

3. Причиной развития ЛА чаще всего являются антибиотики, НПВС.
4. Наиболее распространенной причиной анафилактического шока являются лекарственные препараты и пищевые аллергены.
5. Самые распространенные клинические формы анафилактического шока: кардиальный, гемодинамический, сочетание кардиального и кожного вариантов.

**Список литературы:**

1. Елисеева Т.И. Аллергические реакции на лекарственные средства: современные представления (обзор) / Т.И. Елисеева, И.И. Балаболкин // Современные технологии в медицине. – 2016. - № 8(1). - С.159-172.
2. Нуртдинова Г.М. Анализ структуры лекарственной аллергии по данным аллергологического отделения ГКБ №21/ Г.М. Нуртдинова, Е.С. Галимова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. - №5(36). - С. 71-72 .
3. Петрова Т.И. Анафилактический шок / Т.И. Петрова, С.Л. Кожевникова // Практическая медицина. – 2008. - №7(31). - С. 26-31.
4. Анафилаксия – диагностика и лечение: учеб. пособие для студ. вузов/ под ред. Д.С. Фомина, Л.А. Горячкина. - М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 95 с.
5. Хаитов Р.М. Аллергология и иммунология: национальное руководство / Р.М. Хаитов, Н.И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 656 с.

УДК 616.127-002.3.-002.2-039.71

**Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Курбонова Ю.Ю.  
РОЛЬ ФЕБУКСОСТАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ  
БОЛЬНЫХ ИБС С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ**

Кафедра внутренних болезней №2  
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи  
Самаркандского Государственного медицинского института,  
Самарканд, Республика Узбекистан

**Nasyrova Z.A., Tashkenbaeva E.N., Kurbonova Yu.Yu.  
THE ROLE OF FEBUKSOSTAST IN COMPLEX THERAPY OF IHD  
PATIENTS WITH IMPOSSIBLE HYPERURICEMIA**

Department of Internal Diseases № 2  
Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical  
Aid  
Samarkand State Medical Institute  
Samarkand, Republic of Uzbekistan

E-mail:eleonora\_88@mail.ru

**Аннотация.** Исследование проводилось в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В исследование были включены 120 больных ИБС (68 мужчин и 52 женщин; средний возраст  $50,82 \pm 12,01$  года). Больные были перераспределены на 2 группы: 1 – ю группу составили больные с нестабильной стенокардией 64 (53,3%), 2 – ю группу больные со стабильной стенокардией II и III ФК 56 (46,67%).

Проведенные исследования показали, что высокий уровень МК у больных с бессимптомной ГУ является важным прогностическим фактором прогрессирования ИБС, что влияет на прогноз и исход заболевания. Включение в схему общепринятой терапии фебуксостата снижает уровень МК, повышает эффективность терапии, снижает показатель неблагоприятного прогноза и исхода у больных с бессимптомной ГУ.

**Annotation.** The study was conducted in the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid. The study included 120 patients with IHD (68 men and 52 women; mean age  $50.82 \pm 12.01$  years). The patients were redistributed into 2 groups: the 1st group consisted of patients with unstable angina pectoris 64 (53.3%), the 2nd group consisted of patients with stable angina pectoris II and III FC 56 (46.67%).

Studies have shown that a high level of МК in patients with asymptomatic GU is an important prognostic factor for the progression of coronary artery disease, which affects the prognosis and outcome of the disease. Inclusion in the scheme of generally accepted therapy with febuxostat reduces the level of МК, increases the effectiveness of therapy, reduces the indicator of unfavorable prognosis and outcome in patients with asymptomatic GU.

**Ключевые слова:** Ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, гиперурикемия, мочевая кислота, фебуксостат.

**Key words:** Ischemic heart disease, acute coronary syndrome, hyperuricemia, uric acid, febuxostat.

## **Введение**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) это очень распространённое заболевание, одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира [1,4]. В связи с этим проблема ИБС занимает одно из ведущих мест среди важнейших медицинских проблем XXI века. Судьба больных ИБС, составляющих существенную часть контингента, наблюдаемого врачами, во многом зависит от адекватности проводимого амбулаторного лечения, от качества и своевременности диагностики тех клинических форм болезни, которые требуют оказания больному неотложной помощи или срочной госпитализации [2,3].

**Цель исследования** - оценка прогностическую значимость фебуксостата у больных ИБС с бессимптомной гиперурикемией.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось в Самаркандском филиале Республиканского научно-центра экстренной медицинской помощи. В исследование были включены 120 больных ИБС (68 мужчин и 52 женщин; средний возраст  $50,82 \pm 12,01$  года). Больные были перераспределены на 2 группы: 1 – ю группу составили больные с нестабильной стенокардией (НС) 64 (53,3%), 2 – ю группу больные со стабильной стенокардией (СС) II и III ФК 56 (46,67%).

Диагноз нестабильной стенокардии устанавливали у пациентов на основании клинической картины: после затяжного ангинозного приступа в покое, длящегося более 15 минут, не купирующегося приёмом нитроглицерина; у пациентов с впервые возникшей в предшествовавшие 28-30 дней тяжелой стенокардией и у лиц, у которых произошла дестабилизация ранее существовавшей СС с появлением характеристик, присущих по крайней мере III ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов и/или приступов боли в покое. Клиника нестабильной стенокардии у некоторых пациентов протекала атипично, например, у пожилых пациентов, больных СД и женщин. До лечения протокол обследования включал оценку клинических параметров (ЭхоКГ, ЭКГ); одновременно в сыворотке крови определяли уровень КФК, МВ КФК и СОД, активность NOS и НАДФН-зависимой НР, содержание глюкозы, в мембранах эритроцитов - стабильных метаболитов NO ( $\text{NO}_2^-$  и  $\text{NO}_3^-$ ), ONOO $^-$ . Особое внимание обращали на связь уровня МК в крови с тяжестью клинического течения НС и СС.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

В зависимости от содержания МК в крови при поступлении в клинику было выделено две условных группы больных с ИБС: с умеренно высоким содержанием в крови МК –  $401,7 \pm 14,8$  ммоль/л ( $P < 0,001$ ), который находится в пределах верхних границ контроля, и чрезмерно высоким содержанием ( $581,0 \pm 23,2$  ммоль/л), превышающим среднее значение контроля на 116,5% ( $P < 0,001$ ). Так, у больных с ИБС до проведения интенсивной терапии с умеренно высоким содержанием МК уровень креатинина (КН) в сыворотке крови превышал контроль на 14,2% ( $P < 0,05$ ), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 12,0%, глюкозы – соответственно на 17,0 ( $P < 0,05$ ) и 38,5 ( $P < 0,001$ )%, на фоне снижения концентрации мочевины – на 18,8 и 17,9% ( $P < 0,01$ ) и увеличения количества СКФ – на 8,3 ( $P < 0,05$ ) и 27,0% ( $P < 0,01$ ). По-видимому, изменения уровня кардиоспецифических ферментов крови МВ КФК также были связаны с различным уровнем МК в крови. Так, у больных с умеренно высоким содержанием МК активность КФК и МВ КФК превышала контроль на 21,3 и 15,0% ( $P < 0,05$  и  $P > 0,05$ ), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 36,7 и 85,0% ( $P < 0,001$ ). Действительно, у больных с ИБС с чрезмерно высоким содержанием МК в крови отмечают более низкие показатели ЭхоКГ. В среднем по группе у больных с ОКС ФВЛЖ составила  $38,9 \pm 1,20\%$ , КДИ –  $65,5 \pm 2,42$  мл/м $^2$ , КСИ –  $33,6 \pm 2,21$  мл/м $^2$ .

Вместе с тем у больных с ИБС с чрезмерно высоким содержанием в крови

МК ФВЛЖ был на 1,4% ( $P < 0,05$ ) ниже, чем в группе больных с умеренно высоким содержанием в крови этого пуринового основания. Та же тенденция сохраняется и в показателях КДИ и КСИ. У больных с чрезмерно высоким содержанием в крови МК на 16,7% больше частота случаев элевации и депрессии сегмента ST, на 12,7% случаев инверсии зубца T.

Одной из причин бессимптомной ГУ являются изменения активности ксантиноксидазы – фермента, регулирующего уровень МК. В связи с этим больным со СС было назначено традиционная терапия, которая включала в себя клопидогрель (75 мг/сут.), бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты по показаниям. Больным с НС кроме традиционной терапии был назначен Фебуксостат в дозе 80 мг однократно. Фебуксостат является селективным ингибитором ксантиноксидазы непуриновой природы и используется для лечения гиперурикемии [5,6].

Наиболее статистически значимое уменьшение продолжительности ишемического синдрома через 3 месяца после лечения зарегистрировано у больных с НС. Продолжительность ишемии в этой группе была на 4,6 мин меньше, чем у больных со СС на 4,6 мин ( $P < 0,01$ ), но все же к концу 3-месячной терапии приступы были статистически более продолжительными, чем у больных с НС 2-й группе на 8,9 мин ( $P < 0,001$ ).

Сохранение длительной ишемии у больных со СС, возможно, связано с сохранившимися биохимическими показателями крови, которые отражают состояние метаболического гомеостаза как в организме в целом, так и в различных органах и системах, в том числе и в сердечно-сосудистой.

Проведенные исследования показали, что после 3-месячной традиционной терапии больных с НС с включением фебуксостата в комплекс лечебных мероприятий регистрировало положительную динамику в биохимических параметрах крови. Так, например, назначение больным с НС с ГУ в комплекс лечебных мероприятий препарата фебуксостат характеризуется более ранним, на 2-3 суток увеличением показателей ФВЛЖ, КДИ, КСИ на 18,9; 20,4 и 23,1 по сравнению с традиционным лечением. У пациентов с НС уровень МК снизился на 22,5% ( $P < 0,001$ ), КН – на 4,6% ( $P > 0,05$ ), глюкозы – на 11,3% ( $P > 0,05$ ), показатель СКФ – на 13,7% ( $P < 0,05$ ), что не наблюдалось у больных получивших традиционную терапию.

#### **Выводы:**

Таким образом, проведенные исследования показали, что высокий уровень МК у больных с бессимптомной ГУ является важным прогностическим фактором прогрессирования ИБС, что влияет на прогноз и исход заболевания. Включение в схему общепринятой терапии фебуксостата снижает уровень МК, повышает эффективность терапии, снижает показатель неблагоприятного прогноза и исхода у больных с бессимптомной ГУ. Все выше сказанные позволяет рекомендовать включение урикозурических препаратов в схему общепринятой терапии для коррекции нарушенного обмена пуринов, повышения эффективности лечения, улучшения прогноза заболевания у

больных ИБС с бессимптомной ГУ.

**Список литературы:**

1. Бубнова С.С. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда в регионах Российской Федерации за 11-летний период (2002-2012 гг.)/ С.С. Бубнова, Е.В. Усачева, О.В. Замахина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 6(40);
2. Пузанова О.Г., Таран А.И. Гиперурикемия и кардиоваскулярный континиум / О.Г. Пузанова // Лікар практ 2009;3:С.45-53.
3. Ташкенбаева Э.Н. Распространенность бессимптомной гиперурикемии среди больных ишемической болезнью сердца/ Ф.Ш. Кадырова, Д.Х. Тогаев // Журнал - Здобутки клинической и экспериментальной медицины. Тернополь. 2017 г. №2 (30). С. 53-56.
4. Becker M.A. The urate-lowering efficacy and safety of febuxostat in the treatment of the hyperuricemia of gout: the CONFIRMS trial / H.R. Schumacher, L.R. Espinoza et al.// Arthritis Res. Ther. 2010. Vol. 12. № 2. ID R63.
5. Tausche A.K. Urate lowering therapy with febuxostat in daily practice – a multicentre, open-label, prospective observational study/ M. Reuss-Borst, U. Koch // Int. J. Rheumatol. 2014. Vol. 2014. ID 123105.
6. Togaev D. K. et al. Relation of polymorphism gene urat-1 with coronary heart disease associated asymptomatic hyperuricemia in Uzbek population //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2016. – Т. 6. – №. 3. – С. 92-94.

УДК 616.391.

**Новосёлова Э.В., Фоминых М.С.**

**ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА ПРОСТУДНЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ СТУДЕНТОВ УГМУ**

Кафедра факультетской терапии,  
эндокринологии, аллергологии и иммунологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Novoselova E.V., Fominykh M.S.**

**EFFECT OF VITAMIN D DEFICIENCY ON COLDS OF STUDENTS  
OF USMU**

Department of faculty therapy and endocrinology, allergology and  
immunology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation