

### **13. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM**

#### **Wprowadzenie**

Stosowanie statyn może być związane ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń snu oraz funkcji seksualnych. Dowody dotyczące wpływu leczenia statynami na wyżej wymienione zaburzenia są niejednoznaczne.

#### **Cel**

Celem pracy było zbadanie związku między stosowaniem przewlekle statyn (atorwastatyny, rozuwastatyny), a ryzykiem wystąpienia zaburzeń jakości snu oraz erekcji w porównaniu z grupą pacjentów nieleczonych statynami.

#### **Material i Metody**

Badanie zostało podzielone na dwie niezależne części. W pierwszej części zbadano 350 pacjentów (175 mężczyzn, 175 kobiet, średnia wieku  $65.1 \pm 5.9$ ) ze wskazaniami do przewlekłej terapii statynami (230 pacjentów przyjmujących atorwastatynę, 120 pacjentów przyjmujących rosuwastatynę) oraz 100 osób nie leczonych statyną jako grupę porównawczą. Wpływ statyn na parametry snu oceniono za pomocą: Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS), Kwestionariusza Jakości Snu Pittsburgh (PSQI), Skali Nasilenia Bezsenności (ISS), Karolińskiej Skali Senności (KSS). W drugiej części zbadano 100 mężczyzn (średnia wieku  $41.8 \pm 5.5$ ) ze wskazaniami do przewlekłej terapii statynami (60 pacjentów przyjmujących atorwastatynę, 40 pacjentów przyjmujących rosuwastatynę) oraz 50 mężczyzn nie leczonych statyną jako grupę porównawczą. Wpływ statyn na funkcje seksualne oceniono za pomocą kwestionariusza do oceny życia płciowego mężczyzny (IIEF-5).

#### **Wyniki**

Pacjenci w trakcie terapii atorwastatyną lub rozuwastatyną uzyskali istotnie wyższą liczbę punktów w AIS w odniesieniu do grupy porównawczej odpowiednio  $9.9 \pm 3.9$  vs.  $6.2 \pm 2.2$  ( $p < 0.0001$ );  $9 \pm 3.7$  vs.  $6.2 \pm 2.2$  ( $p < 0.0001$ ), PSQI ( $9.6 \pm 3.5$ ;  $9.2 \pm 3.7$  vs.  $5.9 \pm 2.2$   $p < 0.0001$ ) oraz ISS odpowiednio  $10.6 \pm 3.9$  vs.  $6.8 \pm 2.7$  ( $p < 0.0001$ );  $8.6 \pm 3.9$  vs.  $6.8 \pm 2.7$  ( $p = 0,025$ ).

Wykazano dodatnią korelację uzyskanej punktacji w kwestionariuszach snu w zależności od dawki i czasu trwania terapii statyną. Ponadto pacjenci leczeni atorwastatyną lub rozuwastatyną uzyskali istotnie niższą ilość punktów w IIEF-5 w porównaniu z grupą kontrolną odpowiednio  $20.7 \pm 2.4$ ;  $20.8 \pm 2.7$  vs.  $23.2 \pm 1.9$  ( $p < 0.001$ ).

#### **Wnioski**

1. Atorwastatyna, rozuwastatyna powodują zaburzenia jakości snu zależnie od dawki i czasu trwania terapii. 2. Właściwość farmakokinetyczna atorwastatyny, taka jak rozpuszczalność w

tłuszczach nie zwiększa zaburzeń jakości snu w porównaniu do hydrofilnej rozuwastatyny. 3. Atorwastatyna, rozuwastatyna powodują zaburzenia jakości snu niezależnie od BMI, palenia papierosów, występowania cukrzycy typu 2, przewlekłego zespołu wieńcowego. 4. Atorwastatyna powoduje zaburzenia erekcji zależnie od dawki, rozuwastatyna zaś zależnie od czasu trwania terapii. 5. Silniejszymi predyktorami zaburzeń erekcji od terapii statynami są: wiek, BMI, nadciśnienie tętnicze.