

больных с ПД встречалось 12 случаев ПИМ (6,5%). Летальных исходов в обеих группах во время госпитализации выявлено не было. Заключение: Таким образом, ПД у больных после реваскуляризации миокарда чаще встречается у лиц более старшего возраста, имеющего множество факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, и в первую очередь

артериальная гипертензия (у 100% с ПД) и сахарный диабет 2 типа (25,4% с ПД). Кроме того, характерно более тяжелое атеросклеротическое поражение артерий коронарного русла, тяжелое течение кардиоренального синдрома. Кроме того, у больных после реваскуляризации миокарда, ПД может являться независимым фактором риска повторного ИМ.

## HYPOVITAMINOSIS D IS A BACKGROUND FOR ATHEROGENESIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Zazdravnov A. A.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Introduction.** Vitamin D is a multifunctional essential substance in the body. Hypovitaminosis D associated with the formation of connective tissue disorders, changes in lipid metabolism, autoimmune disorders, addictions to occurrence of a cancer etc. The high incidence of hypovitaminosis D in the population (up to 81% of the adult population of Ukraine) determines the interest in this pathological condition in patients with connective tissue diseases. **Purpose** - to investigate the lipid profile of blood serum in patients with rheumatoid arthritis (RA) with concomitant hypovitaminosis D (D-) and without it (D+). **Material and methods.** 11 patients with RA D- (main group) and 10 patients with RA D+ (comparison group) were examined. All patients had 1 - 2 degree of inflammatory activity. All patients were treated with methotrexate. Vitamin D was determined by enzyme-linked immunosorbent assay. Total cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol (HDL), low-density lipoprotein cholesterol (LDL), triglycerides were determined in the blood serum by colorimetric analysis. Parametric methods were used for statistical processing of the results. **Results of the research.** The increase in total cholesterol was observed in both groups of patients ( $6,3 \pm 0,32$  mmol/l - in the main

group,  $6,1 \pm 0,30$  mmol/l - in the comparison group). Differences in the values of this parameters were unreliable ( $p > 0,05$ ). Also, there were no significant differences in the level of HDL. At the same time, the level of LDL in patients with RA D+ ( $3,9 \pm 0,14$  mmol/l) was significantly ( $p = 0,03$ ) higher than in patients with RA D- ( $3,5 \pm 0,11$  mmol/l). Also, reliable differences ( $p = 0,02$ ) were observed in triglyceride levels between groups of patients ( $2,5 \pm 0,09$  mmol/l in the main group,  $2,2 \pm 0,08$  mmol/l, respectively). Cardiovascular events are the main cause of death of patients with RA. Atherosclerosis of the vessels is the basis of most of them. Atherogenesis in patients with RA is a multifactorial process, including autoimmune, genetic and metabolic mechanisms. Hypovitaminosis D is one of many pathogenetic mechanisms of atherogenesis in patients with RA. However, these changes (hypovitaminosis D) can be eliminated and this fact is an important component in managing the disease and reducing cardiovascular morbidity and mortality. **Conclusion.** Changes in the serum lipid spectrum in RA patients with concomitant hypovitaminosis D belong to the atherogenic type. Modifications of D vitamin deficiencies can reduce cardiovascular risk in these patients.

## СНИЖЕНИЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Златкина В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

**Введение.** Терапевтические мероприятия у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в настоящее время являются актуальной проблемой во всем мире, особенно, если они сочетаются с такими метаболическими нарушениями как сахарный диабет 2 типа (СД), ожирение, должны быть эффективными, безопасными, и, снижать риск сердечно-сосудистых событий. Цель данного исследования. Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на динамику уровней провоспалительных цитокинов и гормона жировой ткани васпина у больных ГБ и СД 2 типа и без него. **Материалы и методы.** В рамках исследования было отобрано 68 пациентов, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты с сочетанием ГБ и СД 2 типа ( $n = 31$ ), которым назначался блокатор рецепторов ангиотензина - оламесартан в дозе 20-30 мг в день в комбинации с тиазидоподобным диуретиком индапамидом 1,5 мг день. Вторую группу составили пациенты с ГБ без каких-либо метаболических нарушений,  $n = 39$ ). Третья группа – контроль, в нее вошли здоровые лица ( $n = 15$ ). Всем пациентам вошедшим в исследование наряду с рутинными методами определяли концентрации: фактора некроза опухолей-альфа (ФНО- $\alpha$ ), С-реактивного белка (СРБ), а также гормона жировой ткани васпина методом иммуноферментного анализа, используя наборы («Вектор-Бест», пр. Россия, «Ray

Biotech. Inc.» Бельгия, а также «CRP-EIA-KIT», пр. «Eucardio», США, соответственно) согласно прилагаемым инструкциям. **Результаты.** Через 1 год терапии по данной схеме (олмесартан + индапамид) достоверное снижение уровней ФНО-альфа по сравнению с исходными данными в 1 и 2 группах пациентов,  $p < 0,05$ . Причем, уровни этого цитокина (ФНО) у первой группы пациентов остаются статистически выше показателя второй и первой групп. Точно такие же изменения наблюдались на фоне комбинированной терапии и с уровнями СРБ. Через 1 год назначенной терапии показатели СРБ снизились во второй группе (только ГБ) больше чем на 51,3 %, а в первой группе (ГБ+СД 2 типа) - на 45,3% по сравнению с исходными уровнями. Полученные данные о динамике гормона жировой ткани васпина продемонстрировали его снижение у пациентов всех исследуемых групп. Причем достоверных различия появляются лишь у пациентов второй группы (ГБ),  $p < 0,05$ . Нами выявлено, что в во второй группе пациентов васпин снижался к году терапии почти на 33%, в тоже время как в первой группе на 20,5%. **Заключение.** Данная терапевтическая схема продемонстрировала свои положительные качества: уменьшение маркеров иммунного воспаления (ФНО-альфа и СРБ) и снижение концентрации гормона васпина, что, явно указывает на снижение риска развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с такой коморбидной патологией как ГБ и СД 2 типа.