

НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Андреюк Р. В.¹, Шолкова М. В.²

Учреждение здравоохранения «14-я центральная районная поликлиника», Минск, Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, статины, SCORE.

Резюме: Проведена оценка сердечно-сосудистого риска у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА), находящихся на амбулаторном наблюдении и частота назначения статинов данной группе пациентов. Амбулаторным пациентам с высоким и очень высоким риском по шкале SCORE (38% пациентов с ХОБЛ и 31% пациентов с БА) статины назначаются недостаточно активно. Только 52,6% пациентов с ХОБЛ и 33,3% пациентов с бронхиальной астмой, которым показано назначение статинов, принимают данные препараты

Resume: Cardiovascular risk and statin treatment in patients with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) and asthma at out-patient department was analyzed. Statins aren't actively prescribed to the patients high or very high cardiovascular risk with asthma (31% patients) and COPD (38% patients). 52,6% COPD patients and 33,3% asthma patients who need statin treatment, have it.

Актуальность: Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются наиболее распространенными хроническими патологиями дыхательной системы. Распространённость ХОБЛ в мире составляет 250 миллионов случаев болезни, по данным ВОЗ за 2016 год, а смертность от данной патологии составила 3,17 миллиона человек (почти 5 % всех случаев смерти в мире) в 2015 году [1]. Заболеваемость бронхиальной астмой находится на эквивалентном уровне – 235 миллионов случаев, по данным ВОЗ за 2017 год, смертность – 383 тысячи случаев.

ХОБЛ является постоянно прогрессирующим заболеванием. В настоящее время ведётся большое количество исследований по поиску препаратов, способным замедлить прогрессирование заболевания. Самыми перспективными представляются препараты из группы ингибиторов фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)[2], антибиотики группы макролидов [3] и ингибиторы гамма-метил-глутарил-КоА-редуктазы (статины) [4]. Их назначение часто оправданно их основным, гиполипидемическим, эффектом, так как самая частая коморбидная патология при данном заболевании – патология сердечно-сосудистой системы, обуславливающая от 25% до 50% всех случаев смерти у больных ХОБЛ. При бронхиальной астме статины могут усиливать эффект ингаляционных кортикостероидов.

Однако неочевидно, в какой степени амбулаторные пациенты с ХОБЛ или астмой нуждаются в гиполипидемической терапии, и как часто данная терапия им назначается

Цель: Оценить уровень сердечно-сосудистого риска у пациентов с ХОБЛ и БА, находящихся на амбулаторном наблюдении, и частоту назначения статинов данной группе пациентов.

Материалы и методы: Исследование носило ретроспективный характер. Проводился анализ медицинских карт амбулаторных пациентов, находящихся под наблюдением в Учреждении здравоохранения «14-я центральная районная поликлиника» города Минска в период с июля по август 2018 года. Критерии включения: 1) возраст пациентов от 40 до 65 лет; 2) диагноз БА или ХОБЛ (J44; J45 по МКБ-10); 3) наличие данных о посещении поликлиники в медицинской карте амбулаторного пациента за последний год. Критерии исключения: возраст более 65 и менее 40 лет; отсутствие данных о посещении поликлиники более 1 года.

Анализировались следующие показатели: риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на ближайшие 10 лет по шкале SCORE [5], проводимая терапия.

Статистическая обработка данных проводилась использованием статистических пакетов Excel, Statistica 10.0. При анализе данных, с распределением, отличным от нормального, использовалась медиана (Me) и межквартильный интервал [Q25- Q75], для сравнения данных применялись непараметрические статистические методы. Результаты исследования считали достоверными при вероятности безошибочного прогноза не менее 95% ($p < 0,05$) [6].

Результаты и их обсуждение:

В ходе работы было проанализировано 2010 медицинских карт амбулаторных пациентов. Выделено 98 карт пациентов с хроническими бронхообструктивными заболеваниями в возрасте 40-65 лет, состоящих на диспансерном учёте у врачей-терапевтов поликлиники. Средний возраст пациентов составил 57,5 [53,0-63,0] лет. Социально-демографическая характеристика пациентов представлена в таблице 1. Количество пациентов с ХОБЛ и БА оказалось сопоставимым, 50 человек с ХОБЛ и 48 человек с БА. Курят в настоящее время 30% пациентов ($n=30$).

Таблица 1. Социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов

Критерий	Количество n=98	%
Пол		
мужчины	37	38%
женщины	61	62%
Диагноз		
БА	48	49%
ХОБЛ	50	51%
Сопутствующие заболевания		
атеросклеротические заболевания (ИБС, ОНМК в анамнезе)	10	10%
сахарный диабет	12	12%
артериальная гипертензия	35	36%
Статус курения		
курят	30	30%
не курят	68	70%

Показатели функции внешнего дыхания, уровень общего холестерина (ОХС) и уровень сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE представлен в таблице 2. Объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и отношение ОФВ1/ФЖЕЛ достоверно не отличались у пациентов с ХОБЛ и БА. Уровень ОХС был достоверно ниже у пациентов с ХОБЛ, 4,9 [4,5-6,0] ммоль/л, против 5,3 [5,1-6,4] ммоль/л при бронхиальной астме ($p=0,01$), однако это не снизило риск по SCORE: 4,0 [2,0-15,0]% у пациентов с ХОБЛ и 2,0 [1,0-13,0]% у пациентов с БА ($p=0,07$).

Таблица 2. Клинические показатели у пациентов с ХОБЛ и БА

Показатель	Пациенты с БА (n=50)	Пациенты с ХОБЛ (n=48)	p
ОФВ ₁ , % от должного	83 [68,0-95,0]	79,0 [54,0-86,0]	0,119
ФЖЕЛ, % от должного	99,0 [83,0-108,0]	94,0 [73,0-101,0]	0,267
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ, %	77,0 [63,0-52,0]	69,0 [60,0-81,0]	0,294
ОХС, ммоль/л	5,3 [5,1-6,4]	4,9 [4,5-6,0]	0,01
SCORE, %	2,0 [1,0-13,0]	4,0 [2,0-15,0]	0,07

Все пациенты были распределены в зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска на 4 группы: низкий риск (менее 1%), умеренный (1-5%), высокий (6-10%) и очень высокий (более 10%) (таблица 4). Согласно рекомендациям [5, 7], медикаментозную коррекцию дислипидемии целесообразно проводить при риске SCORE выше 5%.

Видно, что большая часть амбулаторных пациентов как с ХОБЛ, так и с БА относятся к группе низкого и умеренного риска (52% и 69% соответственно). Однако часть из них все же принимают липидснижающие препараты. Тогда как пациентам высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска (38% пациентов с ХОБЛ и 31% пациентов с БА) статины назначаются непропорционально редко. Только 10 пациентов с ХОБЛ принимают статины из 19 человек, которые в них нуждаются (52,6%) и только 5 пациентов с астмой из 15 (33,3%).

Таблица 3. Распределение пациентов по группам сердечно-сосудистого риска (SCORE)

Риск SCORE, %	ХОБЛ (n=50)	Получают статины	БА (n=48)	Получают статины
<1	2 (4%)	0 (0%)	4 (8%)	0 (0%)
1-5	29 (58%)	5 (10%)	29 (61%)	10 (21%)
6-10	5 (10%)	3 (6%)	2 (4%)	1 (2%)
>10	14 (28%)	7 (14%)	13 (27%)	4 (8%)

Чаще всего врачи амбулаторного звена назначают препарат аторвастатин, он был выписан в 80% случаев (n=24). Остальным 6 пациентам (20%) назначался розувастатин.

Заключение: В амбулаторной практике пациенты с ХОБЛ и БА имеют преимущественно низкий и умеренный уровень сердечно-сосудистого риска. Однако пациентам с высоким и очень высоким риском по шкале SCORE (38% пациентов с ХОБЛ и 31% пациентов с БА) статины назначаются недостаточно активно. Только

52,6% пациентов с ХОБЛ и 33,3% пациентов с бронхиальной астмой, которым показано назначение статинов, принимают данные препараты.

Список использованных источников:

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.who.int/ru>. – Дата доступа: 07.10.2018.
2. Antoniu S.A. New therapeutic options in the management of COPD - focus on roflumilast. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. – 2011 – Vol. - 6: P.- 147-155.
3. Macrolide effects on the prevention of COPD exacerbations / Yamaya M. [et al.] // Eur. Respir. – 2012. - Vol. - 40. – P. 485-494.
4. Pharmacological actions of statins: potential utility in COPD /Young R.P. [et al.] // Eur. Respir. Rev. - 2009. - Vol. - 18. – P. 1-11.
5. Catapano A.L., Graham I., De Backer G. et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidemias. The Task for the Management of Dyslipidemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Eur Heart J 2016. - №37. – Vol.39. - p. 2999-3058
6. О.Ю. Реброва. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica, Медиа Сфера, Москва, 2002г. - 312 с.
7. Национальные рекомендации «Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2017» / Рекомендации Российского кардиологического общества, Национального общества профилактической кардиологии и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний. // Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.cardioprevent.ru>. – Дата доступа 15.05.2018.