

Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина Университеті

Метаболикалық бұзылыс дамыған
артериалдыды гипертензиясы бар
науқастардың емінде телмисартан мен
эналаприлдің эффективтілігін
салыстырмалы бағалау.

Орындаған: **РЫСПАМБЕТОВА Б.Ғ.**
Тексерген: **Кошмаганбетова Г.К.**

ӨЗЕКТІЛІГІ

- Метаболикалық бұзылыс - (инсулинорезистенттілік, дислипидемия, абдомидальды семіздік) экономикалық дамыған және дамушы елдерде тұрғындар арасында 10-25% кездеседі. МБ болуы ЖҚЖ ауруының қаупін жоғарылатады.
- Телмисартан организмдегі липидті гомеостаздың физиологиялық регуляторы болып табылатын, ядролық рецепторды стимуляциялайды.

МАҚСАТЫ

- Метаболикалық бұзылыс дамыған артериалдыды гипертензиясы бар науқастардың емінде телмисартан мен эналаприлдің АҚҚ мақсатты деңгейге жетуде (140/90мм.сб) эффективтілігін салыстырмалы бағалау.

Жіктемесі

БДҰ/АГХҚ 1999 ж.

Қалыпты АҚ категориялары:

- Оптималды АҚ $< 120 / 80$ мм.с.б.
- Қалыпты АҚ $< 130 / 85$ мм.с.б.
- Жоғары қалыпты АҚ немесе предгипертония $130 - 139 / 85 - 89$ мм.с.б.

АГ дәрежелері:

- 1 дәреже $140 - 159 / 90 - 99$.
- 2 дәреже $160 - 179 / 100 - 109$.
- 3 дәреже $180 / 110$.
- Оқшауланған систолалық гипертензия. $140 / < 90$.

ТАПСЫРМА

- Әдебиеттік шолу жасау .
- Таңдау қалыптастыру үшін бас жиынтық топтарын анықтау.
- Рандомизациялық бақылау зерттеу жолымен науқастарды 2 топқа бөлу: 1 топ–телмисартан қабылдайды; 2 топ-эналаприл қабылдайды.

ДИЗАИН

Ашық, рандомизациялық бақыланатын зерттеу.

ТАҢДАУ

ЖАЙ КЕЗДЕЙСОҚ

Зерттеу Ақтөбе қ., КСМ поликлиникасында жүргізілді.

Д есепте тұратын, АГ 2 дәрежесі + метаболикалық бұзылысы бар науқастар алынды. Алдымен науқастар 1 ден 160-қа дейін белгіленіп, компьютер арқылы генератор көмегімен 80 науқас алынды.

2 топ құрылды (1:1)

1 топ : 40 науқас - ТЕЛМИСАРТАН 40мг қабылдады.

2 топ : 40 науқас -ЭНАЛАПРИЛ 10 мг қабылдады.

ЕНГІЗУ КӨРСЕТКІШІ

1. 45-65 жас
2. Эссенциальды АГ (2 дәрежесі)
3. Ренопаренхиматозды АГ (СБЖ 1-2 сатысы, СКФ >90 мл/мин. ,60-89мл/мин);
4. Отырған кездегі орта САҚ 160-179 мм.сб немесе отырған кездегі орташа таңғы ДАҚ 100-109 мм.сб ;
5. Метаболикалық бұзылыс (мықын айналымы - ерлерде>102см; әйелдерде>88 см; триглицерид >1,7ммоль.л., ЖТЛП әйелдерде <1,3 ммоль. л., ерлерде <1,03 ммоль.л., ашқарынға глюкоза > 5,6 ммоль.л)

ШЫҒАРУ КӨРСЕТКІШІ

1. АГ ауыр дәрежесі
2. ДАҚ> 110мм.сб
3. жасы<45 және >65
4. Телмисартан мен эналаприл препараттарына жоғары сезімталдық;
5. Анамнезінде ангионевротикалық ісіну;
6. Порфирия;
7. Холестаз;
8. Өт жолдары бұзылыстары
9. Бауыр бүйректің бұзылыстары
10. СБЖ 3-5 сатысы , СКФ 30 -59мл.мин және <15мл.мин;
11. Рефрактерлі гиперкалиемия;
12. Гиперкальциемия;
13. Лейкопения;
14. Аорта коарктациясы;
15. Гиперальдостеронизм;
16. Дәнекер тіннің диффузды аурулары;
17. Нефротикалық синдромы

ЭСТЕТИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

- 1. Этика комитетімен мақұлданған;**
- 2. Барлық қажетті ақпаратпен толық қамтылған АҚПАРАТТАНДЫРЫЛҒАН КЕЛІСІМ;**
- 3. Зерттеудің кез келген стадиясында бас тарта алады;**
- 4. Түсінікті тілде;**
- 5. Іс әрекет толығымен науқастың мүддесіне орай жасалады;**
- 6. Науқасқа және қоғамға ПАЙДАЛЫЛЫҚ.**

ЗЕРТТЕУ СҰРАҒЫ

- Метаболикалық бұзылысы дамыған артериалдыды гипертензиясы бар науқастардың емінде ТЕЛМИСАРТАН эналаприлге қарағанда АҚҚ мақсатты деңгейге (140/90мм.сб) жету үшін эффективті ме?

РІСО

Р- 45-65жас аралығындағы МБ+АГ бар науқас;

І- телмисартан 40 мг қабылдау

С- эналаприл 10 мг қабылдау;

О- мақсатты деңгей

Т- 8 апта.

Effects of telmisartan on inflammatory cytokines and coronary plaque component as assessed on integrated backscatter intravascular ultrasound in hypertensive patients.

[Yamaguchi K](#)¹, [Wakatsuki T](#), [Soeki T](#), [Niki T](#), [Taketani Y](#), [Oeduka H](#), [Kusunose K](#), [Ise T](#), [Iwase T](#), [Yamada H](#), [Sata M](#).

Author information

Abstract

BACKGROUND:

Telmisartan has unique pleiotropic effects in addition to renin-angiotensin system (RAS)-inhibition effects. The aim of this study was to evaluate the effects of telmisartan on the coronary plaque component and local inflammatory cytokines.

METHODS AND RESULTS:

A total of 50 patients with hypertension were randomized to 2 groups: the telmisartan group (additional treatment with telmisartan 80mg/day, n=25) or the control group (additional treatment with other anti-hypertensive drugs except RAS blockers, n=25) for 6 months. Tissue characteristics of target coronary plaque were analyzed using integrated backscatter intravascular ultrasound (IB-IVUS) before and after treatment. Plasma levels of inflammatory cytokines sampled in the coronary sinus (CS) and peripheral vein were also measured. Significant increases in fibrous volume (51.2 ± 10.4 to $58.3 \pm 7.7\%$, $P=0.03$) and reductions in lipid volume (38.4 ± 12.4 to $32.8 \pm 9.7\%$, $P=0.03$) were observed on IB in the telmisartan group, while there were no significant changes in the plaque component in the control group. CS levels of inflammatory cytokines (matrix metalloproteinase [MMP]3, tumor necrosis factor- α , high-sensitivity C-reactive protein and MMP9) were lower after than before treatment in the only telmisartan group (7.7 ± 6.1 to 5.5 ± 4.9 ng/ml, 3.1 ± 1.9 to 2.3 ± 2.0 pg/ml, 5.6 ± 6.0 to 2.2 ± 2.4 mg/L, 36.1 ± 39.3 to 19.9 ± 27.5 ng/ml, $P=0.02$, $P=0.03$, $P=0.04$, $P=0.07$, respectively).

CONCLUSIONS:

Decreased local inflammatory response and plaque stabilization on IB imaging were observed after 6 months of telmisartan treatment. These findings might be associated with local anti-inflammatory and anti-arteriosclerotic effects of telmisartan

СТАТЬЯ БОЙЫНША ЗЕРТТЕУ СҰРАҒЫ

Гипертония ауруы бар науқастарда телмисартан препаратын қолдану жергілікті қабынуға қарсы антиатеросклеротикалық эффект көрсетеді ме?

РІСО

Р- Гипертония ауруы бар науқастар

І-телмисартан

С- басқа топ антигипертензивті препараты

О-антиатеросклеротикалық эффект

Т-6 ай

ДИЗАЙН

- **Рандомизирленген бақылау зерттеу**

ТАҢДАУ

ЖАЙ КЕЗДЕЙСОҚ

ЕНГІЗУ КРИТЕРИЙІ

1. Эссенциальды АГ
2. Ренопаренхиматозды АГ
3. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі
4. Нефропатия
5. Қант диабеті 2 тип+жүрек қантамыр жүйесі патологиясы бар науқастар
6. Дислипидемия
7. Ырғақ пен өткізгіш бұзылыстары

Шығарылу критерийі

1. телмисартан жоғары сезімталдық
2. жүктілік және лактация
3. өт шығару жолдарының обструкциясы
4. холестааз
5. ауыр бауыр функциясы бұзылыстары
6. ауыр бүйрек жетіспеушілігі (креатинин клиренсі 30 мл/мин. төмен)
7. гиперкалиемия мен гиперкальциемия
8. Аорта коарктациясы;
9. Гиперальдостеронизм;
10. Дәнекер тіннің диффузды аурулары;
11. Нефротикалық синдромы

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. *Psaty B.M., Manolio T.A., Kuller L.H. et al.* Incidence of and risk factors for atrial fibrillation in older adults. *Circulation* 1997; 96: 2455—2461.
2. *Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B.* Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the framingham study. *Stroke* 1991; 22: 983—988.
3. *Park Y.W.* The metabolic syndrome. Prevalence and associated risk factor findings in the US Population From the Third National health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal medicine* 2003; 163: 427—436.
4. *Rodriguez-Colon S.M.* metabolic syndrome clusters and the risk of incident stroke. The atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Stroke* 2009; 40: 200.
5. *Murphy N.F.* Long-term cardiovascular consequences of obesity: 20-year follow-up of more than 15 000 middle-aged men and women (the Renfrew—Paisley study). *European heart Journal* 2006; 27: 96—106.
6. *Meigs J.B., Wilson P.W., Nathan D.M.* Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in the San Antonio heart and Framingham Offspring Studies. *Diabetes* 2003; 52: 2160—2167.
7. *Dublin S.* Risk of new-onset atrial fibrillation in relation to body mass index. *Archives of Internal medicine* 2006; 166: 2322—2328.
8. *Провоторов Д.М., Глуховский М.Л.* Расстройства ритма и проводимости у пациентов с начальными стадиями метаболического синдрома. *Клиническая медицина* 2009; 7: 25—28.
9. *Rosengren A.* Big men and atrial fibrillation: effects of body size and weight gain on risk of atrial fibrillation in men. *European heart Journal* 2009; 30: 1113—1120.
10. *Tsang T.S.* Obesity as a risk factor for the progression of paroxysmal to permanent atrial fibrillation: a longitudinal cohort study of 21 years. *European heart Journal* 2008; 29: 2227—2233.
11. *Umetani K.* high prevalence of paroxysmal atrial fibrillation and/or atrial flutter in metabolic syndrome. *Circulation* 2007; 71: 252—255.
12. *Watanabe H.* metabolic syndrome and risk of development of atrial fibrillation: the niigata preventive medicine study. *Circulation* 2008; 117: 1255—1260.