

The background of the entire page is a photograph of a person's back, seen from behind. The person's hand is resting on their neck. Overlaid on the spine is a glowing, translucent yellow and orange graphic of the vertebrae, which appears to be the source of pain or the focus of the book's content.

MITCHELL YASS

RECEPTA NA **BÓL**

Jak diagnozować i leczyć chroniczny ból
bez interwencji chirurgicznej

RECEPTA NA BOL

DR MITCHELL YASS

Tytuł oryginału:
The Pain Cure Rx: The Yass Method for Diagnosing and Resolving Chronic Pain

Przełożył: Grzegorz Ciecieląg
Redaktor prowadzący: Małgorzata Świącicka
Redakcja: Monika Pruska
Korekta: Aneta Baranowska
Projekt okładki: Łukasz Werpachowski, grafika@illuminatio.pl
DTP: skladigrafika@gmail.com

Copyright © 2015 by Mitchell Yass
Originally published in 2015 by Hay House US Inc.

Copyright © 2016 for Polish edition by ILLUMINATIO Łukasz Kierus
Copyright © for Polish translation by Grzegorz Ciecieląg

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 2016
ISBN: 978-83-65170-44-6



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


vivante
www.vivante.pl

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

SPIS TREŚCI

<i>Wstęp</i>	7
--------------------	---

Część I: ZROZUMIEĆ BÓL

Rozdział 1: Bolesna rzeczywistość	13
Rozdział 2: Nowy model diagnozowania i leczenia	23
Rozdział 3: Procedury	35
Rozdział 4: Zrozumieć diagnozę	45

Część II: JAK UWOLNIĆ SIĘ OD BÓLU

Rozdział 5: Szyja	101
Rozdział 6: Środkowa część pleców	113
Rozdział 7: Odcinek lędźwiowy kręgosłupa	123
Rozdział 8: Pośladki	147
Rozdział 9: Kolano	159
Rozdział 10: Bark	181
Rozdział 11: Biodro i pachwina	201

<i>Zakończenie</i>	225
<i>Dodatek: Ćwiczenia</i>	227
<i>Podziękowania</i>	253
<i>Literatura</i>	255
<i>O autorze</i>	256



*Żonie Lizie, która trwała u mego boku
w najtrudniejszych chwilach,
i córce Natalyi, światłu naszego życia.*

WSTĘP

Świat opanowała epidemia chronicznego bólu – szacuje się, że jej ofiarą padło już miliard osób. Dwudziestoletnie doświadczenie w zwalczaniu bólu dostarczyło mi wystarczających dowodów, żeby wiedzieć, że wiele z tych osób nie jest skazanych na życie w cierpieniu. Co prawda obecnie przyjęty model leczenia przewlekłego bólu nie sprawdza się, ale istnieje dla niego alternatywa. O niej traktuje moja książka – o odmiennym sposobie walki z bólem, który pozwala uwolnić się od niego bez konieczności poddawania się zabiegom chirurgicznym i zażywania leków.

W trakcie mojej praktyki lekarskiej leczyłem ponad 14 tys. pacjentów. Dla wielu z nich byłem ostatnią deską ratunku przed zabiegiem chirurgicznym albo źródłem nadziei po bezowocnym zabiegu. Niejeden pacjent usłyszał od innych lekarzy, że do końca życia będzie skazany na zażywanie leków albo, co gorsza, że w jego przypadku wyczerpano wszystkie opcje walki z bólem – i będzie musiał nauczyć się z nim żyć.

W opowieściach pacjentów powtarzał się ten sam schemat: chory udał się do lekarza, który zlecił mu badania diagnostyczne – obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (RM), prześwietlenie itp. Wykryto zmianę strukturalną: stenozę, występ dysku, uszkodzenie łąkotek albo zapalenie stawów – i zrzucano na nią odpowiedzialność za ból, uzależniając od niej terapię. Wykorzystano różne leki i metody leczenia, w tym zastrzyki i zewnątrzoponową blokadę nerwów. Niektóre środki i sposoby przynosiły krótkotrwałą ulgę w cierpieniu, ale ból zawsze wracał, więc pozostawało jedyne wyjście: zabieg chirurgiczny. Chory stawał przed trudnym wyborem: poddać się operacji, która nie gwarantuje poprawy, albo oswoić się z bólem. Niekiedy pacjent słyszał, że w przypadku rezygnacji z rozwiązania chirurgicznego będzie mu groził paraliż albo że zabieg może pomóc, ale nie musi. Tak czy inaczej, ciężar decyzji spychano na chorego.

Do mojego gabinetu trafiło tysiące ludzi liczących na cud, którego tak naprawdę nie potrzebowali. Żeby rozwiązać problem ich bólu, wystarczyło, posługując się logicznym myśleniem, odkryć faktyczną jego przyczynę i odnieść się do niej.

W 90–95% przypadków, gdy lekarz dopatrzył się źródła bólu w zmianie strukturalnej, ja odkryłem coś zupełnie innego. Podczas pracy z pacjentami przekonałem się, że przyczyn należy szukać w osłabieniu mięśni albo problemach z równowagą.

Już wyjaśniam. Codziennie wykonujemy zróżnicowane działania: spacerujemy, zmieniamy pozycję z siedzącej na stojącą, wchodzimy po schodach i wykonujemy wiele różnorodnych ruchów wymagających współdziałania dużej grupy mięśni. Osłabienie czy niesprawność mięśnia (wywołane urazem takim jak naciągnięcie) nie skłaniają nas do ograniczenia codziennego zakresu ruchów. Wiąże się to z kompensacją działania osłabionego mięśnia przez pozostałe i ich wzmożonym wysiłkiem. To prowadzi do osłabienia i zaburzenia równowagi. Naciągnięty mięsień informuje o bólu, a w niektórych przypadkach może doprowadzić do zmiany układu powierzchni stawów, do których mięśnie są przyczepione, powodując uczucie bólu w obrębie stawu.

Okazało się, że spychając na dalszy plan wyniki badań diagnostycznych i analizując objawy pacjenta, byłem w stanie stwierdzić, czy ból ma charakter strukturalny czy mięśniowy. W większości wypadków chodziło o to drugie. Wtedy wystarczyło już tylko określić, które mięśnie należy wzmocnić, żeby zniwelować wywołujące ból osłabienie/zaburzenie równowagi. Przekonując pacjentów do wykonywania zestawu prostych ćwiczeń, pomagałem im pokonać cierpienie. Program, który będę nazywał metodą Yassa, nie służy osłabieniu bólu, a jego całkowitej eliminacji.

Właśnie tego życzę moim czytelnikom. Podczas lektury niniejszej pracy poznają teorię oraz kliniczne i praktyczne dowody potwierdzające skuteczność stosowanej przeze mnie od 20 lat terapii i zrozumieją prawdziwą przyczynę swojego bólu. Analizując zakres ruchu, gibkość, sposób poruszania się i postawę oraz łącząc te informacje z interpretacją objawów, czytelnik sam będzie mógł określić, czy jego symptomy sugerują strukturalne czy mięśniowe źródło bólu. Jeśli to pierwsze, wtedy jedyną opcją pozostaje zabieg chirurgiczny. Jeśli to drugie, jak w większości przypadków – należy skupić się na ukierunkowanym treningu siłowym.

Podkreślę raz jeszcze: jeśli jedynym wyjściem jest operacja, to żadne ćwiczenia nie pomogą. Ale jeśli źródłem bólu są mięśnie, to nie ma sensu decydować się na zabiegi chirurgiczne. Pacjenci, którzy trafiają pod opiekę współczesnych lekarzy,

nie powinni dać sobie wmówić, że ostatecznym wyjściem zawsze jest operacja i że wypróbowano już wszystkie inne rozwiązania. Ta filozofia doprowadziła do lawinowego powiększenia się szeregów ludzi cierpiących na chroniczne bóle. Jeśli źródłem bólu są osłabione mięśnie, można temu zaradzić w naturalny sposób. A jeśli mimo przebytej operacji nadal odczuwasz ból, wiedz, że możesz rozwiązać swój problem w sposób bezpieczny i bezinwazyjny.

Nadszedł czas, żeby przyjąć nowy paradygmat leczenia bólu. Każdego dnia przybywa dowodów na nieefektywność aktualnego rozwiązania. Powinniśmy opracować zunifikowaną metodę, która skupiałaby się na określeniu prawdziwej przyczyny bólu i dostosowaniu do niej sposobu leczenia. Podobnie jak w przypadku chorób serca i kardiologii oraz chorób skóry i dermatologii – powinna powstać osobna dziedzina medycyny poświęcona zagadnieniu bólu. Zbyt wiele jest osób, które cierpią, których życie stanęło w miejscu albo których sprawność uległa znacznemu ograniczeniu. Kiedy z powodu bólu wejście po schodach albo krótki bieg za dzieckiem zaczyna sprawiać problemy, życie zostaje wywrócone do góry nogami. I nie tyle chodzi o ciało, co o umysł, o jakość życia i możliwość robienia tego, na czym najbardziej nam zależy. Obecnie przyjęty model leczenia bólu narzuca wąskie granice postępowania, zmuszając chorych do codziennego obcowania z bólem – a wcale nie musi tak być.

Możesz nauczyć się słuchać swojego ciała i patrzeć na problem bólu w konstruktywny i logiczny sposób. Masz siłę potrzebną, żeby sobie pomóc. I – kto wie – może podzielisz się z innymi wiedzą o ścieżce prowadzącej ku życiu bez bólu? Czytałeś o niej. Doświadczyłeś jej na własnej skórze. I jesteś najlepszym przykładem tego, że działa.

Teraz usiądź wygodnie i zabierz się do lektury – a potem wykorzystaj to, czego się dowiedziałeś. Już niedługo wszystko wróci do normy.

Niniejsza książka stanowi jedynie źródło informacji i nie podejmuje prób stawiania diagnozy lekarskiej, leczenia, nie zawiera recepty ani nie sugeruje leku na jakiegokolwiek dolegliwości, bóle, urazy, związane ze stanem fizycznym czy umysłowym. Zawartych w niej treści nie można w żadnym razie uważać za substytut fachowej porady lekarskiej, którą należy uzyskać przed rozpoczęciem stosowania jakiegokolwiek programu zdrowotnego, ćwiczeń czy diety.

Dołożono wszelkich starań, aby informacje zawarte w niniejszej książce były rzetelne i aktualne w momencie jej publikacji. Zarówno autor, jak i wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za jakiegokolwiek niepożądane skutki, powstałe w wyniku wykorzystania lub zastosowania informacji zawartych w niniejszej publikacji.



CZĘŚĆ I

ZROZUMIEĆ
BOL

BOLESNA RZECZYWISTOŚĆ

Statystyki dotyczące chronicznego bólu przytłaczają: na tę utrudniającą codzienne życie przypadłość cierpi miliard ludzi na całym świecie, w tym ok. 116 milionów dorosłych Amerykanów. Ale problem nie dotyczy wyłącznie określonej grupy wiekowej. Zdarzało mi się leczyć pacjentów w wieku od 6 do 96 roku życia. Co więcej, choroba nie wybiera – nie ma znaczenia, kim jesteś ani co dotychczas osiągnąłeś; czy jesteś sportowcem, czy większość czasu spędzasz na siedząco. Ból nikogo nie dyskryminuje. Wszyscy możemy paść jego ofiarą.

Z tego powodu chroniczny ból trafił na drugie miejsce najczęstszych problemów, z jakimi odwiedzamy lekarza – na samym szczycie listy znajdziemy przeziębienie. W 2002 roku na leczenie przewlekłego bólu wydano 70 miliardów dolarów. W 2011 roku te koszty wzrosły do 635 miliardów, podczas gdy ogólne wydatki na służbę zdrowia wyniosły 2,2 biliona dolarów. Wychodzi na to, że te 635 miliardów to ni mniej, ni więcej, tylko 1/4 wszystkich wydatków zdrowotnych – na leczenie chronicznego bólu wydawano nieco ponad jednego dolara z czterech. Żeby sprowadzić problem do właściwych proporcji, dodam, że w tym samym czasie szacowany koszt leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego wyniósł nieco ponad 400 miliardów dolarów.

Koszty leczenia nie odbijają się wyłącznie na grubości portfela chorego; sięgają dużo głębiej, oddziałując na ekonomię kraju. Wszelobecność problemu bólu ma kolosalny wpływ na działanie sfery biznesowej – wedle danych przedstawionych w raporcie Institute of Medicine w roku 2010 obniżona produktywność

przełożyła się na straty w wysokości od 297,4 do 335,5 miliarda dolarów. Wartość finansową utraconej produktywności wyznaczają trzy szacunkowe czynniki: liczba opuszczonych dni w pracy (11,6–12,7 miliarda dolarów), opuszczone godziny (95,2–96,5 miliarda dolarów) i pomniejszona wysokość wypłat (190,6–226,3 miliarda dolarów). Kiedy porównamy to zestawienie z badaniami z 2003 roku opublikowanymi na łamach „Journal of the American Medical Association”, okazuje się, że w analizowanym przedziale czasowym straty spowodowane obniżeniem produktywności wyniosły 61,2 miliarda dolarów. Od tego czasu choroba kosztuje nas coraz więcej.

Rosnące koszty leczenia chronicznego bólu dotyczą nas wszystkich. To z ich powodu wzrasta koszt ubezpieczenia społecznego i zmienia się stawka odpisów podatkowych. Cenę zwiększonych wydatków na leczenie płacą też ludzie, którzy nie cierpią na chroniczny ból. Kiedy koszty usług medycznych przekraczają wysokość składki ubezpieczeniowej, obserwujemy trzy rzeczy: rośnie nasza składka, wzrasta bezpośrednie obciążenie dla kieszeni, a stawki lekarzy maleją. Moim zdaniem problem chronicznego bólu przyczynił się w znacznym – o ile nie w decydującym – stopniu do pogłębienia obserwowalnej od kilku lat samowoli firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne.

Pomijając koszty finansowe, których nikt nie podaje w wątpliwość, wydaje się, że prawdziwą ceną, jaką płacimy, jest cierpienie fizyczne i emocjonalne oraz jego wpływ na nasze codzienne życie. Do mojego gabinetu trafiają osoby, które doświadczają prawdziwego bólu, i świadomość tego rozdziera mi serce. Ci ludzie unikają robienia tego, co lubią, bo ból związany z tymi czynnościami jest nie do zniesienia. Jakość ich życia znacząco spadła, a stan ten utrzymuje się niekiedy nawet 20 lat. Prawdą jest, że część pacjentów, którzy do mnie trafiają, nie leczyla się wcześniej, jednak większość zdążyła już zaliczyć wędrówkę po gabinetach lekarskich. Poddawali się kolejnym zabiegom chirurgicznym, które nie przyniosły ulgi w cierpieniu. Przyjmowali leki i stosowali terapie, które maskowały problem, ale nic ponadto. Skoro wydajemy na leczenie chronicznego bólu więcej niż kiedykolwiek wcześniej, dlaczego problem nieustannie się pogłębia? Jak obecnie radzimy sobie z bólem – i dlaczego się to nie sprawdza?

CZYM JEST BÓŁ?

Zanim wytłumaczę, jak problem bólu jest postrzegany przez współczesną medycynę, w pierwszej kolejności musimy zrozumieć, czym ból w zasadzie jest. Mówiąc najprościej:

ból to sygnał, który wysyła nasze ciało, żeby poinformować o jakiejś niedogodności i tym samym umożliwić jej rozwiązanie. Agencja Badań nad Opieką Społeczną (Agency for Healthcare Research and Quality) podlegająca amerykańskiemu Ministerstwu Zdrowia i Pomocy Społecznej (Department of Health and Human Services) definiuje ból jako „nieprzyjemne uczucie informujące, że coś złego dzieje się z ciałem. Uczucie bólu jest metodą ostrzegania mózgu o zagrożeniu”. Innymi słowy, mówiąc o bólu, mamy na myśli komunikat wskazujący na jakiś problem.

A teraz nieco bardziej szczegółowo: narażona na niebezpieczeństwo tkanka wysyła sygnał odbierany przez nocyceptory (receptory bólowe), które przekazują go do mózgu, ten zaś przekłada otrzymaną informację na uczucie bólu.

Wiele osób wychodzi z błędnego założenia, że źródłem bólu są nerwy i to na nich trzeba się skupić, rozwiązując problem. Tak wydaje się większości moich pacjentów – ale ich rozumowanie jest błędne. Najwięcej receptorów bólu znajdziemy w tkance łącznej, która występuje w każdej tkance i w każdym narządzie, zwykle łącząc się z jego tkanką i odbierając informacje o jego kondycji. Kiedy pojawia się problem, tkanka łączna wysyła do mózgu informację o bólu. Mówiąc wprost: tak, źródłem bólu mogą być też nerwy, ale sygnały ostrzegawcze może wysyłać większość tkanek ludzkiego ciała. W przypadku kamieni nerkowych, ataku serca, problemów żołądkowych czy skaleczenia problem komunikują nerka, serce, żołądek i skóra, wykorzystując do tego receptory bólu w tkance łącznej otaczającej komórki, z których są zbudowane pozostałe tkanki. Również mięśnie mogą sygnalizować ból. Kiedy dochodzi do zawału, źródłem bólu nie są nerwy – im nic nie dolega – a sam narząd. Nerwy pełnią tu tylko funkcję pośrednika między organem wewnętrznym a mózgiem. Problemy z sercem często objawiają się bólem lewego ramienia – który nie ma nic wspólnego z nerwami.

Dr Ginevra L. Liptan napisała fantastyczny artykuł, w którym skupia się na roli receptorów bólu w tkance łącznej (dokładniej zaś na powięzi i bólu wywołanym przez fibromialgię). Píše: „Do sensytyzacji ośrodkowej (uwrażliwienia) dochodzi w sytuacji długotrwałego komunikowania bólu przez receptory, co prowadzi do podwyższonej wrażliwości neuronów rogów tylnych rdzenia kręgowego. W stanie pobudzenia neurony rdzenia kręgowego cechuje podwyższone wyczulenie na szkodliwe rodzaje stymulacji, a nawet takie, które wcześniej traktowano jako niegroźne... Po prawdzie obwodowe drogi przewodzenia w mięśniach, z których większość skupia się w powięzi, w znacznym stopniu potęgują sensytyzację ośrodkową”. Tłumacząc to z języka naukowego na bardziej zrozumiały, można powiedzieć, że autorka dowodzi, iż ból powiązany z fibromialgią niekoniecznie

wynika z zaburzeń układu nerwowego, a raczej z silnej sensytyzacji receptorów bólu otaczających mięsień, w sytuacji kiedy, upraszczając, każdy rodzaj stymulacji pobudza receptor.

Niestety we współczesnych terapiach walki z bólem nie bierze się pod uwagę faktu, że może go komunikować każda tkanka organizmu. Kiedy przyczyna bólu wydaje się oczywista – jak to bywa w przypadku złamań czy ataku serca – diagnoza jest tylko formalnością. Jeśli jednak bólu nie da się powiązać z konkretnym zdarzeniem czy uszkodzeniem tkanki w wyniku wypadku, badania mające określić przyczynę bólu skupiają się zwykle na odchyleniach strukturalnych, które mogły oddziaływać na nerwy. Zazwyczaj używa się do tego celu obrazowania metodą rezonansu magnetycznego i prześwietleń, za których pośrednictwem lekarz szuka napięć w mięśniach będących efektem przepukliny albo stenozy w karku/plecach. Chroniczny ból w różnych częściach ciała (zwłaszcza gdy dotyczy kończyn) klasyfikuje się jako „neuropatię” – strukturalne uszkodzenie nerwów – której źródła należy szukać w kręgosłupie. To samo tyczy się innych objawów: mrowienia, pieczenia i odrętwienia.

W rzeczywistości ból pozasystemowy, czyli taki, którego nie wywołała choroba (nowotwór, kamienie nerkowe, zespół jelita drażliwego itp.), może mieć swoje źródło w różnych miejscach: mięśniach lub układzie nerwowym, albo mieć charakter strukturalny. We współczesnej służbie zdrowia nie wyodrębniła się jednak specjalizacja, która pozwalałaby dookreślić, gdzie powinniśmy szukać problemu oraz która tkanka emituje sygnał o bólu. Wyodrębniło się ok. 15 różnych specjalizacji skupiających się na bólu i jego leczeniu, że wspomnę tylko o neurologii, ortopedii, reumatologii, psychiatrii, podologii, fizjoterapii, chiropraktyce i akupunkturze. Ale lekarze specjalizujący się w tych działach medycyny patrzą na problem wyłącznie z perspektywy doświadczeń i wiedzy pochodzącej z ich własnego podwórka. Nie postrzegają go w szerszej perspektywie, co pozwoliłoby im zidentyfikować prawdziwą przyczynę bólu.

Chyba wszyscy zdajemy sobie sprawę z faktu, że odwiedzając każdego z tych specjalistów, usłyszelibyśmy rozbieżne czy wręcz sprzeczne ze sobą diagnozy. Jak to zwykłem mówić: „chirurg zawsze zaleca operację”. Dzieje się tak dlatego, że chirurdzy zostali przeszkoleni, żeby poszukiwać rozwiązania przez pryzmat chirurgii. Na tym się znają. I żebyśmy nie został źle zrozumiany – nie jest to bynajmniej zarzut pod adresem lekarzy, ale systemu, który pozwala na to, aby zagadnienie bólu orbitowało na granicy innych dziedzin medycyny, pozbawione własnej specjalizacji.

To, że obecna służba zdrowia nie radzi sobie z problemem zdrowia, jest wypadkową dwóch czynników: powstania systemu opierającego się na rozdzieleniu

specjalizacji cechujących się częściowym zrozumieniem problemu bólu oraz nieefektywnych metod jego diagnozowania – o czym więcej piszę w następnym rozdziale.

Na szczęście ta sytuacja zaczyna ulegać zmianie.

NOWE SPOJRZENIE

Co prawda nie doczekaliśmy się jeszcze specjalizacji, którą cechowałoby zunifikowane spojrzenie na problem bólu, ale coraz częściej kwestionujemy istniejący porządek. W lutym 2011 roku American College of Physicians opublikowało artykuł opowiadający się za zaprzestaniem wykorzystywania rezonansu magnetycznego w diagnostyce bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Autorzy tekstu zwrócili uwagę, że w 85% przypadków badania nie wykazały zniekształceń kręgosłupa (tj. przepukliny czy stenozy) ani żadnych chorób. W tych wypadkach przyczynę bólu określono jako „nieswoistą”. Zauważono, że wspomniane wcześniej badania skutkują zbędną terapią i niepotrzebnymi zabiegami oraz zwiększeniem kosztów leczenia. Podkreślono także fakt, że posługując się przy identyfikacji zniekształceń złożonymi terminami medycznymi, niezrozumiałymi dla zwykłych ludzi, lekarz tylko dodatkowo stresuje pacjenta. Nie sposób pominąć ani zignorować znaczenia tego ostatniego odkrycia.

Zaobserwowałem, że po zdiagnozowaniu jakiejś choroby pacjenci koncentrują się wyłącznie na użytej terminologii medycznej ze względu na jej złowieszcze brzmienie. Kiedy tak się dzieje, to znaczy kiedy zapominają o znaczeniu słów, zaczynają wierzyć, że coś poszło nie tak i łatwiej zgadzają się na niepotrzebne, skomplikowane zabiegi. Mechanizm ten świetnie ilustruje przykład stenozy kręgosłupa. Brzmi okropnie, ale „stenoza” oznacza po prostu zwężenie i nawet jeśli przybierze bardzo łagodną, bezobjawową postać, pacjent może dać się namówić na zabieg chirurgiczny albo zbędną terapię, ponieważ sama nazwa schorzenia wywołuje w nim lęk.

American College of Physicians podparło wnioski zawarte w opublikowanym artykule licznymi badaniami. Faktem jest, że od kilkudziesięciu lat temat leczenia bólu przyciąga coraz więcej badaczy. Pierwsza analiza zależności między wynikami rezonansu magnetycznego a bólem została opublikowana w 1994 roku. Wykazano w niej, że ok. 70% osób, u których stwierdzono przepuklinę, nie uskarżało się na ból.

Analogiczny problem poruszał artykuł *The Pain May Be Real, but the Scan Is Deceiving* („Ból może być prawdziwy, ale prześwietlenie wprowadza w błąd”)

autorstwa Giny Kolaty, opublikowany w 2008 roku na łamach „New York Timesa”. Autorka zauważyła, że badanie przy użyciu rezonansu magnetycznego skutkuje zdiagnozowaniem zaburzeń systemowych w równej mierze u osób cierpiących na ból, jak i u tych, które tego problemu nie mają, co sugerowałoby, że to nie zniekształcenia są jego przyczyną. W artykule zacytowano dr. Davida Felsona, kierownika Katedry Medycyny i Epidemiologii w Boston University Medical School: „Za każdym razem, kiedy uzyskujemy dostęp do nowej technologii umożliwiającej lepsze zrozumienie struktur, do których wcześniej nie mieliśmy wglądu, powtarzamy: »Boże drogi, spójrzcie tylko na te wszystkie zaburzenia. Mogą być groźne...« Niekiedy są, kiedy indziej niekoniecznie, ale w efekcie przykładamy do nich większą uwagę, niż powinniśmy”.

David Felson zgłębiał to zagadnienie w swoich badaniach. W artykule opublikowanym we wrześniu 2011 roku na łamach „The New England Journal of Medicine” czytamy, że jego zespół zaobserwował interesującą zależność: rozerwanie łąkotki było równie powszechne u osób cierpiących na artretyzm kolan i skarżących się na ból, co u tych, które pomimo choroby bólu nie doświadczyły. Uszkodzenie pojawiało się wraz z artretyzmem i stanowiło jeden z elementów zmian zwyrodnieniowych. Znaczy to tyle, że wyleczenie łąkotki nie wyeliminowałoby bólu.

Dr James Andrews, znany ortopeda sportowy z Gulf Breeze na Florydzie, postanowił zweryfikować swoje podejrzenie, że badanie rezonansem magnetycznym – któremu poddawani są niemal wszyscy zawodowi (i nie tylko) sportowcy – może poskutkować wyciągnięciem błędnych wniosków. W tym celu prześwietlił barki 31 całkowicie zdrowych zawodowych graczy w baseball, a dokładnie miotaczy.

Żaden z uczestników eksperymentu nie doznał kontuzji i nie odczuwał bólu. Mimo to u 90% badanych obrazowanie pokazało zaburzenia budowy chrząstki, a u 87% – ścięgien pierścienia rotatorów. „Jeśli szukasz powodu, żeby wykonać operację barku miotacza, po prostu zrób mu rezonans magnetyczny” – podsumował swoje ustalenia dr Andrews.

Na problem zależności między badaniem rezonansem magnetycznym a zdefiniowaniem źródła bólu można też spojrzeć z innej perspektywy: statystyk dotyczących zabiegów chirurgicznych wykonanych na zdiagnozowanych w ten sposób zaburzeniach strukturalnych.

W 2002 roku na łamach „The New England Journal of Medicine” ukazał się artykuł podsumowujący badania dotyczące korelacji między chirurgicznym leczeniem artretyzmu kolana a uczuciem bólu w stawie. U wszystkich pacjen-

tów biorących udział w badaniu to właśnie reumatoidalne zapalenie stawów uznano za źródło bólu. Chorych podzielono na trzy grupy: pierwszą poddano artroskopowemu oczyszczeniu kolana z chorej tkanki, drugą płukaniu stawów, a trzeciej zaserwowano placebo. Ani pacjenci, ani oceniający nie wiedzieli, do której grupy trafiły poszczególne osoby. Nie dopatrzone się żadnych różnic między efektami osiągniętymi dzięki faktycznym zabiegom a placebo. Wnioski były zwięzłe i jednoznaczne: „U pacjentów cierpiących na zapalenie kostno-stawowe kolana efekt zmniejszenia uczucia bólu oraz poprawa funkcjonowania stawu osiągnięte dzięki zastosowaniu artroskopii nie wykraczały poza skuteczność zabiegu placebo”. Ważne jest, aby czytelnik zrozumiał, czym jest „grupa placebo”. Jeśli stan pacjenta należącego do tej grupy ulega poprawie, to dzieje się tak wyłącznie dzięki jego przekonaniu, że lekarze zastosowali wobec niego jakąś terapię leczniczą. W naszym przypadku pacjenci z grupy placebo odczuwający osłabienie bólu poczuł ulgę wyłącznie dzięki wierze. Żeby poznać faktyczną efektywność zabiegu, musimy w grupie, którą poddano prawdziwej terapii, pominąć tylu pacjentów, ilu w grupie placebo odczuło ulgę – dlatego że również oni mogli poczuć ten efekt. Ponieważ nie dopatrzone się różnic między wynikami w poszczególnych grupach, sugerowałoby to, że zabieg nie odegrał większej roli w ukojeniu bólu. To ostateczny dowód na to, że to nie artretyzm powoduje ból kolan.

Co prawda badania nad efektem placebo są interesujące, ale moim zdaniem najwyraźniejszym powodem tego, że przeprowadzanie operacji na podstawie diagnozy wskazującej na zmianę strukturalną powinniśmy traktować jako bezzasadne, jest fakt wyodrębnienia się tzw. „zespołu nieudanej operacji kręgosłupa”. Kilka lat temu odsetek nieudanych zabiegów chirurgicznych odcinka szyjnego i kręgosłupa wzrósł do tego stopnia, że środowisko medyczne ukuło specjalną nazwę dla przypadków, w których pacjent po zabiegu odczuwa większy ból niż przed nim.

Fatalne efekty operacji pleców nie są żadną tajemnicą. W artykule opublikowanym na łamach periodyku medycznego „Spine” zwrócono uwagę, że zabieg spondylodezy nie powiódł się w 74% przypadków. W grupie, w której spondylodeza miała rozwiązać problem bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa, tylko 26% osób poddanych operacji wróciło do wykonywania swoich obowiązków (odsetek ten wyniósł 67% w grupie, w której pominięto rozwiązanie chirurgiczne). Dane są zatrważające. W 27% przypadków konieczne było przeprowadzenie kolejnego zabiegu w celu naprawienia popełnionych błędów. W grupie poddanej spondylodezie odcinka lędźwiowego u 36% pacjentów doszło do komplikacji. Wśród

osób poddanych operacji odsetek pacjentów stale upośledzonych wyniósł 11% (2% w przypadku rozwiązań niechirurgicznych).

Na szczęście wiele ośrodków medycznych zgadza się co do tego, że przepuklina widoczna na rezonansie magnetycznym niekoniecznie musi stanowić przyczynę bólu lędźwiowego odcinka kręgosłupa. W publikowanym przez Cleveland Clinic „Arthritis Advisor” z lipca 2011 roku czytamy, że: „Ból ma zwykle pochodzenie mięśniowe” oraz: „Chirurgia kręgosłupa zyskała złą sławę za sprawą operacji spondylozozy wykonywanych pomimo braku przesłanki niestabilności kręgosłupa. To, co pacjenci widzą na rezonansie magnetycznym – czyli zniekształcenie dysku – skłania ich do poddania się zabiegowi chirurgicznemu. To najgorsza z możliwych opcji, ponieważ nie wiedzą, czy to akurat dysk jest źródłem bólu. Degeneracja dysku jest naturalną konsekwencją procesu starzenia się; prędzej czy później dotyka wszystkich”.

Nie trzeba wertować dzienników medycznych w poszukiwaniu adekwatnych artykułów ani wsłuchiwać się w głos szanowanych instytucji, żeby znaleźć dowody potwierdzające błędność założeń leczenia problemu bólu w obecnym systemie. Wystarczy świadectwo najbliższej rodziny i przyjaciół, którzy poddali się terapii mającej zniwelować ich ból. Ta sfera medycyny całkowicie wymknęła się spod kontroli i konieczne było wprowadzenie uregulowań prawnych hamujących jej samowolę. Poza tym, jeśli się nad tym zastanowić, to idea walki z bólem wydaje się dziwaczna i przestarzała. Medycyna powinna skoncentrować swoje wysiłki na wyeliminowaniu bólu, a nie na jego łagodzeniu. Skoro ból informuje nas, że w ciele dzieje się coś złego, to powinniśmy dążyć do wyodrębnienia tkanki, która wysyła sygnał alarmowy, i do rozwiązania problemu – dopiero wtedy sygnał alarmowy ucichnie. Jedno jest pewne: obecnie przyjęty model postępowania nie sprawdza się.

KROK W TYŁ

Choć przedstawiłem wiele argumentów przeciwko utrzymaniu obecnego modelu leczenia bólu, przekonałem się, że pacjenci nie odczytują ich we właściwym kontekście. Chory nie dowiaduje się, co powoduje jego ból i dlaczego współczesna medycyna mu nie pomoże. Dlatego posłużę się metaforą, z której często korzystam i która powinna wszystko wyjaśnić: „ciało jako samochód”.

Wyobraźmy sobie samochód zaparkowany na ulicy. Z jakiegoś powodu postanowiłem zmasakrować drzwi wielkim młotem i spuścić powietrze z opon. Następnie wsiadłem do środka i uruchomiłem silnik, ale samochód nie rusza.

Zdezorientowany dzwonię do kolegi. Ten uważnie ogląda samochód, po czym stwierdza: „Wiem, co jest nie tak. Masz wklęsłe drzwi – widać to jak na dłoni. Zrobię zdjęcie i udowodnię ci, że to prawda”.

Ale jego wyjaśnienie nie ma sensu. Samochód ze zniszczonymi drzwiami też powinien pojechać, bo uszkodzenie nie ma związku z układem jezdnym. Zwróćmy uwagę, że silnik chodzi, ale samochód nie rusza. To mogłoby sugerować, że problem stanowią koła i wystarczy je napompować. Fakt, karoserii trochę się oberwało, ale to nie uszkodzone drzwi były problemem. W tym przykładzie wgniecione drzwi to przepuklina, stenoza, artretyzm albo rozerwana łąkotka, wychwycone przez lekarza na prześwietleniu. To, że znaleźliśmy zniekształcenie strukturalne, nie oznacza, że to właśnie ono odpowiada za objawy. *Zrozumienie symptomów ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia przyczyny.*

Doszukiwanie się problemu w drzwiach jest jak analizowanie zniekształceń strukturalnych. Stanowczo zbyt wielu pacjentów trafiło do mnie po chirurgicznej „blacharce drzwi”, kiedy przekonali się, że samochód nadal nie chce ruszyć z miejsca. To bez sensu. Co nam zatem pozostaje?



SPODOBAŁ CI SIĘ FRAGMENT
KTÓRY PRZECZYTAŁEŚ?

Zamów książkę

RECEPTA NA BÓL

w [księgarni Illuminatio](#)



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