

MITY MEDYCZNE KTÓRE MOGĄ ZABIĆ



Wyniki
najnowszych
badań

FAKTY, KTÓRE RATUJĄ ŻYCIE

O TYM PRODUCENCI LEKÓW MÓWIĄ TYLKO PO CICHU!

MITY
MEDYCZNE
KTÓRE MOGĄ ZABIĆ

KATARZYNA ŚWIĄTKOWSKA

MITY MEDYCZNE KTÓRE MOGĄ ZABIĆ

FAKTY, KTÓRE RATUJĄ ŻYCIE

O TYM PRODUCENCI LEKÓW MÓWIĄ TYLKO PO CICHU!



 Eureka

Okładka
Robert Kempisty

Korekta i redakcja
Agnieszka Pawlik-Regulska

Dyrektor projektów wydawniczych
Maciej Marchewicz

Skład i łamanie
TEKST Projekt, Łódź

ISBN 978-83-8079-087-2

Copyright © by KATARZYNA ŚWIĄTKOWSKA
Copyright © for Fronda Sp. z o.o., Warszawa 2016

Niniejsza publikacja jest poprawioną wersją książki *Mity medyczne, które mogą zabić kontra fakty mogące uratować życie*, która ukazała się w roku 2015 nakładem TMX Kadex Katarzyna Świątkowska, imprint Lepsze Życie

 **Eureka** jest marką Wydawnictwa Fronda

Wydawca
Frona Sp. z o.o.
ul. Łopuszańska 32
02-220 Warszawa
Tel. 22 836 54 44, 877 37 35
Faks 22 877 37 34
e-mail: fronda@wydawnictwofrona.pl
www.wydawnictwofrona.pl
www.facebook.com/FronaWydawnictwo
www.twitter.com/Wyd_Frona

Kontakt z Autorką:
Facebook: lek. med. KATARZYNA ŚWIĄTKOWSKA
Mity medyczne, które mogą zabić kontra fakty mogące uratować życie
www.mitykontrafakty.pl

Spis treści

Wstęp	11
Przedmowa	17
I. Czy popularne leki przeciwbólowe zabijają ludzi?	19
Groźne, choć powszechnie dostępne	21
Lek, który zabił 60 tysięcy osób w USA	23
Badania, o których niechętnie się mówi.....	24
Miażdżyca potęguje zagrożenie	27
Opowieść o „koksach”	29
Niektóre specyfiki nie lubią się wzajemnie. O groźnych interakcjach.....	34
II. A może spróbujemy powalczyć z bólem nieco inaczej?	39
Dlaczego warto o tym pomyśleć.....	41
Mały ręczniczek i ciekący kran.....	42
Niedobra fabryka w naszym brzuchu	44
„Osobówka” z ładunkiem przeznaczonym dla tira.....	46
Trudno o zdrowe stawy w otoczeniu zwiotczonych mięśni	47
Dieta też jest ważna. Nadmiar kwasu omega-6 powoduje zapalenia.....	49
Witamina D3 – „super staw”	50
A może glukozamina?.....	51
Z naukowego punktu widzenia	54

III. Suplementy niekiedy mogą pomóc, jednak są... niczym ruletka.....	59
Pastyłka i kiełbasa równe wobec prawa	61
O odchudzających „ziołkach” niszczących nerki	62
Pochodne Viagry i sibutraminy w suplementach	63
Odżywki ze sterydami w „prezencie”	64
Dinitrofenol (DNP) – śmiertelne odchudzanie	64
„Dosypki” gratis.....	65
Ziołowe suplementy bez... żadnych ziół.....	69
IV. O szkodliwości fobii gorączkowej i o tym, czy paracetamol sprzyja astmie.....	73
Kochani rodzice! Nie wierzcie bezwarunkowo reklamom.....	75
Gorączka pomaga walczyć	77
Wszystko ma swoją cenę. Warto pamiętać o możliwych skutkach ubocznych	78
Paracetamol i astma?	79
O tym, co czai się na naszych rękach	81
V. O strzelaniu z armaty do komara, czyli walka z katarem kosztem układu krążenia.....	87
Przeziębienie? Grypa? Łyknij pastylkę.....	89
Przy okazji dwa słowa o telefonach komórkowych.....	92
Sympatykomimetyki – walka z katarem kosztem układu krążenia.....	93
Kierowco, jesteś alergikiem lub masz katar? Koniecznie to przeczytaj!.....	96
VI. Interakcje powszechnie przepisywanych leków bywają groźne a grejpfruty mogą czasem zabić... ..	105
Wątroba niczym zakorkowane miasto	107
Interakcje kofeiny oraz grejpfrutów z różnymi lekami	109
Sok grejpfrutowy może się okazać śmiertelną trucizną.....	113
Kiedy leki nie znoszą siebie nawzajem.....	117
Nie ma żartów, leki bardzo często wchodzą sobie w drogę	119
Antybiotykoterapia i przyjmowanie innych leków	120
Cytrusy, kofeina i rak skóry	123

VII. Kawa kontra magnez, czyli bzdury serwowane przez reklamy	127
1. Kawa na ławie oskarżonych	129
„Mała czarna” a niepotrzebne poczucie winy	129
Skąd taka brzydka opinia o kawie?	130
Co zdrowego zawiera kawa?	133
2. Wpływ kawy na układ krążenia	145
Czy kawa szkodzi sercu?	145
Arytmie? Jakie arytmie?!	146
3. Kawa kontra cukrzyca	165
Kawa bronią w walce z globalną epidemią?	165
Co w kawie działa tak ochronnie?	170
Ochrona przed powikłaniami cukrzycowymi	173
Kawa rozpuszczalna to „sama chemia”?	176
Słodzić? Nie słodzić? Oto jest pytanie	177
4. Z kawą w sukurs wątrobie	183
Wątroba: detoks trwający całą dobę	183
5. Kawa a ochrona różnych narządów wewnętrznych	207
Kamienie żółciowe	207
Rak wątroby	207
Czarna ochrona przed rakiem	209
Prostata	210
Trzustka	212
Jelito grube	213
Jama ustna, gardło	214
Mózg	215
Skóra	216
Sutek	217
Macica	220
Dlaczego kawa chroni? Możliwe mechanizmy	221
6. Wpływa kawy na układ nerwowy	227
Mózg lubi kawę	227
Kawą w depresję	228
Lokata na stare lata. Mózg kocha kawę i... fitness	231
Ochrona przed demencją	233
Choroba Parkinsona	236
7. Kawa a nasi najmłodszy	241
Dzieci i kofeina	241
Kofeina a poczucie	241
Ile kaw dziennie można wypić w ciąży?	242

Czy matka karmiąca może pić kawę?	244
Kwestia potencji.....	245
8. Obalamy jeszcze parę mitów.....	247
Czy kawa odwadnia?.....	247
Kawa złodziejem kości?.....	250
Czy kawa powoduje ślepotę?	253
VIII. Gorzka prawda o cukrze	259
Jesteś pewien, że nie chorujesz na cukrzycę II typu?.....	261
Słodycz oblepiająca białka naszego organizmu.....	262
Cukier postarza!.....	264
Insulinooporność – jak tkanki stają się obojętne.....	266
Ćwiczenia na receptę.....	270
IX. Pamiętajmy o orzechach	273
Garść orzechów może uratować życie.....	275
Zaskakujące, ale... orzechy są sprzymierzeńcem szczupłej sylwetki	276
Oliwa oraz orzechy lepsze dla serca i sylwetki niż ograniczenia tłuszczu.....	281
Skarbnica dobroczynnych składników przeciwnowotworowych i przeciwzapalnych.....	285
Orzechy trzymają w ryzach poziom cukru we krwi.....	286
Serce kocha orzechy.....	292
Co dobre dla serca, to dobre dla mózgu.....	295
Jak pistacje obniżyły poziom złego cholesterolu	297
Orzechami w kamienie żółciowe	298
Przeciw nowotworom	299
X. Radosne wieści dla miłośników czekolady i kakao.....	307
Indianie kochający kakao nie chorowali na nadciśnienie....	309
Smakołyk dbający o serce i mózg	311
Czekolada elementem zdrowej diety?.....	314
Cenne składniki ukochanego przez wielu smakołyku	315
Flawanole chronią wnętrze naczyń	317
Czekolada, Viagra i lek przeciwko łysieniu	321
Czekolada kontra nadciśnienie	322
Czekolada chroni przed powstawaniem skrzeplin?.....	324
Dlaczego czekolada jest lepsza dla obwodu bioder niż ciasteczko?	325

Biała? Mleczna? Czarna? Najważniejsze, żeby była gorzka.....	326
Czekoladowe zdrowe tłuszcze i inne ważne składniki.....	327
XI. Twój hot dog może cię zabić.....	335
Po pierwsze – rak.....	337
Po drugie – choroby układu krążenia.....	340
Po trzecie – cukrzyca I i II typu	341
Zabawmy się w detektywa i czytajmy skład produktów.....	344
XII. Plastic is not fantastic.....	351
Wszechobecny naśladowca	353
Ukryty składnik napojów i pokarmów	356
Burzyciel równowagi hormonalnej	357
Dzieci szczególnie narażone.....	360
BPA szkodzi sercu i powoduje wiele zaburzeń.....	361
Uwaga na <i>BPA-free</i>	366
Nasza biedna przyroda	367
XIII. Co z tym cholesterolem, czyli zrobieni w jajo.....	373
Jaja wracają do łask.....	375
Różne oblicza cholesterolu – liczy się opakowanie.....	378
Naukowcy ogłaszają, że cholesterol w diecie nie jest już wrogiem numer jeden	382
Cenny element diety.....	384
Cholesterol w żółtkach jak kolagen w kremach.....	385

Wstęp

Jestem absolwentką Akademii Medycznej w Gdańsku. Mieszkam i prowadzę praktykę w jednym z pięknych miast na Pomorzu Zachodnim. Zostałam autorką książek nie z miłości do pisania. Nie lubię i nie umiem pisać. Byłam przeszczęśliwa, kiedy zdałam maturę z polskiego, bo myślałam wtedy, że już nigdy nie będę oceniana pod kątem moich zdolności językowych. Umiejętność pięknego wysławiania się zdecydowanie nie należy do talentów, które otrzymałam. Jak widać, los lubi płać figle...

Pomysł na tę książkę, a wcześniej – na zadebiutowanie na Facebooku – wziął się z przekonania, że pewne informacje powinny dotrzeć do jak największej liczby osób, żeby im pomóc w uniknięciu wielu problemów i cierpienia; żeby wydłużyć życie lub poprawić jego jakość. Któż nie zgodzi się z twierdzeniem: „najważniejsze jest zdrowie”? To przecież numer jeden w rankingu życzeń, które składamy sobie przy okazji Nowego Roku, kolejnych urodzin czy innych świąt.

Sporo czasu przepracowałam w różnych przychodniach jako lekarz pierwszego kontaktu. To, co mnie ciągle szokuje, to fakt, że tak wielu pacjentów dbanie o zdrowie utożsamia tylko z udaniem się do lekarza po kolejną receptę lub... z kupnem modnego suplementu.

Oczywiście, profilaktyczne badania, a w razie wystąpienia objawów chorobowych – poprawna diagnostyka i odpowiednie leczenie, zgodne z najnowszą wiedzą, to podstawa. Ale jest jeszcze druga strona medalu. Wcale nie mniej ważna! Nasze codzienne, małe wybory. Niedoceniające, jeśli chodzi o ich wpływ na nasze zdrowie. Medycyna to całość wiedzy o zdrowiu i chorobach. Zdecydowanie – medycyna to nie tylko leki.

Kiedy pacjent dostanie receptę na lekarstwo, to najczęściej z wielką pieczołowitością pilnuje, by je zażyć, a potem – by pójść po kolejną receptę (to, oczywiście, dobrze, tak należy robić). A gdy słyszy, że powinien schudnąć i zacząć inaczej się odżywiać, więcej się ruszać, to (najczęściej) odbiera to jak takie „bla... bla... bla”.

Co roku wiele milionów ludzi cierpi i umiera z powodu chorób, którym można było zapobiec. Nawet dzieci wiedzą, że palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu mogą zabić. Ale za mało osób jest świadomych tego, że dzisiaj równie częstym zabójcą i czynnikiem okaleczającym jest niewłaściwa dieta, otyłość i zbyt mała aktywność fizyczna.

Szkoda, że nie można ćwiczeń i zdrowszej diety wypisać na receptę. Pewnie wtedy zostałyby w końcu docenione. Szkoda, że razem z kolejną receptą nie można powiedzieć: „Te tabletki należy popijać wodą i zażywać po intensywnym półgodzinnym marszu lub wizycie na pływalni. Jeśli pan/pani powinien/powinna przyjmować je rano, to ten spacer lub basen mogą być poprzedniego dnia. Ich skuteczność mocno jest też uwarunkowana tym, czy pana/pani codzienna dieta zawiera pięć polecanych porcji warzyw oraz owoców i ma odpowiednią proporcję tłuszczów z rodziny omega-6 i omega-3”.

Z wieloma chorobami jest jak z puzzlami. Atakują nas, kiedy większość elementów (które często sami gromadzimy) dopasuje się do siebie. Nie wiemy dzisiaj, jak

wyglądają w przypadku powszechnych teraz chorób, np. raka, wszystkie kawałeczki układanki. (Medycyna uczy pokory). Z całą pewnością możemy jednak powiedzieć, że zidentyfikowaliśmy sporą ich część. I to jest pozytywna wiadomość. Jeśli elementy te wyrzucimy z naszego życia, zmniejszymy szansę na to, że dopadnie nas któraś z powszechnych dzisiaj chorób. Na niektóre czynniki nie mamy wpływu (np. na zanieczyszczone środowisko, w jakim żyjemy; na geny, które sprezentowali nam nasi rodzice), ale nie możemy zapominać o tym, że dzisiaj, niestety, wielu ludzi cierpi i umiera z powodu schorzeń, które hodowali sobie niejako na własne życzenie... przez lata. Czasami zupełnie nieświadomie. Co ważne, w przypadku tej „układanki” nie działa zasada „wszystko albo nic”. Im więcej wyeliminujemy tych złych elementów, tym dla nas lepiej. Próbujmy.

Wiele osób nie chce słyszeć o „zdrowszym stylu życia”, bo kojarzy im się on (niesłusznie) z cierpieniem. Oczekują, że zaraz usłyszą o tym, że mają biegać po osiedlu (a może tego nie cierpią robić i boją się, że sąsiedzi zaczną się śmiać) lub żyją w przeświadczeniu, że to, co zdrowe, musi być niesmaczne. A to nieprawda. Właśnie o tym jest ta książka.

Z drugiej strony można zadać pytanie: Co w ogóle jest zdrowe? Funkcjonuje mnóstwo mitów. Mody się zmieniają i zwykle są kreowane przez reklamy, za które zapłacili ci, którzy chcą coś sprzedać. Informacje, jakie do nas trafiają, często są nieprawdziwe i nie wynikają wcale z troski o nasze zdrowie, tylko z czyjejś żądzy zysku.

Jestem zwolenniczką medycyny opartej na faktach. Nie na przesądach i zabobonach. Moją pasją jest zbieranie nowych doniesień naukowych, analizowanie i konfrontowanie ich z tym, w co się powszechnie wierzy, a także ich weryfikowanie, sprawdzanie, w jakiej mierze są słuszne. Celowo podaję dużo źródeł i staram się zachęcić

czytelników do myślenia oraz samodzielnego wyrobienia sobie zdania.

Nikt nie lubi sytuacji, kiedy okazuje się, że coś, w co długo wierzyliśmy, było nieprawdą. Dla naszego ego tym bardziej jest bolesne, jeśli te „prawdy” przekazywaliśmy przez lata naszym pacjentom. Aby zweryfikować swoją postawę, potrzebna jest pokora. Rzadko się ją dzisiaj spotyka, choć jest bardzo ważną cechą u przedstawicieli pewnych zawodów.

Świetnym przykładem jest kawa. Powszechnie panuje przekonanie, że to szkodliwa używka. A jakie są fakty? W świetle dostępnych dzisiaj informacji (ale nie tych sprzed 10 czy 15 lat) jest to (dla większości ludzi) jeden z najzdrowszych napojów. Nie uważam, że tego typu doniesienia to jedynie ciekawostki, bo dotyczą przecież jednego z najczęściej (po wodzie) spożywanych napojów na świecie. Jeśli więc wpływa on na zdrowie w określony sposób, to jest to dla pojedynczego człowieka ważne, a w skali społecznej – bardzo ważne.

Fizjologia, anatomia człowieka się nie zmieniają, ale już wytyczne dotyczące leczenia różnych chorób – ciągle. Trzeba więc wciąż się doszkalać, uczestnicząc w konferencjach, wykładach, śledząc publikacje przeznaczone dla lekarzy, które dotyczą aktualnych standardów diagnostyki i leczenia. Biorąc udział w tego typu szkoleniach, zauważyłam, że w zasadzie nie podkreśla się za bardzo znaczenia profilaktyki i wpływu modyfikacji stylu życia na efekty leczenia. O pewnych kwestiach, związanych ze skutkami ubocznymi leków (częstymi i bardzo groźnymi), za głośno się nie mówi. Od bólu głowy może jednak dojść do zawału, a od bolących kolan do udaru mózgu.

Uderza również to, jak wiele jest osób, które studiują sto pięćdziesiąt razy ulotkę dołączoną do leku zaleconego przez lekarza z powodu określonej choroby i przerażają

się tym, co napisano o możliwych skutkach ubocznych, za to bez wahania kupują w aptece reklamowany w mediach medykament, suplement albo pozyskują jakiś „cudowny” specyfik z internetu lub od znajomego, który obiecuje, że to, co sprzedaje, jest w stanie uleczyć wiele chorób i pozwala na własną rękę odstawić przyjmowane leki. Mało kto weryfikuje usłyszane informacje. (Piszę o tym w części „Suplementy niekiedy mogą pomóc, jednak są niczym ruletka”). Świetnie sprzedają się bajkowe opowieści (co może świadczyć o tym, że we wszystkich z nas pozostaje na zawsze coś z dzieci). Wielu wyznawców mają również teorie spiskowe. Zmowa firm farmaceutycznych? Jakiś spisek? Ukrywane badania? Może ten fenomen jest związany z tym, że wolimy przenieść odpowiedzialność za nasze zdrowie i – co ważniejsze – za zdrowie naszych bliskich na innych? Prawda jest bardziej prozaiczna. Trzeba wstać z kanapy, zmienić dietę, zadbać o poprawną wagę. To właśnie w dużej mierze decyduje o tym, w jakim stanie będziemy my i nasi najbliżsi może nie jutro, ale za pięć, dziesięć, dwadzieścia lat.

Pasjonuje mnie medycyna prewencyjna. Od lat otrzymuję drogą elektroniczną informacje o doniesieniach związanych z nowymi badaniami, które zostały opublikowane na świecie. Nie lubię tracić czasu, więc czytam je podczas czekania w kolejce do kasy w sklepie, kiedy ćwiczę na siłowni na orbitreku lub jadę samochodem (oczywiście jako pasażer 😊).

Jedni grają w gry komputerowe, inni szydełkują, ja w wolnym czasie lubię poczytać te medyczne nowości. To jest naprawdę ciekawsze niż niejeden kryminał.

Mam nadzieję, że Czytelnicy podzielą moje zdanie.

Katarzyna Świątkowska

Przedmowa

Książka *Mity medyczne, które mogą zabić* doktor Katarzyny Świątkowskiej to publikacja oparta na profesjonalnej, przez lata gromadzonej wiedzy medycznej.

Sama jako lekarz z wieloletnim doświadczeniem zgadzam się ze spojrzeniem koleżanki Kasi na kwestię zdrowia. To takie proste – o wiele lepiej jest zapobiegać nieszczęściu niż gasić już rozdmuchany pożar. Całe zawodowe życie systematycznie uczestniczę w konferencjach, sympozjach oraz szkoleniach z zakresu dermatologii i alergologii. Aktualna wiedza to podstawa sukcesu. Większość autorytetów medycyny mówi jednak głównie o leczeniu, natomiast niewiele o zapobieganiu. A przecież profilaktyka jest metodą stymulacji organizmu do działań zapobiegawczych (wzrost odporności na czynniki chorobotwórcze) i – co bardzo ważne – nie powoduje efektów ubocznych.

Pracę w zawodzie lekarza uważam za swoją pasję i powołanie. Pracując jako dermatolog, w trakcie wieloletniej praktyki przekonałam się, że nie ma właściwej diagnozy oraz leczenia bez rzetelnego wywiadu i holistycznego podejścia do każdego pacjenta. Każda choroba ciała i umysłu jest widoczna na skórze – chcąc dobrze leczyć, muszę znać powody i podłoże pojawienia się choroby.

Cieszę się, że coraz większa liczba leczonych przeze mnie osób zaczyna też doceniać i rozumieć potrzebę profilaktyki w ochronie i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Tu kładę nacisk na słowo „rozumieć” – chory, któremu wytłumaczono w zrozumiały dla niego, nieskomplikowany i obrazowy sposób mechanizm choroby oraz metody jej zapobiegania, zaczyna współdziałać z lekarzem, a przede wszystkim stara się zapobiec pojawieniu się właściwej choroby. Zauważyłam, że prosta, wzbogacona przykładami i porównaniami edukacja, poparta życzliwym uśmiechem daje niewiarygodne efekty w leczeniu moich pacjentów z przewlekłych chorób.

Autorka *Mitów medycznych, które mogą zabić* nie ma sobie równych w prostym i obrazowym przedstawianiu mechanizmów działania poszczególnych narządów oraz układów człowieka. Píše prosto i rzetelnie. Tłumaczy, uczy oraz ostrzega przed wieloma modnymi, bardzo rozpowszechnionymi i czasami groźnymi mitami, związanymi niekiedy z „cudownymi” suplementami diety.

Język, przejrzysta kompozycja i fantastyczny styl dzieła, które czynią je lekkim i przystępnym, sprawiają, że każdy znajdzie tu coś dla siebie. Tę książkę powinni przeczytać rodzice i dzieci, zdrowi i chorzy, studenci, farmaceuci i lekarze, pesymiści i optymiści, jednym słowem – wszyscy. Ci, którzy będą wcielać w życie zasady przedstawione przez doktor K. Świątkowską, otrzymają bonus w postaci długoterminowej lokaty na zdrowie.

Jolanta Mroczyńska, dermatolog

I

**CZY POPULARNE LEKI
PRZECIWBÓLOWE
ZABIJAJĄ LUDZI?**

Groźne, choć powszechnie dostępne

Jakie leki można znaleźć najczęściej w damskiej torebce lub domowej apteczce? Mogę się założyć, że większość z Was ma w torebce lub w domu np. **ibuprofen**. Ciekawe, czy zgadniecie, na jakie leki najczęściej wypisuje się recepty w krajach rozwiniętych? Wiadomo przecież: każdego boli czasem głowa, kolano lub ząb. A niejeden z nas cierpi przewlekle...

Ibuprofen i jego „krewniacy” walczą w naszym ciele z bólem i zapaleniem. Stąd nazwa: **niesterydowe leki przeciwzapalne** (będziemy je nazywać NLPZ-etami). Należą do nich: **ibuprofen** (Acatar Zatoki, Aprofen, Brufen, Bufenik, Ibalgin, Ibufen, Ibum, Ibumax, Ibuprom), **diklofenak** (Olfen, Diclac, Dicloratio, Dicloreum, Naclof, Majamil, Naklofen, Voltaren), **naproksen** (Aleve, Anapran, Apo-Napro, Naproxenum, Nalgesin), **ketoprofen** (Ketonal, Refastin, Bi-Profenid, Febrofen, Ketores, Profenid, Refastin), **nimesulid** (Nimesil), **celekoksyb** (Celebrex, Aclixa) i wiele innych.

Według wyliczeń firmy IMS Health w 2013 roku Polacy kupili 115 milionów opakowań środków przeciwbólowych. Wydali na nie 1,2 miliardów złotych. Polska zajmuje drugie miejsce pod względem spożycia leków przeciwbólowych

w Unii Europejskiej i trzecie na świecie, po USA i Francji. Niekiedy sięgamy po te specyfiki z powodu najmniejszego bólu niczym... po cukierki. Ładni ludzie z reklam przekonują, że tabletki szybko nas uzdrowi i świat stanie się znowu kolorowy.

Często zdarza się, że pacjenci przyjmują kilka preparatów mających inne nazwy firmowe, lecz zawierających tę samą substancję czynną. (Rozmaici producenci sprzedają bowiem ten sam związek pod różnymi nazwami). I w ten sposób wiele osób zupełnie nieświadomie przekracza dozwoloną dawkę.

Czy wiecie, że wielu ludzi dostanie udaru i zawału serca tylko dlatego, że przyjmują tabletki uchodzące w sumie za dość bezpieczne? A czy w ogóle coś, co jest sprzedawane na każdym rogu w kiosku „Ruchu” czy na każdej stacji benzynowej, a do tego przyjmowane w rozsądnych ilościach, mogłoby nieść zagrożenie dla naszego zdrowia?

Niestety, niesie. Skala problemu jest bardzo duża. I bardzo źle, że o tym się nie mówi wystarczająco głośno. Dobrze, że nagłośniona jest szkodliwość NLPZ-etów w stosunku do przewodu pokarmowego. Ewidentnie bowiem zwiększają ryzyko krwawień. Jednak rzadko wspomina się o udarach i zawałach. A przecież każdy pacjent z chorym układem krążenia, miażdżycą, po udarze, zawałe powinien wystrzegać się leków z tej grupy niczym ognia. Mało kto jednak zdaje sobie z tego sprawę...

Od dawna wiadomo było, że leki te zmniejszając ból, często uszkadzają równocześnie ścianki żołądka i doprowadzają tym samym u niektórych ludzi do powstania owrzodzeń, a nawet do krwawień. To dość kłopotliwa cecha leku, ale wiadomo – wszystko na naszym pięknym świecie ma jakąś cenę. Zresztą to działanie uboczne zmniejszają, stosując tzw. leki osłonowe, a powikłania rzadko bywały śmiertelne.

Lek, który zabił 60 tysięcy osób w USA

W latach dziewięćdziesiątych pojawiła się wielka nadzieja dla żołądków. Wyglądało to wręcz na rewolucję w medycynie. Wprowadzono na rynek zupełnie nowe NL-PZ-ety, które nie miały szkodzić żołądkowi, ale uderzać selektywnie w miejsce bólu i w zapalenie – tak zwane **koksyby**. Najsłynniejszym z nich był **Rofecoxib**, inaczej **Vioxx**. W roku 2003, na rok przed zniknięciem z rynku, producent uzyskał przychody z jego sprzedaży równe 2,5 miliarda dolarów. A ponad 80 milionów ludzi na całym świecie (w tym dziewięć tysięcy Polaków) otrzymywało w tym samym czasie receptę na tę substancję. Lekarze się cieszyli, że mogą wreszcie leczyć ból swoich pacjentów bez szkody dla ich przewodu pokarmowego. Radość jednak nie trwała długo. W atmosferze skandalu wycofano lek z rynku w 2004 roku. Urząd Bezpieczeństwa Leków przy Agencji Żywności i Leków USA ocenił, że jedynie w Stanach Zjednoczonych w ciągu pięciu lat zdążył on doprowadzić do zawału serca od 88 tysięcy do 138 tysięcy ludzi. Szacuje się też (ostrożnie), że zabił około 60 tysięcy osób w Ameryce i 10 tysięcy w Wielkiej Brytanii. Ile w Polsce? Nikt się nie zastanawiał.

David J. Graham, jeden z naukowców zajmujących się badaniami nad skutkami działania tego specyfiku, przemawiając w senacie Stanów Zjednoczonych, stwierdził: „Jeśli na pokładzie samolotu znajduje się średnio od 150 do 200 osób, to skutki działania **Vioxxu**, i to tylko w USA, można porównać do tego, jakby od 500 do 900 samolotów spadło z nieba” (1).

Proszę Państwa, teraz szokująca wiadomość!!! Wielu naukowców zgodnie twierdzi, że obecny w aptekach **diklofenak** (znany też jako **Voltaren**, **Olfen**, **Majamil**) jest wcale nie mniej szkodliwy niż **Vioxx**! Nasz dobry znajomy

ibuprofen też zachowuje się wrednie i nieraz zabija ludzi, którzy po niego sięgają. Najwyraźniej historia lubi się powtarzać.

Badania, o których niechętnie się mówi

Od kilku lat wiadomo, że działania uboczne NLPZ-etów związane z przewodem pokarmowym to „małe piwo” w porównaniu z prawdziwymi zagrożeniami, jakie te leki niosą ze sobą dla serca i mózgu.

Niedawno duńscy naukowcy zszokowali świat. Przeanalizowali kartoteki medyczne zapisane w systemie komputerowym dotyczące pół miliona zdrowych Duńczyków. Z badania wyłączyli osoby, które w ciągu wcześniejszych pięciu lat z jakiegokolwiek powodu trafiły do szpitala. Wyeliminowano również ludzi, którzy w ciągu dwóch lat poprzedzających badanie systematycznie zażywali jakiegokolwiek lekarstwa. Chodziło po prostu o to, żeby w badaniu przyjrzeć się wyłącznie zdrowym osobom. I robiono to w latach 1997–2005, zwracając uwagę na to, jakie leki przyjmowali ci ludzie. Monitorowano również, u których pacjentów wystąpił zawał lub udar mózgu w ciągu tego czasu.

Okazało się, że zdrowe osoby, którym lekarz zalecił **ibuprofen**, **naproksen**, **celekoksyb** lub **diklofenak**, częściej doznawały udarów mózgu. Nasz „dobry znajomy” – **ibuprofen** zwiększał liczbę udarów o 28%, **naproksen** – o 35%, **celekoksyb** – o 69%, **diklofenak** – o 86%. Przerazające jest to, że większość osób, które zmarły z powodu udaru, przyjmowała te leki nie dłużej niż dwa tygodnie. Dostępny bez recepty **ibuprofen** – przyjmowany w dawce większej niż 200 mg dziennie zwiększał ryzyko udaru aż o 90%.

Dr Gunnar Gislason, główny naukowiec, który prowadził to badanie, stwierdził: „Jeśli weźmiemy pod uwagę, że nawet połowa populacji sięga po te leki od czasu do czasu, to nie można wykluczyć, że co trzeci lub co czwarty udar jest związany z ich przyjmowaniem” (2).

Oprócz udarów do czynienia mamy również z zawałami. W Finlandii w latach 2000-2003 przyglądano się 33 309 osobom, u których wystąpił pierwszy w ich życiu zawał serca. Sprawdzano w kartotekach, jakie leki mieli zalecone w ciągu wcześniejszych dwóch lat. Każdego chorego porównano z co najmniej trzema osobami w tym samym wieku, które nie miały zawału. W ten sposób powstała tzw. „grupa kontrolna” licząca 138 949 osób. Co się okazało? Stosowanie leków z grupy NLPZ-etów zwiększało niebezpieczeństwo zawału już od pierwszego dnia ich przyjmowania. Wzrost ryzyka był bardzo znaczny: w przypadku zażywania **Nimesulidu** wzrastało ono o 69%, **indometacyny** – o 56%, **ibuprofenu** – o 41%, **diklofenaku** – o 35%, **naproksenu** – o 19%. Ponadto zagrożenie to nie zniknęło zaraz po zaprzestaniu zażywania wspomnianych leków. Było podwyższone o 16-28% jeszcze przez cały miesiąc po ich odstawieniu. Im bardziej jednak oddalał się w czasie okres przyjmowania leku, tym ryzyko zawału serca było niższe (3).

Porozmawiajmy teraz o sercu, ale nie w aspekcie wzniosłych uczuć, lecz hydromechaniki. Serce jest pompą, która tłoczy krew do całego naszego ciała. Niewydolność serca to zespół objawów, które świadczą o tym, że przestaje sobie ono radzić z wypełnianiem swoich funkcji. Pojawiają się wtedy takie objawy jak obrzęki nóg, duszność, męczliwość. Najczęstsze przyczyny tego stanu rzeczy to nadciśnienie tętnicze oraz choroba niedokrwienna serca polegająca na zatkaniu lub przytkaniu tętniczek, które mają doprowadzać krew do serca i tym

samym zaopatrywać je w żywność i tlen, których potrzebuje, by żyć i pracować.

Podczas słynnego badania Rotterdam przebadano pracę serca 7 277 osób po 55. roku życia. Okazało się, że ryzyko niewydolności było większe o 10% u tych, którzy czasami przyjmowali NLPZ-ety, ale dotychczas nie leczyli się z tego powodu. Jeżeli u kogoś już wcześniej rozpoznano tę chorobę i otrzymał przynajmniej jedną receptę na NLPZ-ety, to jego ryzyko trafienia do szpitala z powodu nawrotu dolegliwości było od 4 do 10 razy większe (od 400% do 1000%)(4) Wiedzano o tym już zresztą w latach osiemdziesiątych (5).

W 2011 roku naukowcy amerykańscy przeanalizowali 31 badań, w których uczestniczyło 116 429 pacjentów. Tutaj porównywano efekty działania NLPZ-etów z placebo lub paracetamolem. Możemy więc w tym przypadku wyeliminować wątpliwość, że osoby sięgały po leki przeciwbólowe po prostu dlatego, że wcześniej chorowały już na coś i że to ta ich choroba mogła w rzeczywistości przyczynić się do udaru, zawału czy zgonu.

Ibuprofen najbardziej, bo ponad trzykrotnie zwiększał ryzyko udaru (o 336%), **diklofenak** był drugi po nim (udara zdarzały się prawie trzy razy częściej, wzrost o 286%), ryzyko po naproksenie zwiększało się o 76%. Liczba osób, które zmarły po podaniu **ibuprofenu** zamiast placebo, była dwukrotnie większa. **Diklofenak** powodował zgony cztery razy częściej (wzrost o 398%) (6).

Z dziesiątków znanych obserwacji przytoczę jeszcze jedną metaanalizę z 2013 roku. Przeanalizowano różne badania dotyczące 124 513 pacjentów leczonych dużymi dawkami **diklofenaku**, **naproksenu**, **koksybów** i **ibuprofenu** (mniejszych po prostu nie brano pod uwagę). Każdy z tych leków dwukrotnie zwiększał ryzyko hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Zagrożenie śmiercią wzrastało

o 58% w przypadku **koksybów** (Celecoxib), o 65% w przypadku **diklofenaku** i o 90% w przypadku **ibuprofenu**. Nie wzrastało po **naproksenie**.

Miażdżycy potęguje zagrożenie

Coś tu się jednak nie zgadza ...Ciekawe, czy ktoś zastanowił się, jak to jest możliwe: jedna grupa naukowców stwierdziła, że ibuprofen zwiększa ryzyko udaru o 28%, a potem inni stwierdzili, że to ryzyko rośnie do 336%? A może ktoś mija się z prawdą? Dlaczego bowiem zagrożenie to w różnych badaniach jest inne, nawet dziesięciokrotnie wyższe? Czy dlatego, że niektórzy naukowcy mają skłonność do przesady, kiedy opisują wyniki swoich badań? A może wagarowali na matematyce i nie umieli liczyć procentów? Otóż nie. To nie jest błąd naukowców. Przyczyną różnic jest miażdżycy.

Jeśli ocenia się ludzi zdrowych, z naczyniami krwionośnymi o gładkich ściankach, bez zmian miażdżycowych, to okazuje się, że osobom zażywającym NLPZ-ety zawały i udary przytrafiają się „tylko” kilkadziesiąt procent razy częściej niż ich rówieśnikom, którzy nie sięgają po te leki. Takie wyniki uzyskano w badaniach koncentrujących się na ludziach generalnie zdrowych. Natomiast jeżeli naukowcy brali pod uwagę osoby, które po prostu dostały receptę na NLPZ-ety, ryzyko szybowało w górę niewiarygodnie.

Zwróćmy uwagę na to, że większość leków przeciwbólowych zażywają osoby starsze. To one bowiem często mają zmiany zwyrodnieniowe w stawach, które potrafią im mocno doskierać. Im człowiek starszy, tym częściej coś go boli i dlatego przyjmuje leki z tej grupy. Poza tym im więcej lat ktoś przeżył, tym więcej zmian

miażdżycowych pojawiło się w naczyniach. Jeśli ktoś ma dwadzieścia kilka lat, to u niego ryzyko zawału jest bliskie zeru. (Powtórka z matematyki: jeśli do zera dodamy 30% z zera, to i tak wynik wyniesie zero). Oznacza to, że osoby młode i zdrowe mogą w miarę bezpiecznie sięgać po leki z grupy NLPZ-etów, obawiając się jedynie ewentualnych owrzodzeń żołądka, podwyższenia ciśnienia czy uszkodzenia nerek lub wątroby. Udar i zawał spowodowany tymi lekami raczej im nie grozi. Wszystko wygląda inaczej w przypadku osób w bardziej zaawansowanym wieku lub chorych.

Na przykład wśród sześćdziesięcioletnich mężczyzn, którzy nie sięgają po NLPZ-ety, ale mają podwyższone ciśnienie tętnicze i poziom cholesterolu (o czym zresztą najczęściej nie mają pojęcia, bo tego po prostu nie badają), w ciągu najbliższych dziesięciu lat umrze co dziesiąty, głównie z powodu zawału albo udaru (ryzyko śmierci w ciągu najbliższych dziesięciu lat wynosi dla nich 10%). Jeśli do tego ktoś pali papierosy, to ryzyko zgonu dla niego wzrasta do 20% (umrze w tej grupie co piąty) (8) (9) (10). Jeśli zaś zacznie przyjmować **voltaren** lub **ibuprofen**, to ryzyko jest minimum dwa razy większe. Oznacza to, że ryzyko zgonu w takiej grupie mężczyzn wzrasta co najmniej do 40%! Spośród stu takich osób umrze więc w ciągu najbliższych dziesięciu lat nie 20, ale 40 osób. Hm... duża różnica...

Jeśli NLPZ-ety zwiększają ryzyko udaru, zawału i ogólnie zgonu, to są ogromnym zagrożeniem dla osób palących papierosy, chorujących na nadciśnienie, cukrzycę, z wysokim poziomem cholesterolu albo po prostu w zaawansowanym wieku. Każdy bowiem z tych czynników, i to każdy z osobna, podwyższa ryzyko zgonu w ciągu następnych dziesięciu lat. A leki, o których mowa, jeszcze to ryzyko zwiększają.

Jednym z postawowych zaleceń, jakie otrzymuje pacjent, który przeżył zawał serca, powinno być, żeby unikał leków z tej grupy jak ognia (11). To samo dotyczy osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Znane jest badanie, opublikowane w maju 2011 roku, oceniające to, jakie znaczenie ma długość trwania kuracji NLPZ-etami. Ciągłe pojawia się bowiem pytanie: czy przypadkiem nie jest tak, że one stają się szkodliwe dopiero, kiedy przyjmuje się je przez dłuższy czas i w bardzo dużych dawkach?

Przeanalizowano przypadki 83 677 osób, u których wystąpił pierwszy zawał serca w latach 1997-2006. Następnie oceniono, ile z nich miało zalecone NLPZ-ety i jak długo je stosowali. Okazało się wtedy, że ponad 42% badanych otrzymało receptę na te leki (których przecież zdecydowanie powinni unikać, o czym wiadomo nie od dzisiaj). Ryzyko ponownego zawału serca albo zgonu było większe w tej grupie niż wśród innych uczestników badania o 45%. I zagrożenie to wzrastało aż o 45% już od samego początku leczenia, od pierwszego dnia! Potem, jeżeli NLPZ-ety były zażywane dłużej, wzrastało do 55%. Najgorszy znowu okazał się diklofenak. Już od początku zwiększał aż o 250% ryzyko ponownego zawału lub zgonu.

Opowieść o „koksach”

Drodzy Czytelnicy, jeśli wystarczyły Wam wcześniejsze informacje i nie potrzebujecie więcej dowodów, możecie nie czytać dalszej części tego rozdziału. Ta opowieść jest przeznaczona dla osób, które muszą dokładnie zrozumieć każdy szczegół. Dla wielu innych może się wydać nudna i skomplikowana (choć i tak robię, co w mojej mocy, żeby uprościć to wszystko, o czym mówię). Może są jednak i tacy dociekliwi, którzy pomyśleli: „Dlaczego te

leki są dla nas tak szkodliwe?”. W celu wytłumaczenia tych zagadnień posłużę się historią o „koksach”, czyli o „koksie pierwszym” i „koksie drugim”.

NLPZ-ety hamują ból i zapalenie tylko dlatego, że blokują w naszym ciele pewien enzym – cyklooksygenazę. Cyklooksygenaza ma dwie podstawowe formy. Nazywamy je cyklooksygenazą pierwszą (w skrócie COX-1) i cyklooksygenazą drugą (COX-2) (12, 23, 24) – dla uproszczenia my będziemy je nazywać koksem pierwszym i koksem drugim. Koksy to bardzo pracowite enzymy. Ich praca przynosi nam przeróżne efekty, niektórych z nich wolimy się pozbyć, natomiast inne są bardzo korzystne.

Koks pierwszy jest wszędobylski i stale można go znaleźć w każdej komórce naszego ciała. W żołądku odpowiada za wytwarzanie ochronnych substancji, między innymi śluzu. Dlatego jeśli się rozleniwi i przestanie wykonywać swoją pracę, to w przewodzie pokarmowym mogą pojawić się owrzodzenia i nawet krwawienia. Uczestniczy też w ochronie nerek, dlatego jego zablokowanie może im zaszkodzić.

Do niedawna uważano, że z kolei koks drugi pojawia się tylko wtedy, kiedy w organizmie dzieje się coś złego, na przykład dochodzi do choroby czy uszkodzeń tkanek. Rzeczywiście, koordynuje on procesy zapalne i powoduje, że odczuwamy ból. Z tego jest znany od dawna i akurat to jego działanie często nam się nie podoba. Wszystkie NLPZ-ety blokują koks drugiego, bo inaczej nie byłyby skuteczne w eliminowaniu bólu. Pojawia się tu jednak problem, o którym jakoś mało się mówi. Koks drugi nie tylko ponosi odpowiedzialność za to, że nas coś boli, mamy gorączkę czy stan zapalny (i z tym efektem jego działań walczymy za pomocą NLPZ-etów). On jest równocześnie naszym obrońcą i chroni np. nasze naczynia krwionośne przed zakrzepami! A tych ostatnich z pewnością nie chcemy...

Nie jestem pewna, czy wszyscy wiedzą, czym są „płytki”. Mówiąc najkrócej – są to najmniejsze komórki w naszej krwi. Jeśli nie są pobudzone, wyglądają jak małe talerzyki. Jeśli natomiast zostaną zaktywowane, rosną im długie „macki” i zaczynają przypominać pająka lub ośmiornicę. Są po to w naszym ciele, żebyśmy nie umarli z powodu krwotoku. W tym celu ściśle współpracują z naczyniami krwionośnymi, nawet odbierają od nich sygnały.

Nasze naczynia krwionośne nie są z kolei takimi zwykłymi, prostymi rurami jak rury wodociągowe. One żyją. Szczególnie aktywna jest ich wewnętrzna ścianka (nazywana śródbłonkiem albo endotelium). To, czy jest gładka i zdrowa, jest kluczową sprawą dla naszego zdrowia. Jest ona trochę podobna do teflonu i bardzo się stara (co odróżnia ją od teflonu, który jest martwy), by nic się do niej w normalnych warunkach nie przyklejało. Dlatego wydziela na przykład prostacyklinę chroniącą przed zatkaniami naczyń przez skrzepliny. (Takie „zatkanie” to nic innego jak na przykład udar niedokrwienny mózgu lub zawał serca).

Komórki „teflonowego” śródbłonka wysyłają mnóstwo sygnałów do płytek. Jeśli naczynie zostanie rozerwane, endotelium ulega uszkodzeniu (jest wtedy jak porysowany teflon) i od razu „woła” w kierunku płytek: „Uwaga! Uwaga! Zagrożenie!”. Wówczas ulegają one przemianie, rosną im „macki”, przyklejają się do siebie wzajemnie oraz do miejsca, w którym naczynie krwionośne zostało uszkodzone. W ten sposób zapewniają wstępne uszczelnienie krwawiącego miejsca. Wydzielają w tym czasie wiele substancji przywołujących jeszcze więcej płytek i powodujących skurcz uszkodzonego naczynia. Najsłynniejsza z nich to tromboksan.

Bardzo ważna jest równowaga pomiędzy tromboksanem a prostacykliną. Za mało prostacykliny w naczyniach

powoduje skłonność do powstawania skrzeplin, które mogą zatkać naczynie i doprowadzić do udaru lub zawału. NLPZ-ety zwiększają ryzyko sercowo-naczyniowe dlatego, że blokują produkcję prostacykliny, która rozszerza naczynia krwionośne, natomiast zostawiają w spokoju formowanie się tromboksanu, który działa prozakrzepowo. Do tego NLPZ-ety zaburzają produkcję w naczyniach krwionośnych rozszerzającego je tlenu azotu (19, 20).

Tutaj mamy odpowiedź, dlaczego młodszy i zdrowszy ludzie sięgający po ibuprofen czy diklofenak są mniej zagrożeni udarami i zawałami niż osoby starsze lub chorujące. Jeśli w naczyniach są zmiany miażdżycowe, to oznacza, że ich wewnętrzna powierzchnia nie jest idealnie gładka, lecz jest jak porysowany teflon. Dodatkowo w wyniku tych zniszczeń nie produkują one wystarczająco dużo ochronnej prostacykliny. Dlatego leki z grupy NLPZ-etów mogą tak bardzo zaszkodzić ludziom starszym lub obciążonym nadciśnieniem, cukrzycą, chorobą wieńcową (13) (37).

Dlaczego tak szkodzą sercu? W badaniach laboratoryjnych przeprowadzanych na zwierzętach stwierdzono, że w wypadku niedokrwienia serca aktywowany jest koks drugi po to, by je chronić (fachowo nazywa się to działaniem kardioprotekcyjnym). Jednak NLPZ-ety nie pozwalają mu przecież działać!

Niesterydowe leki przeciwzapalne powodują skurcz naczyń. Dobra strona tego jest taka, że zmniejsza to stan zapalny. Zła – że podnosi ciśnienie krwi oraz sprzyja niedokrwieniu serca, mózgu, nerek, a do tego przyczynia się do tworzenia skrzeplin, które mogą zatkać naczynie.

A jeśli już mowa o nadciśnieniu, trzeba wspomnieć, że rzadko który pacjent przyjmujący leki na nadciśnienie wie (a powinien), że prawie wszystkie przestają skutecznie działać po jednoczesnym sięganiu po NLPZ-ety (jedynym wyjątkiem są **blokery kanału wapniowego**). Każdy

nadciśnieniowiec powinien mieć również świadomość tego, że takie połączenie zwiększa ryzyko uszkodzenia nerek (14). Kolejnym niepotrzebnym efektem działania NLPZ-etów jest zatrzymywanie wody w organizmie. To podnosi dodatkowo ciśnienie i obciąża serce, co oznacza, że może być bardzo groźne dla ludzi z nadciśnieniem i chorym sercem (15).

Jeszcze jedna ważna uwaga: stara, pocziwa **aspiryna** również należy do tej grupy. Działa jednak zupełnie inaczej i nie tylko nie niesie ze sobą zagrożenia dla naczyń krwionośnych, ale w niektórych wypadkach wręcz chroni przed udarem mózgu lub zawałem serca. Mówi się nawet o tym, że zmniejsza ryzyko raka jelita grubego i prostaty. Jeżeli jednak twój lekarz zalecił ci przyjmowanie aspiryny dlatego, że chorujesz na serce, powinieneś również wiedzieć, że jeśli zażyjesz ibuprofen na ból głowy, kolana lub zębów, zniesie on jej ochronne działanie (16, 17, 25).

Wszyscy oczywiście wiemy, że nie ma leków, które nie mają działań ubocznych – to żadna nowość. Chodzi jednak o skalę tych niepożądanych efektów i o ocenę bilansu korzyści oraz ewentualnych strat.

Amerykańska Agencja Żywności i Leków (US Food and Drug Administration FDA) w lipcu 2015 roku po kompleksowym przeglądzie dostępnych informacji o zagrożeniach wzmocniła istniejące już wcześniej na etykietach ostrzeżenie, że niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) mogą zwiększać ryzyko zawału serca lub udaru mózgu, a w konsekwencji czasami również śmierci.

Badania opublikowane online w „British Medical Journal” 8 kwietnia 2014 roku ujawniły, że zastosowanie NLPZ-etów zwiększa ryzyko wystąpienia migotania przedsionków – jednego z zaburzeń rytmu serca (27). Może ono prowadzić do tworzenia się zakrzepów krwi, które po dostaniu się z prądem krwi do mózgu powodują udar.

W badaniu poddano obserwacji, trwającej 13 lat, ponad osiem tysięcy Holendrów. Wśród osób przyjmujących NLPZ-ety stwierdzono o 80% wyższe ryzyko zachorowania na migotanie przedsionków. Holenderscy naukowcy nie udowodnili podczas tych badań związku przyczynowo-skutkowego, ale nie jest to pierwsze doniesienie, w którym NLPZ-ety powiązano z zaburzeniami rytmu serca i powikłaniami sercowo-naczyniowymi, takimi jak zawał serca. Gdy ktoś umiera na zawał serca lub udar mózgu, jest mało prawdopodobne, aby zastanawiano się, czy pacjent przyjmował wcześniej ibuprofen – zwykle nie łączy się tej tragedii z użyciem leków przeciwbólowych.

Niektóre specyfiki nie lubią się wzajemnie. O groźnych interakcjach

Warto zdawać sobie sprawę z tego, że NLPZ-ety i inne leki wchodzą sobie często w drogę, co bywa groźne w skutkach. Kombinacja leków przeciwdepresyjnych i niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) jest związana z mocno zwiększonym ryzykiem wystąpienia krwotoku śródczaszkowego, niezależnie od typu NLPZ-etu czy antydepresanta. 14 lipca 2015 roku na internetowej stronie „British Medical Journal” poinformowano: „Monitorowanie ryzyka krwawienia jest szczególnie istotne w początkowej, trzydziestodniowej fazie łącznego stosowania obu leków”. Wcześniej wiadomo było powszechnie, że leki przeciwdepresyjne i leki z grupy NLPZ-etów, każde z osobna, wiążą się ze zwiększonym ryzykiem krwawienia z przewodu pokarmowego, ale nie mówiło się o podwyższonym ryzyku krwotoku wewnątrzczaszkowego.

W retrospektywnym badaniu przeanalizowano dane dotyczące 4 145 226 osób leczonych lekami przeciwde-

presyjnymi razem z NLPZ-etami lub bez nich. Badacze stwierdzili większe ryzyko krwawienia śródczaszkowego w czasie 30 pierwszych dni wśród pacjentów leczonych kombinacją leków przeciwdepresyjnych i NLPZ-etów w porównaniu z tymi, którzy otrzymywali same antydepresanty. Nie było znaczących różnic między klasami leków przeciwdepresyjnych – inhibitorów wychwytu zwrotnego norepinefryny (SNRI), selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) lub trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Płeć męska była najsilniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko krwawienia śródczaszkowego związanego z łącznym stosowaniem tych leków. Zwiększała je o 260%. W przypadku kobiet obserwowano wzrost na poziomie 20%. W artykule redakcyjnym doktor Stewart W. Mercer z uniwersytetu w Glasgow w Wielkiej Brytanii i jego koledzy z Cambridge zauważyli, że wyniki są szczególnie niepokojące ze względu na dużą liczbę pacjentów, którzy powszechnie korzystają z obu typów leków – wielu dorosłych z ciężką depresją cierpi też na przewlekły ból.

Przerażające, że ludzie nie zdają sobie sprawy z tego, jak bardzo mogą sobie zaszkodzić. Oczywiście w wielu przypadkach sięgnięcie po leki przeciwbólowe umożliwia normalne funkcjonowanie, ale prawdą jest również to, że zawsze warto poszukać alternatywnych rozwiązań. Czasami można znaleźć sposób na złagodzenie bólu, który nie grozi udarem albo zawałem serca. Z pewnością warto spróbować zastosować jakieś „smarowidło” – żel lub maść – działające miejscowo. Terapia zimnem i glukozamina też dają dobre efekty. A kiedy już musimy sięgnąć po leki z grupy NLPZ-etów, starajmy się stosować jak najmniejszą dawkę jak najkrócej. Najbezpieczniejszym z nich dla układu krążenia (bo już nie dla przewodu pokarmowego) wydaje się naproksen (2, 7).

Źródła:

- 1) US Senate (2004) Testimony of David J. Graham, MD, MPH, November 18, 2004. Washington, DC, USA: US Senate.
- 2) Fosbøl EL, Folke F, Jacobsen S, et al. Cause-specific CV risk associated with NSAIDs among healthy individuals. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3:395-405.
- 3) NSAID use and the risk of hospitalization for first myocardial infarction in the general population: a nationwide case-control study from Finland *European Heart Journal* (2006) 27, 1657-1663doi:10.1093/eurheartj/ehl053
- 4) Feenstra J, Heerdink ER, Grobbee DE, et al. Association of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with first occurrence of heart failure and with relapsing heart failure: the Rotterdam Study. *Arch Intern Med.* 2002;162:265-270
- 5) Van den Ouweland FA, Gribnau FW, Meyboom RH. Congestive heart failure due to nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the elderly. *Age Ageing.* 1988;17:8-16.
- 6) Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis *BMJ* 2011; 342 doi: 10.1136/bmj.c7086
- 7) Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials *The Lancet*, Volume 382, Issue 9894, Pages 769 - 779, 31 August 2013
- 8) Conroy RM, Pyörälä K., Fitzgerald A.P. i wsp.: Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.
- 9) Interaktywne obliczanie ryzyka sercowo-naczyniowego (Heartscore) http://www.escardio.org/knowledge/decision_tools/heartscore/pl/
- 10) <http://www.pfp.edu.pl/index.php?id=score2>
- 11) Gislason GH, Risk of death or reinfarction associated with the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs after acute myocardial infarction. *Circulation.* 2006;113:2906-2913.
- 12) W.L. Smith R.M. Garavito and D.L. DeWitt: Prostaglandin endoperoxide H synthases (cyclooxygenases)-1 and -2, *The Journal of Biological Chemistry*, vol. 271, 1996, 33157-33160.
- 13) *Annu Rev Med.* 2010;61:17-33. doi: 10.1146/annurev-med-011209-153129.
Emotion recollected in tranquility: lessons learned from the COX-2 saga
- 14) Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study *BMJ* 2013; 346 doi: 8 January 2013
- 15) Feenstra J, Grobbee DE, Mosterd A, Stricker BH. Adverse cardiovascular effects of NSAIDs in patients with congestive heart failure. *Drug Saf.* 1997;17:166-180.
- 16) IL Meek, HE Vonkeman, J Kasemier, KL Movig, MA van de Laar Interference of NSAIDs with the thrombocyte inhibitory effect of aspirin: a placebo-controlled, ex vivo, serial placebo-controlled serial crossover study *Eur J Clin Pharmacol*, 69 (2013), pp. 365-371
- 17) F Catella-Lawson, MP Reilly, SC Kapoor et al. Cyclooxygenase inhibitors and the antiplatelet effects of aspirin *New Engl J Med*, 345 (2001), pp. 1809-1817
- 18) Fitzgerald GA. Coxibs and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2004;351:1709-11.
- 19) Hermann M, Camici G, Fratton A, Hurlimann D, Tanner FC, Hellermann JP, et al. Differential effects of selective cyclooxygenase-2 inhibitors on endothelial function in salt-induced hypertension. *Circulation* 2003;108:2308-11.
- 20) Hermann M, Camici G, Fratton A, Hurlimann D, Tanner FC, Hellermann JP, et al. Differential effects of selective cyclooxygenase-2 inhibitors on endothelial function in salt-induced hypertension. *Circulation* 2003;108:2308-11.
- 21) Sowers JR, White WB, Pitt B, Whelton A, Simon LS, Winer N, et al. The effects of cyclooxygenase-2 inhibitors and nonsteroidal anti-inflammatory therapy on 24-hour blood

Czy popularne leki przeciwbólowe zabijają ludzi?

pressure in patients with hypertension, osteoarthritis, and type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2005;165:161-8.

22) Zhang J, Ding EL, Song Y. Adverse effects of cyclooxygenase 2 inhibitors on renal and arrhythmia events: meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2006;296:1619-32.

23) W.L. Smith R.M. Garavito and D.L. DeWitt: Prostaglandin endoperoxide H synthases (cyclooxygenases)-1 and -2, *The Journal of Biological Chemistry*, vol. 271, 1996, 33157-33160.

24) S.W. Rowlinson, J.R. Kiefer, J.J. Prusakiewicz, J.L. Pawlitz, K.R. Kozak, A.S. Kalgutkar, W.C. Stallings, R.G. Kurumbail, L.J. Marnett: A Novel Mechanism of Cyclooxygenase-2 Inhibition Involving Interaction with Ser530 and Tyr385. *The Journal of Biological Chemistry*, vol. 278, 2003, s. 45763-45769.

25) Hudson M, Pilote Libuprofen may abrogate the benefits of aspirin when used for secondary prevention of myocardial infarction. *J Rheumatol*. 2005;32:1589-1593.

26) *Circulation*. 2011 May 24;123(20):2226-3. Duration of treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and impact on risk of death and recurrent myocardial infarction in patients with prior myocardial infarction: a nationwide cohort study.

27) Bouwe P Krijthe, Jan Heeringa, Albert Hofman, Oscar H Franco, Bruno H Stricker, Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the risk of atrial fibrillation: a population-based follow-up study, *BMJ Open* 2014;4:e004059 doi:10.1136/bmjopen-2013-004059

