

Wywiad z **Prof. Maciejem Banachem**
MD, PhD, dr. h.c., FAHA, FESC, FNLA, FASA, FRSPH
Prezesem Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego

JAK ROZWIĄZAĆ TRUDNY PROBLEM U TRUDNYCH PACJENTÓW?

Jak wielu pacjentów dotyczy obecnie problem zespołu metabolicznego?

Problem zespołu metabolicznego dotyczy coraz większej ilości pacjentów w Polsce. Zestawienie danych z badania NATPOL, które było opublikowane w 2011 roku jak również wyniki badania LIPIDOGRAM2015, które zakończyliśmy w 2017 roku w styczniu pokazują, że mamy w Polsce 11,5 miliona pacjentów z nadciśnieniem, 19,5 miliona pacjentów z hipercholesterolemią. Ponadto 3 miliony pacjentów z nietolerancją glukozy lub z cukrzycą i 6,5 miliona pacjentów z otyłością. Zbierając te wszystkie dane razem okazuje się, że **mamy 10-12 milionów pacjentów z zespołem metabolicznym**. Dane badania NATPOL mówią o tym wprost, że mamy w Polsce 42,4 % mężczyzn z zespołem metabolicznym, niepokojące jest to, że w ostatnich 10 latach liczba mężczyzn się zwiększyła z 34,8%. Zespół metaboliczny dotyczy około 31,5 % kobiet. Dobrym znakiem jest to, że edukacja którą szerzymy z moimi kolegami ekspertami spowodowała, że mamy 4% spadek w grupie kobiet. Reasumując, jeśli chodzi o kobiety mamy lepszą sytuację a jeśli chodzi o mężczyzn znacznie gorszą sytuację, jeśli mówimy o liczbie pacjentów z zespołem metabolicznym.

Z czego to wynika?

Myślę, że to wynika przede wszystkim z naszego trybu życia. **Nie mamy czasu na regularny wysiłek fizyczny, nie mamy czasu na właściwe odżywianie się.** Trzeba pamiętać, że pięć posiłków dziennie nie tylko dotyczy pacjentów z cukrzycą, ale właściwie każdego z nas. Natomiast w naszym pędzie życia, w codzienności która nas dotyczy większość pacjentów jak i również wielu moich kolegów i czasami nawet mnie się to zdarza, że jemy jeden duży posiłek dziennie jak wracamy wieczorem co nie jest korzystne z punktu widzenia funkcjonowania organizmu. Ponadto nie mamy czasu na regularny wysiłek, a normy światowe i europejskie mówią wprost - 3-5 razy w tygodniu co najmniej 30 min. Czasami jak rozmawiam z moimi pacjentami to słyszę, że nie mają czasu wyjść na spacer nawet w sobotę czy niedzielę. Niestety jest jeszcze jeden czynnik, coś na co nie ma dobrej rady, a mianowicie stres. **Stres, potęgający u niektórych konieczność przyjmowania większej ilości pokarmów powoduje, że pojawiają się elementy związane z czynnikami ryzyka cukrzycy, nadciśnienia tętniczego - składowych zespołu metabolicznego, w efekcie coraz więcej pacjentów to pacjenci z zespołem metabolicznym.** Są to pacjenci wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka sercowo- naczyniowego.



Prof. Maciej Banach

Drugim elementem, czyli **brak optymalnej terapii**, wiąże się z tym, że było wiele prób wprowadzania leków, które miały zmniejszać tzw. **ryzyko resztkowe**. Statyny rzeczywiście zmniejszają bardzo skutecznie ryzyko sercowo-naczyniowe natomiast nie całkowicie. Zawsze to ryzyko jednak pozostaje nawet jeśli mamy optymalne leczenie statynami. W tym momencie próbowano podawać inne leki, które między innymi dalej zmniejszają poziom złego cholesterolu czyli LDL-cholesterolu czy też podwyższają poziom HDL czyli tego, który kiedyś był nazywany dobrym a teraz mamy trochę inne zdanie na ten temat. Okazuje się, że te terapie dodatkowe, które były między innymi z inhibitorami CETP – tutaj wciąż czekam na wyniki badania REVEAL, z niacyną, z fibratami nie do końca się sprawdziły. Rzeczywiście jedyną taką terapią jest ezetimib, który zmniejsza dodatkowo o około 15 % poziom cholesterolu LDL, czy też fenofibrat, pomimo tego, że w wytycznych amerykańskich i wytycznych brytyjskich nie jest

rekomendowany u osób z cukrzycą. W wytycznych europejskich na szczęście jest zasadna rekomendacja, że można go rozważać zawsze u chorych, u których pomimo leczenia statynami utrzymuje się wysoki poziom triglicerydów. **Ponieważ mamy bardzo ograniczoną liczbę leków, które możemy używać, dlatego też idziemy w kierunku z jednej strony optymalizacji postępowania niefarmakologicznego** (dieta, wysiłek fizyczny, zmiana stylu życia) **jak również w kierunku preparatów naturalnych** np. nutraceutyków czy żywności funkcjonalnej tak żeby zoptymalizować naszą terapię i żeby pacjent był maksymalnie zabezpieczony.

Ostatni element to **nasza edukacja**. Jak patrzę, na moich kolegów kardiologów, to przez lata udało się nam wytworzyć w naszym społeczeństwie świadomość, że nadciśnienie może spowodować udar, zawał mięśnia sercowego czy też inne powikłania sercowo-naczyniowe. Wciąż jeśli chodzi o wysoki poziom cholesterolu to istnieje takie przekonanie, że dieta wszystko załatwi, trochę „pochodzimy i nie będzie problemu”. Cholesterol nie jest rzeczywiście odczytywany jako istotny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. Tymczasem mamy bardzo silne dowody naukowe, że to jest niezależny czynnik ryzyka sercowo – naczyniowego. Z języka angielskiego **„lifelong risk” czyli czynnik, który de facto towarzyszy nam przez całe życie**. Jeśli nie zareagujemy odpowiednio i poziom cholesterolu nie zostanie zmniejszony, narażamy się na ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych.

Czy taki problem dotyczy także pacjentów w młodszym wieku?

Jak najbardziej tak. Tak jak wspomniałem mamy problem z otyłością, mamy problem z zespołem metabolicznym, mamy problem z coraz większą ilością pacjentów z cukrzycą, i to dotyczy nie tylko osób, które są po pięćdziesiątym, sześćdziesiątym roku życia i osób w wieku podeszłym. **Często spotykamy już pacjentów, którzy mają otyłość przed 18 rokiem życia czyli to są dzieci i młodzi dorośli**. Jeżeli pojawia się ten czynnik ryzyka w młodym wieku, to może pojawić się coś co nazywam aterosogenną dyslipidemią, której towarzyszy bardzo wysoki poziom triglicerydów.

Otyłość sama w sobie podnosi ryzyko sercowo-naczyniowe. W takim wypadku mamy do czynienia z prewencją pierwotną i musimy się bardzo poważnie zastanowić, w którym momencie zwiększyć nasze starania żeby działania niefarmakologiczne wpłynęły na poprawę parametrów lipidowych. Jeżeli to nie poskutkuje to niestety przy odpowiednim oszacowaniu ryzyka należy rozważyć leczenie statynami, nawet jeśli jest to człowiek dwudziestokilkuletni, trzydziestoletni.

Proszę też pamiętać o pacjentach z rodzinną hipercholesterolemią. Aktualnie jesteśmy na etapie tworzenia rejestru rodzinnej hipercholesterolemii. W Polsce mamy, według naszych danych grupę 140-150 tysięcy pacjentów z genetycznie uwarunkowaną rodzinną hipercholesterolemią, gdzie wysokie poziomy lipidów są obecne od dzieciństwa. **Im wcześniej zareagujemy, tym większa szansa na to, że ludzie z rozpoznaną jednostką chorobową będą tak długo żyli jak osoby bez tej jednostki chorobowej, ale to zależy tylko od nas i od dobrej współpracy z naszym pacjentem**.

Dlaczego część pacjentów rezygnuje z terapii lub nie stosuje zaleconych dawek leków hipolipemizujących?

Wspomniałem o tym, że **dyskontynuacja leczenia może dotyczyć nawet 50-60% a nawet 70 % pacjentów po dwóch latach terapii**. Czasami dochodzi do tego wcześniej ale najczęściej po roku, dwóch. Wynika to tak naprawdę z bardzo prostej przyczyny, z jednej strony świadomość, że cholesterol nie jest być może tym najważniejszym elementem, który powinniśmy leczyć. Drugi aspekt, który się bardzo często pojawia to nie wiadomo dlaczego, pacjenci myślą, że te leki, które stosujemy na cholesterol mogą strasznie uszkodzić inne organy. Szczególnie często słyszę, że na przykład statyny uszkadzają wątrobę i to może być główny problem. W związku z tym, jeżeli już obniżyliśmy poziom cholesterolu to nie ma sensu dalej statyny przyjmować. Myślę, że to są takie dwa elementy, które przede wszystkim wpływają na przerwanie leczenia. Czyli z jednej strony zaprzestanie leczenia wynika właśnie z tego, że nie do końca jesteśmy świadomi tego jakim istotnym czynnikiem ryzyka jest wysoki poziom cholesterolu. Drugi aspekt jest związany z pewną formą objawów niepożądanych, które jednak mogą wystąpić. Występują one rzadko, ale jednak występują. W badaniach obserwacyjnych nawet **do 20-25 % pacjentów, czyli co czwarty pacjent, może zgłaszać po statynach, szczególnie w wyższych dawkach, tak zwane bóle mięśniowe – objawy mięśniowe**. W większości przypadków, są to objawy tolerowalne przez pacjenta. Jeżeli zmniejszymy dawkę pacjentowi to one miną i najczęściej po kilku kolejnych tygodniach możemy wrócić do wyjściowej dawki. Natomiast rzeczywiście dla 1-3% pacjentów są to takie objawy, że my musimy sami jako lekarze zareagować, zmniejszając dawkę, dodając inny lek, który takich objawów nie powoduje, czy też w sytuacji już naprawdę ostatecznej odstawić statynę, ze względu właśnie na bóle mięśniowe. Nazywamy to statin-associated muscle symptoms – SAMS - czyli objawy mięśniowe związane ze stosowaniem statyn. Może być to zarówno osłabienie mięśniowe, bóle mięśniowe, miopatia z podniesieniem stężenia kinazy kreatynowej, czy też zapalenie mięśni. W ostateczności może dojść do rabdomiolizy z uszkodzeniem nerek, ale to się zdarza wyjątkowo rzadko. Najczęściej jest wynikiem albo podstawy genetycznej istniejącej u pacjenta, albo błędów związanych z dodaniem innego leku, który zwiększa ryzyko.

Co można zaproponować pacjentowi, który przyjmuje już statynę, ma podwyższony poziom TG i stłuszczenie wątroby?

Jest to temat bardzo ciekawy bo z jednej strony stłuszczenie wątroby samo w sobie nie jest przeciwwskazaniem do stosowania statyn i o tym musimy pamiętać. Warte podkreślenia jest także to, że nie ma bezpośredniego linku mówiącego o tym, że statyny uszkadzają wątrobę. W większości chorób wątroby statyny mogą być stosowane, chyba że mówimy o chorobach ostrych. Ale często pojawiają się takie sytuacje, które rzeczywiście powodują, że statyny mogą podnieść stężenie enzymów wątrobowych – i w przypadku statyn zwracamy przede wszystkim uwagę na aminotransferazę alaninową. W przypadku wystąpienia objawów to co należy rozważyć w pierwszej kolejności to, **zmniejszyć dawkę statyny, zastosować inny preparat statyny**

w odpowiedniej dawce, czy połączenie statyny z innym lekiem, w tym również lekami, które oparte są na preparatach pochodzących z roślin o sprawdzonym działaniu, np.: preparaty karczocha zwyczajnego. Taka uzupełniająca terapia, ale nie zastępująca leczenie hipolipemizujące, chciałbym to podkreślić, ponieważ jest to bardzo ważne, może pomóc zoptymalizować nasz leczenie, żebyśmy mogli osiągnąć cele terapeutyczne. Myślę, że jest to zasadna opcja terapeutyczna i należy ją zawsze rozważyć.

Czy preparaty z karczocha można bezpiecznie łączyć z lekami hipoglikemizującymi?

Tu poruszamy temat aterogennej dyslipidemii, często w przebiegu zaburzeń lipidowych pojawia się również aspekt związany z tym, że pacjent ma także cukrzycę. Leki hipoglikemizujące to leki, które właśnie działają na cukrzycę. I z jednej strony odpowiadamy sobie na pytanie, czy dane, którymi dysponujemy pozwalają łączyć preparat z karczocha zwyczajnego z lekami stosowanymi w leczeniu zaburzeń lipidowych, jak również w leczeniu zaburzeń węglowodanowych, czy też cukrzycy. Wydaje się, że dane, którymi dysponujemy, m.in. nasze, wskazują że nie **ma żadnych działań niepożądanych wynikających z takiego połączenia, wręcz przeciwnie, te preparaty uzupełniają się bardzo dobrze** jeśli chodzi o aspekt działania. W przeprowadzonej ostatnio przez mój zespół metaanalizie, która została opublikowana kilka tygodni temu, do której włączono 9 badań randomizowanych w grupie 702 pacjentów, gdzie preparat z karczoch zwyczajnego łączony był z różnymi lekami w leczeniu zaburzeń lipidowych, wykazaliśmy dużą efektywność i skuteczność takiej terapii. Dysponujemy również badaniami, gdzie łączy się preparat zawierający wyciąg z karczocha zwyczajnego z lekami przeciwcukrzycowymi m.in. z metforminą w różnych dawkach, również tutaj nie obserwuje się, żadnych elementów negatywnych. Wręcz przeciwnie, taki synergizm działania, czyli uzupełnianie się właściwości tych dwóch preparatów. Akurat karczoch zwyczajny ma naprawdę mnóstwo różnych działań, które nie tylko mogą mieć właściwości związane z leczeniem hipolipemizującym, czyli obniżającym poziom cholesterolu, ale ze względu na swoje działanie między innymi antyoksydacyjne, czyli hamujące stres oksydacyjny, czy też działania przeciwzapalne, zmniejszając chociażby peroksydację lipidów, działając na di-aldehyd malonowy, czy też glutation mogą rzeczywiście powodować taką cytoprotekcję komórki wątrobowej. Tym samym np. wyniki badań u chorych z otyłością wykazały, że długotrwałe przyjmowanie tego preparatu zmniejsza masę ciała, insulinooporność, zwiększa się insulino-wrażliwość. **Wskazuje to na wieloczynnikowy aspekt działania karczocha w tych grupach pacjentów: z zaburzeniami lipidowymi, jak również ze współistniejącą cukrzycą.** Może to być bardzo ciekawe uzupełnienie terapii, ale nie zastąpienie. Zawsze powtarzam, że nutraceutyki mogą uzupełnić terapię, ale nigdy jej nie zastąpią.

Czy są badania potwierdzające korzystny wpływ wyciągu z karczocha na funkcje wątroby i profil lipidowy?

Tak, jak najbardziej tak. Akurat jesteśmy na etapie, że kończymy przygotowywanie rekomendacji europejskich dotyczących stosowania nutraceutyków. Rzeczywiście wiedza na ten temat

zwiększa się coraz bardziej. Mamy ogromną ilość nutraceutyków, chciałbym żeby pacjenci wiedzieli, które nutraceutyki mają potwierdzone, a które niepotwierdzone działanie. Taki dokument myślę, że niedługo się pojawi i będzie dostępny. Akurat w przypadku karczocha zwyczajnego muszę powiedzieć, że tych badań jest stosunkowo dużo. To jest akurat dobra rzecz, która powoduje, że możemy nie tylko wierzyć w jego działanie, ale również mamy to potwierdzone na podstawie wyników tych badań. Oczywiście nie tylko jako lekarz, ale jako naukowiec, mógłbym sobie życzyć żeby tych badań było jeszcze więcej, żeby były one dobrane na lepszych grupach pacjentów, na większej grupie pacjentów, żeby był dłuższy follow-up. No, ale nie wszystko można mieć. W związku z tym opierając się na tym co mamy, można rzeczywiście powiedzieć, że **wyciąg karczocha zwyczajnego bardzo dobrze działa na profil lipidowy. Co ciekawe, nie tylko działa na profil lipidowy związany z cholesterolem całkowitym, ale również z cholesterolem LDL, czyli tą frakcją najbardziej miażdżycorodną.** I według naszej ostatniej metaanalizy jest to możliwość obniżenia poziomu cholesterolu całkowitego nawet o 17 i więcej mg/dl, cholesterolu LDL o 14 i więcej mg/dl. Należy także podkreślić, **wyciąg z karczocha działa również na profil trójglicerydów.** Jest to niezwykle istotne, dla pacjentów z zespołem metabolicznym oraz z cukrzycą. Jeżeli będzie to terapia uzupełniająca, która pozwoli u tych pacjentów dodatkowo zoptymalizować terapię, uzyskać cel terapeutyczny w przypadku trójglicerydów, który powinien być poniżej 200, najlepiej poniżej 150, to wtedy na pewno jest to coś na co należy zwrócić uwagę. Co więcej, **jakbyśmy porozmawiali trochę o mechanizmie działania karczocha to, zawiera on wiele ciekawych substancji. Z jednej strony kwas kawowy, ale z drugiej strony kwas mono- i dikawoilochinowy czy też inne substancje chociażby luteolinę, która działa podobnie jak statyny.** Działając bezpośrednio na reduktazę hydroksymetyloglutarylo-koenzymu A czyli z jednej strony hamują syntezę cholesterolu w wątrobie, podobnie jak statyny, z drugiej strony poprzez swoje działanie antyoksydacyjne, poprawiające funkcje wątroby, zwiększają wydzielanie żółci, a w żółci wydziela się bardzo duża ilość cholesterolu. Regulują również przepływ żółci, czyli działają kilku etapowo, a dodatkowo działając antyoksydacyjnie powodują, że nie tworzy się oksydowany cholesterol, którym nazywamy małe, gęste cząsteczki cholesterolu LDL.

Podsumowując wyciąg z karczocha ma udowodnione nie tylko w aspekcie mechanizmów działanie, ale też w aspekcie wyników, które osiągamy po podawaniu tego preparatu. Wartym podkreślenia jest też fakt że jest to lek a nie suplement diety.

Dla jakich pacjentów preparaty z karczocha są szczególnie wskazane?

Myślę, że tych grup pacjentów jest sporo, ale postaram się stworzyć taki profil pacjenta, który byłby pewnie najbardziej idealny. Z jednej strony mogą to być **pacjenci z cukrzycą, czy zespołem metabolicznym**, gdzie proszę pamiętać, że w pierwszej kolejności stosujemy statyny. To są leki pierwszego rzutu. Ale często stosowanie tylko statyn powoduje, że nie osiągamy tego drugiego celu terapeutycznego (obniżamy poziom złego cholesterolu LDL) obniżeni poziomu trójglicerydów. Kiedy u tych

pacjentów poziom triglicerydów nie przekracza 200 mg/dl, ale często jest powyżej 150 - 170, to w tym przypadku nie podajemy fonofibratu. Mając zoptymalizowaną dawkę statyny na podstawie ryzyka sercowo-naczyniowego tego pacjenta, to możemy uzupełnić leczenie właśnie o preparaty z wyciągu z karczocha zwyczajnego, który może wtedy skutecznie o 10- 20 mg/dl trójglicerydy obniżyć. Czy też jeszcze dodatkowo obniżyć poziom LDL i cholesterolu całkowitego. Więc to jest na pewno ta grupa pacjentów.

Z drugiej strony, proszę pamiętać, że jest **grupa pacjentów w tzw. prewencji pierwotnej**, o czym Pani na początku wspomniałem. U ludzi młodych, często zastanawiamy się czy włączyć już terapię. Jeżeli ten młody człowiek jest w stanie zaakceptować pewne działania nefarmakologiczne, nie ma jeszcze wskazań do zastosowania statyn, to można rozważyć terapię preparatami naturalnymi, np.: wyciąg z karczocha, który na pewno mu pomoże w poprawie wyników.

I przykładowo jest **pacjent po zawale mięśnia sercowego, nie może stosować maksymalnych dawek statyn**, czy

to jest rosuwastatyna, czy atorwastatyna, które jednak nie zapewniają oczekiwanej redukcji LDL cholesterolu. I nawet jeżeli dodamy ezetimib, który również obniża LDL cholesterol, który bardzo ciekawie się uzupełnia właśnie z wyciągiem z karczocha. Bo karczoch zwiększa wydzielanie cholesterolu do żółci, a jednym z działań ezetimibu jest brak zwrotnego wchłaniania cholesterolu z żółci, więc one tutaj się świetnie uzupełniają. Jeżeli tak jak wspominałem, z naszej metaanalizy, którą przeprowadziliśmy wynika, że wyciąg z karczocha w zależności od grupy jest w stanie średnio o 15 mg/dl obniżyć poziom LDL cholesterolu to jest to dla nas bardzo dużo. Bo jeżeli mamy pacjentów z nietolerancją i statyna jest w minimalnej tolerowanej dawce, ezetimib obniża poziom LDL tylko o 15-20% to być może w tej grupie pacjentów jesteśmy w stanie dojść do poziomu, który byśmy oczekiwali, pomimo nietolerancji częściowej na statyny.

Bardzo dziękuję Panu Profesorowi za poświęcony czas i za rozmowę.

Dziękuję, pozdrawiam serdecznie.

Zeskanuj kod
swoim smartfonem



AKADEMIA
NOWOCZESNEJ
FITOTERAPII



Nowoczesna medycyna zgodna z naturą człowieka