

* М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік
Медицина Университеті Тексерген:

Жүрек қан тамыр ауруларымен ауыратын науқастарда
коронарлық атеросклероздың түзілу қаупін төмендету
және өлім көрсеткішін азайту мақсатында статиндер мен
фибраттарды салыстыра отырып эффективтілігін бағалау

Қошмағанбетова Г.К

Орындаған: Құсайынова Ағила

* Өзектілігі

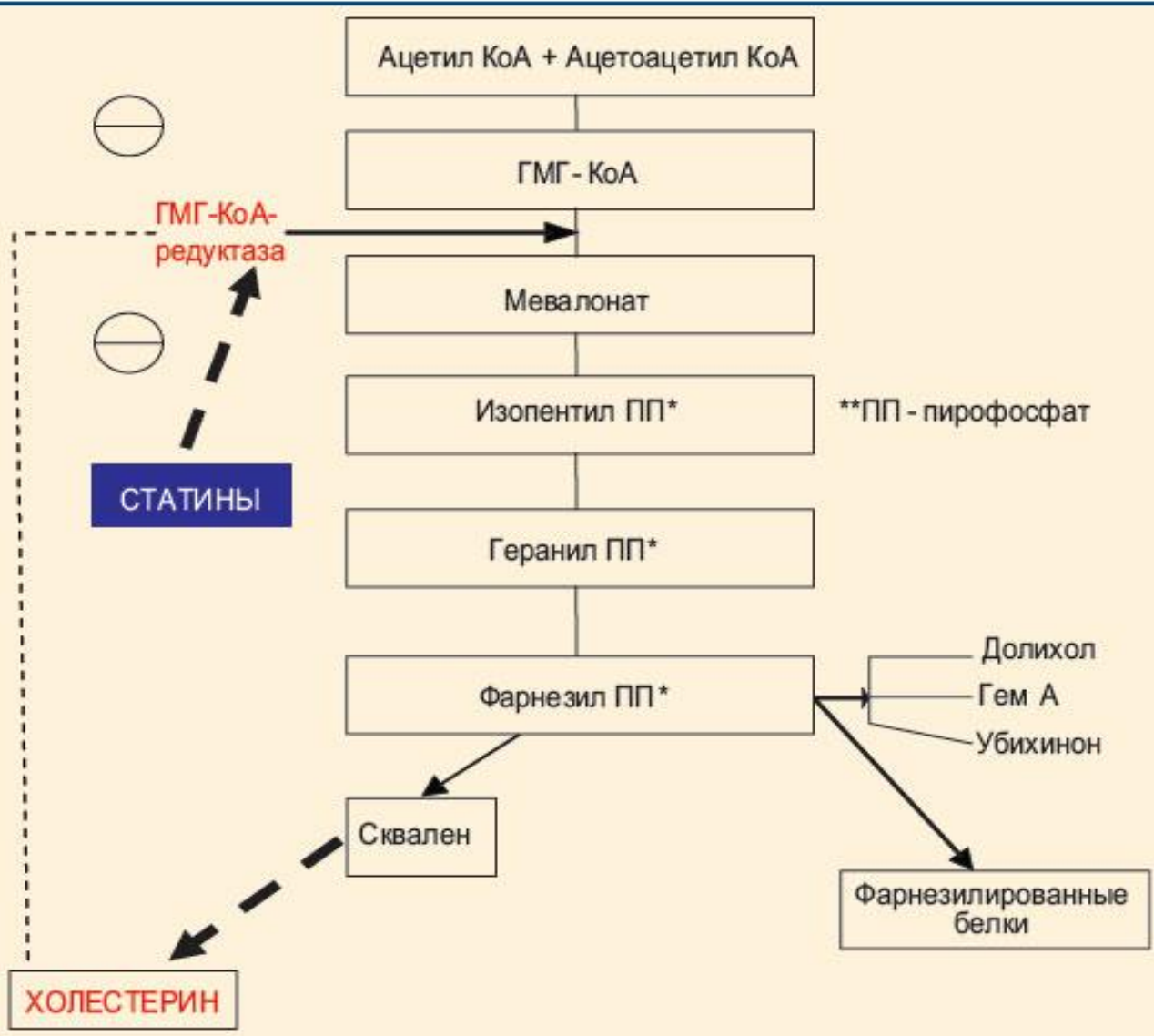
Жүрек қантамыр аурулары ,атап айтсақ миокард инфаркты, стенокардия,инсульт,гипертония т.б әлем бойынша өлім көрсеткіші жағынан бірінші орында тұр.Жыл сайын әлемде жүрек қан тамыр ауруларынан 17 млн адам өледі екен. Қандағы холестериннің жоғары көрсеткіші жүрек қан тамыр ауруларымен тікелей байланысты және негізгі қауіп факторы болып табылады.Сондықтан қандағы холестериннің жоғары көрсеткішін төмендету,жүрек қан тамыр ауруларының қауіптілігін азайтатын негізгі әдісі болып саналады.

* **Мақсаты:**

- * 45-65 жас аралығындағы (анамнезінде) жүрек қан тамыр ауруларымен ауыратын науқастарда коронарлық атеросклероздың түзілу қаупін төмендету және өлім көрсеткішін азайту мақсатында статиндер(аторвастатин 20мг) мен фибраттарды(безафибрат 200мг) салыстыра отырып эффективтілігін бағалау

✳️ **Статиндер** - холестерин мөлшерін азайтатын бірінші таңдау препараттары болып саналады. Тіндер мен ағзалардың қанмен қамтамасыз етуін бұзатын негізгі фактор атеросклероздың емі мен профилактикасында қолданылады. Статиндер холестериннің өндірілуіне қатысатын негізгі зат мелапонаттың бөлінуін тоқтатады, қанды сұйылтып, тромб түзілу қаупін азайта отырып, атеросклероздың бастапқы сатыларында қан тамырлардың ішкі қабырғасының жағдайын жақсартады. Статиндер ТТЛП мөлшерін азайтуға тікелей бағытталған.

* **Фибраттар** - холестерин мөлшерін азайтуға бағытталған екінші таңдау препараттары. Олар липопротеинлипаза ферментін өндіру арқылы, ТТЛП және ӨТТЛП мөлшерін азайта отырып, атеросклероз түзілудің алдын алады. Триглицеридтерді -20-50 % холестеринді 10-15% азайта отырып, ЖТЛП өсуіне жағдай жасайды.



Общий холестерин	3,2 – 5,6 ммоль/л
ЛПНП («плохой» холестерин):	
- Мужчины	2,25 – 4,82 ммоль/л
- Женщины	1,92 – 4,51 ммоль/л
ЛПВП («хороший» холестерин):	
- Мужчины	0,7 – 1,73 ммоль/л
- Женщины	0,86 – 2,28 ммоль/л

Тапсырма

- *Әдебиеттік шолу жасау .
- *Таңдау түрін анықтау.
- *Рандомизациялық бақылауланатын зерттеу бойынша науқастарды 2 топқа бөлу:
 - 1)Статиндер қабылдайтын
 - 2)Фибраттар қабылдайтын
 - 3) Биохимиялық қан анализінен :жалпы холестерин, ТТЛП,ЖТЛП, триглицеридтер мөлшерін анықтау

***Зерттеу дизайны:** Рандомизациялық бақыланатын зерттеу, қарапайым жасырын әдіс

***Таңдау құрылымы:**

Жай кездейсоқ

Жүрек қан тамыр ауруларымен ауыратын , тіркеуде тұрған 1-мен 524-ке дейінгі науқастар номерленіп, генератор арқылы 220 науқас таңдалып алынды.

***2 топ құрылды (1:1)**

1-Топ: Статиндер қабылдады

2-Топ :Фибраттар қабылдады

Қосылу критерийлері:

- * Ер адамдар
- * -45- 65 жас аралығындағы науқастар
- * Жүрек қан тамыр аурулары бар(МИ өткерген, коронарлы тамырлардың реваскуляризациясы, ЖИА,стенокардия)
- * БҚА де холестерин,ТТЛП ,триглицерид жоғарылаған(гиперхолестеринемия 5.6 жоғары)

Шығару критерийлері:

- * 45 жасқа дейінгі және 65 жастан асқан науқастар
- * препараттың кез келген компонентіне аса жоғары сезімталдық
- * бауырдың белсенді ауруы, шығу тегі белгісіз «бауыр» трансаминазалары белсенділігінің жоғарылауы (3 еседен артық)
- * бүйрек жетіспеушілігі
- * талапқа сай контрацепция әдістерін пайдаланбайтын репродуктивтік жастағы әйелдер
- * жүктілік, лактация кезеңі
- * 18 жасқа дейінгі балалар (тиімділігі мен қауіпсіздігі анықталмаған)
- * АИВ протеаза тежегіштерімен (теллапревир, типранавир+ритонавир) бірге қабылдау

Этикалық аспектілер

- * Этикалық комитетпен расталған;
- * Барлық қажетті ақпаратпен толық қамтылған , науқасқа түсінікті тілде жазылған;
- * Зерттеудің кез келген сатысында науқас бас тарта алады;
- * Келісім жазбаша түрде алынып, қолы қойылды;
- * Науқасқа және қоғамға пайдалылығы;

Зерттеу сұрағы:

Жүрек қан тамыр ауруларымен ауыратын науқастарда корорнарлық атеросклероздың түзілу қаупін және өлім көрсеткішін азайту мақсатында статиндерді (аторвастатин 20мг) қолдану фибраттармен (безафибрат 200мг) салыстырғанда тиімді ме?

- **P** - 45-65 жас аралығындағы жүрек қан тамыр ауруларымен ауыратын науқастар
- **I** - статиндер қолдану (аторвастатин 20мг)
- **C** - фибраттар қолдану(безафибрат 200мг)
- **O** - коронарлық атеросклероздың түзілу қаупін және өлім көрсеткішін төмендету

Липидрегулирующий эффект и безопасность комбинированной статиновой и безафибратной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом, осложняющих дислипидемию.

Li XP 1 , Gong HR 1 , Zhao SP 2 , Huang WY 1 .

Абстрактные

ЗАДАЧА:

* Изучить липидрегулирующий эффект и безопасность комбинированной терапии статинами и безафибратом у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), осложняющих дислипидемию.

* МЕТОДЫ:

* Были отобраны сто четыре госпитализированных пациента с установленными ACS и повышенными уровнями триглицеридов в сыворотке (TG) и / или низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности в сыворотке крови (HDL-C). За исключением традиционной терапии, пациенты были случайным образом разделены на 2 группы: контрольная группа (n = 52), лечилась аторвастатином 20 мг qd или другим статином, эквивалентным 20 мг аторвастатина; (n = 52), получавших такую же дозу статина плюс безафибрат 200 мг. Уровни общего холестерина (ТС) ТГ, ТГ, холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП-С) и ЛПВП-С оценивались до и после 6 и 12 недель лечения, были зарегистрированы побочные эффекты и побочные эффекты.

* РЕЗУЛЬТАТЫ:

* После 6 недель лечения уровни ТС, ТГ и ЛПНП-С в сыворотке крови в двух группах были значительно снижены по сравнению с исходным уровнем (все $P < 0,05$), которые после 12 недель лечения были снижены, а снижение было более значительным в группе лечения (29,8%, 38,0% и 36,1% соответственно), чем в контрольной группе (14,7%, 9,8% и 26,7% соответственно) (все $P < 0,05$). После лечения уровни HDL-C в сыворотке крови в обеих группах были значительно выше, чем исходные уровни, особенно после 12 недель лечения (все $P < 0,05$), а уровни уровней HDL-C в контрольной группе и в группе лечения были 19,3% и 24,2% соответственно, но не было существенной разницы между двумя группами ($P > 0,05$). Через 12 недель показатели, достигающие целевых показателей уровней LDL-C, TG, HDL-C и non-HDL-C в группе лечения (69,2%, 88,5% 92,3%, 46,2% и 65,4% соответственно) были значительно выше, чем в контрольной группе (34,6%, 65,4%, 46,2%, 7,7% и 42,3% соответственно, все $P < 0,05$). Никаких серьезных побочных эффектов не наблюдалось в обеих группах в течение периода лечения.

* ВЫВОД:

* Комбинированная терапия статинами и безафибратом безопасна и может увеличить соотношение достижений целевых уровней липидов у пациентов с ОКС, осложняющих увеличение ТГ и (или) снижение ЛПВП-С.

* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24524601>

Статья бойынша зерттеу сұрағы:

Дислипидемиямен асқынған ЖКС бар науқасқа липидтұрақтандырушы эффект және комбинирленген терапияның қауіпсіздігін бағалауда аторвастатин 20мг+безафибрат 200мг қолдану аторвастатин 20мг қолданумен салыстырғанда эффективті ме?

Р-ЖКС бар, асқынған дислипидемиямен қосарланған науқастар

І-базисті терапия + аторвастатин 20мг+безафибрат 200мг

С-базисті терапия + аторвастатин 20мг

О-липидтұрақтандырушы эффект және комбинирленген терапияның қауіпсіздігін бағалау

Т- 6-12 апта

*Статья бойынша зерттеу дизайны:

Рандомизациялық бақыланатын зерттеу, қарапайым соқыр әдіс, бір орталықты

Таңдау түрі:

Клиникалық зерттеуге барлығы 104 науқас алынған
Кездейсоқ түрде 2 топқа бөлініп:

1) Топқа базисті терапия + аторвастатин
20 мг + безафибрат 200 мг берілген

2) Топқа базисті терапия + аторвастатин 20 мг
берілген

Статья бойынша енгізу критерийлері:

*ЖКС қойылған науқастар (по характеру - сжимающая или давящая, нередко ощущается чувство тяжести или нехватки воздуха;

локализация (расположение) боли - за грудиной или в предсердечной области, то есть по левому краю грудины; боль отдает в левую руку, левое плечо либо в обе руки, область шеи, нижнюю челюсть, между лопаток, левую подлопаточную область;

чаще боль возникает после физической нагрузки или психоэмоционального стресса;

длительность - более 10 минут;

после приема нитроглицерина боль не проходит.

Асқынған дислипидемиясы бар науқастар (сарысудағы триглицеридтер, ТТЛП жоғарылаған, ЖТЛП мөлшері төмендеген,))

Статья бойынша шығару критерийлері:

препараттың кез келген компонентіне аса жоғары сезімталдық

бауырдың белсенді ауруы, шығу тегі белгісіз «бауыр» трансаминазалары белсенділігінің жоғарылауы (3 еседен артық)

бүйрек жетіспеушілігі

талапқа сай контрацепция әдістерін пайдаланбайтын репродуктивтік жастағы әйелдер

жүктілік, лактация кезеңі

18 жасқа дейінгі балалар (тиімділігі мен қауіпсіздігі анықталмаған)

АИВ протеаза тежегіштерімен (телапревир, типранавир+ритонавир) бірге қабылдау

Пайдаланған әдебиеттер

- * 1. Первые результаты исследования «Прогноз ИБС» / Е. А Гофман [и др.] // Клиницист. - 2012. - № 1. - С. 56-62.
- * 2. Драпкина, О. М. Роль современных антитромбоцитарных препаратов в профилактике сердечно-сосудистых препаратов / О. М. Драпкина, А. В. Клименков, В. Т. Ивашкин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - Т. 5, № 7. - С. 124-130.
- * 3. Драпкина, О. М. Можно ли назначать статины пациентам с патологией печени? / О. М. Драпкина, А. В. Клименков, В. Т. Ивашкин // Справочник поликлинического врача. -2007. - Т. 5, № 5. - С. 22-26.
- * 5. Оганов, Р. Г. Статины - препараты первой линии в профилактике и лечении атеросклероза / Р. Г. Оганов // Медицинский алфавит. - 2013. - Т. 1, № 4. - С. 12-15.
- * 6. Шалаев, С. В. Предикторы сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической ишемической болезнью сердца, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда (по данным многолетнего наблюдения) / С. В. Шалаев, Л. А. Ару-тюнян // Кардиосоматика. - 2010. - № 1. - С. 5-10.
- * 7. Аронов, Д. М. Статины - основные лекарственные средства для реального снижения смертности от атеросклеротических заболеваний / Д. М. Аронов // РМЖ. — 2013. — Т. 20, № 14. - С. 694-703.
- * 8. Карпов, Ю. А. Липидоснижающая терапия как важнейший компонент в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. А. Карпов // РМЖ. - 2011. - Т. 19, № 7. -С. 3-17.