMAUTOID ARTRITDA ВИТАМИН D YETISHMOVCHILIGINI KORREKSIYALASHNING АНАМИЯТИ	Ruzmetova I.Ya., Akhmedov Kh.S., Khalmetova F.I. THE IMPORTANCE OF CORRECTING VITAMIN D DEFICIENCY IN RHEUMATOID ARTHRITIS	178

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ**

Халметова Ф.И., Рахимова М.Б., Хамраева Н.А.

**PODAGRANING KLINIK BELGILARI**

Xalmetova F.I., Rahimova M.B., Xamraeva N.A.

**CLINICAL FEATURES OF GOUT**

Khalmetova F.I., Rakhimova M.B., Khamraeva N.A.

*Ташкентская медицинская академия, Университет Альфраганус*

**Maqsad:** podagra bilan og'rigan bemorlarda metabolik sindromning klinik va laboratoriya belgilarining chastotasi va xarakterini aniqlash va ularning bemorlarning yoshi, kasallikning davomiyligi, asosiy kasallikning zo'rvonlik indeksi va pastki ekstremitalarning disfunktsiyasi bilan bog'liqligini baholash. **Material va usullar:** revmatologiya bo'limida podagra bilan og'rigan 49 nafar erkak bemor tekshirildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi  $50,6 \pm 1,6$  yil, kasallikning davomiyligi  $9,4 \pm 1,7$  yil. Tekshiruv antropometrik ko'rsatkichlarni aniqlashni o'z ichiga oladi: tana vazni, tana massasi indeksi (BMI), bel atrofi (WC). **Natijalar:** bemorlarning 42,9 foizida podagra artritining o'tkir shakli, 22,4 foizida uzaygan, 34,7 foizida surunkali shakllangan. Bemorlarning 26,5 foizida tofi topilgan. Ko'pincha gut va metabolik sindromning komorbid kursi irsiy moyillik bilan bog'liq. **Xulosa:** gutning oldini olish usullari jismoniy faollikni saqlash, tana vaznini dietani tuzatish, shuningdek, o'z vaqtida asosiy davolanishni o'z ichiga olishi mumkin.

**Kalit so'zlar:** podagra artriti, metabolik sindrom, semizlik.

**Objective:** To identify the frequency and nature of clinical and laboratory signs of metabolic syndrome in patients with gout and to evaluate their relationship with the age of patients, duration of the disease, severity index of the underlying disease and impairment of lower limb function. **Material and methods:** 49 male patients with gout were examined in the rheumatology department. The average age of patients was  $50.6 \pm 1.6$  years, duration of the disease was  $9.4 \pm 1.7$  years. The examination included determination of anthropometric parameters: body weight, body mass index (BMI), waist circumference (WC). **Results:** Acute gouty arthritis was observed in 42.9%, prolonged - in 22.4%, chronic - in 34.7% of patients. Tophi were detected in 26.5% of patients. Very often, comorbid course of gout and metabolic syndrome is due to hereditary predisposition. **Conclusions:** Methods of prevention for gout include maintaining physical activity, dietary correction of body weight, and timely basic treatment.

**Key words:** Gouty arthritis, metabolic syndrome, obesity.

Подагра является системным заболеванием при котором в различных тканях откладываются кристаллы мочевой кислоты (ураты), обусловленное нарушением пуринового метаболизма и гиперурикемией. Заболевание также сопровождается основными клиническими и лабораторными признаками метаболического синдрома (МС), наиболее часто гиперхолестеринемией, АГ, ожирением и сахарным диабетом (СД) 2-го типа [1-3,6]. Нарушения пуринового, жирового и углеводного обмена при подагре могут сопровождаться патологическими изменениями в соединительной ткани суставов, способствуя развитию и хронизации воспалительного процесса в суставах [4,5]. Однако особенности изменений клинических, лабораторных симптомов и функциональных показателей суставов у больных подагрой с сопутствующим МС до конца не изучены [7-9].

**Цель исследования**

Выявление частоты и характера клинических и лабораторных признаков метаболического синдрома у больных подагрой и оценка их взаимосвязи с возрастом больных, длительностью заболевания, индексом тяжести основного заболевания и нарушениями функции нижних конечностей.

**Материал и методы**

В ревматологическом отделении были обследованы 49 больных подагрой мужского пола. Средний возраст пациентов –  $50,6 \pm 1,6$  года, продолжительность заболевания –  $9,4 \pm 1,7$  года. Диагноз заболе-

вания устанавливался согласно критериям, разработанные S.L. Wallace [6]. Обследование включало определение антропометрических показателей: массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). Кровь на исследование липидного спектра брали после 14-часового голодания. Содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов определяли с помощью наборов фирмы "Витал Диагностикум", общих липидов (ОЛ) – набором фирмы "Лахема" (АО, Брно, Чешская республика). ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по W. Friedwald и соавт., ХС липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) по формуле: содержание ТГ/5. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Использовалась простая описательная статистика, непараметрический корреляционный анализ по методу Спирмена.

**Результаты и обсуждение**

На момент включения в исследование у всех пациентов были выявлены признаки артрита, вариант которого определялся по наибольшей длительности последнего обострения за истекший год. Так, острый вариант подагрического артрита (ПА) (длительность обострения не более 3-х нед.) отмечался у 42,9%, затяжной (длительность обострения от 3-х до 12 нед.) – у 22,4%, хронический (артрит длительностью более 3-х мес.) – у 34,7% пациентов. Тофусы обнаружены у 26,5% больных. Поражение плюсне-

фалангового сустава большого пальца стопы имелись у 51%, суставов стопы – у 28,6%, голеностопных и коленных – у 24,5% больных. У 30,6% больных поражение суставов имело моноартикулярный характер, у 69,4% – олигоартикулярный. У 63,2% больных была обнаружена I, у 36,7% – II степень функциональной недостаточности суставов. Уролитиаз диагностирован у 32 (65,3%) обследованных, при этом клинические признаки, включая почечную колику в анамнезе, отмечались у 5 (10,2%) из них.

ИМТ больных ПА варьировал от 19 до 38 лет. У 14 (28,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (18,5-24,9), у 20 (40,8%) – избыточной массе тела (25-29,9, предожирение), у 9 (18,4%) – ожирению I степени (30-34,9) и у 6 (12,2%) – ожирению II степени (35-40).

Для оценки тяжести нарушения функции нижних конечностей (НФНК) использовался интегральный показатель, который вычисляется как среднее арифметическое значение от величины 6 экспертных признаков – передвижение, дополнительная опора, выполнение бытовых функций, самообслуживание, пользование общественным транспортом, выполнение профессиональных обязанностей.

НФНК более 20% расценивается как тяжелое и соответствует III и более группам инвалидности (в соответствии с экспертными оценками ВТЭК). По степени тяжести нарушения функции нижних конечностей у 20 (40,8%) больных соответствовал 0-20%, у 19 (38,8%) – 21-40%, у 10 (10,4%) – 41-60%.

Среди больных ПА основные 3 клинические фактора МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% (1-я группа): у 30,6% имелось ожирение I и II степени, у 26,5% – артериальная гипертензия, у 12,2% – СД 2-го типа. У 32,6% больных выявлена одна клиническая форма МС, у 12,2% – сочетание двух форм (АГ и ожирение II степени – у 8,2%, АГ и СД 2-го типа – у 4,1%), у 4,1% – трех форм (АГ, ожирение II степени и СД 2-го типа). 2-ю группу составили 25 пациентов без клинических форм МС.

При ПА наблюдались повышение показателей липидного профиля – лабораторных критериев МС. Так, у больных ПА содержание общих липидов составило от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание – 8,55±0,03 г/л. У 32,7% больных уровень общих липидов был в пределах 4,8-8,4 г/л (нормальный уровень), у 67,3% – выше 8,4 ммоль/л (повышенный уровень). У больных 1-й группы уровень общих липидов (9,60±0,04 г/л) был в 1,28 раза выше, чем у больных 2-й группы (7,50±0,05 г/л,  $P<0,02$ ). Содержание холестерина при ПА составило 5,2-10,2 ммоль/л (в среднем – 7,2±0,05 ммоль/л): у 34,7% больных – 5,2-6,5 ммоль/л (пограничный уровень), у 38,8% – 6,6-8,0 ммоль/л (повышенный уровень), у 26,5% – выше 8,0 ммоль/л (высокий риск развития МС).

У больных с основными клиническими факторами МС (ожирение, АГ и СД 2-го типа) среднее содержание холестерина составило 8,6±0,7 ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без клинических проявлений МС (6,2±0,4 ммоль/л,  $p<0,02$ ).

Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови имела прямую коррелятивную связь со степенью гиперурикемии ( $r=0,65$ ;  $r=0,54$ ) и давностью заболевания ( $r=0,72$ ;  $r=0,62$ ).

При ПА уровень ХС ЛПНП в среднем составил 4,40±0,01 ммоль/л: у 38,8% больных – от 1,8 до 3,6 ммоль/л (нормальный уровень), у 40,0% больных – от 3,6 до 4,5 ммоль/л (повышенный уровень), у 20,0% больных – выше 4,6 ммоль/л (высокий уровень). Среднее содержание ХС ЛПОНП – 0,49±0,01 ммоль/л: у 36,7% больных – от 0,2 до 1,6 ммоль/л (нормальный уровень), у 61,2% больных – выше 1,6 ммоль/л (повышенный уровень). У больных 1-й группы содержание ХС ЛПНП (4,80±0,02 ммоль/л) и ХС ЛПОНП (0,54±0,03 ммоль/л) было в 1,20 и 1,22 раза больше, чем у больных 2-й группы ( $p_1$  и  $p_2<0,05$ ).

Расчет индекса тяжести подагры (ИТ) осуществлялся по следующей формуле: тофусы (0 – нет, 1 – есть) + количество тофусов/40 + количество пораженных суставов при осмотре/28 + количество пораженных суставов за все время болезни/28 + количество обострений за последний год/12 + длительность последнего обострения (в неделях)/52 + возраст больного (число полных лет)/65 + уровень мочевого кислоты (мкмоль/л)/420 = ИТ (в баллах).

Больные с наличием клинических показателей МС были по возрасту старше (54,6±3,2 и 47,1±2,7 лет,  $p<0,05$ ) и имели большее количество пораженных суставов (4,6±0,2 и 2,5±0,7,  $p<0,02$ ). Количество подкожных тофусов (37,5 и 16,0%), частота артрита за последний год (3,8±0,3 и 2,2±0,1 раз,  $p<0,02$ ), длительность последнего обострения (3,6±0,2 и 1,2±0,1 неделя,  $p<0,02$ ) и собственный индекс тяжести подагры (3,7±0,2 и 2,3±0,2 б,  $p<0,02$ ) у больных с МС были выше, чем у больных без МС.

При анамнестическом исследовании больных с гиперхолестеринемией и сопутствующими клиническими факторами МС наиболее часто выявлялись наследственная предрасположенность (наличие подагры у родителей, АГ, ИБС, СД), частые погрешности в питании и отсутствие базисного (аллопуринол, урикозурические препараты) лечения основного заболевания.

### Выводы

1. Как известно, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе и инсулинорезистентность, сочетающиеся с артериальной гипертензией составляют метаболический синдром. Подагра – заболевание, обусловленное нарушением пуринового метаболизма и гиперурикемией – у 49,0% пациентов сопровождается основными клиническими формами МС. Лабораторные признаки МС – дислипидемия, гиперхолестеринемия и повышение уровня ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП – выявляются в 60,0-67,3% случаев. Развитие и утяжеление метаболического синдрома связано с основными клиническими признаками подагры.

2. У больных МС частота уролитиаза, показатель тяжести нарушения функции нижних конечностей, количество пораженных суставов, количество под-

кожных тофусов, частота артрита за последний год, длительность последнего обострения и собственный индекс тяжести подагры выше, чем у больных без МС.

3. МС при подагре развивается чаще у больных после 50 лет. Степень гиперурикемии и давность заболевания имеют прямую корреляцию со степенью повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови. Очень часто коморбидное течение подагры и МС обусловлено наследственной предрасположенностью. Включение гиперурикемии в число факторов МС и наличие прямой корреляционной связи между клинико-лабораторными показателями подагры и МС обуславливает включение подагры к клиническим критериям МС.

4. Можно предположить, что методами профилактики МС при подагре могут служить сохранение двигательной активности, диетическая коррекция массы тела за счет снижения калорийности пищи и уменьшения ее объема, а также своевременное проведение базисного лечения.

#### Литература

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Чикаленкова Н.А. Основные факторы полового диморфизма подагры (эстрогены и диуретики по сравнению с алкоголем и генетикой) // Тер. арх. – 2020. – №5. – С. 57-61.
2. Барскова В.Г., Насонова В.А., Коган К.М. и др. Подагра: диагностика и лечение: Метод. Рекомендации. – М.: Интел Тек, 2006. – 22 с.
3. Барскова В.Г., Насонова В.А., Якушин И.А. О тяжести течения женской подагры // Тер. арх. – 2015. – №5. – С. 58-62.
4. Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца // Тер. арх. – 2014. – №3. – С. 106-109.
5. Маркова Т.Н., Кичигин В.А., Мадьянов И.В. и др. Гормональные аспекты формирования ожирения и метаболического синдрома в этнических группах (на примере популяции Чувашской Республики) // Тер. арх. – 2014. – №5. – С. 73-77.
6. Ревматология: Нац. руководство; Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720 с.

7. Симоненко В.Б., Медведев И.Н., Толмачев В.В. Патогенетические аспекты артериальной гипертензии при метаболическом синдроме // Клин. мед. – 2011. – №1. – С. 49-50.

8. Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П. и др. Эволюция метаболического синдрома: от полиметаболических нарушений к формированию нозологических форм заболеваний // Клин. мед. – 2012. – №2. – С. 70-73.

9. Хурс Е.М., Андреев П.В., Поддубная А.В. и др. Вегетативный дисбаланс в патогенезе метаболического синдрома // Клин. мед. – 2010. – №6. – С. 39-42.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ

Халметова Ф.И., Рахимова М.Б., Хамраева Н.А.

**Цель:** выявление частоты и характера клинических и лабораторных признаков метаболического синдрома у больных подагрой и оценка их взаимосвязи с возрастом больных, длительностью заболевания, индексом тяжести основного заболевания и нарушениями функции нижних конечностей. **Материал и методы:** в ревматологическом отделении были обследованы 49 больных подагрой мужского пола. Средний возраст пациентов –  $50,6 \pm 1,6$  года, продолжительность заболевания –  $9,4 \pm 1,7$  года. Обследование включало определение антропометрических показателей: массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). **Результаты:** острый вариант подагрического артрита отмечая у 42,9%, затажной – у 22,4%, хронический – у 34,7% пациентов. Тофусы были обнаружены у 26,5% больных. Очень часто коморбидное течение подагры и метаболического синдрома обусловлено наследственной предрасположенностью. **Выводы:** методами профилактики при подагре могут служить сохранение двигательной активности, диетическая коррекция массы тела, а также своевременное проведение базисного лечения.

**Ключевые слова:** подагрический артрит, метаболический синдром, ожирение.

