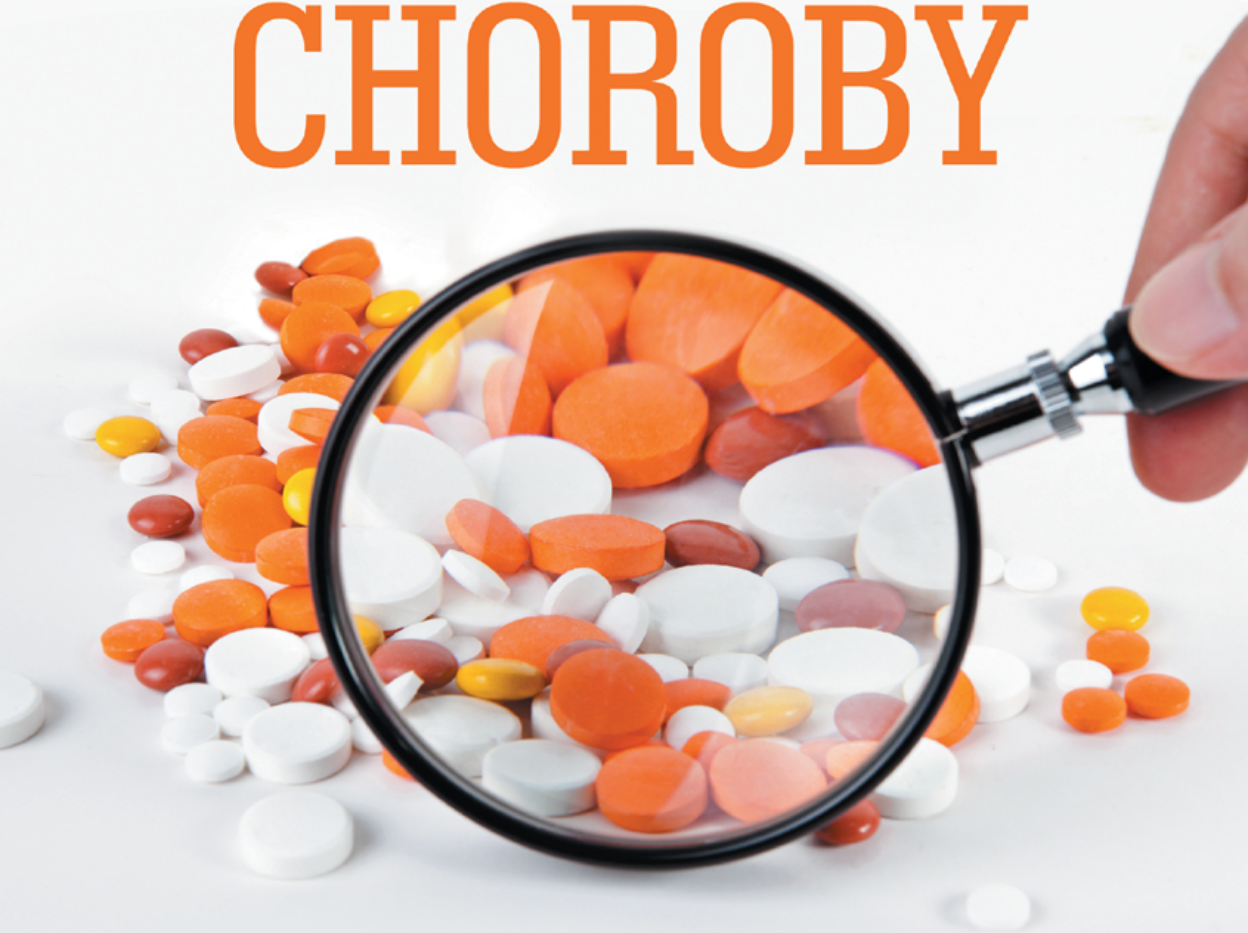


Dr Jeffrey S. Bland

ZMYŚLONE CHOROBY



Jak pokonać przewlekłe choroby
i prowadzić zdrowsze, dłuższe i szczęśliwsze życie

TYTUŁ ORYGINAŁU
*The Disease Delusion. Conquering the Causes of Chronic Illness
for a Healthier, Longer, and Happier Life*

Przełożyła: Marta Szelichowska-Kiziniewicz
Redaktor prowadzący: Małgorzata Święcicka
Redakcja i korekta: Monika Pruska
Projekt okładki: Łukasz Werpachowski, grafika@illumination.pl
DTP: skladigrafika@gmail.com

Copyright © 2014 by Jeffrey S. Bland. All rights reserved.
For information address HarperCollins Publishers, 10 East 53rd Street, New York, NY 10022.

Copyright © 2015 for Polish edition by ILLUMINATIO Łukasz Kierus
Copyright © for Polish translation by Marta Szelichowska-Kiziniewicz

Wszelkie prawa do polskiego przekładu i publikacji zastrzeżone. Powielanie i rozpowszechnianie z wykorzystaniem jakiejkolwiek techniki całości bądź fragmentów niniejszego dzieła bez uprzedniego uzyskania pisemnej zgody posiadacza tych praw jest zabronione.

Wydanie I
Białystok 2015
ISBN 978-83-64645-42-6



Bądź na bieżąco i śledź nasze wydawnictwo na Facebooku:
www.facebook.com/vivantepl


vivante
www.vivante.pl

Wydawnictwo Vivante
E-mail: wydawnictwo@vivante.pl
Dział handlowy: zamowienia@vivante.pl
Pełna oferta wydawnictwa jest dostępna na stronie www.vivante.pl

Druk i oprawa: READ ME

Spis treści

Słowo wstępne od dr n. med. Marka Hymana.	13
Wprowadzenie. Chroniczne troski	17

1. Kontekst

ROZDZIAŁ 1. Iluzja choroby i zagadka choroby przewlekłej.	29
ROZDZIAŁ 2. Przełom biologiczny, który zmienia wszystko	51
ROZDZIAŁ 3. Rewolucja medycyny funkcjonalnej: wygrana bitwa z chorobami przewlekłymi	77

2. Siedem podstawowych procesów fizjologicznych

ROZDZIAŁ 4. Przyswajanie i wydalanie	99
ROZDZIAŁ 5. Detoksykacja	115
ROZDZIAŁ 6. Obrona	137
ROZDZIAŁ 7. Komunikacja komórkowa.	155
ROZDZIAŁ 8. Transport komórkowy	175
ROZDZIAŁ 9. Energia	193
ROZDZIAŁ 10. Struktura.	211

3. Personalizowanie własnego planu zarządzania zdrowiem

ROZDZIAŁ 11. Nowe podejście do zdrowia.	237
ROZDZIAŁ 12. Tworzenie własnego programu podstawowego.	249
ROZDZIAŁ 13. Spersonalizuj swój program ochrony zdrowia	261
ROZDZIAŁ 14. Twoja rewolucja zdrowotna	289

Załącznik A: Przykładowe przepisy, Podstawowy siedmiodniowy plan dietetyczny	295
Załącznik B: Słownik terminologii naukowej	311
Załącznik C: Źródła	331
Podziękowania	335
Indeks	339

SŁOWO WSTĘPNE

Wyobraź sobie, że żyjesz w czasach, w których ludzie umierają lub cierpią z powodu nieuleczalnych ostrych chorób zakaźnych. Przypomnij sobie epokę przed nadejściem antybiotyków, kiedy kobiety umierały w gorączce połogowej, ostra infekcja płuc mogła doprowadzić do śmierci, paciorkowce powodowały uszkodzenia serca, a kończyny były amputowane z powodu zainfekowanych ran...

Dzisiaj podobne przypadki wydają się nie do pomyślenia. Jednak nawet na obecnym etapie rozwoju medycyny stajemy wobec naporu chorób przewlekłych, które w ciągu najbliższych dwudziestu lat będą kosztować globalną gospodarkę czterdzieści siedem trylionów dolarów i zabiją dwa razy więcej ludzi na całym świecie niż wszystkie choroby wywołane infekcjami.

Wydajemy coraz więcej pieniędzy na ochronę zdrowia, a w zamian dostajemy coraz mniej. Stany Zjednoczone mają gorsze wyniki działań opieki zdrowotnej i niższą statystyczną długość życia niż niemal wszystkie inne kraje rozwinięte. Choroby serca, cukrzyca, rak, choroby autoimmunologiczne, zaburzenia trawienia, demencja, alergie, astma, artretyzm, depresja, ADHD, autyzm, choroba Parkinsona, problemy hormonalne – jak przedwczesne dojrzewanie i bezpłodność – te i wiele innych problemów powodują niekończące się cierpienie i wyczerpanie naszych zasobów finansowych. Choroby przewlekłe dotyczą już co drugiego Amerykanina i pochłaniają osiemdziesiąt procent wydatków na ochronę zdrowia. Pomimo wprowadzania ogromnej liczby nowych leków i procedur, wskaźnik chorób przewlekłych wciąż rośnie, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale na całym świecie, gdyż kraje rozwijające się przejmują od nich najgorsze zwyczaje żywieniowe i kulturowe.

Podsumowanie tego paradoksu powinno być oczywiste dla nas wszystkich: nasze działania nie przynoszą skutku. Nasz współczesny model medycyny został

stworzony po to, by leczyć ostre przypadki, które w większości potrafimy opłacać. Wskazujemy jedynego sprawcę chorób – mikroba – i jedyny sposób na leczenie – antybiotyki. Medycyna stawia sobie nowe wyzwanie: wynalezienia pigułki na wszelkie dolegliwości. Te poszukiwania nie przynoszą skutków. Potrzebujemy innego paradygmatu, nowego sposobu diagnozowania i leczenia nowej epidemii chorób przewlekłych.

Zmyślone choroby poddają analizie porażkę medycyny w rozwiązywaniu kryzysu zdrowotnego i wyznaczają nową ścieżkę prowadzącą do zrozumienia i leczenia chorób opartych na medycynie funkcjonalnej oraz fundamentalnej zmianie wzorca – od medycyny bazującej na objawach do medycyny opartej na przyczynach, od medycyny zajmującej się chorobami do medycyny zajmującej się systemem, od medycyny organów do medycyny organizmu. Jest to nowe ekologiczne spojrzenie na ciało, w którym wszystkie powiązania naszego organizmu wpływają na siebie i wzajemnie na siebie oddziałują w dynamicznych procesach odpowiedzialnych zarówno za choroby, które atakują, gdy następuje zakłócenie tych systemów, jak i za ich zdrowie, kiedy pozostają one w harmonii. Spojrzenie to sięga po wszystkie elementy wiedzy, wszystkie składowe i dane na temat tego, w jaki sposób zachowujemy się oraz co dobrze na nas działa. Reorganizuje je w narrację, która ma sens, która ma szansę rozwiązać kryzys ochrony zdrowia niemal z dnia na dzień, gdyby ta wiedza została szeroko zastosowana.

Medycyna to najmłodsza z nauk. Nie ma czegoś takiego jak teoria medycyny. Nie istnieją też zasady organizujące działania wobec chorób przewlekłych. Medycyna funkcjonalna to teoria przełomowa, największa rewolucyjna idea w medycynie od czasów odkrycia mikrobów i antybiotyków.

To radykalna zmiana w naszym nowym spojrzeniu na biologię. W pewnych momentach historii nauka budzi się nie do wzrostu, lecz do transformacji – Kolumb udowodnił, że Ziemia jest okrągła, nie płaska, Galileusz pokazywał, że Ziemia wcale nie znajduje się w centrum wszechświata, Darwin wyjaśniał, że gatunki ewoluowały, a nie powstawały w swej ostatecznej formie, a Einstein obalał nasze wyobrażenie o czasie i przestrzeni. Medycyna funkcjonalna stanowi efekt równie wybitnej i znaczącej zmiany paradygmatów.

Choroba zdaje się być rzeczywista i stała, tak jak Ziemia wydaje się płaska, a czas i przestrzeń linearne i stałe. W *Zmyślonych chorobach*, ojciec medycyny funkcjonalnej, dr Jeffrey Bland, człowiek, który posiadał więcej wszechstronnej wiedzy medycznej niż jakikolwiek inny lekarz w ostatnich trzydziestu latach, podważa nasze rozumienie choroby. Choroba, jak ją postrzegamy, to fałszywe zjawisko. Nie istnieje w taki sposób, jak dotąd uważaliśmy. Nazwy, które nadajemy chorobom, są użyteczne w wynajdowaniu odpowiednich leków, ale nie docierają do sedna, które pomogłoby wynaleźć prawdziwe lekarstwo.

Kiedy mówimy pacjentowi – który odczuwa symptomy smutku i beznadziei, nie może spać, nie jest zainteresowany codziennymi aktywnościami, jedzeniem i seksem – że ma depresję, to wcale mu nie pomagamy. Depresja nie jest *przyczyną* jego nieszczęścia; to jedynie nazwa nadana zespołowi objawów choroby. Leczymy następnie te symptomy antydepresantami, które działają zaledwie odrobinę lepiej niż zwykły łut szczęścia.

Prawdziwa przyczyna depresji może być bardzo różna w zależności od pacjenta. Może być nią perforacja jelita spowodowana glutenem, co aktywuje system immunologiczny do produkcji przeciwciał do walki z tarczycą, a to z kolei powoduje jej niską aktywność i depresję. Może być to niedobór witaminy B12, który wynika z długiego nadużywania leku na refluks, albo niedobór kwasu foliowego spowodowany przez gen nazywany MTHFR lub też brak witaminy D wynikający z niedostatecznego nasłonecznienia. Może być to zatrucie rtęcią z powodu diety zawierającej zbyt duże ilości tuńczyka albo brak kwasów Omega-3, gdy w diecie brakuje tłustych ryb, lub wczesny stan cukrzycowy spowodowany spożywaniem zbyt dużych ilości cukru. Symptomy mogą pojawiać się z powodu zmian w chemii mózgu wywołanych przez traumy lub stres, a nawet przez zmianę flory jelitowej spowodowaną stosowaniem antybiotyków. Każdy z tych czynników – mający źródło w diecie, środowisku, stylu życia – tworzy inny rodzaj braku równowagi, co z kolei skutkuje depresją. Nazwa choroby nie mówi nam nic o jej przyczynie; nie prowadzi nas do prawidłowego leczenia. To właśnie złudzenie choroby.

Studiowałem medycynę funkcjonalną przez dwadzieścia lat, a jako praktyk na co dzień stykam się z porażką współczesnego modelu medycyny, mając okazję obserwować cudowne efekty leczenia przy zastosowaniu nowych medycznych paradygmatów. Mam silne przekonanie, że stoimy na skraju prawdziwej rewolucji w medycynie.

Medycyna funkcjonalna nie polega jedynie na ulepszeniu diety czy włączeniu większej ilości ćwiczeń, na ograniczaniu stresu i redukowaniu kontaktu z zanieczyszczeniami środowiska, które to czynniki wpływają na zdrowie jednostki. Medycyna funkcjonalna jest przede wszystkim nauką pozwalającą budować zdrowie. Choroba odchodzi na bok, jako efekt uboczny terapii.

Medycyna funkcjonalna to spersonalizowana metoda docierania do źródeł symptomów, skoncentrowana na odzyskiwaniu równowagi. To historia małej dziewczynki, Elise, która cierpiała na nieuleczalną łuszczycę, a jej skóra była czerwona, pełna ran i podrażniona od stóp do głów od kiedy skończyła sześć miesięcy. Rodzice zabierali ją do najlepszych lekarzy, podawano jej najbardziej wymyślne leki, w tym silne leki immunologiczne i ograniczające łaknienie, a także chemioterapię, która miała leczyć zapalenie. Kiedy po raz pierwszy zobaczyłem Elise, miała cztery lata. Właśnie skończyła miesięczny okres intensywnej opieki

medycznej, podczas którego zwalczała zagrażające życiu zakażenie gronkowcem wywołane przez jej lek, Enbrel, który zaatakował jej system immunologiczny. Nie zajmując się przyczyną jej zapalenia skóry, lekarze stosowali lek, by znieść jego symptomy. A dziewczynka nie czuła się lepiej. Nikt nie zapytał o jej dietę ani o historię przyjmowania przez nią antybiotyków, które zaatakowały florę bakteryjną w jej jelitach i stworzyły warunki do rozwoju zapalenia.

Medycyna funkcjonalna poprowadziła mnie do innego zestawu pytań. Nie pytałem, jaki ma stosować lek, by znieść symptomy, dociekałem przed wszystkim, co spowodowało to zapalenie – był to prosty pomysł, jakże obcy rozumowaniu współczesnej medycyny. Istnieje kilka powodów zapalenia – mikroby, alergeny, toksyny, nieodpowiednia dieta, stres. Zastanowiłem się, czego potrzebuje system immunologiczny Elise, by odzyskać równowagę. Potem zastosowałem wobec niej zasady, usuwając najczęstszą przyczynę zapaleń w naszej diecie – gluten, który jak wiadomo jest powiązany z łuszczycą. Wyczyściłem jej jelita ze złych mikrobow, osiadłych tam z powodu stosowanych przez lata antybiotyków i sterydów. Dodałem również kilka składników potrzebnych do wsparcia odpowiedniego funkcjonowania jej systemu immunologicznego – tłuszcze Omega-3, cynk, witaminę D i probiotyki, aby wyrównać florę bakteryjną.

W ciągu dwóch tygodni jej skóra, czerwona i szorstka przez trzy lata, stała się gładka. To nie był cud, ale wymierny efekt przełamania iluzji choroby i zastosowania nowego stylu działania w celu rozwiązania przewlekłej choroby, która powoli staje się epidemią.

Zmiany paradygmatów są trudne, zawsze pojawiają się głosy krytyczne, jednak wobec dowodów i tak ewidentnej nieskuteczności dotychczasowych metod działania potrzeba zmian staje się oczywista dla wszystkich studentów medycyny. Nadszedł czas na radykalną zmianę w opiece zdrowotnej, by zakończyć nieprzerwane cierpienia milionów ludzi. *Zmyślone choroby* są manifestem nowej medycyny. Każdy jej student, każda osoba zaangażowana w kwestie opieki zdrowotnej i każdy urzędnik zajmujący się ochroną zdrowia powinni tę książkę przeczytać. Jeśli chodzi o resztę z nas, stanowi ona drogowskaz prowadzący do prawdziwego wyleczenia i osiągnięcia zdrowia.

dr n. med. Marek Hyman

Prezes Instytutu Medycyny Funkcjonalnej
19 listopada 2013 r.
West Stockbridge, Massachusetts

CHRONICZNE TROSKI

Przenieście się ze mną do końca dziewiętnastego wieku – do epoki tuż po Wojnie Secesyjnej, kiedy w Stanach Zjednoczonych stabilizował się bardzo jeszcze chwiejny pokój. Czym martwili się ludzie w tamtym czasie?

Jeśli byłeś rodzicem, martwiłeś się o to, że twoje potomstwo ulegnie jednej z wielu infekcji, które uśmiercały niemowlaki i małe dzieci w tamtych czasach – a były to błonica, koklusz, zapalenie płuc. Jeśli byłaś kobietą, która miała zostać matką po raz pierwszy, trzeci, piąty lub ostatni, martwiłaś się, że możesz umrzeć z powodu infekcji poporodowej, czyli zakażenia krwi, które zabijało wiele kobiet wkrótce po urodzeniu dziecka, odbierając im szansę zajmowania się nim. Jak twoi rodzice i dziadkowie przed tobą, a wcześniej ich rodzice i dziadkowie, martwiłbyś się, że wybuchnie epidemia – grypa, inna plaga – i zdziesiątkuje albo unicestwi twoją rodzinę, twoją społeczność, a nawet świat – taki, jakim go znasz.

Cztery pokolenia temu podobne lęki były realne i w pełni uzasadnione. Poprzez stulecia setki milionów ludzi było zmiotanych z powierzchni Ziemi przez choroby zakaźne, wywołane, jak wierzano, przez morowe powietrze, miazmat – szkodliwe opary pochodzące z rozkładającej się materii – które unosiły się w powietrzu albo były roznoszone przez kontakt fizyczny. Zalecenia medyczne wobec chorób spowodowanych przez miazmat ograniczały się do porady, by pacjent wybrał się do innego miejsca, gdzie powietrze będzie czystsze. Była to typowa metoda na infekcję.

Jednak zanim skończył się dziewiętnasty wiek, naukowcy tacy jak na przykład Joseph Lister, Robert Koch, Louis Pasteur i inni zrewolucjonizowali sposób, w jaki postrzegano choroby, co pociągnęło za sobą zmianę w podejściu do praktyki me-

dycznej. Teoria zarazków, którą objawili światu ci naukowcy, wyjaśniła, że to właśnie te mikroskopijne organizmy, a nie morowe powietrze, powodują choroby zakaźne. Kiedy zidentyfikowano odmiany submikroskopowych organizmów wywołujących poszczególne choroby, ludzki organizm mógł być przeciwko nim uodporniany.

Ta teoria zapoczątkowała proces, który dziś nazwalibyśmy zmianą paradygmatów w świecie opieki zdrowotnej – rewolucję bakteriologiczną. Zmieniło się wszystko – szkolenie medyczne, techniki operacji, standardy sanitarne i te dotyczące zdrowia publicznego. Pojawił się też całkiem nowy dział produkcji, przemysł farmaceutyczny, wraz z ogromną ofertą uodparniających szczepionek, a w dwudziestym wieku również antybiotyki – leków mogących leczyć infekcje, na które nie było szczepionki.

To historia niebywałego sukcesu. W samych Stanach Zjednoczonych średnia długość życia wzrosła od czterdziestu siedmiu lat w 1910 roku do siedemdziesięciu czterech w latach, kiedy piszę te słowa, właśnie dzięki teorii bakterii i zmianie paradygmatów, które ona przyniosła. Oznacza to, że inaczej niż twoi przodkowie z dziewiętnastego wieku i wszystkie pokolenia twojej rodziny przed nimi, nie musisz martwić się nadmiernie z powodu śmiertelnych infekcji, które przez wieki stanowiły dopust boży. Nawet jeśli choroby – jak na przykład ospa – nie zostały całkowicie wyeliminowane, to istnieją już na nie skuteczne lekarstwa.

Niestety nie oznacza to, że nie musimy się dziś niczym martwić. Bo mimo że szczepionki i kuracje antybiotykowe spowodowały, że choroby zakaźne stały się mniej rozpowszechnione i mniej przerażające, inna grupa chorób zyskuje coraz większe znaczenie i zatacza coraz szersze kręgi: choroby przewlekłe.

Używając określenia „choroby przewlekłe”, mam na myśli wszelkie uwarunkowania, dolegliwości i zaburzenia, które sprawiają, że chorujemy, i które nas nie opuszczają. To nie ich natura. One chcą zostać albo wciąż wracać na nowo. Możemy łagodzić ich działanie i znajdować chwilową ulgę, ale nie potrafimy ich pokonać, tak jak nie potrafimy całkowicie zniszczyć chorób zakaźnych. W ten czy inny sposób dolegliwości te nas osłabiają i odbierają nam sprawność, po prostu wyciągają z nas życie.

Jakie to schorzenia? Znamy je wszyscy, prezentują sobą całą skalę pełną cierpienia i niebezpieczeństw. Wśród nich są:

- choroby serca i układu krwionośnego, jak cukrzyca typu 2, dna moczowa, nadciśnienie, demencja,
- zapalenia autoimmunologiczne, np. artretyzm,
- zaburzenia neurologiczne, jak depresja, ADHD, autyzm,
- choroby przewodu pokarmowego: refluks żołądkowy, guz dwunastnicy i zapalenie jelit,
- choroby kości, np. osteoporoza,

- utrata objętości płuc i astma,
- bóle mięśniowe, zespół chronicznego zmęczenia i fibromialgia,
- dolegliwości nerek i wątroby,
- problemy z widzeniem, jak zwyrodnienie plamki żółtej i retinopatia,
- rak.

Co mają ze sobą wspólnego, że kwalifikuje się je wszystkie jako „choroby przewlekłe”? Łączą je cztery cechy wspólne.

Po pierwsze – choroby przewlekłe nie leczą się same przez się; fachowo określa się to mianem braku „samoograniczania”. Zwykle przeziębienie jest samoograniczające się, co znaczy, że przechodzi wszystkie swoje etapy i się kończy. Nie dzieje się tak jednak w wypadku chorób przewlekłych.

Po drugie – choroby przewlekłe z czasem mają coraz cięższy przebieg. Ponieważ możemy je jedynie uśmierzać, a nie leczyć, przynajmniej na razie, nie ma więc powrotu do zdrowia, pozostaje jedynie nieustanne powstrzymywanie lub opanowywanie nawrotów tych chorób.

Po trzecie – choroby przewlekłe nie mają jednej konkretnej przyczyny, którą można by było wskazać, wywołuje je zazwyczaj kilka czynników.

Po czwarte – choroby przewlekłe mają przeważnie złożony zestaw objawów, co oznacza, że osoby nimi dotknięte skarżą się na wiele różnych dolegliwości i można u nich rozpoznać symptomy różnych chorób.

Choroby przewlekłe, złożone i powszechne, mają zazwyczaj wiele trudnych do rozpoznania przyczyn, ale nigdy nie mają jednego źródła. Coraz częściej stanowią natomiast okoliczności, w jakich przychodzi nam żyć. Coraz więcej z nas żyje w ten sposób, a jest to drogi styl życia. Niestety jeśli nie wprowadzimy drastycznych zmian, to według statystyk będziemy zmierzać prosto ku słabemu zdrowiu, a w podeszłym wieku – większość czasu poświęcać na lekarzy i łykanie pigułek.

Tak nie musi być. Jak dowiecie się z kolejnych stron tej książki, przełomowe odkrycia naukowe dały nam moc, by unikać zderzeń z osłabieniem i chorobą, by stworzyć podwaliny dla prawdziwej rewolucji w ochronie zdrowia. Potrafimy obecnie identyfikować objawy chorób przewlekłych w konkretnych przypadkach, a stosując podejście opisane w tej książce, możemy doprowadzać do ich wyleczenia. Co więcej, możemy identyfikować objawy chorób przewlekłych, zanim staną się chorobą, oraz cofać ich rozwój poprzez wczesną interwencję. Ma to przełomowe znaczenie. Stanowi równoznacznik zmiany paradygmatu w medycynie, który nastąpił po odkryciu szczepionek i antybiotyków w leczeniu chorób zakaźnych. Nazywam to „rewolucją medycyny funkcjonalnej”. I przez ostatnie czterdzieści lat, jako badacz nauk biologicznych i klinicznych, a także wykładowca medycyny, inicjowałem krok po kroku wprowadzanie tej zmiany.

Co rozumiem pod pojęciem „medycyny funkcjonalnej”? Jak wiecie, wasze ciało to skomplikowana sieć systemów. Mówimy o systemie krwionośnym, systemie trawiennym, systemie nerwowym, układzie hormonalnym, systemach odpornościowym, rozrodczym, oddechowym i tak dalej. Każdy z nich jest złożony z organów, które współpracują w swoich funkcjach biologicznych: serce i naczynia krwionośne układu krwionośnego rozprowadzają po ciele krew; mózg, oskrzela i krtań z układu oddechowego rozsyłają tlen po organizmie, by ciało mogło funkcjonować. Każdy z tych systemów musi dawać z siebie wiele i być w szczytowej formie. Co więcej, systemy te wpływają na siebie nawzajem poprzez sieć skomplikowanych powiązań, co dodaje jeszcze zawichości do dynamiki całego naszego biologicznego funkcjonowania. Kiedy więc myślimy o tym, jak pracuje nasze ciało oraz co najczęściej robimy, kiedy coś w nim szwankuje – powinniśmy zastanawiać się nad tym, jaki wpływ mają na siebie nawzajem oraz na wszystkie inne systemy elementy naszego organizmu.

Nasz współczesny model medycyny i to, jak jest skonstruowana służba zdrowia, sposób szkolenia lekarzy oraz strategia stosowanych przez nich terapii nie są jednak oparte na takim myśleniu. Dokładnie dlatego, że system ten wywodzi się od teorii zarazków i opiera się na myśleniu redukcyjnym: znaleźć bakterię i zniszczyć ją lekarstwem stworzonym specjalnie do tego celu. Kropka. System ten działa idealnie w wypadku pomocy doraźnej, ale nie robi nic, aby utrzymać równowagę między systemami funkcjonalnymi organizmu ani siecią ich powiązań.

Medycyna funkcjonalna zajmuje się właśnie tym. Przygląda się wzorom dysfunkcji, które leżą u podłoża chorób przewlekłych, które zakłócają zdrowe życie, i oferuje modele opieki, które mogą zapobiec lub leczyć te choroby. Jak działa taki system opieki? Dowiecie się w kolejnych rozdziałach tej książki. W skrócie wystarczy powiedzieć, że opiera się on na wiedzy o tym, jak stymulowane są nasze geny, na ich reakcjach na to, co dzieje się w otaczającym nas świecie oraz na to, jakie mamy aktywności. Jeśli więc uda nam się zmienić to ostatnie – nasze środowisko i nasze aktywności – możemy też zmienić nasze zdrowie. Oznacza to, że jeśli potrafimy zmienić rodzaj stymulacji naszych genów i sposób, w jaki one na te stymulacje odpowiadają – ponieważ regulują i kierują naszymi funkcjami biologicznymi – można będzie również zmieniać ścieżki, którymi podąża nasze zdrowie.

To nowa nauka. Wywodzi się z rewolucji genomycznej, która tworzy na nowo nasze rozumienie tego, w jaki sposób geny kształtują naszą indywidualność, jak przechodzimy od genotypu do fenotypu, od ukrytych możliwości genetycznych, z którymi się rodzimy, do niepowtarzalnych jednostek, którymi się stajemy i które wykorzystują jedyne w swoim rodzaju cechy sprawiające, że jesteśmy właśnie sobą. Nowa nauka uczy nas, że nie dzieje się tak z powodu jednoznacznych cech

nadanych przy poczęciu naszym genom, a raczej z powodu interakcji, w jakie nasz genotyp wchodzi ze środowiskiem, co z kolei stymuluje odpowiedzi w naszych procesach fizjologicznych, które zachodzą w nas przez całe życie.

Tak głęboka zmiana w rozumieniu wymaga z pewnością nowego modelu opieki zdrowotnej, który skupiłby się na interakcji i na tym, jak przebiegają te procesy, aby skutecznie móc poprawić ich funkcjonowanie.

To właśnie jest zadanie medycyny funkcjonalnej. Model medycyny tradycyjnej skupia się na symptomach chorób i wyprowadzeniu z nich diagnozy, podczas gdy modele alternatywne i interakcyjne oferują całą gamę rozmaitych sposobów podejścia do procesów chorobowych. Medycyna funkcjonalna stosuje natomiast najnowsze naukowe odkrycia z zakresu biomedycyny, by móc skoncentrować się na ukrytych przyczynach problemów ze zdrowiem pacjenta.

Co niezwykle zajmujące, medycyna funkcjonalna łączy te odkrycia i technologie i zestawia je z tematami ochrony zdrowia tak ważnymi w naszych czasach – chorobami przewlekłymi – w poszukiwaniu ukrytych przyczyn interakcji między wyjątkowością genetyczną każdego z nas a naszym stylem życia, wpływem środowiska oraz dietą. Medycyna funkcjonalna, która angażuje pacjenta i jego lekarza w projektowanie skrojonego na miarę programu ochrony zdrowia, łączy wiedzę farmaceutyczną tam, gdzie to potrzebne, z wprowadzeniem zmian w środowisku, diecie i stylu życia pacjenta – nie tylko po to, by przynieść mu ukojenie, ale również, aby uzmysłowić mu, że ma w sobie ogromny genetyczny potencjał żywotności i długowieczności.

To działa. Przez ostatnie czterdzieści lat obserwowałem raz za razem, jak to działa. Dla ludzi, w wypadku których to zadziało, był to cud. Wiem, co mówię. Mój syn Justin jest takim cudem.

Justin urodził się przedwcześnie, było to w 1982 roku. W porównaniu ze swoimi dwoma starszymi braćmi miał połowę ich wagi urodzeniowej i zanim pozwolono mu wrócić do domu, wymagał specjalnej opieki na oddziale intensywnej terapii noworodków. A kiedy już został wypuszczony ze szpitala, wydawało się nam, że coś jest z nim nie w porządku. Po trzech miesiącach stało się jasne, że rozwija się u niego wodogłowie – co wiąże się z opuchlizną mózgu. Nawet po interwencji chirurgicznej, w której wyniku wstawiono mu dren, by zredukować ciśnienie wewnątrz czaszki, nie było pewne, jak będzie się dalej rozwijał. W kolejnych latach otrzymał możliwie najlepszą opiekę medycyny tradycyjnej od wykwalifikowanych i oddanych lekarzy; stało się też jasne, że będą mu potrzebne wyzwania percepcyjne i stymulacja do nauki. Tego, jak się wydawało, Justin potrzebował najbardziej, ale niestety nie mogła mu tego zapewnić nawet najlepsza opieka medyczna.

Przez przypadek poznałem Glenna Domana, założyciela Institutes for the Achievement of Human Potential (Instytutu Osiągnięć Ludzkiego Potencjału, IAHP)

w Filadelfii, który pomagał dzieciom dotkniętym uszkodzeniem mózgu w osiągnięciu ambitnych celów. Działo się to dzięki spersonalizowanemu programowi, który rozwinął jego Instytut. Program ten mieli wprowadzać w życie przede wszystkim rodzice tych dzieci.

Wtedy nastąpiły wydarzenia, które odmieniły życie całej naszej rodziny. Justin skończył renomowaną szkołę średnią, a następnie wyższą, w której napisał pracę magisterską z dziedziny nauk politycznych. Jednym z najważniejszych momentów w moim życiu było wysłuchanie wykładu, jaki mój syn wygłosił przed personelem IAHP. Opisał w nim to, jak czuł się w kolejnych stadiach swego rozwoju. Najpierw jako dziecko, które zastanawiało się, czy ma jakiekolwiek szanse wobec wszystkich swoich mentalnych ograniczeń, a które następnie zaczęło podejmować wyzwania i stało się pełnosprawnym dorosłym, rozumiejącym swą wyjątkowość. Po drodze nabył wiele użytecznych umiejętności, które pomagają mu w samodzielnej drodze przez życie. Można to różnie nazywać, ale ja jako ojciec nazywam to cudem.

Nie tylko Justin skorzystał z tego programu. U mojego bratanka zdiagnozowano autyzm i mimo że przepowiadano mu przyszłość w szkołach specjalnych, ukończył zwykłe liceum, a potem z powodzeniem odnalazł się na uczelni.

Nie dziwi więc fakt, że stałem się członkiem naukowej rady doradczej tego instytutu. Każdej wiosny, kiedy w Filadelfii kwitną wiśnie, biorę udział w ceremonii Graduation to Life (Wejście w Życie) organizowanej przez IAHP i jestem świadkiem tego, jak dzieci „z uszkodzonym mózgiem” pokazują swe osiągnięcia na niezwykłym poziomie – w gimnastyce synchronicznej, na koncertach skrzypcowych, grając z pamięci zawiłe utwory, wystawiając sztuki Szekspira (również grane z pamięci). Wejście w Życie zawsze doprowadza mnie do łez, ponieważ co roku widzę potwierdzenie tego, że niemożliwe staje się możliwe, jeśli zastosuje się odpowiednio spersonalizowany program, wsparty oddaniem i miłością rodziny i przyjaciół.

Jak to się dzieje? Poprzez intensywny reżim dostosowanego do jednostki programu leczenia, w którego skład wchodzi specjalnie opracowane ćwiczenia fizyczne, stymulowanie organizmu, ćwiczenia umysłowe i rozwijanie nawyków, a także odpowiednie odżywianie i dieta. Program stawia na siłę rutyny i powtórzeń, a jest przy tym wcielany z elastycznością i dostosowaniem do specyficznych potrzeb dziecka, które wynikają z jego stanu zdrowia, wpływu otoczenia i genetyki. Jest to pediatryczny program z zakresu medycyny funkcjonalnej, skupiający się na poprawie funkcji poznawczych, emocjonalnych i fizycznych. Dzieci tworzą nowe ścieżki dla swoich genów, by odpowiednio reagować na otoczenie. Na przestrzeni czasu zmienia to ich fizyczne i mentalne funkcjonowanie. Ich dieta jest bogata w pełnowartościowe pożywienie, a uboga w cukier i tłuszcze nasycone. Przyjmują też suplementy diety, które chronią mózg przed uszkodzeniami i wspomagają jego naprawę. Angażują się w ćwiczenia umysłowe i fizyczne, budujące siłę, wy-

trwałość i elastyczność. Kiedy ich ciała przekształcają się z kalekich, spastycznych form, jakie mają dzieci z uszkodzeniami mózgu, w ciała silnych i atletycznych nastolatków, ich funkcje poznawcze rozwijają się w podobny sposób, aż do momentu, w którym ich pozornie nieuleczalne choroby ustępują miejsca zdrowiu. Jest to dowód siły medycyny funkcjonalnej w podejściu do chorób przewlekłych.

Te doświadczenia dały mi dużo wiedzy na temat elastyczności zdrowia i choroby. W naszych genach jest zapisanych wiele historii. Niektóre z nich to zdrowotne tragedie, ale inne to zdrowotne cuda. Program medycyny funkcjonalnej skupia się jak laser na odnalezieniu tego osobistego klucza otwierającego wszystkie historie genów jednostki, które doprowadzą do polepszenia funkcji organizmu. Poprawione funkcje w jednym genie stają się lekcją dla następnych, lekcją, która może prowadzić do ulepszenia kolejnych. Wiedza medyczna zawsze działała w ten sposób. Kiedy spojrzysz na chorobę w świeży sposób, zmienisz swój sposób postępowania wobec niej. Tak następuje rewolucja w medycynie. Kiedy jest już w toku, zastanawiamy się, jak mogliśmy kiedykolwiek postrzegać chorobę albo prowadzić leczenie w dawny sposób.

Wcześniej wspomniałem, że zakażenia poporodowe bywały śmiertelne dla wielu kobiet w czasach naszych prababek. Pewna młoda kobieta, która cierpiała na tę dolegliwość, będąc niemal na skraju śmierci, stała się pierwszą osobą, której wstrzyknięto penicylinę i którą wydarto z rąk śmierci. Decyzja, kto będzie pierwszym odbiorcą tego leku, była ważkim krokiem dla zespołu badawczego, który pracował nad penicyliną, czyli nad pierwszym testowanym na ludziach antybiotykiem. Członkowie tego zespołu wiedzieli, że jeśli Pierwszy Odbiorca źle zareaguje, będzie to miało negatywny wpływ na przyszły rozwój prac nad lekiem. Podobnie – pierwsze pozytywne efekty powinny być na tyle znaczące, by działanie leku zostało zauważone. Dla tej matki dotkniętej chorobą, która zabiła miliony innych świeżo upieczonych matek w historii, nie było innych możliwości. Penicylina miała szansę uratować jej życie albo następnego dnia mogła nie żyć. Zdecydowano, że ta kobieta otrzyma pierwszą w historii dawkę penicyliny, jaką kiedykolwiek podano umierającemu pacjentowi. Następnego dnia zwalczyła infekcję.

Działo się to mniej niż osiemdziesiąt lat temu, a jednak to, co wtedy zostało uznane za cud, szybko weszło do kanonu działań opieki medycznej. Teraz właściwie nie zdarza się, by kobieta – przynajmniej w krajach rozwiniętych – umierała z powodu zakażenia powstałego po porodzie. To była rewolucja, która zmieniła sposób naszego myślenia o chorobie oraz sposób, w jaki zajmujemy się chorymi.

Inny przykład: nie tak dawno temu ludzie, którzy cierpieli na atak serca, otrzymywali wskazania, by się nie forsować. Uważano bowiem, że każda forma wysiłku fizycznego spowoduje nasilenie choroby. Kilku lekarzy pionierów zaczęło jednak dociekać, czy program odpowiednich ćwiczeń nie byłby pomocny w odbudowywa-

niu funkcji serca. W ten sposób zrewolucjonizowali kardiologię. Dzisiejszy standard leczenia polega na nakłanianiu pacjentów do utrzymywania pozycji stojącej i do ruchu podczas rehabilitacji kardiologicznej tak szybko, jak tylko jest to możliwe, aby uniknąć kolejnego ataku serca. Rehabilitacja kardiologiczna skrojona na miarę indywidualnego stylu życia dla każdego pacjenta nie zmienia genów w sercu, a jedynie zachowanie i styl życia leczonego. Te zmiany na nowo definiują wiadomość przekazywaną ze środowiska do jego genów, co z kolei zmienia ich reakcję na dany przekaz – w ten sposób modyfikuje się biologiczne funkcjonowanie pacjenta oddziały kardiologicznego. Rezultat poprawia działanie całego systemu serca i naczyń krwionośnych, a to z kolei nie tylko pomaga w zapobieganiu drugiemu atakowi serca, lecz także wspomaga wszystkie inne aspekty zdrowia. W ten sposób cuda w danych czasach stają się standardami w czasach, które po nich następują.

Wierzę, że medycyna funkcjonalna nie jest cudem, a raczej – jak dowiedzie się z tej książki – umocowaną dowodami nauką. To rodzaj opieki zdrowotnej, która skupia się na chorobach, z jakimi mamy do czynienia w dzisiejszych czasach – chronicznymi dolegliwościami zakłócającymi nasze życie i zabijającymi nas przed czasem.

W 2012 roku w Seattle, aby wspierać tworzenie modelu medycyny funkcjonalnej jako modelu operacyjnego, który ma zmienić całe nasze przyszłe podejście do chorób przewlekłych, powołałem do życia Personalized Lifestyle Medicine Institute (Instytut Medycyny Spersonalizowanego Stylu Życia). Instytut ten jest organizacją edukacyjną działającą na zasadach non-profit. Ma służyć jako miejsce spotkań – zarówno wirtualnych, jak i realnych – dla profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia, dla badaczy, szkoleniowców oraz dla dbających o swoje zdrowie pacjentów. Ma szerzyć ideę zwrócenia się ku medycynie funkcjonalnej i angażować w dyskusję na temat tego, jak może to służyć każdemu człowiekowi. Strona internetowa instytutu: www.plminstitute.org jest pełna postów badaczy i lekarzy oraz pacjentów, pytań do naszego personelu i ich odpowiedzi, informacji o najnowszych odkryciach dotyczących spersonalizowanej opieki zdrowotnej, a także ciągłego strumienia ważnych informacji od indywidualnych pacjentów, którzy zastosowali opracowane dla nich programy zdrowotne. To wehikuł dla tych, którzy chcą brać udział w rewolucji dotyczącej ochrony zdrowia. Zapraszam czytelników, by zajrzeli na naszą stronę i przyłączyli się do nas.

Wprowadzenie medycyny funkcjonalnej do standardów codziennej opieki zdrowotnej to prawdziwy przełom. Możecie w nim uczestniczyć już dziś, ucząc się, jak dostosować do swoich potrzeb własny program ochrony zdrowia, a następnie zarządzać nim aż do zatrzymania lub odwrócenia skutków chorób przewlekłych i powrotu do wykorzystywania w pełni swojego potencjału życiowego.

Zrób pierwszy krok, by stworzyć swój osobisty plan ochrony zdrowia, odpowiadając na pytania dotyczące twojego zdrowia.

MOJA SAMOOCENA ZDROWIA

1. Czy uważasz, że twoje zdrowie pogorszyło się w ciągu ostatnich dwóch lat?
2. Czy zyskałeś lub utraciłeś więcej niż 10% wagi ciała w ciągu ostatnich lat – nawet jeśli nie stosowałeś specjalnych diet?
3. Czy masz problemy ze snem lub z zasypianiem?
4. Czy ból w stawach lub mięśniach ogranicza twoją aktywność fizyczną lub mobilność?
5. Czy często czujesz się zmęczony bez wyraźnego powodu?
6. Czy często czujesz się przygnębiony lub niespokojny?
7. Czy masz problemy z pamięcią?
8. Czy słyszysz w uszach nieustanne dzwonienie?
9. Czy czujesz, że tracisz siły?
10. Czy przyjmujesz jakieś leki na receptę? Czy jest ich więcej niż dwa?
11. Co z lekami bez recepty? Czy często używasz któregoś z leków należących do jednej z poniższych grup?
 - leki przeciwzapalne
 - leki zobojętniające kwas żołądkowy
 - leki przeciwbólowe
 - leki wspomagające sen
12. Czy cierpisz na jakieś alergie?
13. Czy miewasz epizodyczne problemy z koncentracją albo zdarza się, że czujesz się zagubiony?
14. Czy zdarza ci się tracić oddech lub dostać zadyszki?
15. Czy w ciągu kilku ostatnich lat straciłeś smak lub węch?
16. Czy w ciągu kilku ostatnich lat straciłeś masę mięśniową?
17. Czy usłyszałeś od lekarza, że masz następujące dolegliwości:
 - wysokie ciśnienie
 - wysoki poziom cholesterolu
 - podniesiony poziom cukru we krwi
18. Czy dentysta powiedział ci, że cierpisz na chorobę dziąseł lub paradontozę?
19. Czy miewasz zatwardzenia lub biegunki albo czujesz innego rodzaju dyskomfort w obrębie układu trawiennego?
20. Czy masz chronicznie nieświeży oddech?
21. Czy jesteś niższy niż dawniej byłeś? Czy masz oznaki zalegania wapnia?
22. Czy jesteś podatny na przeziębienia?

Jest to pierwsze z ośmiu zadań samosprawdzających, których wykonanie zaleci ci ta książka. W ten sposób uzyskasz ogólną wiedzę na temat swojego zdrowia. Później, w części drugiej, wytłumaczę ci, jak przebiegają najważniejsze procesy fizjologiczne w twoim organizmie, a w części trzeciej całą tę samoanalizę przełożysz na stworzenie własnego spersonalizowanego programu dbania o zdrowie.

Zacznijmy jednak od rozpatrzenia szerszego kontekstu zdrowia i choroby.

1

KONTEKST



Choroba jest złudzeniem, które stopniowo zostaje rozwiane przez wciąż rosnącą w siłę dziedzinę nauki zwaną genomiką. Przełomowe odkrycia ostatniej dekady dwudziestego wieku i pierwszej dekady dwudziestego pierwszego wieku pokazały, że twoja choroba serca nie jest taka sama jak moja, że każdy pacjent chory na cukrzycę typu 2 jest inny, że ludzie z artretyzmem albo chorobą Alzheimera różnią się między sobą mimo identycznej diagnozy. Inaczej mówiąc, tak zwane diagnozy nie są funkcjonalne w wypadku fizjologii każdego organizmu, ale są zależne od zróżnicowanych czynników i wymagają różnego podejścia w leczeniu, tak jak różni są pacjenci.

Mimo że grupowanie zwyczajowych oznak i symptomów chorób oraz nazywanie ich „schorzeniem” jest użyteczne, jednak nie jest to odpowiedni sposób, aby wyjaśniać, co nam dolega. Nie jest to również dobry sposób myślenia o opiece zdrowotnej – wobec zmieniających się wzorców problemów ze zdrowiem, przy coraz dłuższym życiu, które jest coraz bardziej ograniczane i obciążane ukrytymi problemami ze zdrowiem. Potrzebujemy nowego modelu opieki, który skupi się na personalizacji leczenia, biorąc pod uwagę indywidualne genetyczne uwarunkowania, środowisko, styl życia i dietę. To właśnie jest zadanie medycyny funkcjonalnej.

Medycyna funkcjonalna oparta na systemowym rozumieniu sposobu, w jaki działa ciało, zapewnia narzędzia, których potrzebujemy, by zmieniać wiadomości przekazywane przez nasze geny i aby kształtować właściwe wzorce zdrowia na przyszłość. Daje nam oręż do walki z chorobami przewlekłymi, które stają się najważniejszym wyzwaniem naszych czasów, dzięki czemu mamy szansę zrewolucjonizować praktykę medyczną i odmienić oblicze opieki zdrowotnej.

ILUZJA CHOROBY I ZAGADKA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

Polubilibyście Petera. Wszyscy go lubią. W wieku trzydziestu sześciu lat prowadzi życie jak z filmu – ożenił się z miłością swojego życia, jest ojcem dwóch chłopców w wieku sześciu i ośmiu lat, ma piękny dom na przedmieściach, który wszyscy opisują jako wytworny. Pracuje jako wzięty inżynier do spraw oprogramowania, ma świetną pracę i wspaniałe perspektywy. Gdyby Peter nie był takim dobrym człowiekiem, łatwo byłoby mu zazdrościć. Ale on jest dobrym człowiekiem – bystrym, troskliwym, uroczym, hojnym i na pozór szczęśliwym i pełnym życia. Ale nie do końca...

Te zewnętrzne oznaki są tylko częścią historii. Mimo zadbanej, sportowej sylwetki Peter cierpi z powodu wysokiego ciśnienia, bólów głowy i chronicznego zmęczenia. Spędza weekendy, nadrabiając zaległości w spaniu, a tak naprawdę chciałby spędzać aktywnie czas ze swoimi synami i zabrać żonę na wypad do miasta. Bóle głowy, jak mówi, pojawiają się każdego popołudnia, a kiedy Peter wraca do domu pod koniec dnia, jest zakończony.

Oczywiście był w tej sprawie u swojego lekarza. Wyniki badań wykazały u niego mocno podwyższone ciśnienie, a lekarz przepisał mu lek na jego obniżenie. Ciśnienie nie spadło, dodano więc drugi lek, a lekarz powiedział: „Musimy obniżyć te wartości”.

Wysokość ciśnienia spadła, ale drugi lek – albo połączenie pierwszego z drugim – spowodowały kłopoty z erekcją i przez pewien czas Peter był, jak sam to określa „miękkim kapciem”. Starał się znaleźć odpowiednią kombinację leków, które pomogłyby mu utrzymać prawidłowe ciśnienie krwi, a jednocześnie pozwo-

liły na utrzymywanie satysfakcjonujących stosunków fizycznych z żoną. Na razie mu się to nie udaje, ale lekarz, z którym Peter chodził do szkoły, „jest pewien, że w końcu ją znajda”. W tym czasie bóle głowy, zmęczenie i seksualne dysfunkcje nie ustawały i powoli zakradała się do jego życia depresja.

Od strony medycznej nic złego się z Peterem nie działo. Poza wysokim ciśnieniem – czym trzeba było się zająć, choć nie jest to nietypowa dolegliwość we współczesnym świecie – nie miał problemów ze zdrowiem. Nie pamięta, kiedy ostatni raz był przeziębiony. Dawny atleta reprezentujący swoją szkołę, wciąż potrafił przebiec sto metrów w około dwadzieścia sekund. Przechodził badania EKG bez problemu i poza bólami głowy nie znał żadnych dolegliwości fizycznych. „Na szczęście” – jak mówił. Dlaczego więc czuł się tak okropnie? Dlaczego dręczyło go nieustanne poczucie braku energii, sił, brak łaknienia i ciągła senność?

Catherine ma sześćdziesiąt cztery lata i też byście ją polubili. Jest otwarta, zabawna, czasem nawet aż za bardzo. Właśnie obchodziła czterdziestą rocznicę ślubu podczas ogromnego przyjęcia urządzonego przez jej dwójkę dzieci oraz ich małżonków. Przybyli na nie przyjaciele, rodzina i pięcioro wnuków. Przez ponad dwadzieścia lat Catherine pracowała w biurze kontroli finansowej w dużej firmie w centrum miasta. To była dobra praca, przynosząca niezłe zyski. Jakiś czas temu Catherine wybrała sobie plan ochrony zdrowia: firma płaci za niego dwadzieścia procent wartości, a ona sama pokrywa resztę kosztów z własnych wpływów. Plan pokrywa wyłącznie potrzeby Catherine; jej mąż, Ted, starszy od niej o cztery lata, jest ubezpieczony w Medicare.

Catherine regularnie odwiedza lekarzy. Martwi ją trochę artretyzm w rękach i kolanach oraz nieco podwyższone ciśnienie. Przeszła już menopauzę – podobnie jak u jej mamy nastąpiło to dość szybko – a ponieważ jej mama cierpiała na osteoporozę, a sama Catherine ma, jak mówi jej lekarz, „nie za dobrą” masę kości, wprowadzono jej plan przeciwdziałania osteoporozie.

Z powodu tych trzech uwarunkowań – artretyzmu, nadciśnienia i osteoporozy – Catherine przyjmuje aktualnie trzy różne leki. Poza lekarzem pierwszego kontaktu regularnie odwiedza reumatologa, kardiologa i ginekologa. Endokrynolog konsultuje się z ginekologiem w sprawie jej programu przeciw osteoporozie.

A Catherine czuje pewne ograniczenia. Często trudno jej podnieść się z krzesła. Musi pamiętać, by ostrożnie schodzić ze schodów. Artretyzm powoduje krótkie epizody ostrego bólu, które zakłócają jej życie. Jeśli pojawiają się np. w pracy, nie może się na niej skupić. Słyszy własne skargi, które kieruje do Toda i przyjaciół w jej wieku – słucha z kolei ich skarg – i zastanawia się, kim są ci starzy, schorowani ludzie.

Jednak, podobnie jak Peter, Catherine nie jest chora. Nie cierpi na schorzenie, które można wyleczyć lekiem. I mimo że jest niemal dwa razy starsza od Petera,

wcale nie jest starą kobietą. Lekarz powtarza jej często, że różne dolegliwości są po prostu „częścią procesu starzenia się”, zaleca też Catherine „aby nieco schudła”. Bardzo chciałaby zgubić kilka kilogramów, ale podkreśla też, że jest przede wszystkim bardzo ruchliwą osobą. Kiedy trzeba szykować kwartalne raporty finansowe, jest zdolna do pracy przez dziesięć, dwanaście, a nawet czternaście godzin na dobę, a potem bez wahania wyrusza na szybki spacer z Tedem, mimo że opóźniają ją nieco jej bolące kolana. Teraz martwi się o to, czy stan kolan pogorszy się. Czy czeka ją operacja? Czy jej kości będą się łamać – jak działo się w wypadku jej matki? Czy nadciśnienie pewnego dnia spowoduje udar? Czy ataki bólu staną się silniejsze? Częstsze? Czy staną się nieprzerwane? Jeden lekarz mówi jej, by się dużo ruszała. Inny zaleca ograniczenie aktywności.

Catherine oczekuje w ciągu dwóch lat przejścia na emeryturę, kiedy będzie już podlegać programowi emerytalnemu. Ted też przejdzie wtedy na emeryturę. W wieku siedemdziesięciu lat otrzyma najwyższe możliwe świadczenia. Oboje mają świadczenia emerytalne i trochę oszczędności – nie fortunę, ale wystarczająco dużo, by cieszyć się radościami trzeciego wieku. Nie są już jednak tacy pewni, czy będą to radości. Catherine obawia się, czy nie spędzi tego czasu w gabinetach lekarskich i aptekach, co spowoduje, że jej oszczędności pójdą na dodatkowe opłaty związane z leczeniem, których nie uwzględni jej polisa w Medicare. Zastanawia się przede wszystkim, czy będzie się starzeć uwieczniona w fotelu, złamana bólem, słabością i strachem.

Zakładam, że nie znasz osobiście tych dwojga sympatycznych ludzi. Są jednak szanse, że ich sytuacja wyda ci się znajoma, jeśli nie dobrze znana. Żadne z nich nie powinno trafić do szpitala. Oboje nie mają żadnej choroby. Żadne z nich nie powinno rezygnować z większości czynności i przyjemności, jakie niesie życie, choć oboje odczuwają pewnego rodzaju ograniczenia w działaniu. Dokładnie tak jest: są ograniczeni. Na horyzoncie nie widać rozwiązania ich problemu. Co się dzieje?

Wiemy dobrze, że żyjemy coraz dłużej – to z pewnością dobra wiadomość. Jednak zła informacja jest taka, że nie najlepiej się do tego długiego życia zabieramy. Zbyt wielu z nas spędza większość czasu podobnie jak Peter i Catherine – nie tyle chorując, co czując się nie najlepiej. Żyjemy więc zawieszeni między dwoma stanami – dobrymi dniami, kiedy czujemy się w porządku, i złymi, kiedy wszystko wydaje się szwankować. Czasem trudno to odróżnić: ograniczenia zawsze mogą o sobie przypomnieć. Wiszą nad nami, odbierając nam sprawność lub osłabiając nas fizycznie, mentalnie i emocjonalnie.

Choroby przewlekłe – te uparte i powracające przypadłości albo uwarunkowania, które nie mijają i z czasem coraz bardziej się pogłębiają – nie pozwalają nam

cieszyć się w pełni naszą długowiecznością. Jeśli choroby nie zabijają nas przed czasem, to zatruwają nas bólem, dyskomfortem i ograniczeniami odbierającymi nam radość oraz jakość życia.

Częstotliwość pojawiania się takich schorzeń zdaje się wzrastać. Rozejrzyjcie się wokół. Ludzie żyją, biorąc stale leki, jak Peter, albo rezygnują z aktywności, jak czasem z zalem robi Catherine. Albo nieustannie skarżą się na artretyzm, astmę, wysokie ciśnienie, refluks żołądkowy, dnę moczanową, fibromialgię lub syndrom chronicznego zmęczenia. A przynajmniej tak się wydaje.

W rzeczywistości choroby przewlekłe stają się coraz powszechniejsze – i rozpowszechniają się coraz szybciej. W okresie 25 lat, między 1985 a 2010 rokiem, zanotowano dramatyczny wzrost przypadków cukrzycy, chorób krążenia i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Coraz więcej ludzi cierpi na udary i depresję. Na osłabienie kości, utratę siły mięśni, choroby nerek i wątroby, degenerację siatkówki i osłabienie widzenia. Częstotliwość występowania autyzmu u dzieci oraz demencji u osób starszych alarmująco rośnie. Dzisiaj niemal połowa dorosłych Amerykanów – sto trzydzieści trzy miliony – cierpi z powodu przynajmniej jednej choroby chronicznej. Wśród beneficjentów Medicare w wieku sześćdziesięciu pięciu lat i starszych statystyki są jeszcze bardziej alarmujące: ponad połowa z nich jest leczona z powodu wielu schorzeń przewlekłych, na przykład cukrzycy, nadciśnienia lub chorób serca, aby podać najpowszechniejsze z nich.

To wszystko ma swoją cenę. Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC) ocenia, że leczenie tych chorób pochłania ponad siedemdziesiąt osiem procent wydatków na narodową ochronę zdrowia. Koszt opieki medycznej na osobę z jedną przewlekłą dolegliwością jest niemal trzy razy wyższy niż wydatki na osobę bez takich dolegliwości. Wydatki na osoby cierpiące z powodu pięciu czy więcej chronicznych chorób są siedemnaście razy większe. Badania Światowego Forum Ekonomicznego z 2011 roku prognozują, że w roku 2030 koszty leczenia chorób przewlekłych na całym świecie przekroczą czterdzieści siedem trylionów dolarów! Tak przedstawia się ekonomiczny efekt tej sytuacji, który wiele krajów może powalić na kolana.

W dodatku nie dość, że tyle wydajemy, to jeszcze bardzo wiele tracimy. Choroby przewlekłe są głównym powodem absencji w pracy i obniżonej produktywności. Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC) przypisuje siedem z dziesięciu przyczyn śmierci wśród Amerykanów chorobom przewlekłym – przede wszystkim są to więc choroby serca, rak i udar, które powodują ponad połowę zgonów w każdym roku. Na całym świecie – gdyż epidemia ta stała się już globalna – te choroby zabierają nam więcej lat życia niż wszystkie choroby zakaźne na całym świecie, poza Afryką Subsaharyjską.

Ale oczywiście koszt cierpienia poszczególnych osób jest nie do wyliczenia. Jak można ocenić takie obciążenie – ból, dyskomfort, perspektywę niepełnosprawności i dysfunkcji, wstyd i poczucie stawania się ciężarem dla bliskich, smutek z powodu utraty jakości życia?

Badania opublikowane pod koniec 2012 roku starały się tego dokonać, analizując choroby możliwe do przyporządkowania do sześćdziesięciu siedmiu wskaźników ryzyka, aby określić skalę tego, co nazywa się globalnym obciążeniem chorobowym. Studium to, opisujące lata 1990–2010, posłużyło się miarą nazywaną „rok życia w dostosowaniu do niesprawności” lub DALY. DALY łączy dane dotyczące utraconych lat życia z powodu przedwczesnej śmiertelności i lata życia utracone z powodu życia w stanie niepełnego zdrowia, w obydwu wypadkach biorąc pod uwagę czynnik ryzyka. Wyniki badań dają nowy, alarmujący obraz natury współczesnych chorób w skali całego świata.

W dziejach ludzkości historia chorób dotyczyła głównie ryzyka chorób zakaźnych, powodujących wysoką śmiertelność wśród niemowląt i kilkuletnich dzieci. Obecnie badania pokazują, że ryzyko przeniosło się na drugi biegun ludzkiego życia – a więc na lata nazwane w badaniu „latami trwania w chronicznej chorobie”. Teraz to nie choroby zakaźne kończą nasz żywot, ale te, które osłabiają vitalność jednostki w ostatnim okresie jej życia. Ogromne zmniejszenie śmiertelności niemowląt i dzieci poniżej szóstego roku życia – co stanowi oczywiście powód do radości i wdzięczności – zostało niestety wyrównane przez jeszcze dramatyczniejszy wzrost śmiertelności z powodu chorób przewlekłych. Jeśli szukasz tematu przewodniego dotyczącego zdrowia w naszych czasach – to właśnie on.

Badania te pokazały nam również, dlaczego ten wzrost był tak dramatyczny – mimo że już wcześniej zdawaliśmy sobie z tego sprawę. Chodzi o nasz sposób życia. W okresie dwudziestolecia, jaki biorą pod uwagę badania, największy wzrost niepełnosprawności – która wywołuje ograniczenia w naszym życiu – wynika z chorób serca, udaru, depresji i chorób metabolicznych, takich jak cukrzyca, a wszystkie one są związane ze środowiskiem, dietą i nawykami na polu aktywności fizycznej. Choroba niedokrwienna serca, czyli choroba serca wynikająca z blokowania arterii, które obniżają dostawę krwi do serca, będąca na czwartym miejscu najczęstszych dolegliwości w 1990 roku, zwiększyła swą częstotliwość występowania aż o 29 procent, by osiągnąć niechlubne pierwsze miejsce w 2010 roku, podczas gdy ilość udarów zanotowała 19-procentowy wzrost, a depresja aż 37-procentowy. Cukrzyca stała się epidemią globalną, której wskaźnik występowania najszybciej wzrasta w Chinach oraz w Indiach. To właśnie są przypadłości naszych czasów, które powoli nas zabijają.

Podczas gdy naszych przodków nękały choroby zakaźne, które teraz nauka potrafi powstrzymać, nam doskwierają choroby, z którymi musimy toczyć ciągłe potycz-

ki. Oznacza to, że tam, gdzie wchodzi w rachubę zdrowie i dobre samopoczucie, rozpoczyna się całkiem nowa batalia, w której jesteśmy stawiani przed wachlarzem nowych wyzwań. Czyli przed tajemnicą chorób przewlekłych.

Ten dylemat ma wiele aspektów. Wyzwanie, przed którym stajemy, dotyczy infrastruktury ochrony zdrowia, naszej aktualnej strategii medycznej w leczeniu chorób przewlekłych, kształcenia i szkolenia tych, którzy te strategie wdrażają, a także naszego rozumienia tych chorób, ich przyczyn i źródeł oraz roli jednostki w walce z nimi. To bardzo poważne zadania.

GLOBALNY SYSTEM ZDROWIA

To oczywiście, że rosnące obciążenie chorobami przewlekłymi stawia system ochrony zdrowia na całym świecie przed bardzo poważnymi wyzwaniami. Problem polega na tym, że system opieki zdrowotnej nie jest na nie gotowy.

Mamy co prawda wyrafinowaną strukturę medyczną, przypominającą najlepszy skalpel, która radzi sobie z infekcjami zakaźnymi i opieką doraźną. Idziesz do gabinetu lekarza albo wchodzisz do szpitala lub kliniki chory czy zraniony, a wychodzisz stamtąd „zdrowy” – ciało masz połatane, chorobę zdiagnozowaną, a receptę w ręku. Wszystko, co dotyczy infrastruktury – szkolenie lekarzy i innych profesjonalistów z dziedziny medycyny, procesy terapeutyczne, szpitale i organizacja klinik, nie wspominając o ubezpieczeniu i zwrocie kosztów – cały ten system jest nastawiony na leczenie chorób zakaźnych wywodzących się od bezpośredniej przyczyny albo na leczeniu doraźnych ran czy wydarzeń medycznych, takich jak zawał lub wylew. Niestety taki system leczenia pigułką nie znajduje zastosowania w wypadku chorób przewlekłych, które tworzą naszą dzisiejszą rzeczywistość.

Nie ma z nią również nic wspólnego kliniczna edukacja lekarzy i innych profesjonalistów z dziedziny służby zdrowia, od których wymaga się dostarczania diagnoz i wdrażania leczenia. Szkoły medyczne w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie wykonują kawał wspaniałej pracy, szkoląc specjalistów od sytuacji kryzysowych, ale w znikomym stopniu uczą ich, jak radzić sobie z chorobami przewlekłymi. Ta dysproporcja jest wymierna: leczenie chorób przewlekłych pochłania niemal osiemdziesiąt procent naszych wydatków na zdrowie, ale nauce, jak leczyć takie choroby, jest poświęcany marginalny odsetek czasu podczas studiów medycznych.

Co więcej, nasze aktualne podejście do chorób przewlekłych – czyli zalecanie krok po kroku ich symptomów – wymaga innych paradygmatów opieki zdrowotnej od tych, które nas obecnie obowiązują. Paradygmatów rozwiniętych, by zapewnić doraźną pomoc w kryzysie. Bez jasno zdefiniowanego początku i końca, ponieważ choroby przewlekłe wymagają podejścia wieloletniego – a tak napraw-

dę samoleczenia stosowanego przez pacjentów. Jednak dzisiejsza infrastruktura służby zdrowia, ukierunkowana w stronę opieki doraźnej nad chorymi zakaźnie lub w stronę wypadków nagłych, nie jest na to gotowa. Nie posiada narzędzi, jakich wymaga takie wieloletnie samoleczenie, by odnieść sukces. Na szczęście wiele szkół medycznych zaczyna już myśleć w świeży sposób na temat szkoleń, a także zmian zarówno w schematach systemowych, jak i w praktyce. Niektóre szkoły – a szczególnie Bastyr University w Seattle, w stanie Waszyngton – zaczynają specjalizować się w odmianie medycyny, która jest klinicznie możliwa do zastosowania w leczeniu chorób przewlekłych. (Dla jasności: byłem członkiem założycielem i profesorem w Bastyr). Te zmiany są mile widziane, jednak pokazują jeszcze wyraźniej rozdzźwięk między opieką zdrowotną, z której korzystamy, a opieką, której potrzebujemy.

W ODERWANIU

U źródła tego rozdzźwięku leży podstawowy fakt medyczny, według którego powodem choroby zakaźnej jest zawsze prosta przyczyna lub czynnik. Ten fakt stał się bazą teraz już dobrze zdefiniowanego procesu, który pozwala na produkowanie leków mogących uderzać w konkretną przyczynę lub czynnik – i w ten sposób leczyć chorobę. Tak powstał kolosalny przemysł farmaceutyczny, który steruje tym procesem.

Czy pamiętasz szkolną wiedzę z biologii i naukę o procesach metabolicznych, które zachodzą w naszym ciele – miliardach reakcji biochemicznych, jakie dzieją się wciąż w naszych komórkach krok po kroku? Mówiąc bardzo prosto, pomyśl o chorobie jako o skutku zbyt radykalnego kroku w jednym z procesów metabolicznych zachodzących w ciele – prostym kroku, który wymknął się spod kontroli. Jeśli możesz znaleźć lub stworzyć substancję, która będzie redukowała ten zbyt radykalny krok – blokowała go, unieszkodliwiała albo w inny sposób interweniowała – w mniejszym lub większym stopniu jesteś w stanie zmienić przebieg choroby i zredukować jej symptomy. Dokładnie to robią leki.

W dawniejszych czasach – gdyż trzeba pamiętać, że terapeutyczne zastosowanie antybiotyków zaczęto wprowadzać dopiero w latach czterdziestych XX wieku – lekarstwa produkowano ze składników naturalnych, roślin medycznych lub – w wypadku antybiotyków takich jak penicylina, która została wytworzona z naturalnie powstającej błękitnej pleśni – jako produkt bakterii i metabolizmu grzybów. Te naturalnie pozyskane składniki zostały wysłane do walki ze skomplikowanymi procesami metabolicznymi, czyli syntezą ściany komórkowej, znanymi tylko bakteriom, które powodują zakażenie. Tak naprawdę proces ten nie został odkryty podczas badania komórek zwierzęcych. To pomyślnie rozróżnienie między metabolizmem komórki ludzkiej a bakteryjnej sprawiło, że antybiotyki okazały się bezpiecznie

do użytku przez człowieka i bardzo wybiórcze w działaniu. Robiły dokładnie to, co zalecał lekarz: eliminowały przyczynę choroby, zacierając właściwie jej ślady.

Na fali tego sukcesu, głównie dzięki roli, jaką antybiotyki odegrały na polach walki II wojny światowej, przemysł farmaceutyczny zwrócił uwagę na sferę wykraczającą poza choroby zakaźne – a mianowicie na dolegliwości osób, u których zdiagnozowano choroby przewlekłe. W wypadku tych chorób naukowcy wiedzieli, że nie znajdują konkretnej bakterii odpowiedzialnej na specyficzną infekcję. Zamiast tego ich celem było zidentyfikowanie poszczególnych procesów biologicznych powiązanych z *sympptomem dominującym* konkretnej przypadłości – bólem, zapaleniem albo specyficznym błędem w procesie metabolicznym związanym z chorobą – tak by móc przyporządkować mu lek, który zmienia skutki tego procesu, blokując albo korygując go w całym skomplikowanym systemie metabolicznym.

Stworzenie tych leków wymagało innego rodzaju procesów, które całkowicie odmieniły przemysł farmaceutyczny. Ten proces rozpoczyna się od tak zwanych wysoko przepustowych badań, w których chemicy analizują dokładnie, jak dziesiątki tysięcy chemikaliów syntetyzowanych w laboratoriach wpływają na konkretne procesy metaboliczne.

Im mniejsza ilość środka chemicznego jest potrzebna do wywarcia wpływu na konkretny krok procesu metabolicznego, tym jest on aktywniejszy – i skuteczniejszy jako lek. Składniki uznane za najbardziej aktywne są sprawdzane pod kątem bezpieczeństwa w najróżniejszych wypadkach. Substancja, która wykazuje zarówno wysoką aktywność, jak i akceptowalny poziom bezpieczeństwa w badaniach, jest następnie testowana na ludziach, a jeśli przejdzie te testy, wchodzi na rynek. To oznacza, że twój lekarz może przepisać ci ten lek jako terapię krótkotrwałą, by leczyć doraźną dolegliwość wywołaną przez zakłócenie specyficznego procesu metabolicznego, dla którego wyprodukowano lekarstwo.

Ale jeśli chodzi o choroby przewlekłe, to nie mogą być one leczone jedynie poprzez zmianę jednego kroku w złożonej sieci procesów metabolicznych. Dzieje się raczej tak, że choroby i uwarunkowania, które nazywamy przewlekłymi, biorą się z wielu przyczyn, z których każda jest wyrażona własnymi symptomami lub zespołem symptomów. A ponieważ leki na konkretne choroby leczą wyłącznie symptom dominujący – czyli skutek, a nie podstawową przyczynę – zatem choroby przewlekłej tak naprawdę się nie leczy, nieważne, jak mocno faszeruje się chorego lekami i jak wiele on ich przyjmuje. W zamian za to choroba albo trwa, albo powraca, i z każdym nawrotem staje się poważniejsza. Efektem takiego leczenia nie jest powrót do zdrowia, lecz ciągła niesprawność i zmniejszenie jakości życia.

Na czym polega problem? Mówisz lekarzowi, że czujesz się zmęczony i wszystko cię boli. Kiedy jesteś proszony o więcej szczegółów, mówisz, że nie możesz do-

brze spać, nie możesz się skupić, nie masz energii i czujesz się wypompowany. Wyszkolony w strategii farmaceutycznej poszukującej jednej przyczyny choroby, którą może leczyć jedno lekarstwo, lekarz robi, co może, ale czy jest w stanie pomóc tobie, czyli cierpiącemu pacjentowi?

Chcąc załagodzić twoje rozliczne symptomy, lekarz zazwyczaj zapisuje wiele leków. Co innego może bowiem zrobić? Nie istnieje konkretny lek na dolegliwości pacjenta – ponieważ przyczyna choroby, złożona i wielowarstwowa, nie może być wyleczona zwykłym lekiem. Ale dzięki kwitnącemu przemysłowi farmaceutycznemu istnieje wiele leków na różne symptomy. Na przykład pacjentowi z cukrzycą typu 2 można przepisać lekarstwo na zmniejszenie odczuwanego zmęczenia, inne na zmniejszenie apetytu, coś na ból głowy i jeszcze coś na poprawę widzenia. Ktoś z artretyzmem może brać różne leki przeciwzapalne w połączeniu z lekami przeciwbólowymi, by zmniejszyć dyskomfort. Inaczej niż antybiotyki, które kierują swe działanie do konkretnej przyczyny infekcji, terapie przepisywane na choroby przewlekłe leczą jedynie efekty choroby, a nie ich złożone źródła.

Nazywamy to politerapią – jednoczesnym przyjmowaniem wielu różnych leków, aby leczyć cały zestaw objawów schorzenia. Oczywiście jeśli cierpisz na więcej niż jedną dolegliwość – na przykład cukrzycę i artretyzm – politerapia jeszcze się mnoży. Dlatego Catherine bierze sześć leków na trzy rozpoznane dolegliwości. Jej działający w dobrej intencji lekarze starają się zmniejszyć efekt artretyzmu, słabości naczyń krwionośnych i ewentualnej osteoporozy – kamuflując je do tego stopnia, by mogła w miarę normalnie funkcjonować – nawet nie zastanawiając się nad przyczynami tych chorób.

W rezultacie co się dzieje? Po pierwsze choroba lub choroby zaostrzają swój przebieg wraz z czasem. Gdy to się dzieje, symptomy stają się coraz poważniejsze i potrzeba już wielu leków, by je łagodzić. W ten sposób pacjent do końca życia musi przyjmować leki, które zostały zaprojektowane – i zatwierdzone przez organizacje dopuszczające – do użycia tylko przez określony czas, potrzebny do tego, aby pacjent mógł wrócić do zdrowia.

Co gorsza, pacjenci nie dość, że wcale nie wracają do zdrowia, to jeszcze mogą tak naprawdę zakłócać swoje zdrowie poprzez przyjmowanie leków. Stają się coraz podatniejsi na ich skutki uboczne. „Skutki uboczne” mogą brzmieć jak niegroźne zaburzenia, ale w rzeczywistości są główną przyczyną zgonów w Stanach Zjednoczonych! Pamiętasz może Vioxx, lek przeciw artretyzmowi, który został wycofany z rynku, gdy okazało się, że spowodował dziesiątki tysięcy zgonów? Lub Avandia, lek przeciw cukrzycowy stosowany w leczeniu ataków serca, który pozostał na rynku pod bardzo ścisłymi ograniczeniami?

Być może najbardziej uderzającym przykładem jest efekt badań Women’s Health Initiative (Inicjatywy na Rzecz Zdrowia Kobiet), które zainicjował Narodowy

Instytut Zdrowia w 1991 roku, na temat użycia zastępczej terapii hormonalnej, HRT, w leczeniu efektów menopauzy. Przez ponad pięćdziesiąt lat zakładano, że używanie estrogenu i syntetycznego progesteronu w terapii kobiet przechodzących menopauzę działa dobrze na ich kości, stan piersi, serca i umysłu, a także likwiduje nocne pocenie się, uderzenia gorąca i wahania nastroju oraz depresję związaną z menopauzą. Miliony kobiet przez dziesięciolecia przyjmowały kombinację tych leków, zakładając, że lek został dokładnie przebadany i uznany za bezpieczny w długotrwałym stosowaniu.

To założenie było jednak mylne. Nigdy nie przeprowadzono długoterminowych badań nad HRT, aż do czasu, gdy zainicjowała je Women's Health Initiative. Ich wyniki były tak alarmujące, że prowadzący je naukowcy poczuli się w obowiązku jak najszybciej je ogłosić, zanim zebrali wszystkie dane. Udowodnili, że dla wielu kobiet szczególne połączenie końskiej dawki estrogenów (Premarinu, pochodzącego od ciężarnych klaczy) z syntetycznym progesteronem nie tylko nie poprawiało pracy serca i mózgu, ale tak naprawdę zwiększało ryzyko wystąpienia zarówno chorób serca, jak i demencji.

Jak to się mogło zdarzyć? Vioxx, Avandia i połączenie Premarinu z progesteronem przeszły rygorystyczne badania bezpieczeństwa w różnych analizach i w testach na zwierzętach, nie wspominając o szerokich badaniach na ludziach w testach z placebo, aby uzyskać pieczęć Agencji Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA). Jak więc leki, które przeszły testy pod największym na tym świecie rygorem, okazały się tak tragicznie niebezpieczne?

Doszedłem do jednego wniosku: badania bezpieczeństwa są oparte na stosowaniu leku przez określony czas, a nie przez całe życie. Co zdaje się być bezpieczne przez krótki okres, może w dłuższym czasie wykazywać zupełnie inne działanie, szczególnie gdy lekarstwo jest przyjmowane przez tak wielu ludzi z różnymi profilami genetycznymi, różnymi stylami życia i różnymi przyczynami ich chorób. Wydaje się więc, że prawo niezamierzonych konsekwencji może mieć zastosowanie do wszystkich leków używanych przez wielu ludzi przez bardzo wiele lat, czego nie zakładały żadne badania w procesach dopuszczających stosowanie tych leków.

Istnieje inna prawdopodobna przyczyna niekorzystnego działania leków. Czy pamiętasz, jak reagują leki? Wchodzą w interakcję – blokują lub hamują – niektóre zbyt aktywne procesy metaboliczne związane z symptomami choroby. Leki przeciwzapalne na przykład hamują działanie kluczowych enzymów, które powodują opuchnięcie tkanki i wysyłają sygnały alarmowe do mózgu. Leki przeciwrzodowe blokują produkcję kwasów żołądkowych. Leki na wysokie ciśnienie blokują hormony, które regulują skomplikowane procesy sprawujące kontrolę nad ciśnieniem albo zapobiegają ich wydzielaniu. Leki, które leczą depresję, odpowiadają za sprawną regulację pewnych neurotransmiterów w mózgu. Problem

polega na tym, że pewne biologiczne funkcje, które blokuje lekarstwo, związane ze stanem chorobowym w określonej części ciała, mogą być ważne ze względu na normalne funkcjonowanie innych narządów. Aby powiedzieć to jasno – zapalenie, które wywołuje ostry ból z powodu alarmu w jakimś narządzie, jest normalnym, podstawowym procesem zachowującym porządek w innych częściach ciała. Oczywiście jeśli pacjent przyjmuje leki przeciwzapalne przez dłuższy czas, może to spowodować zakłócenia w odpowiednim funkcjonowaniu jego organizmu i wywołać w innych narządach trudną sytuację, pozornie niezwiązaną z podstawowym problemem.

Dokładnie tak właśnie się dzieje. Jak w wypadku Petera – twoje ciśnienie krwi może spadać, ale jednocześnie będzie spadać twoja potencja. Twój wrzód może być pod kontrolą dzięki lekowi przeciwrzodowemu, ale lek ten może też wywołać anemię. Ból związany z artretyzmem może być opanowany dzięki silnym lekom przeciwzapalnym, ale mogą one podnosić ryzyko zachorowania na nerki. A kto wie, jaki inny wpływ może mieć zablokowanie tych specyficznych enzymów w całym organizmie? I rzeczywiście w wielu wypadkach doświadczamy tego aż nazbyt dobitnie. To dlatego lekarze zalecają ostrożność w przyjmowaniu ibuprofenu lub naproxenu, nie wspominając o paracetamolu. Długotrwałe stosowanie tego ostatniego może prowadzić do krwawienia z żołądka, ataku serca i udaru, podczas gdy nadużycie aspiryny może nieodwracalnie uszkodzić wątrobę.

Nie oznacza to, że zażywanie konkretnych leków nie ma sensu w leczeniu dolegliwości przewlekłych. Jest to jednak sugestia, że lepiej jest przyjmować jak najmniej leków na nasze objawy w najniższych możliwych dawkach i w najkrótszym możliwym czasie. Bo choroba wciąż się nas trzyma – i stale się pogłębia.

ZAAKCEPTOWAĆ NIEUNIKNIONE?

Powstaje zatem dylemat, przynajmniej częściowy. Mamy system ochrony zdrowia przygotowany do tego, by leczyć okazjonalnie ostre dolegliwości, a nasz horyzont jest usiany ludźmi cierpiącymi przewlekłe, jak Peter i Catherine. Leki działające doraźnie zastosowane jako długotrwałe lekarstwo na te choroby niosą ze sobą niebezpieczeństwo groźnych efektów ubocznych i leczą jedynie skutki dolegliwości, która z czasem staje się coraz poważniejsza. Nasz system ochrony zdrowia i rozumienie procesów chorobowych, dla których został stworzony, nie działają w odniesieniu do chorób współczesnych, czyli chorób przewlekłych.

Jednak najczęstszą odpowiedzią na te dylematy jest twierdzenie, że jest to nieuchronne. Im dłużej żyjemy, tym więcej będziemy mieli chorób przewlekłych, a ich przebieg będzie ostrzejszy wraz z wiekiem. Zaakceptujcie to.

Otóż nie. Wcale nie musimy. I nie akceptujemy.



SPODOBAŁ CI SIĘ FRAGMENT
KTÓRY PRZECZYTAŁEŚ?

Zamów książkę

ZMYŚŁONE CHOROBY

w [księgarni Illuminatio](http://księgarni.illuminatio.pl)



SPRAWDŹ PEŁNĄ OFERTĘ WYDAWNICTWA NA

www.vivante.pl



Bądź na bieżąco i śledź nasze
wydawnictwo na **Facebooku**:

www.facebook.com/vivantepi

Książki wydawnictwa Illuminatio
znajdziesz również w **Księgarni internetowej**

www.TaniaKsiazka.pl