CO VÁM LÉKAŘI NEŘEKNOU

Pravda o nebezpečích moderní medicíny

LYNNE McTAGGARTOVÁ

Co vám lékaři neřeknou

„Tato průkopnická kniha... vám může zachránit život. Ohromující!" – Kathryn Marsdenová, autorka knihy *The Food Combining Diet.*

„Je to ohromně působivá kniha a navíc ta nejskvělejší kritika moderní lékařské praxe, kterou jsem kdy četl. Lynne McTaggartová šla do živého, když si vzala na mušku ta nejhájenější medicínská dogmata..." – Peter Cox, zdravotnický agitátor a autor bestsellerů.

„Spousta převratných informací... velmi přesvědčivé. Lynne McTaggartová je ostrým trnem v oku mašinerie medicínské propagandy." – Doktor Keith Mumby, alergolog a autor knihy *The Allergy Handbook.*

„Představuje velmi vítaný přístup zdravého selského rozumu svým kritickým hodnocením významu mnoha diagnostických a léčebných postupů, především neuvěřitelného nárůstu užívání léků, které potlačují příznaky. Vynikající, podněcující... a naprosto skvělé čtení." – Doktor John Mansfield, bývalý prezident Britské společnosti pro alergii a medicínu životního prostředí.

„Krajně provokativní kniha, která vychází z detailního bádání ... by měla být součástí lékařské knihovničky v každé domácnosti této země. Již dlouho obdivuji průkopnického ducha Lynne McTaggartové, její sny a odvahu, a tato kniha je toho důkazem." – Kitty Campionová, terapeutka a spisovatelka.

„Odvážná kniha! Blahopřeji Lynne McTaggartové k jejímu nadšenému bádání a neúnavnému úsilí zveřejňovat informace, které mohou lidem ukázat, jak vzít svůj život do vlastních rukou." – Leslie Kentonová, rozhlasová redaktorka a autorka bestsellerů.

„Tato kniha hýbe mnoha škodlivými medicínskými mýty a vrací lidem svobodu zasvěcené volby. Nezbytné čtení pro každého, kdo čeří lékařské intervenci." – Patrick Holford, ředitel Insututu pro optimální výživu.

Ocenění bulletinu Lynne McTaggartové
Co vám lékaři neřeknou

„*Co vám lékaři...* přináší čtenářům tolik šokujících informací, že musí v každém vzbudit ostražitost při řešení případných vlastních problémů..." – WOMEN'S JOURNAL.

„Bulletin
určitým postupům ještě dřív, než se stanou předmětem veřejné paniky." – THE OBSERVER.

„*Co vám lékaři neřeknou*
medicínských informací." – THE INDEPENDENT.

„*Co vám lékaři neřeknou*
vější zprávy o vedlejších účincích léků." – DAILY MAIL.

„Hlas v úchu". – THE TIMES.

CO VÁM LÉKAŘI NEŘEKNOU

Pravda o nebezpečích moderní medicíny

Co vám lékaři neřeknou bije každý n

... je sestaven z dos

podává srozumitelno

LYNNE McTAGGARTOVÁ

OBSAH

Poděkování 11
Několik slov o autorce 14
Úvod 15

ČÁST I: FALEŠNÁ LÉKAŘSKÁ VĚDA 23

Kapitola 1: Moderní medicina je nevědecká 25

ČÁST II: DIAGNÓZA 39

Kapitola 2: Přemíra vyšetření 41

Měření krevního tlaku 42
Angiografie 45
Rentgenové vyšetření 46
Rentgenování kostí 54
Počítačová tomografie 56
Magnetická rezonance 57

Laboratorní testy 61
„Endoskopické" metody 64
Testování testu 67

Kapitola 3: Prenatální vyšetřování: Mrtvá jistota 69

Ultrazvukové vyšetření 71
Sledování plodu během porodu 79
AFP testy 80
Biopsie choriových klků 82
Amniocentéza 86
Dobrá kondice – dobré početí 90

Kapitola 4: Časný záchyt 91

Vyhledávání rakoviny 91
Mikroskopické vyšetření 92
Mamografie 101
Screening rakoviny vaječníků 110
Rakovina prostaty 110
Screeningem proti screeningu 111

ČÁST III: PREVENCE 117

Kapitola 5: Komedie kolem cholesterolu: Lékaři jsou na falešné stopě 119

Mýtus o cholesterolu 119
Trampoty s dnešní stravou 136

Kapitola 6: Očkování: Injekce bez rozmýšlení 140

Necitlivý nástroj 145
Mýtus číslo 1: Choroby pokoříme výhradně očkováním 146
Mýtus číslo 2: Choroby, proti kterým se očkuje, jsou smrtelné 151

Mýtus číslo 3: Vakcíny vás budou před těmitochorobami chránit 153
Mýtus číslo 4: Vedlejší účinky vakcín jsou vzácné a většinou mírné 162
Nové choroby z očkování 181
Místo očkování 186

Kapitola 7: Hormony ubližují 189

Mýtů přibývá 191
Nářek nad vedlejšími účinky 197
Alternativy hormonální substituční terapie (HST) 205

ČÁST IV: Léčení 211

Kapitola 8: Zázračné léky 213

Antibiotika 213
Zkoušení léků na lidech 216
Zkreslování údajů 218
Příliš dobrého najednou 220
Léky na astma 226
Steroidy 227
Léky na ekzém 233
Léky na artritidu 234
Léky na hypertenzi 239
Kombinace léků na srdeční onemocnění 241
Léky na epilepsii 243
Antidepresiva 246
Léky pro hyperaktivní děti 251
Chemoterapie 252
Léky na léčení vedlejších účinků 257
Seznam léků 259
Zázračné léky 262

Kapitola 9: Zubní lékařství: Neškodné až do doby, než se ukáže, že je nebezpečné 264

Amalgámové výplně 264
Onemocnění, která mohou souviset s amalgámem 272
Soudní pře o rtuť 280
Odstraňování plomb 282

ČÁST V: CHIRURGIE 285

Kapitola 10: Běžné operační postupy 287

Operace bypassu 289
Bolesti zad 290
Chirurgická léčba rakoviny prsu 292
Operace kýly 296
Rakovina prostaty 296
Hysterektomie 300
Transcervikální resekce dělohy 301
Krevní transfuze 303
Páni chirurgové, na minutku 308

Kapitola 11: Ejhle, technika: Šamani počítačových her a instalatéři neprůchodných potrubí 310

Operace klíčovou dírkou 312
Kloubní náhrady 318
Angioplastika: čistění potrubí 322
Asistovaná reprodukce 326
Litotripse 332
Dlouhodobá antikoncepce 334

ČÁST VI: PŘEVZETÍ ODPOVĚDNOSTI 339

Kapitola 12: Převzetí odpovědnosti 341

Odkazy na literaturu 360
Rejstřík 397

Poděkování

V ROCE 1988 SE MŮJ MUŽ BRYAN, novinář stejně jako já, jednoho dne zmínil, že bychom měli založit bulletin s názvem *Co vám lékaři neřeknou.* Oba dva jsme byli přesvědčeni, že moderní medicína je nedokázaná a někdy nebezpečná, a oba jsme měli stejnou chuť se o své vědomosti podělit s veřejností. I když jsem dnes s tímto titulem ztotožňována právě já, musím se bohužel přiznat, že jsem mu tenkrát pouze poněkud nedůtklivě řekla, že by ta myšlenka neměla zapadnout. Velmi nerada také přiznávám, že jsem ten titul nepovažovala za nijak zvlášť dobrý. A tak Bryan, který věděl, s kým má tu čest, se mě zeptal, jestli nevím o nějakém jiném dobrém vydavateli, který by měl o tento námět zájem. Nalíčené návnady jsem se chytla a po všech těch letech jsem zde.

Na rozdíl od mnoha jiných knih, které vznikají spoluprací více zúčastněných stran, je tato knížka společným dílem většiny lidí, kteří mají co dělat s bulletinem *Co vám lékaři neřeknou.* Mnoho informací obsažených v této knize již bylo v jiné formě během let jeho existence publikováno v bulletinu, a tak je knížka pokusem shrnout je dohromady v jednu zastřešující výpověď o lékařství.

I když ne všichni naši spolupracovníci se na lékařských záležitostech podíleli tak intenzivně jako my, kolektivní spolupráce se zodpovědně zúčastnil celý náš tým. Kniha je do určité míry výsledkem práce každého, kdo nějakým způsobem pomohl při komplikované realizaci našeho projektu i při utvá-

ření vydavatelské společnosti – a tyto začátky nebyly nikterak snadné.

Jsem vděčná především všem pomocníkům, kteří se od prvních dnů naší práce do společnosti ochotně a bezpodmínečně zapojili, i když to znamenalo začít od píky a úplně na koleně: Amandě Hibbsové, Danielle Howardové a Vere Chatzové za jejich pomoc v začátcích; Janu Greenovi, Kerry a Jacquie, Jackie Goddardové a Marlene Schwertzelové za první administrativní práce; Dianě Wrayové za to, že vytrvala při zavádění složitého předplatitelského systému; Beverly Malesové za její výborné účetnictví. Jsem vděčná obzvláště našemu současnému týmu, tomu nejlepšímu, ve který mohl člověk doufat: Therese Harveyové, Karen Terkelsenové-Shawové, Jimu McDonaldovi, Lesley Palmerovi, Lise Lathwellové a Andrew Boughtonovi. Neméně důležité jsou mé osobní opory: Dorothy Rothermelová, Niomi Klincková a Marnie Clarkeová, jejichž pomoc mi umožnila pendlovat mezi domovem a prací.

Díky a uznání musím vyjádřit mnoha pisatelům, jejichž práce na bulletinu mě poměrně dost ovlivňuje: zvláště Fioně Bawdonové, Deanne Pearsonovi, Pat Thomasové a Clive Couldwellovi. A našim úžasným designérům: Sue Buchananovi, Steve Palmerovi, Dave Humphriesovi a Peteru Costellovi.

Jsem zavázána velkému množství specialistů a praktiků za jejich pomoc při studiu a za jejich nápady, jmenovitě Patricku Kingsleyovi, Ellen Grantové, Harrisu Coulterovi, J. Anthony Morrisovi, Johnu Mansfieldovi, Tony Newburyovi, Jacku Levensonovi, Melvynu Werbachovi, Annemarii Colbinové, Michelu Odentovi a Leo Gallandovi. Naše rodina má tu výsadu, že se o ni stará množství odborných terapeutů, ať již z oblasti alternativní či ortodoxní medicíny, a jejich znalosti mi pomohly formovat mé názory. Jsem též vděčná 25 členům redakční rady bulletinu *Co vám lékaři neřeknou*, zejména mnoha lékařům mezi nimi, kteří v nás měli takovou důvěru, že propůjčili své jméno kontroverznímu projektu ještě dříve, než z něj viděli jediné slovo.

Jsem vděčnou dlužnicí Haraldu Gaierovi za jeho encyklopedické znalosti o vědeckých důkazech alternativní medicíny a za to, že se o ně se mnou velkoryse podělil.

Všechny kazuistiky uvedené v této knize pocházejí ze skutečných dopisů, které jsme dostali od našich čtenářů. Kromě několika případů, které jsou všeobecně známy, jsme jména pacientů pozměnili nebo zkrátili kvůli jejich ochraně. Jsem jim nesmírně vděčná za všechnu jejich důvěru, která mi umožnila přístup k jejich soukromým příběhům a bolestem.

Děkuji také všem našim milým předplatitelům zde a v Americe za to, že nás celá léta podporovali a chtěli číst všechno to, co jsme museli říci.

Celý personál HarperCollins zaslouží mou hlubokou poklonu za nadšení a odvahu, kterou projevil při vydání této knihy, především Wanda Whiteleyová, Eileen Campbellová, Paul Redhead, Megan Slyfield a Kim Norton. Barbara Veseyová svou obětavou prací podstatným způsobem přispěla k přípravě rukopisu k vydání. Neobyčejný zájem o knihu projevil Alistair Pepper z Carter-Ruck a po mnoha hodinách neúnavné práce nám poskytl odborné rady, právnické i jiné.

Jsem velice vděčná redaktorce Erice Smithové za její neutuchající podporu, její moudré rady a věrné přátelství během těch dlouhých a někdy obtížných let, kdy jsme celý projekt dávaly dohromady.

Tisíceré díky patří i mému zástupci Russu Gallenovi, který přispěchá na pomoc, kdykoli ho potřebuji. A všem v Agora za jejich přesvědčení, že by náš hlas měl být vyslyšen i ve Spojených státech.

Na zvláštním místě uvádím svou dceru Caitlin, která mě nepřestává o životě a zdraví učit víc, než by kdy dokázala plná ordinace pediatrů.

Bez následujících tří mužů by tento projekt nebyl nikdy vznikl. Jako mladá novinářka jsem měla privilegium redigovat práci doktora Roberta Mendelsohna, jehož neuvěřitelně jasnozřivé názory na medicínu mnou hluboce pronikly. Doktor Stephen Davies, průkopník v oblasti výživy, nejenže přispěl k mému vlastnímu uzdravení, ale vybavil mě též novým způsobem nazírání na zdraví a nemoc.

Za tuto knihu a za celou svou práci jsem nejvíce zavázána svému manželovi Bryanu Hubbardovi, jehož myšlenky a slova tvoří s mými tak dokonalou jednotu, že z ní vzniklo dílo,

jehož skutečného autora vlastně nerozlišíte. Za jeho lásku, za to, že mě zná více, než znám já samasebe, za radost, kterou mi dává každým dnem našeho společného života a společné každodenní práce, mu budu neustále děkovat.

Několik slov o autorce

Lynne McTaggartová je oceňovaná a úspěšná novinářka a spisovatelka. Její články se objevují v mnohých významných amerických a britských časopisech a novinách včetně *New York Times*, londýnských *Sunday Times*, *Saturday Review*, *Listener*, *Parade* a *Sunday Telegraph*.

Paní McTaggartová je autorkou dvou starších knih. *The Baby Brokers: The Marketing of White Babies in America* (vydal The Dial Press) je první kniha, která přináší závažné exposé do aféry soukromých adopcí v Americe. McTaggartová byla požádána, aby o své práci o adopci a pěstounské péči svědčila před podvýborem amerického Senátu, a byla oceněna Cenou za zásluhy Ženského tiskového klubu, která se každoročně předává jedné autorce za významnou novinářskou práci.

Její druhá kniha *Kathleen Kennedy: Her Life and Times* (vydáno v The Dial Press/v Británii vydavatelstvím Weidenfeld & Nicolson), která pojednává o vztazích mezi staršími Kennedyovými dětmi, je ceněna za to, že poskytla „působivé a až krutě průzračné brýle", jimiž je možno vidět další Kennedyovy „daleko jasněji než kdy předtím".

V roce 1988 založila se svým britským manželem Bryanem Hubbardem *The Wallace Press*, společnost pro vydávání bulletinů a knih. Je vydavatelkou bulletinu pro pacienty *Co vám lékaři neřeknou*, jehož cílem je lepší informovanost veřejnosti o rizikách léků a postupů běžně užívaných v medicíně. Je též spoluvydavatelkou bulletinu pro rodiče *Mothers Know Best* a časopisu *Proof!*, který přináší vědecké důkazy o alternativní medicíně.

Paní McTaggartová má se svým mužem dceru.

Úvod

TATO KNIHA SE ZRODILA z obrovské touhy, která mě kdysi přepadla: z touhy po lepším životě.

Na počátku osmdesátých let jsem po mimořádné shodě špatných okolností dlouhodobě bojovala s přetížením. V každé opravdu důležité oblasti mého života se zelená, o které jsem předpokládala, že mi vždycky svítila, změnila na červenou. Kdybych si udělala jeden z těch testů, které najdete v ženských časopisech a které vám spočítají stresový kvocient ze zátěžových situací, jako jsou smrt, sňatek, rozvod a stěhování, můj součet by se dostal úplně mimo tabulku.

V rychlém sledu za sebou následovaly například tyto události: ze všech sil jsem se snažila splnit nemožný šibeniční termín odevzdání knihy, provdala jsem se za pana Špatného, rozvedla jsem se s panem Špatným, koupila jsem si špatný byt, přijala jsem špatnou práci, protrpěla si smrt blízké přítelkyně, několikrát jsem se hodně zadlužila a prožila dlouhou dobu silné izolace v cizí zemi. Tenkrát jsem neměla ani pěkný účes.

Krátce nato, co jsem se vybabrala z této osobní bouře, jsem začala pociťovat zvláštní příznaky. Nejdříve to byly všední „ženské
delného cyklu až po zánět močového měchýře a téměř nepřestávající poševní infekce.

Jak se čas vlekl, potíží přibývalo: ekzém, vyrážky a alergie z nadmíry jídla a chemických látek; průjem a podráždění střeva; nespavost a noční pocení; a krutá deprese. Tak dlouho jsem

se cítila bezmocná, že se zdálo, že stejným způsobem reagovalo i mé tělo a hroutilo se pod sebemenším útokem mikrobů.

Během celých těch tří let, kdy jsem byla nemocná, jsem obešla snad všechny doktory – nejprve ty běžné, pak odborníky periferních oborů výživové a homeopatické mediciny, a nakonec jsem se dostala na samý pokraj od dechových specialistů až k bioenergetikům. Na podzim 1986 jsem se prodírala hustým houštím terapií „nového věku". Zkoušela jsem břišní dýchání. Odvalila jsem od sebe negativní emoce. Kdosi se pokoušel stanovit mi diagnózu tím, působení rozhlasových vln. Experimentovala jsem s autogenním tréninkem, s výplachy střev a dokonce i psychoterapií – směsicí Wilhelma Reicha a něčeho, co vypadalo jako lechtání na obličeji. Dověděla jsem se něco o svém vztahu k matce. V žádném směru se mi ale nedařilo lépe.

V létě 1987 na mě padl pocit beznaděje. Nejhorší na stavu, kdy je člověk chronicky nemocný a nemá žádnou diagnózu, která by to vysvětlila, je to, že vám spousta lidí nevěří nebo si myslí, že si své potíže vymýšlíte – a chcete na sebe stěžovatelsky upoutat pozornost. A v tomto světě stoiků se předpokládá, že pokud vaše choroba není těžká, jako třeba rakovina nebo lepra, naučíte se s ní žít klidně a bez naříkání až do úplného zovšednění.

V určitém ohledu mi začalo být jasné, že neexistuje žádný zázračný lék, který by mi mohl navrátit zdraví. Jestliže jsem se chtěla uzdravit, musela jsem si všechny své starosti vyřešit sama – od diagnózy prakticky až po léčbu. Sama jsem musela nějak přijít na to, co se s mým organismem děje, a sama jsem musela najít způsob, ať už by byl jakýkoli, který by mě vyléčil. Začala jsem chápat, že jsem to já, kdo se musí o vlastní zdraví sama starat, neboť nikdo jiný to tak dobře nedokáže.

Začala jsem si pročítat literaturu o alergiích a ženských problémech a jednoho dne jsem přišla na nově odhalenou chorobu, jejíž příznaky se na mě hodily téměř bez zbytku. Když s tím specialista, s nímž jsem věc konzultovala, nesouhlasil, vyhledala jsem věhlasného praktického lékaře, specializujícího se na alergie a výživu, jehož série testů a diagnostický cit potvrdily mé podezření a kromě toho mě zbavil i dalších přidružených problémů.

Zdálo se, že mé tělo trpí, jednoduše řečeno, moučnivkou, neboli polysystémovou chronickou kandidózou. Candida albicans je kvasinka, která žije v tenkém střevě, aniž by nám byla nějak prospěšná či nám škodila, a je usměrňována naším imunitním systémem a přátelskými bakteriemi, které zde společně s ní přebývají. Podle současných teorií (a ty jsou to jediné, v této chvíli máme k dispozici) se ale po oslabení imunitního systému nebo snížení počtu oněch hodných bakterií mohou tyto kvasinky začít nekontrolovatelně množit a vylučovat toxiny, jež nakonec narušují celou řadu tělesných funkcí.

Ať už byla kandida hlavní příčinou mé nemoci či nebyla, zdálo se, že jádrem problému je imunitní systém, který nepracoval na plný plyn. Dlouhodobý a těžký stres obvykle oslabuje imunitní systém. Tento fakt a celá řada vleklých a skrytých alergií, včetně alergie na pšenici, které pravděpodobně dostaly příležitost díky stresu, znamenaly, že jsem každodenně své tělo otravovala látkami, které můj organizmus nemohl už déle tolerovat. Byla jsem také nepořádná na jídlo, takže mi chybělo velké množství živin.

Má léčba se skládala z užívání velkých dávek dobře snášeného léku plus z jedné série speciálně vyměřených dávek výživových doplňků a omezující, uzdravné diety založené na čerstvých, nerafinovaných potravinách. Měsíc poté, co jsem začala, se mě v čistírně zeptali, jestli nejsem po plastice obličeje.

Jakkoli dobré byly tyto počáteční úspěchy, brzy jsem si uvědomila, že se nemůžu uzdravit přes noc. Odměnou za celý rok léčení je mi však má kariéra. Naštěstí jsem spolupracovala s mimořádným lékařem, který na cestě za obnovou mého zdraví respektoval mou svrchopravnost a moji potřebu všemu rozumět. Ten rok byl pro mě zásadní a poučný, se spoustou příležitostí přemýšlet o vědě a umění uzdravovat, stejně jako o podstatě vztahu mezi lékařem a pacientem. Zdálo se mi, že stav pacientů se lepšil daleko snáze v případech, kdy si museli o své léčbě rozhodovat sami. K opravdovému uzdravení mohlo dojít až tehdy, když se vytvořil dialog mezi lékařem a pacientem, když oba sdíleli stejnou zodpovědnost. Získala jsem též zkušenost z první ruky, že se lidé mohou vyléčit i bez léků

a operaci, stačí jen změna stravy a způsobu života. Léčení prostě není záležitostí jen správného léku nebo správné operace, ale je to složitý proces přijetí odpovědnosti za náš vlastní život.

Tato má osobní zkušenost probudila skryté vzpomínky, které mě hluboce zasáhly na počátku mého povolání. Jako mladá novinářka jsem v New Yorku vedla vydavatelské oddělení syndikátu Chicago Tribune – New York News. Zde jsem se setkala s již zesnulým doktorem Robertem Mendelsohnem a v polovině sedmdesátých let jsem mu pomohla v začátcích jeho rubriky „Lidový lékař". Jako bývalý ředitel národního programu pro děti ze sociálně slabých vrstev a předseda státního licenčního výboru pro lékaře byl zatažen do středu amerických lékařských špiček. Byl to dobrosrdečný muž jemných způsobů, prototyp židovského dědy, který nicméně častoval své kolegy pranýřováním medicíny, když ji prohlašoval za přebujelou a nedokázanou. Každý týden napadla jeho rubrika vždy další zlaté tele medicíny. Nejvíce se Bob proslavil tím, že medicínu připodobňoval k novému náboženství. „Medicína", napsal, „není založena na vědě – je založena na víře."

Bob otřásl základy mého věroučného systému. Byla jsem produkt těsně poválečné americké konjunktury, Kennedyho Nového pohraničí (zásady liberálního křídla Demokratické strany, vyhlášené jako program J. F. Kennedyho – pozn. překl.), vyhlášeného proto, aby byla americká věda a technika považována za spásu lidstva. Jako teenager jsem věřila v zásady amerického snu Lyndona Jonhsona. Většina hlavních problémů lidstva – rasismus, chudoba, nemoci – měla být odstraněna sociálním inženýrstvím a vědou právě zde, v nejlepší zemi světa.

Když jsem v průběhu své vlastní novinářské práce začala zkoumat některé sociální „otázky", kterými se medicína zabývala – například takovým „průlomem", jako jsou antikoncepční pilulky –, došla jsem k pocitu, že nám sem tam nebezpečně přerůstají přes hlavu. Ale teprve potom, když jsem se začala zabývat svými vlastními zdravotními problémy, na mě předvídavost Mendelsohnových názorů skutečně plně dolehla.

Když jsem se uzdravila (což trvalo se vším všudy rok), ponořila jsem se do své samostatné práce o medicíně. Začala jsem studovat odbornou literaturu v lékařských knihovnách a učila jsem se, jak číst lékařské studie. Prožívala jsem spolu s vyčerpanými začínajícími lékaři jejich běžné 84hodinové směny na specializované dětské jednotce, abych poznala extrémní podmínky, které musí mladí lékaři vydržet (a poněkud diskutabilní péči, jíž se za těchto okolností dostává jejich pacientům).

Za čas mi připadalo, že jsem již prozřela. Mé univerzitní vzdělání mě vůbec nepřipravilo na to, abych pochopila divnou a překroucenou logiku lékařských studií. Léčebné metody byly zaváděny v podstatě bez jakéhokoli vědeckého podkladu. Studie, které vrhaly pochybnosti na účinnost léku, byly nicméně vychvalovány jako důkaz úspěchu. Přehlíželo se mnoho opravdu závažných chyb a nedbalostí ve výzkumných koncepcích. Studie jasně ukaz
vinu, ale špičkoví vědci se ihned přihnali s čísly, která připuštění tohoto zřejmého faktu zcela zablokovala. Vlastní vědecká lékařská literatura nabízí ohromující důkazy, že některé léky nejen že nepůsobí, ale jsou navíc značně nebezpečné. To není „věda". To je věroučný systém, tak organizovaný a zatuhlý, že jakákoli opačná pravda je odmítánajako kacířství.

Podnícená misionářským zápalem nové konvertitky jsem byla najednou v problému úplně ponořená. Tehdejší můj nový partner (nyní můj manžel) Bryan mi nejspíše ze zoufalství navrhl, abych pravdu o rizicích lékařské praxe začala psát do nového bulletinu – s nim jsem tedy už o tom mluvit nesměla, mohla jsem to všechno ale vypovědět světu.

Tenkrát jsme nepočítali s tím, že by tento nový bulletin, který jsme chtěli nazvat *Co vám lékaři neřeknou*, mohl být více než jen hobby. Byla jsem zrovna těhotná a mysleli jsme si, že by to mohl být dobrý způsob, jak zůstat ve vší skromnosti doma s dítětem.

Již od začátku, po zahájení v roce 1989 na slavnosti Ejhle zdraví, lidé projevili živý zájem o předplatné. Od té doby jsem sestavila odbornou redakční radu z 25 předních lékařů, kteří byli vybráni proto, že sami kritizovali nepodloženou medicín-

skou praxi a zaváděli méně invazivní lékařské postupy (invazivní metoda v lékařství je taková, která nějakým způsobem do organizmu proniká a narušuje jeho celistvost – například injekce, gastroskopie, operace – pozn. překl.). Ačkoli jsme během prvního roku měli málo inzerce, zdálo se, že bulletin nastartoval dobře díky síle myšlenky a díky nadšení a důvěře našich prvních předplatitelů: ke konci tohoto prvního roku se nám nakupilo 1000 čtenářů, a nyní, po několika letech, máme tisíce věrných předplatitelů v Británii, Spojených státech a vlastně po celém světě.

Je to rozhořčení, které vystřídalo původní touhu a které posiluje bulletin – i tuto knihu. Dostanu vztek vždycky, když otvírám svoji poštu. Každé ráno se prokousávám stohy dopisů se srdcervoucími příběhy osobních katastrof – o dětech, které byly ponechány napospas smrti, o partnerech, kteří byli zmrzačeni nebo znemožněni medicínou. Kdykoli se zabýváme těmito případy, obvykle zjistíme, že se o nebezpečí použitých léčebných metod dobře vědělo. Lékaři se pouze neobtěžovali tyto životně důležité informace sdělit svým pacientům.

Problém je v tom, že když nám píší, je už příliš pozdě.

Napsala jsem tuto knihu, protože nechci, abyste byli dalším statistickým číslem v mé ranní poště. Neslibuji vám, že to bude nějak lehké čtení. Mnohá fakta z této knihy vás pravděpodobně vyvedou z míry. Možná zjistíte, že vám lékař mnohdy říká věci, které nejsou pravdivé. A proto to chci. Chci vám pomoci, abyste se stali informovanějšími spotřebiteli lékařské péče a sami si určovali, kdy skutečně lékaře potřebujete a kdy je lepší jeho radu ignorovat. Chci vás ušetřit zbytečných léčebných postupů a nebezpečných zákroků, ochránit vás před „preventivní alibistickou medicínou", která vás zničí ještě dříve, než skutečně onemocníte. Kromě varování před riziky mnoha zavedených praktik zde najdete mnoho prokázaných a bezpečných alternativních způsobů diagnostiky, prevence a léčby mnoha chorob. Chci vám ukázat, jak se naučit nebýt „dobrým" pacientem. Dobří pacienti, kteří slepě plní příkazy, místo aby požadovali odpovědi, občas špatně dopadnou.

Následující stránky vám otevřou dlouho zavřený obchod s utajovaným zbožím. Máte příležitost vyslechnout si soukromý rozhovor, který vede medicína sama se sebou. A až poznáte, jaké nesmysly leží v lékařské skříňce, jak dalece se medicína spoléhá na slepou víru, papouškování a okleštěné informace, a ne na důkaz, vědu a zdravý rozum, můžete odejmout tomuto falešnému šamanovi veškerou jeho moc a začít se sami starat o své vlastní zdraví.

I

FALEŠNÁ LÉKAŘSKÁ VĚDA

1

Moderní medicína je nevědecká

V ŽIVOTĚ JE PŘÍJEMNÉ MÍT SVÉ JISTOTY. Jedna z nejpohodlnějších jistot, s níž jsme vyrůstali, je to, že moderní medicína činí zázraky a lékaři léčí choroby. V historkách, které si vypravujeme, jsou doktor Kildare, Marcus Welby a doktor Finlay oděni v symbolicky čistě bílé barvě, zcela pohlceni svým povoláním každičký den zachraňovat životy. A i když stále více lidí umírá v prostředí, které odráží celou naši současnost, na JIP a ve Sv. Kdovíkde, mají nicméně tito doktoři na jednotkách intenzivní péče prostředky ke vzkříšení z mrtvých.

Naší největší jistotou o medicíně je pocit, že je vznešenou a ctěnou vědou, jak jí dosahují vědci v laboratořích vyčerpávajím zkoušením a hodnocením. Pyšně poukazujeme na fakt, že věda pokročila a zvítězila nad chaosem a temnotou dob, kdy lékaři dokonce ani nevěděli, že si mají mýt ruce.

Od druhé světové války a objevu dvou podivuhodných léků tohoto století – penicilinu a kortizonu – činí medicína skutečně zázraky. Lidé, kteří by zemřeli na choroby z hormonální nedostatečnosti, jako je například Addisonova nemoc (při této chorobě nefunguje kůra nadledvin dostatek hormonů nezbytných k životu – pozn. překl.), a na život ohrožující infekce, jako je zápal plic nebo zánět mozkových blan, se nyní snadno zotaví a navrátí k normálnímu životu.

Většina z velkých lékařských objevů – bezbolestné operace, antiseptické prostředí nemocnic, rentgen – byla odhalena v minulém století a dala Západu nejlepší akutní medicínu na světě. Máte-li nepředvídatelný srdeční záchvat, operabilní mozkový nádor, téměř smrtelnou automobilovou nehodu, kritický porod, potom je pro vás bezkonkurenčně určena západní medicína s celým svým spektrem přístrojů kosmického věku. Pokud na mě někdy spadne dáma, budu chtít, aby mě dala dohromady nejnovější vesmírná technologie Západu. Vážně, kdyby nebylo léků 20. století, má matka by byla zemřela již brzy po svých dvacátinách a já bych se nikdy nebyla narodila.

Jsou tu ovšem ještě další objevy druhé světové války, které vyústily až do absurdnosti atomové bomby a které nás zanechávají ve velkém napětí, co se bude dít s vědou dál. První jiskřičky vědeckého věku medicíny se zažehly právě na spáleništi vítězů. Věda nám pomohla porazit naše lidské nepřátele. Nyní si troufá na ty mikroskopické. Začali jsme dobývat vesmír; a jak mé generaci sliboval časopis Life, nebude trvat dlouho a přemůžeme i choroby.

K názoru o neomylnosti lékařské vědy přispívají lékaři a medicínské autority. Kdykoli je řeč o vlastních úspěších, především ve srovnání s alternativními metodami, dělá si medicína nárok na morálního arbitra a chvástá se nezvratitelnými vědeckými fakty, na které nikdo jiný nemá. V roce 1980, v době stoupajících útoků na alternativní medicínu, opěvoval se sebeuspokojením článek v British Medical Journal lékařský „rekord v počtu objektivních hodnocení hypotéz".[1]

Na znamení toho prohlásila ortodoxní medicína alternativní obory za nehodné následování. V roce 1995 označily Královská lékařská společnost a Královská společnost patologů alternativní postupy léčení alergií za nevědecké a upozornily, že „dokud nebudou tyto metody dokázány seriózními, randomizovanými, dvojitě slepými, placebem kontrolovanými pokusy, nemohou být přijaty do rutinní klinické praxe".[2]

Naše víra v lékařskou vědu je tak zakořeněná, že se začíná stávat neodmyslitelnou součástí našeho každodenního života. Průměrná britská rodina může kdykoli vložit celou svou budoucnost do rukou lékařského pokroku. Budoucí matce určí prenatální testy, jestli donosí své dítě až do porodu. Její dítě bude očkováno a její manžel dostane léky na snížení krevního tlaku a to vše bude provázeno ujištěním, že je do budoucna tyto léky ochrání před vznikem dalších nemocí. Lékařské testy rozhodnou, zda můžeme mít děti, zda můžeme pokračovat v práci, podstoupit operaci, zda jsme vhodní pro pojištění, zda máme nárok na císařský řez, a pokud nám zjistí pozitivní test na HIV, jsme odsouzeni jako vyvrhelové. Věříme, že jsou to lékaři se svými zázračnými metodami, které nás vysvobodí od ďábla, jenž dnes není takovým pokušením jako hrozící nemoc.

Ale tak, jak lpíme na myšlence vědy jako na síle spasení, je naše víra pomýlená. Pravda je taková, že lékařská věda ve skutečnosti příliš dobře nefunguje. Spojené státy a Británie prohrávají svou „Válku s rakovinou".[3] Úmrtnost na rakovinu prsu tvrdošíjně odmítá klesat navzdory mamografům a operačním technikám, které jsou vrcholem lidského umu. Navzdory stům tisícům receptů na léky proti cholesterolu a stům tisícům vajíček, která nesmíme v dietách snižujících příjem cholesterolu snísť, se výskyt srdečního infarktu na Západě v zásadě nezměnil. Rukou v ruce se všemi těmi fantastickými chemikáliemi a počítačovými testovacími přístroji vzkvétají astma, artritis, cukrovka, rakovina – v podstatě všechny chronické degenerativní choroby, které lidstvo zná – a medicína nemá ani v nejmenším vliv na jejich dopad.

Letmý pohled na statistiku ukazuje, že s výjimkou případů, kdy vás přejede auto nebo kdy akutně potřebujete císařský řez, vás ortodoxní západní medicína nejenže nevyléčí, ale může váš stav dokonce ještě zhoršit. Ve skutečnosti je v dnešní době vědecká medicína zodpovědná za značné procento nemocí. Jestliže jste v nemocnici, dostali jste se tam s pravděpodobností jedna ku šesti proto, že některá z moderních lékařských metod selhala.[4] Když už tam ležíte, máte šanci jedna ku šesti, že v nemocnici zemřete nebo budete během pobytu nějakým způsobem poškozeni. Protože je polovina tohoto rizika způsobena chybou lékaře nebo nemocnice,

podobnost, že vás personál poškodí nebo nechá zemřít.[5] Konečně, asi 1,17 milionů Britů skončí každý rok v nemocnici kvůli chybě lékaře nebo nežádoucí reakci na lék. Extrapoluje-

me-li výsledky studie za rok 1984, je ve Spojených státech poškozeno v nemocnici každý rok přes milion lidí a 180 000 jich zemře.[6] Když přiblížíme závažnost problému skutečnosti, pak je celá obrovská skupina lidí velikosti populace Binninghamu každý rok uložena na nemocniční lůžko kvůli omylu medicíny. Žijete-li v USA, kde je každý rok zastřeleno asi 40 000 lidí, je třikrát větší pravděpodobnost, že zemřete v rukou lékaře, než že budete zabiti zbraní.[7]

Posuďte sami následující titulky a jejich nářky nad profesionální pohromou, které dnes většinou pokládáme za události všedního dne a které se jen někde krčí jako mrňavý novinový sloupek:

- Zjistilo se, že hysterektomie je ženám prováděna bez jejich souhlasu.
- Těhotné ženy jdou na potrat zcela zdravých dětí poté, co je u plodu chybně diagnostikována nějaká vývojová vada.
- Přibližně 1000 mikroskopických vyšetření buněk cervixu zjišťuje špatnou diagnózu.
- Ve spádové oblasti jedné nemocnice byla u téměř 2000 pacientů chybně diagnostikována rakovina a ti podstoupili léčbu, která zvyšuje riziko, že touto chorobou onemocní.
- Vyskytují se nové důkazy o hormonech léčících ženskou neplodnost, které obsahují zárodky Jacob-Creutzfeldovy choroby. Bylo též zjištěno, že virem Jacob-Creutzfeldovy choroby je kontaminován růstový hormon.
- Chirurgičtí pacienti umírají v nemocnici kvůli špatné péči.
- Stížnosti na lékaře se od roku 1977 ztrojnásobily.
- Polovina zkušených lékařů přiznává větší chyby při aplikaci intravenózních léků.
- Preskripce léků vzrostla během sedmi let o 30 procent.
- V Británii ročně zemře 13 000 lidí, protože pacienti vyžadující intenzivní péči nejsou řádně monitorováni.

A to je jenom to, co jsem četla v ranních britských novinách v průběhu jediného měsíce minulého roku.

Tento apelující výčet nemá nic společného s neschopností nebo nezájmem. Velká část lékařů má dobré úmysly a pravděpodobně většina z nich je ve svém oboru vysoce kompetentní.

Problémem není řemeslník, ale jeho nářadí. Faktem je, že medicína není vědou, a dokonce není ani uměním. Mnoho léčebných metod z repertoáru našich lékařů nefunguje – skutečně nebylo nikdy dokázáno, jestli zabírají, natož jestli jsou bezpečné. Je to falešná věda, postavená na kouzelnických trucích, domněnkách a slepých předsudcích, jejíž takzvaná vědecká metoda je do značné míry tápání ve tmě.

Mnoho léčebných metod, kterými lékaři léčí naše neduhy – ať již rakovinu prsu, srdeční choroby vyžadující operace nebo chronické stavy, jako je artritis nebo astma –, se zavedlo do širokého používání, aniž by byla provedena jediná platná studie dokazující jejich účinnost a bezpečnost. Takzvaný „zlatý standard", respektovaný lékařskými vědci jako jediný vědecký důkaz pravé hodnoty léku nebo léčebné metody, je randomizovaný, dvojitě slepý, placebem kontrolovaný pokus – to znamená studie, ve které je náhodně vybraným pacientům přiděleno užívání léku nebo pilulky cukru, přičemž ani vědec, ani pacient neví, co užívá. Přestože je každoročně provedeno tisíce studií, je touto nejzákladnějším zkouškou prověřeno jen velmi málo z léčebných metod, které se považují za pilíře moderní medicíny – jestli se vůbec někdy nějak zkoušejí.

Navzdory vědeckým řečem lékařů o rizikových faktorech a zodpovědně kontrolovaných údajích, přísným vládním nařízením, pečlivým přehledům pánů kolegů v odborné literatuře – navzdory všem pokusům schovat medicínu pod zástěrku vědy – *dnes značná část toho, co považujeme za standardní lékařskou praxi, obnáší jen trochu víc než vú-dú 20. století.*

(Vú-dú je černošské nebo kreolské kouzlo – pozn. překl.).

Lékařské autority tento fakt ve své vlastní literatuře otevřeně připouštějí. *New Scientist* nedávno na obálce jednoho čísla uvedl, že 80 procent dnes užívaných lékařských procedur nebylo nikdy řádně prověřeno.[8] John Garrow, předseda Health-Watch, skupiny samozvaných ochránců lékařské cti, nedávno

prohlásil: „... odhaduje se, že více než polovina všech forem péče poskytované v těhotenství a při porodu má ‚neznámé účinky' nebo by se od nich mělo ‚upustit'. Nemáme žádný důvod k tomu, abychom předpokládali, že péče v ostatních oblastech medicíny je ověřována důkladněji."[9]

Medicína, jak je dnes praktikována, je z velké části náboženským spiknutím. Nejspíš díky zázračným lékům, jako jsou antibiotika, dospěli lékaři k přesvědčení, že by jejich černý kufřík měl být opravdu plný kouzel. Zesnulý doktor Robert Mendelsohn byl jedním z prvních, který přirovnával moderní medicínu k církvi, kde lékaři ve slepé víře následují doktríny vznešených kněží: „Moderní medicína není ani umění, ani věda. Je to náboženství," napsal ve své knize *Confessions of a Medical Heretic* (vydáno v Contemporary Books), „a když se dostatečně často zeptáte proč, tak dříve nebo později dojdete k rozkolu ve víře. Lékař se uchýlí k argumentům, že vy nemůžete o všech těch divech nic vědět ani jim nemůžete rozumět, protože ty jsou pouze jeho doménou. *Jen to nechte na mně.*"[10]

Lékaři věří v moc svých pracovních pomůcek tak horlivě, že se ochotně vzdávají veškeré přiměřené skepse, týkající se současných a nových lékařských léčebných metod – pokud jsou ovšem tyto metody v souladu s ortodoxní medicínskou praxí. Většina lékařů a vědců operuje s předpokladem apriorní prospěšnosti, ať již byl, či nebyl podaný lék skutečně vyzkoušen: víme, že to, co děláme, je správné. Nadšení například pro růstový hormon je tak velké, že lékaři bez rozpaků ignorují ty nejhrubší vědecké poklesky při ověřování jeho bezpečnosti, jen aby prosadili to, co vypadá prima facie jako dobrá věc. *Víme, že to, co děláme, je správné.*

Dokonce i když studie, které byly provedeny, prokázaly, že léčba je neúčinná či dokonce přímo nebezpečná, je jejich víra tak silná, že tyto skutečnosti jsou často přehlíženy. Opravdu každá dobrá studie fetálního monitorování – sledování plodu pomocí ultrazvukového přístroje, u kterého se předpokládá, že dokáže posoudit stav dítěte během porodu a narození – ukazuje, že tento postup přináší pro matku a dítě horší výsledek.[11] Zdá se, že o tom mnoho starších porodníků dobře ví – bývalý

primář Oxford Perinatal Unit opakovaně a obšírně o tomto faktu psal – ale fetální monitory jsou ve všech porodnicích v zemi používány dál. Víme, že to, co děláme, je správné.

To je pravděpodobně důvod, proč je lékařům cizí jakákoli logika. V medicíně je mnoho věcí svázáno do logických uzlů, které se pokoušejí ospravedlnit očividné protimluvy pomocí argumentů, jež se podobají největším tajemstvím Alenky v říši divů. Kritik lékařství Robert Mendelsohn rád uváděl jako příklad velkohubosti doktorů citát: „Kojení je nejlepší, ale krmení lahví je dobré taky."

„Vysoké hladiny cholesterolu v séru jsou důležitým rizikovým faktorem pro onemocnění koronárních cév," napsal proslulý kardiologický badatel doktor Meir J. Stampfer z Harvardovy školy veřejného zdraví a tak jen potvrdil všeobecně rozšířený názor. Jedním dechem však jakoby v závorce dodává: *„ale většina pacientů se [srdečním infarktem] má normální hladinu cholesterolu"* (vyznačeno autorkou).[12]

Víra v neomylnost vlastních prostředků umožňuje lékařům osvojit si jako „zlatý standard" metody léčení, které nejsou z velké části ničím jiným než pouhým experimentem, a uplatnit je na milionech lidí ještě předtím, než je jejich účinek plně pochopen nebo nežten který postup obstojí ve zkoušce času. Oblíbeným argumentem lékařů, kteří se bezohledně derou vpřed, je názor, že kdyby čekali vždy až na pořádné důkazy, bůh ví, jakého by se dosáhlo v medicíně pokroku (a kolik milionů lidí by zemřelo). Takovéto zdůvodňování nebere samozřejmě v úvahu obrovský počet lidí, jež zemřeli kvůli léčbě, o které se později zjistilo, že je nebezpečná. O inhalačních beta-mimetikách užívaných na astma se až po letech, kdy byly na trhu, zjistilo, že způsobily smrt mnoha lidí, a to je jen jeden z nejděsivějších příkladů léku, jehož potenciálně smrtelné vedlejší účinky zřejmě proklouzly schvalovací mašinérií bez povšimnutí.[13] Nebo další, jako například amalgám v stříbrných zubních plombách nebo radikální mastektomie (úplné odnětí prsu používající se při zhoubném bujení – pozn. překl.), jsou metody, které byly vynalezeny v minulém století a nikdy nebyly náležitě vyzkoušeny nebo ověřeny, aby se rozhodlo, zda jsou bezpečné nebo účinné tak, jak se předpokládalo.

Medicína tak, jak se dnes provozuje, plně spoléhá na čísla. Když vědci posuzují hodnotu nějaké metody, musí porovnat rizika léků nebo léčebných metod (a všechny způsoby léčby v ortodoxní medicíně s sebou nesou nějaká rizika) s jejich pravděpodobným přínosem a s rizikem choroby, která má být léčena. Lék, o kterém je známo, že má závažné vedlejší účinky, se vyplatí u těžkého, život ohrožujícího onemocnění, ale ne tehdy, když vás trápí záděry.

Lékařská věda je v zásadě vítězstvím statistiky nad zdravým rozumem. Když upozorníte na nechutná fakta, která najdete v nějaké studii, budou lékařští vědci, kteří také předpokládají, že medicínské způsoby léčby musí jedině pomáhat, celé pojednání natírat na růžovo nebo budou stříhat a lepit, tříbit a upravovat, jen aby udrželi očekávaný předpoklad či vymluvili nežádoucí výsledek.

Nedávno prokázala velká studie Nizozemského institutu pro rakovinu, že všechny ženy bez ohledu na věk, které užívají antikoncepční pilulky, mají zvýšené riziko rakoviny prsu. Ještě více znepokojující je, že 97 procent žen mladších 36 let, které onemocněly karcinomem prsu, užívaly antikoncepci, a to po různě dlouhou dobu.[14] Celých 30 let mluví lékaři o hormonální antikoncepci jako o nejbezpečnějším léku, který byl kdy vynalezen. Holandská studie, nyní již pátá a zřejmě nejprůkaznější, která poukazuje na vztah hormonální antikoncepce k rakovině, je kolosálním trapasem pro veškerý průmysl zasvěcený tomuto typu kontracepce všech cenových relací.

Avšak po vytroubení negativních závěrů v úvodu článku začínají holandští vědci obracet a upravují všechny důsledky svých nálezů. Zdůrazňují, že zvýšené riziko se objevuje hlavně u určitých podskupin. Protože čísla údajně neukazují žádné zvýšené riziko rakoviny prsu po dlouhodobém užívání mezi ženami před čtyřicítkou, přináší jejich studie vlastně dobré zprávy: „Naše závěry souhlasí s množstvím dalších prací, že užívání [orální kontracepce] ženami uprostřed jejich fertilního věku [25–39 let] *nemá žádný nepříznivý vliv* na riziko vzniku rakoviny prsu" (zvýrazněno autorkou).

Lékaři často podceňují nebezpečnost léků zveličováním rizika, které vyplývá z jejich neužívání. Většina studií je

schopna ospravedlnit bezpečnost pilulek tím, že z těhotenství udělá nebezpečnou nemoc. Poměr nebezpečí – přínos nepřeváží pouze v případě, že se domníváte, že riziko rakoviny prsu a děložního čípku, mozkové mrtvice nebo trombózy – všeho toho, čím vás hormonální pilulky ohrožují – je lepší než riziko nechtěného těhotenství nebo používání kondomu.

Mluvčí Britské asociace plánovaného rodičovství, která má pravděpodobně lví podíl na rozšiřování pilulek mezi teenagery, bez váhání odmítá jakékoli nebezpečí vzniku karcinomu prsu argumentem, že toto teoretické riziko musíme srovnávat s „evidentním ochranným účinkem pilulek proti rakovině dělohy a vaječníků".[15] Jde o typický příklad medicínského uvažování. Tento lék je výhodný, protože i kdyby vám způsobil nějaký potenciálně smrtící nádor, může vás „chránit" proti jinému typu zhoubné choroby (byť i toto je v každém případě velice diskutabilní závěr).

A protože lékaři medicínou žijí a věří v neomylnost svých nástrojů, jsou ochotni rozdávat nebezpečné léky se sebejistým předpokladem, že nové testy zjistí všechny vedlejší účinky, jež způsobují, a že tu jsou stejně ještě další léky, kterými tyto nové problémy spravíme. Tomu také odpovídá, že nadšenci pro plánování rodiny vytrvale vysvětlují, že i kdyby pilulky způsobovaly rakovinu děložního čípku, mikroskopické vyšetření buněk z čípku zjistí časné změny, které se dají snadno léčit. Je to jeden z mnoha příkladů osudové chyby, že se medicína považuje za neomylnou. Úvaha funguje tak, že jestliže vyšetření, které je chybné v polovině případů, zjistí časnou rakovinu a jestliže je medicína schopná rakovinu vždy vyléčit, pak selhává pouze výjimečně.

Tato pokroucená logika vedla i k podceňování nových důkazů poukazujících na definitivní a neoddiskutovatelný vztah mezi vasektomií a vývojem rakoviny prostaty (vasektomie je vyříznutí části chámovodu, což je vývodná cesta z nadvarlete do močové trubice, a je to jedna z nejužívanějších mužských antikoncepčních metod, především v rozvojových zemích – pozn. překl.). Dvě studie, ve kterých bylo vyšetřeno přes 74 000 mužů, kteří podstoupili vasektomii, ukázaly, že tato metoda zvyšuje riziko rakoviny prostaty o 56 až 66 procent.[16] Ti z pacientů, jimž byla operace prove-

dena před 20 lety, jsou vystaveni omračujícímu zvýšení rizika na 85 až 89 procent. Jinými slovy, máte-li vasektomii provedenou před 20 lety, zvyšuje se tím vaše riziko, že dostanete rakovinu, téměř dvakrát.

Dalo by se říci, že je to dost otřesné svědectví. Nicméně po jeho zveřejnění podněcovaly některé odborné časopisy lékaře, aby říkali svým pacientům, že riziko rakoviny prostaty po vasektomii je zanedbatelné. Jeden článek se odvážil tvrdit, že ve srovnání s jinými metodami kontroly porodnosti *(kondom? přirozené plánování rodičovství?)* je vasektomie „stále jedna z nejbezpečnějších". Mluvčí Asociace plánovaného rodičovství souhlasí: „Tyto studie nám *neříkají*, že by vasektomie byla příčinou karcinomu prostaty" (zvýrazněno opět autorkou).

O lékařích a vědcích je známo, že rizika nemoci ve srovnání s riziky léku užívaného k její léčbě zveličují. Nebezpečný lék může vypadat nevinně, když z běžného, banálního problému uděláte smrtící chorobu. V roce 1992 oznámilo britské Ministerstvo zdravotnictví (MZ), že se urychleně stahují dva ze tří druhů kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR). Oficiální stanovisko, které o příčině stažení těchto léků kolovalo v tisku poté, co byly píchnuty milionům patnáctiměsíčních batolat, vycházelo údajně z výsledků studie prokazující, že dva odvolané druhy vakcín mají „zanedbatelné" (1 na 11 000) riziko vzniku „přechodného" a „mírného" (jde o slova MZ) zánětu mozkových blan. Třetí typ vakcíny, vyrobený z odlišného kmene viru příušnic, prý toto riziko s sebou nenese.

V roce 1989, když jsem poprvé hovořila s doktorem Normanem Beggem z britské Veřejné zdravotní laboratorní služby, která v Británii doporučovala již zmíněnou vakcínu, ujišťoval mě, že příušnice jsou u dětí ve svém přirozeném průběhu velice mírným onemocněním. Příušnice, řekl, vedou „jen velmi zřídka" k dlouhodobým a trvalým komplikacím, jako je orchitis (kdy onemocnění poškodí varlata dospělých mužů a jen příležitostně způsobí sterilitu). Příušnicová komponenta byla přidána jen proto, aby „zvýšila hodnotu" očkování.[17]

Od roku 1992, kdy byly dvě verze vakcíny proti zarděnkách, příušnicím a spalničkám staženy, však britská vláda

začala malovat zcela odlišný obrázek a oznámila, že příušnice vedou k meningitidě v 1 případě ze 400. Takže i kdyby byla stará vakcína nebezpečná (a to musela být pěkně nebezpečná, když zmizela z trhu doslova přes noc), není prý tak nebezpečná jako příušnice.

Ale ovšem, dvě třetiny činností lékaře nejsou podloženy žádnými důkazy. Nemáme žádný regulační orgán, jako je Úřad pro potraviny a léky nebo Výbor pro bezpečnost v medicíně, který by sledoval chirurgické obory, screeningové nebo diagnostické testy (screening je plošné vyšetřování za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích, kdy pacient ještě nemá žádné potíže a příznaky – pozn. překl.) – nemáme nic než posudky kolegů prostřednictvím národních lékařských asociací (myšleno v podmínkách Velké Británie – pozn. překl.). Tím, že v těchto organizacích lékaři sledují jeden druhého, mají tendenci vzájemně si vše odsouhlasit a řídí se podivnou logikou bludného kruhu: jestliže se nějaká praxe všeobecně provozuje, musí být bezpečná, i když leckteré studie poukazují na něco jiného.

V případě chirurgie byla většina metod odsouhlasena bez jakéhokoli klinického zkoušení (částečně i proto, že je velmi obtížné buď realizovat randomizovaný a dvojitě slepý pokus, nebo zrušit operaci s nepříznivým výsledkem). Zároveň si lékaři osvojují některé nové operační techniky s minimem důkazů, které by ukázaly, že jsou prospěšné, a že dokonce ani nějak drasticky neškodí.

Medicína, jak ji v praxi vidíme dnes, je soukromou konverzací mezi lékaři a pro lékaře. Není pochyb o tom, že medicína dodržuje dvojí pravidla. Lékaři často soukromě ve své literatuře vyjadřují své pochyby, zklamání a obavy, týkající se určitých léčebných metod, ale selhávají, mají-li je odhalit v rozhovoru s pacienty nebo v tisku. Nedávno vyšla najevo část burcující zprávy o očkování. Americké Středisko pro kontrolu a prevenci chorob v Atlantě ve státě Georgia odhalilo, že děti, které jsou očkovány trojitou vakcínou proti záškrtu / tetanu / černému kašli nebo proti spalničkám / příušnicím / zarděnkám, nesou třikrát větší riziko, že budou trpět epileptickými záchvaty. Tato informace byla ovšem předána pouze devíti vědcům, a jinak nebyla nikdy publikována.

Dalším prvotřídním příkladem této dvojí normy je otázka léčby rakoviny prsu. V redakčním článku časopisu *The Lancet* byl otištěn prudký útok na neúspěch mamografie jako techniky, která měla zastavit rostoucí počet úmrtí na rakovinu prsu, a redakce zorganizovala konferenci, aby se prodiskutovala nová řešení; ve stejnou dobu volaly nejrůznější státní orgány po častějším provádění mamogramů (mamografie je rentgenové vyšetření prsu za účelem odhalení počátku rakovinného bujení – pozn. překl.).

Největší příčina úpadku lékařského výzkumu je skutečnost, že jeho valná část je financována společnostmi, které stojí o to, aby se získaly určité výsledky. Tyto farmaceutické společnosti nejenže platí vědcům mzdy, ale často také rozhodují, kde – a zdali vůbec – budou publikovat. Je potřeba si uvědomit, že tento průmysl má pochopitelně svůj nezadatelný zájem na podlomeném zdraví populace: kdyby farmaceutické společnosti našly místo „udržovací" léčby na celý život způsob, jak pacienta skutečně vyléčit, brzy by zkrachovaly.

Neměnné podřízení medicíny farmaceutickému průmyslu a závislost budoucího lékařského výzkumu na těchto společnostech plodí atmosféru, ve které hlavní lékařský proud odmítá uvažovat o jiných léčebných přístupech, než je farmakologický a chirurgický, ačkoli existují bohaté vědecké důkazy, které tyto přístupy podporují. Mnoho lékařů klasické medicíny obzvlášť hanlivě odmítá významnou práci novátorů a zároveň nekriticky vyzdvihuje spoustu chirurgických a na lécích založených řešení, která nejsou o moc víc než praktiky moderních šamanů. Vytváří to ovzduší, ve kterém jsou terapeuti rozdělováni do „alternativního" a „ortodoxního" tábora, místo aby spolupracovali na všem, co vychází ze solidního vědeckého základu nebo klinické praxe. Doktor Peter Duesberg, čelný profesor molekulární biologie na University of California, byl veřejně urážen pro své argumenty, dobře zdůvodněné v 75stránkovém publikovaném pojednání, že HIV není příčinou AIDS.

Abych vám dala nějakou představu o tom, jak medicína zachází s kacíři, dosvědčím vám, jak reaguje na vědecké důkazy podporující alternativní medicínu. Nedávná studie, vedená na vědecké úrovni se všemi obvyklými dvojitě slepými, placebem kontrolovanými vyšetřeními zlatého standardu a s rozvahami, na které je medicína pyšná, ukázala, že homeopatie na astma skutečně zabírá. Vědci mají nyní důkaz: homeopatie funguje. Ve skutečnosti šlo již o třetí studii, která byla od roku 1985 provedena tím samým člověkem a která přinesla naprosto stejný výsledek.

Vedoucí výzkumné skupiny se nicméně v závěru své publikované zprávy od svých výsledků distancuje s poukazem na to, že další podobné testy mohou přinést falešně pozitivní, neboli chybné výsledky.[14] Navzdory vědecké koncepci pokusu článek v *The Lancet* naprosto odmítá akceptovat jeho výsledky: „Co by mohlo být ještě absurdnější než myšlenka, že látka je terapeuticky aktivní v tak velkých ředěních, že pacient pravděpodobně nedostane ani jedinou její molekulu? ... Ano, princip ředění v homeopatii je absurdní: takže příčina jakéhokoli terapeutického účinku je pravděpodobně v něčem jiném."[15] Jinými slovy, vědecká metoda platí pouze na věci, kterým věříme, ale ne, jak se zdá, na něco, čemu nerozumíme nebo s čím nesouhlasíme.

Problémem této zabedněné věrnosti předsudkům a odmítání rozporu a pochybností, které se dotýkají nás všech, je to, že se za tímto postojem schovává standardní lékařská praxe, která z větší části nemůže příliš dobře fungovat. Z nebezpečných léků dělá preparáty bezpečné a účinné. Vyvolává zdání, že lidé, kteří léky nepotřebují, by je měli užívat. Ospravedlňuje spoustu zbytečných chirurgických zákroků, které vás mohou klidně zabít, ale zcela jistě váš stav nezlepší. Zamlouvá mnoho slibných léčebných metod, které nepotřebují toxické léky nebo operační zákroky. Přes ty nejlepší úmysly někdy způsobuje nevýslovnou bolest a utrpení, místo aby přispěla vašemu zdraví. V podstatě jste ve vážném nebezpečí od okamžiku, kdy vkročíte do ordinace svého lékaře, zejména v případě, když vám řekne, že by si rád udělal několik laboratorních vyšetření.

DIAGNÓZA

2

Přemíra vyšetření

DNEŠNÍ LÉKAŘ disponuje řadou pomůcek na vysoké technické úrovni, které mu umožní sledovat a měřit skutečně každé zákoutí a každou skulinku vašeho těla. On a jeho páni kolegové se nyní při pátrání po nemoci plně na tyto testy spoléhají. My jako pacienti těmto vyšetřením slepě věříme a domníváme se, že nám poskytnou definitivní pohled na stav našeho zdraví, dokonce že nám i předpovědí, kdy v určité vzdálené budoucnosti onemocníme, a většině našich dětí jsou různé testy prováděny ihned po početí.

Podle posledního odhadu máme k dispozici již 1 400 pomůcek pro různá vyšetření, od jednoduché manžety na měření krevního tlaku až po vrcholnou počítačovou magnetickou rezonanci. Podíváme-li se zpátky na relativně temnou historii roku 1987, bylo na Američanech během tohoto jediného roku provedeno 1,9 miliard testů, z čehož vychází na každého muže, ženu a dítě 80 testů![1]

Přesto, že disponujeme takovými přístroji, které by zahanbily i NASA, problémem zůstává skutečnost, že lékařská technika ve skutečnosti příliš dobře nefunguje. Většina vyšetření je velice nespolehlivá tím, že poměrně často udává špatné hodnoty. Falešně pozitivní vyšetření uvede v chod agresivní a riskantní léčebné metody, kterými lékař se slepou oddaností

disponuje. Vyšetření samotná jsou ovšem stejně riskantní jako většina nebezpečných léků a operací a jejich rizika jsou umocňována ještě tím, že mnohé tyto testy jsou očividně zbytečné. V mnoha případech (více ve Spojených státech) se lékaři chrání proti případnému soudnímu procesu ordinováním všech testů, které jsou k dispozici. Navíc je v Americe mnoho požadavků na vyšetření motivováno vlastním zájmem lékařů, neboť mnozí z nich buď sami vlastní, nebo mají ekonomický podíl na zařízení, do kterého své pacienty odesílají.

Dalším problémem dneška je to, že technika nahradila citlivé umění diagnostiky – vyšetření pacientovy anamnézy a pozorný pohled do očí a na stav jazyka. Tato záležitost často dopadá na mladé lékaře, kteří ordinují laboratorní vyšetření díky mylnému názoru, že jejich starší kolegové touží po této „alibistické" medicíně. V mnoha případech ale zkušení lékaři své mladé svěřence skutečně peskují, když opomenou zapsat požadavek na určitý test, a tím budí zdání, že více je lépe a že důkladné laboratorní vyšetřování dělá z lékaře toho správného doktora.[2]

Základní chybou testování je také předpoklad, že všichni lidé jsou stejní a že člověk (a hodnoty jeho vyšetření) se nemění.

I když lékař ve svém volném čase dlouho vysedává u počítače, tak často neví, jak tuto úžasnou techniku pořádně používat. Nedávná studie zjistila, že skutečně žádný lékař ani sestra neví, jak pracovat s pulzním oxymetrem, monitorovacím systémem, který je nezbytný pro sledování pacientů probírajících se z celkové anestezie a který zaznamenává potenciální život ohrožující situace.[3] Zároveň mnozí dělají závažné chyby při vyhodnocování naměřených hodnot. Zdravotníci odpovídali, že není třeba se „mimořádně znepokojovat" v případě, kdy pacienti mají hodnoty naznačující vážný nedostatek kyslíku, a proto vyžadují okamžitou péči, mají-li zůstat naživu.[4]

MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU

Vaše problémy mohou začít už tehdy, když lékař začne mávat manžetou, aby vám změřil krevní tlak. Profesor William White,

předností Oddělení pro hypertenzi a onemocnění cév na University of Connecticut, označil tento patent, v lékařských kruzích známý jako „sphygmomanometr", jako „nejprimitivnější pomůcku lékaře". Říká, že krevní tlak se může strašně měnit – až o 30 mmHg v průběhu jednoho dne.[5] Je pravda, že tlak vám s největší pravděpodobností stoupne v době, kdy jste v ordinaci svého lékaře a kdy čekáte na vyšetření – tento jev je známý jako „hypertenze z bílého pláště". (Hypertenze je označení pro vysoký krevní tlak – pozn. překl.)

V současné době vás lékař nejspíše napojí na přenosné elektronické zařízení, které vám bude měřit krevní tlak v předem stanovených intervalech v průběhu 24 hodin. Tato metoda je nyní považována za nejpřesnější způsob, jak stanovit průměrný krevní tlak, ačkoli existuje stále hodně důkazů, že tento systém, známý jako „ambulantní monitorování", lékařům rovněž neposkytuje dostatek přesných informací k tomu, aby mohli rozhodnout, zda pacient potřebuje vysoký krevní tlak léčit.[6] Proto Světová zdravotnická organizace dnes doporučuje, aby se ambulantní monitorování provádělo nejlépe několikrát během šesti měsíců. Ale protože se dosud nikdo neobtěžoval organizací řádné a rozsáhlé vědecké studie, nemůže nikdo stanovit, jak dlouho byste měli v ambulantním sledování pokračovat, aby mohla být vyřčena diagnóza, nebo co vlastně během této doby krevní tlak zvyšuje, nebo dokonce o kolik by se měl tlak snížit, aby byl „normální".[7]

Hodnoty krevního tlaku ovlivňuje i jeho rozdíl mezi pažemi. Jeden lékař z City General Hospital v Staffordshire v Anglii zjistil rozdíl v hodnotě systolického krevního tlaku až 8 mmHg mezi oběma pažemi téměř u čtvrtiny svých pacientů. V jednom případě se tlak lišil až o 20 mmHg.[8]

Stejně zavádějící je tato situace u těhotných žen a dětí. Lékaři a ostatní zdravotníci se nemohou dohodnout ani na tom, jak zaznamenat druhou hodnotu krevního tlaku (jmenuje se diastola), která měří tlak, jenž vzniká při plnění srdce krví,[9] nebo zdaří určité zvuky přesně odrážejí diastolický tlak. Stalo se to dokonce předmětem horlivé debaty na světovém kongresu o hypertenzi v těhotenství v Itálii roku 1990, kde se volalo po „mezinárodní dohodě" o tom, jak měřit krevní tlak u těhot-

ných žen. Nedávno skutečně někteří badatelé tvrdili, že lékaři používají špatný způsob vyšetření krevního tlaku u těhotných žen: porodníci a porodní asistentky dávají při měření krevního tlaku přednost Korotkově ozvě 4, ale současný výzkum ukázal, že daleko spolehlivější je fáze 5 – to je v dosud převládajícím názoru zvrat (Korotkovův fenomén jsou ozvy neboli fáze, slyšitelné fonendoskopem při měření krevního tlaku, které se ozývají při diastolickém tlaku; je jich pět a slouží k definování, kdy skutečně diastolický tlak určit – pozn. překl.). Při jednom vyšetření se vůbec nikdo na hodnotě při K4 nedohodl, zatímco při fázi K5 došlo k všeobecné shodě.

Možnost různých interpretací hodnot vám může způsobit problémy, jestliže vám krevní tlak měří několik lidí, kteří mají odlišné školení v tom, jak odečítat čísla na tonometru.

HODNOCENÍ EKG

Vedle měření krevního tlaku je další oblíbenou činností lékaře poslech srdečních ozev. V současné době byl však víceúčelový stetoskop (o kterém nikdy nebylo dokázáno, že má nějaké výhody oproti holému uchu) nahrazen množstvím různých pomůcek kosmického věku, které byly zkonstruovány, aby zaznamenávaly i ty nejnepatrnější změny ve schopnosti srdce vykonávat svou činnost.[11] Věrným pomocníkem každého kardiologa je elektrokardiogram (EKG), i když výzkum dokazuje obrovskou možnost chyb při záznamu či interpretaci správných výsledků. Jedna studie ukázala, že počítače, které se často užívají k hodnocení EKG křivky, měly správný výsledek jenom ze dvou třetin, a přehlédly 15 procent případů zvětšení pravé srdeční komory. Nicméně ani lidským bytostem se nedaří o mnoho lépe: i zkušený specialista chybně interpretuje jeden výsledek ze čtyř.[12] Stejně jako u měření krevního tlaku je to nejvíce způsobeno tím, že výsledky jsou ovlivněny až z 20 procent předchozí činností, denní dobou a dokonce i takovými faktory, jako je strach z nálezu kardiologa! Zesnulý doktor Robert Mendelsohn psal o studii, ve které elektrokardiograf zaznamenal pouze čtvrtinu všech prokázaných případů srdečního infarktu.

a v další práci naopak toto vyšetření zjistilo značné poruchy u více než poloviny zcela zdravých lidí.[13] Podobně Stephen Fulder, autor knihy *How to Be A Healthy Patient* (vydáno nakladatelstvím Hodder & Stoughton), poznamenává, že nesprávně zhodnocené EKG vede k „neurčitým diagnózám organického poškození mozku u neposlušných, ale zdravých dětí a dělá z nich medicínské případy".[14] (Zde jde ale patrně o EEG – elektroencefalogram, který zjišťuje mozkové elektrické potenciály, a tudíž stav mozku – pozn. překl.)

Ještě více než EKG je hitem dneška echokardiografie – vyšetření srdce, při kterém se často spolu s ultrazvukovými vlnami využívá i kontrastní látky. Tento postup, jehož součástí jsou dva léky – dobutamin a atropin (dobutamin zvyšuje stažlivost srdečního svalu a atropin je látka, která snižuje reaktivitu vegetativního nervového systému, a tím i případnou nežádoucí odezvu organismu – pozn. překl.) –, získal souhlas pro svou bezpečnost a přesnost. Ale i zde, jako u mnoha jiných „perfektně bezpečných" nových technik, si lékaři teprve nedávno uvědomili, že je to vyšetření daleko nebezpečnější, než se myslelo, a může vést i k smrtelným komplikacím.

První větší studie této metody odhalila, že život ohrožující situace nastává v jednom z 210 případů a vyžaduje speciální léčbu nebo pobyt v nemocnici: dva z každých 3000 lidí, kteří byli zahrnuti do studie, dostali srdeční infarkt poté, co bylo celé vyšetření ukončeno.[15]

ANGIOGRAFIE

Má-li lékař podezření, že něco nehraje, může vás odkázat na angiografii, rentgenové vyšetření, od kterého se očekává, že pomocí kontrastní látky zjistí stav vašich tepen. Také v tomto případě existuje množství důkazů, že i toto vyšetření napáchá dosti škod, protože vás často neprávem odsoudí k některé z mnoha potenciálně smrtících operací srdce. Při jednom výzkumu v Bostonu se u poloviny ze 171 pacientů, kterým byla na základě angiografie doporučena koronární angioplastika (operace, při které jsou zúžené cévy rozšiřovány drobounkými

nafouknutými balonky) později zjistilo, že operaci vůbec nepotřebují. Nakonec i angiografii skutečně potřebovala jen 4 procenta pacientů, kterým byla doporučena.[16] U tohoto vyšetření též velmi často dochází k mylným interpretacím. Jeden výzkum, který srovnával protokoly patologů o zemřelých pacientech s výsledky předchozích angiografií, zjistil, že dvě třetiny z nich měly chybné závěry.[17]

RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ

Rentgen je nejrozšířenější vyšetření, kterým pravděpodobně nejméně jednou během života projdete. Ionizační záření jsou vlastně vlny o velmi vysoké frekvenci, které procházejí živými tkáněmi. V závislosti na hustotě jednotlivých tkání organizmus část této radiace zadržuje. Absorbované záření je na filmu zaznamenáno jako bílá a šedá barva; paprsky, které projdou, dopadnou přímo na povrch fotografického filmu a znázorní se jako tmavě šedá nebo černá. Kromě mamogramu, rentgenu kostí a zubů je nejnovějším typem rentgenového vyšetření CT, při kterém pohybující se svazek rentgenových paprsků tvoří trojrozměrný obrázek, většinou mozku, a fluoroskopie, při které je rentgenový stínový obraz vysílán televizní obrazovkou. Příležitostně se užívají kontrastní látky, jako jsou určité barvy nebo baryum, aby byl obrázek jasnější.

Ačkoli nové přístroje používají nižší a přesněji cílené dávky, nedá se zatím hovořit o něčem takovém, že by existoval bezpečný rentgen (týká se to také rentgenování zubů). Opravdu nikdo v medicíně vám nebude tvrdit, že ionizační záření není škodlivé – a jeho rizika se násobí tím, jak rostou naše znalosti o této vyšetřovací metodě. „Iradiace v medicíně je zdaleka největším člověkem vytvořeným příspěvkem k radiační zátěži populace v rozvinutých zemích," napsal R. Wootton, profesor a ředitel Oddělení lékařské fyziky na Hammersmith Hospital v Londýně, v učebnici zabývající se tímto tématem. Říká, že ve Velké Británii obnáší rentgenové záření ordinované lékaři přes 90 procent celkové radiační expozice naší populace.[18]

Rentgenové záření člověka poškozuje trojím způsobem. Za prvé poškozuje jednotlivé buňky (ačkoli škody způsobené nižšími dávkami se obvykle rychle napravují). Vzácně (ale v závislosti na expozici) může toto poškození buňku změnit v buňku nádorovou. I když přesně neznáme mechanismus vzniku těchto změn, nabízí se vysvětlení, že radiace absorbovaná vodou, které je v buňce 75 procent, tvoří volné radikály, o kterých je známo, že jsou karcinogenní.[19]

Za druhé u těhotné ženy mohou rentgenové paprsky ublížit vyvíjejícímu se plodu, a to buď odúmrtí, nebo vznikem vrozených vývojových vad.

Konečně může toto záření poškodit spermie nebo vaječníky dětí i dospělých, a tak způsobit abnormality budoucích generací. Víme také, že expozice rentgenovým paprskům se kumuluje: nebezpečí vzniku nějakého nepříznivé změny vzrůstá pokaždé, když jste vystaveni další dávce.

Stále se však velice bolestně setkáváme s tím, jak jsou rentgenové paprsky vlastně nebezpečné. Podle britského Národního výboru radiologické ochrany a Královské společnosti rentgenologů je zbytečné vystavování tomuto záření pravděpodobně zodpovědné ve Velké Británii za 100 až 250 z každých 160 000 úmrtí na rakovinu ročně a za asi 1000 úmrtí na rakovinu za rok ve Spojených státech.[20] A to ještě mohou být stará čísla. Komise britské Národní akademie věd v roce 1991 revidovala obvyklý předpoklad, že rentgenové záření způsobuje až 1 procento všech leukémií a 1 až 2 procenta všech dalších rakovin, a uzavřela, že skutečné riziko by mohlo být až čtyřikrát vyšší[21] – ke stejnému závěru došla ve stejném roce i Mezinárodní komise pro radiologickou ochranu.[22] Nedávno začalo být opakované rentgenování spojováno s vícečetným myelomem – formou rakoviny kostí. Národní institut pro rakovinu zjistil, že kdo má velkou expozici, má riziko zvýšené až čtyřikrát.[23]

Už v padesátých letech medicína odhalila souvislost mezi leukémií a prenatálním (před narozením – pozn. překl.) ozařováním rentgenem. Rentgenování těhotných žen se stalo běžnou rutinou, a to z tak směšného důvodu, aby rentgen lékařům řekl, zda je pánev ženy „dosti široká" na to, aby ji mohl plod při

porodu dobře projít. Nyní víme, že děti, které jsou vystaveny rentgenovým paprskům in utero (v děloze – pozn. překl.), mají riziko vzniku jakéhokoli zhoubného nádoru zvýšeno o 40 procent, leukémie o 70 procent a tumorů nervového systému o 50 procent.[24] Neexistuje ani žádná bezpečná „prahová dávka"; jednotlivé děti, které dostaly pět- až šestkrát menší radiaci než dvojčata, která byla rentgenována častěji, mají stejnou incidenci rakoviny.[25] Uvažujeme-li o tom, jakou mají tyto děti perspektivu, tak z každého milionu dětí vystavených v děloze byť jen jednomu rentgenovému vyšetření – což odpovídá obyčejnému snímku žaludku nebo střev – jich může mít 600 až 6000 leukémií.[26]

Vedle rakoviny a genetických poruch může vést rentgenování mozku k abnormálním hormonálním funkcím s případným snížením funkce štítné žlázy, s neplodností nebo drobnými změnami nadledvin.[27] Americký Úřad pro potraviny a léky také nedávno obdržel množství zpráv o pacientech, kteří po radiaci utrpěli kožní popáleniny, v některých případech tak závažné, že ozářená kůže odumřela. Problém je komplikován skutečností, že toto poranění se projeví až několik týdnů po expozici. Dokonce i běžné dávky při fluoroskopii mohou skončit po době kratší než jedna hodina poškozením kůže.[28]

Ačkoli expozice a rizika rentgenovéhozáření se po celý život sčítají, nevinné nejsou ani jednotlivé dávky. Americká Skupina pro zdravotnický výzkum, spolek pacientů, který se zabývá riziky medicíny, vytvořila seznam dávek, kdy na prvním místě je vyšetření tenkého střeva, které odpovídá v přepočtu na celé tělo dávce 400–800 miliradů (rad je jednotka dávky ionizujícího záření – pozn. překl.); další nejvyšší (nehledě na riziko spojené s ozářením dalších orgánů) je páteř (100–500 miliradů); žaludek, prsa a pánev (každá část 100–200); lebka a ramena (25–75); hrudník (20–60); a nakonec kompletní rentgen zubů, který vydá 10–30 miliradů.[29]

Kdyby vás náhodou uchlácholilo, že alespoň při rentgenování zubů dostáváte nízkou dávku, tak si musíme porovnat, že jediný zubařský snímek je stejný, jako byste po dobu jednoho roku vykouřili každý den půlku cigarety. Americká Akademie věd vypočítala, že jedno vyšetření střev pomocí baryové kaše

(látka podobná sádře, která se používá jako kontrast při tomto rentgenovém vyšetření – pozn. překl.) přináší stejné riziko jako kouření krabičky cigaret denně po celý rok. To spolu s rentgenem bederní páteře, kterému se podrobí jen v samotné Británii každý rok na 700 tisíc lidí, znamená, že v přímé závislosti na tom může každý rok zemřít 19 lidí.[30]

I když každý zdravotník ví, že rentgenové záření je nebezpečné, lékaři bezstarostně jeho rizika stále podceňují – možná oslněni dalším ze svých „zázraků", možností „vidět" do živých tkání, je to prostě styl Supermana – a při plánování souboru vyšetření se jen velmi málo snaží o snížení expozice na minimum, byť by šlo jen o zuby. Většina všeobecných lékařů a ortopedů k rentgenu přistupuje automaticky. I prestižní lékařský časopis *The Lancet* přiznává, že většina rentgenových vyšetření hrudníku, provedených pacientům před operačními zákroky jinými než plicními nebo srdečními, má tak malý význam, že na záchranu jednoho jediného života by se musely udělat rentgenové snímky v ceně přes milion liber.[31]

Společná pracovní skupina, vytvořená mezi britskou Královskou společností rentgenologů a Národním výborem radiologické ochrany (NRPB), v roce 1990 posoudila dostupný materiál a odhadla, že až pětina všech rentgenových vyšetření, provedených ve Velké Británii, byla nepotřebná nebo přímo zbytečná.[32] V jednom výzkumu, při kterém byla pacientům rentgenologicky vyšetřena bederní páteř, byla více než polovina snímků absolutně zbytečná.[33] Úřad pro potraviny a léky pokládá třetinu všech ozáření ve Spojených státech za nadbytečnou.[34]

Nejrozšířenější ze všech zbytečných rentgenů jsou snímky hrudníku, končetin a kloubů. Přesněji řečeno to znamená tak sedm milionů zbytečných rentgenových vyšetření, která stojí kolem 60 milionů liber za jediný rok. Ale to by si zbytek Západu měl dělat ještě větší starosti než Velká Británie, která je ve své marnotratnosti skromější, neboť Británie provede pouze poloviční počet rentgenových vyšetření na osobu než ostatní země, jako třeba Francie nebo Spojené státy,[35] kde se každoročně podrobí nejméně jednomu rentgenu sedm lidí z deseti.[36] Kanadská čísla jsou ještě horší: skutečně každý má alespoň

jednou ročně nějaký rentgen.[37] (To ovšem není pro Británii důvod k sebeuspokojení, neboť britští lékaři ve srovnání se svými americkými protějšky ordinují dvakrát tolik speciálních rentgenů – baryovou kaši a klyzma.[38]) NRPB nedávno oznámila, že celková radiace ve Velké Británii by mohla být poloviční, aniž by se snížila výtěžnost diagnostiky.

Lékaři si velkoryse pořizují obrázky, které jsou hotové již z dřívějška. Časopis *Which?* uvedl v roce 1991 přehled reprezentativního vzorku 2 229 dospělých Britů, z nichž jen polovina byla před vyšetřením dotázána, jestli se příslušná část těla již někdy v minulosti rentgenovala.

Rozhodnutí, zda potřebujete rentgenové vyšetření či nikoli, závisí též na rozmaru jednotlivého lékaře. Revize souboru téměř milionu ambulantních a hospitalizovaných pacientů ukázala, že počet doporučení na rentgen se různil 13násobně všeobecně a až 25násobně u snímků hrudníku v závislosti na tom, který lékař měl zrovna službu.[39]

Protože rozmnožovací orgány jsou na poškození radiací citlivé, měly by být vždycky při vyšetření chráněny před expozicí rentgenovým paprskům olověným štítem. Přesto, jak se objevilo ve zprávě Asociace pacientů (Which?), nebyla 40 procentům prohlížených mužů varlata zastíněna a ženy zůstaly nechráněny ve dvou třetinách z celkového počtu.[40] (Ve třetině případů se nikdo nesnažil zjistit, zda jsou ženy těhotné.) V další studii nebyly třem čtvrtinám dětí olověné štíty, které se používají k ochraně rozmnožovacích orgánů, poskytnuty nebo byly špatně umístěné.[41] A ačkoli se rentgenování těhotných žen prudce snížilo poté, co Oxfordská studie poprvé prokázala spojitost mezi ozařováním plodu a dětskou rakovinou, trval tento pokles celé desetiletí. Od roku 1970 lékaři pokračovali v rentgenování těhotných žen ve stejném množství, jaké bylo provedeno v padesátých letech – to znamená, že se tato vyšetření snížila asi na třetinu.[42]

Rentgenové vyšetření je samozřejmě v mnoha případech neocenitelné – především ihned po zlomenině končetin (ač mnoho lékařů trvá na opakovaném snímkování, aby viděli, jak pokračuje hojení). I když je ale váš lékař zodpovědný a dodržuje „omezení dávek" – nové zaklínadlo rentgenologů pro

nejmenší množství radiace, které je nezbytné pro provedení jednoho snímku –, budete stále dostávat více záření, než je nutné, protože se používá zastaralá technika. V roce 1990 vydala NRPB zprávu, že pacienti v některých nemocnicích obdrželi dávky 20 až 30krát vyšší, než bylo nevyhnutelné pro stanovení diagnózy, a to díky přístrojům, které byly v některých případech 15 let staré.[43] „Před dvěma lety říkali fyzikové, že starý rentgenový přístroj vydává více záření než Černobyl," řekla Liz Francisová, zpravodajka NRPB.[44]

Zbytečným rizikům vás vystavuje i zubní rentgen, protože je často prováděn nezkušeným personálem, který neumí se zařízením dobře zacházet a musí buď opakovat výkon, nebo nastaví zbytečně vysoké dávkování. Dva zubaři z West Midlands unikli vyloučení ze své profesionální organizace za to, že jim rentgenování prováděli nezkušení absolventi, když vyšlo najevo, že totéž dělají zubaři po celé Británii.

Tak jako u většiny testů, je i zde vysoká pravděpodobnost lidského pochybení při vyhodnocování výsledků. Jedna studie rentgenologů z Harvardu zjistila, že se v polovině případů jejich nálezy rentgenů hrudníku neshodovaly. V jejich závěrech byly z 41 procent signifikantní (tj. statisticky významné – pozn. překl.) chyby.[45]

PERIMYELOGRAFIE A RENTGENOVÉ KONTRASTNÍ LÁTKY

Další nebezpečí, přidružené k rentgenovému záření, jsou kontrastní látky, které se užívají k znázornění měkkých tkání organizmu. Tyto barvy bývají spojovány s anafylaktickým šokem, srdeční slabostí a toxickým poškozením ledvin, především u diabetiků. V jedné studii vykázalo 319 pacientů po aplikaci „vysoce osmolárních kontrastních látek" abnormální ledvinné funkce a téměř jeden z 10 potřeboval dialýzu.[46]

Mnoho set tisíc případů chronické, invalidizující bolesti zad bývá způsobeno rentgenovým vyšetřením páteře, zvaným perimyelografie. Tento diagnostický postup zahrnuje užití kontrastní látky nebo barvy, která se vpraví do míšního kanálu

a obklopí všechny nervové kořeny a meziobratlové ploténky páteře, která je pak zrentgenována. Narůstající zkušenosti ukazují, že u velkého počtu pacientů, kteří podstoupili perimyelografii, se vyvine stav známý jako arachnoiditis, způsobující přetrvávající, nepovolující bolest, a mnozí z postižených zůstávají nehybní.

Arachnoiditis, stav, kterému dosud málo rozumíme, je onemocnění, při němž se zajizví prostřední membrána, chránící míchu (jmenuje se arachnoidea neboli pavučnice – pozn. překl.). Nervy atrofují a jsou propleteny v nepoddajné jizevnaté tkáni, která vytrvale tlačí na páteř. Americký ortoped doktor Charles Burton z Institutu pro péči o bederní páteř v Minneapolisu v Minnesotě, jeden z mála lékařů, kteří se zabývají studiem lumbosakrální adhesivní arachnoiditidy (LSAA) (tj. srůstovému zánětu pavučnice v oblasti bederní páteře a kříže – pozn. překl.), odhaduje, že až 11 procent pacientů trpí „syndromem nezdařené operace páteře" – kdy postižení mají po chirurgickém zákroku větší potíže, než měli před ním.

Ačkoli LSAA bývá důsledkem více různých příčin, podle názoru doktora Burtona bývá způsobena především vpravením cizí látky do subarachnoidálního prostoru (prostoru pod pavučnicí – pozn. překl.). Nejčastěji identifikovaným cizím tělesem je u postižených iophendylat (ve Velké Británii známý pod názvem Myodil; ve Spojených státech jako Pantopaque), olejová barva používaná při perimylografii (tato látka se u nás v současnosti už neužívá – pozn. překl.). Doktor Burton říká, že při LSAA se iophendylat často nachází v cystách jizevnaté tkáně.

Na celém světě trpí arachnoiditou způsobenou touto látkou odhadem jeden milion lidí, a to ještě může jít o zastaralý údaj. Až do roku 1980 bylo každoročně provedeno ve Spojených státech téměř půl milionu perimyelografií.

To je přesně to, co se stalo Brianovi z Massachusetts. V roce 1980, po stafylokokové sepsi, při níž měl horečku, bolesti a ochrnul, podstoupil Brian operaci páteře. Před touto operací mu byla provedena perimyelografie a po ní mu v kostrči zůstal zbytek barevného kontrastu.

V roce 1993 se mu z náhlého, neopatrného pohybu zad vyvinula svalová spasticita (křečovité stažení svalů – pozn. překl.), která způsobila bolest nohou a bederní páteře. Nyní ho každou noc nutí tato bolest hodinu co hodinu vstávat z postele. Magnetická rezonance (MR) a rentgenový snímek nakonec odhalily, že Brian má arachnoiditidu a že po přestálé perimyelografii mu v oblasti kostrče zůstal zbytek barevné látky. „Po osmnácti měsících, kolečku po několika doktorech a po myorelaxancích (léčích uvolňujících svaly – pozn. překl.), fyzikální terapii, injekcích do kůže, chiropraxi a dokonce i lécích proti epilepsii, jako je Dilantin, se zdálo, že nic nezabírá," říká.

Pantopaque byl zaveden v roce 1944 ve Spojených státech poté, co byli lékaři přesvědčeni, že je bezpečný. Došlo k tomu přesto, že pokusy na zvířatech ukázaly, že Pantopaque způsobuje arachnoiditidu (Švédové zakázali používat tuto látku u lidí v roce 1948).[47] I když farmaceutická firma Glaxo po nástupu barevných látek rozpustných ve vodě a jiných zobrazovacích technik výrobu tohoto produktu přerušila, pokračuje používání iophendylatu po celém světě až do vyčerpání zásob a mnoho specialistů na léčbu páteře nepřestává tvrdit, že je tato barva bezpečná.

Americký Úřad pro potraviny a léky a britská vláda dosud také nic neudělaly pro zákaz perimyelogramů založených na olejových barvách. „Navzdory faktu, že iophendylat byl již od počátku svého uvedení identifikován jako příčina arachnoiditid, nebylo ve Spojených státech nikdy jeho používání omezeno ani výrobou, ani vládou, ani lékaři," říká doktor Charles Burton.[48]

Protože se o to nikdo jiný nezajímal, zůstalo na pacientech, kteří jsou postiženi LSAA indukovanou perimyelografií, aby dle zákona podali proti výrobcům žalobu. Ve Velké Británii podala Společnost postižených arachnoiditidou, která má asi 1000 členů, ve jménu všech nemocných žalobu proti firmě Glaxo. Po podrobném vyjednávání zaplatilo Glaxo 426 žalobcům odstupné ve výši 7 milionů liber, ale zodpovědnost nepřevzalo.

Barevné látky rozpustné ve vodě, které se nyní místo olejových používají, také nejsou bez rizik. Jedna žena, která byla vyšetřována pro ischiadickou bolest (bolest dolní končetiny mající příčinu v páteři) iopamidolem (Niopamem 200), ve vodě rozpustnou kontrastní látkou, zaplatila okamžitě paraple-

gií (ochrmutím obou dolních končetin – pozn. překl.).[49] podobně jako jiná žena ve středním věku, které udělali perimyelogram pomocí itohexolu (Omnipaque), tedy další ve vodě rozpustné barvy.[50] Doktor Burton říká, že některé nové kontrastní látky způsobují takovou bolest, že se rentgenové vyšetření musí provést v celkové anestezii. „Lékařům se dosud nepodařilo najít neškodnou a účinnou látku na perimyelografii," dodává.[51]

RENTGENOVÁNÍ KOSTÍ

Kromě vyšetřování kostních zlomenin se rentgenování v současné době používá též k vyhledávání osteoporózy. To je výborný nápad – kdybychom ovšem měli spolehlivý test, který by nám přinesl přesný výsledek. Problém je v tom, a s tím mnoho odborníků souhlasí, že i ty nejnovější rentgenové techniky musí být interpretovány velice opatrně, neboť změny kostní hmoty se nemusí vůbec projevit.[52]

Přístroje jsou nepřesné, vícečetná měření bývají chybná a dokonce i předpoklady, ze kterých vycházíme při vyšetřování kostí, jsou plné pochybností – například samotná myšlenka, že kostní tkáň má nějakou hustotu, která může být měřena nebo kterou můžeme léčit, a účinně tak odvrátit řídnutí kostní tkáně.

Posledním, obzvláště vylepšeným vyšetřením kostí je „bifázická rentgen-absorpční denzitometrie" – fantastický rentgen. S přesným měřením při této technice však můžeme být brzy hotovi. „Chůze po místnosti způsobí změny naměřených hodnot až o 6 procent (u kyčle), což odpovídá běžným šestiletým ztrátám kostní tkáně," říká Susan M. Ottová, mimořádná profesorka Metabolické jednotky University of Washington v Seattlu.[53] Výsledky znehodnocuje také špatná kontrola kvality přístroje a vysoké procento chyb operátorů.

Tato oblíbená technika, která najednou změří mnoho různých oblastí těla – například jeden snímek horní části dolní končetiny vám poskytne pět jednotlivých hodnot –, dále zvyšuje riziko falešně pozitivních měření.

„Zdánlivě dramatické změny, signalizující zlepšení nebo výtazné prořídnutí, mohou být jednoduše závislé na přesnosti měření a špatné kalibrační technice," napsal se svými kolegy David M. Reid, revmatolog z City Hospital v Aberdeenu ve Skotsku.[54]

V podstatě je celá snaha o měření kostní hmoty zbytečná, protože hmota kostí nemusí mít vůbec nic společného s její pevností. Například fluorid způsobuje dramatický nárůst hustoty kostní tkáně, ale snižuje její pevnost. To je důvod, proč starší populace ve společenstvích s rozšířeným fluoridováním mají zvýšený výskyt osteoporózy. Podobně některé léky mohou zvýšit kostní masu o 5 procent, ale protože byla poškozena struktura kostí, nezlepší se po těchto lécích již jejich pevnost. Poslední výzkum ukazuje, že pouze u poloviny z lidí, kteří by měli být nejvíce ohroženi zlomeninami kvůli snížené hustotě kostní tkáně, k těmto úrazům dochází.[55]

Je potřeba si uvědomit, že kost zdravého jedince je dynamickou jednotkou, procházející neustálou vnitřní přestavbou. Odpovědné jsou za to dva typy buněk: osteoklasty – stavební dělnici, kteří odklízejí opotřebovanou kost; a osteoblasty – architekti, kteří využívají vápník, hořčík, bór a další minerály k výstavbě nové tkáně. Tento proces se nazývá „rezorpce". Všeho, čeho jsou obvyklé léky na osteoporózu, jako je estrogen, kalcitonin nebo etidronat (známé jako „antirezorpční léky"), schopné, je to, že tento proces změny a obnovy snižují a brání tvrdě pracujícím osteoklastům vykonávat jejich práci. Samozřejmě, že se žádná další kost netvoří.

Někteří vědci tvrdí, že přítomnost či nepřítomnost nízké hustoty kostní tkáně je bezvýznamným ukazatelem rizika zlomeniny nebo osteoporózy.[56] V jedné devítileté studii tisíce žen ve středním věku, skupiny, která je považována za vysoce rizikovou ohledně vzniku osteoporózy, tyto ženy vykázaly skutečně méně zlomenin než jiná skupina, která takové riziko nemá. Podle velkého přehledu publikovaných prací o zjišťování hustoty kostní tkáně se plošné vyšetřování kostní hustoty nikdy neukázalo v prevenci zlomenin jako efektivní.[57]

Snímky kostí mají možná jednorázový význam jako pomoc při stanovení diagnózy žen, u nichž je klinické podezření na

řídnutí kostí, ale zdá se, že výsledky jsou tak proměnlivé, že je nelze spolehlivě použít jako metodu plošného vyhledávání osteoporózy, která je zatím bez příznaků.

POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE

Tak jako v mnoha jiných oblastech lidské činnosti, tak i v oboru lékařské rentgenologie znamenal příchod počítače jeho pozvednutí na novou úroveň. V sedmdesátých letech zahájila počítačová tomografie, nyní běžně známá jako CT, revoluci v diagnostice, především měkkých tkání organizmu, a poskytla zobrazování až dvacetkrát podrobnější než obyčejný rentgen. CT poskytuje rentgenové obrázky z více úhlů, které znázorní příčné řezy tělem. Tyto snímky – vytvořené až z 30 expozic – vznikají kruhovým pohybem elektronky kolem vyšetřovaného, která vysílá tenký svazek paprsků, jenž prochází předem určenou částí těla. Při tomto vyšetření se někdy používá kontrastní látka. Dodané informace projdou počítačem, který zrekonstruuje obraz na monitoru, a specialista může sledovat tento řez tělem z libovolného úhlu. Zobrazení jsou také ukládána, aby si lékař mohl udělat fotografie nebo měl možnost si informace vyvolat někdy v budoucnosti.

Problém tkví v tom, že když má teď lékař k dispozici počítačovou diagnostickou hračku, je pravděpodobnější, že si s ní bude chtít hrát. Ačkoli lékaři tvrdí, že CT snižuje potřebu dalších vyšetření, jako je rentgen mozku, arteriografie a chirurgické vyšetřovací metody, může to být šetření na nepravém místě. Nikdo nepochybuje o tom, že CT reprezentuje vrcholnou techniku 20. století; ta s sebou ale také nese daleko více rizik než většina dalších testů a zatěžuje nás daleko vyššími dávkami záření. V roce 1991 NRPB došla k závěru, že CT činí pouze 2 procenta všech rentgenových vyšetření ve Velké Británii, ale 20 procent celkového ozáření populace, a tak se stává největším jednotlivým zdrojem radiace z rentgenových přístrojů.[58] Toto nebezpečí vzrůstá, když nedokážete během vyšetření postát asi půl minuty bez pohnutí a test se musí opakovat. Velká Británie je v používání CT zatím konzervativní (hlavně proto, že přístroje jsou tak drahé); v Japonsku byla už v roce 1979 počítačovou tomografií vyšetřena osmina populace.[59]

Kromě toho, i když ranné studie prokázaly, že CT redukuje čas nutný pro získání diagnózy, pomáhá lékařům lépe pochopit onemocnění, ujišťuje je o jejich diagnóze nebo léčebném plánu a snižuje potřebu dalších vyšetření, velmi málo z nich dokazuje, že tyto informace nějak pomáhají při uzdravování, zkracují pobyt v nemocnici nebo dokážou zabránit smrti.[60] Jsou zde ještě otázky přesnosti. Navzdory nebezpečí vysokých dávek radiace u dětí, zvláště pro jejich pohlavní orgány, se CT často používá při diagnostice cerebrální (mozkové) herniace (vyklenutí části mozku kvůli mozkovému otoku – pozn. překl.), vzniklé po lumbální punkci, která se provádí při zánětu mozkových blan. Jedna studie ale zjistila, že u jedné třetiny dětí se herniace tímto vyšetřením nenašla.[61]

Přestože nebylo ve skutečnosti dokázáno, že by CT převážilo svou hodnotou cenu diagnostické hračky, každý navrhuje toto vyšetření velice hbitě a bez váhání. Pacienti, kteří měli epileptický záchvat, projdou CT pro vyloučení alkoholismu, aniž by se jich někdo předtím zeptal na jejich anamnézu.[62] Jak musí tuto pomůcku všichni milovat, když se používá dokonce i při výzkumu příčin obyčejného nachlazení; vědci dokládají, že pacienti zahrnuti do jejich studie měli (podržte se) překrvené sliznice.[63] O CT je již dlouho známo (ostatně i o rentgenu obecně), že vedle vyzařování megadávek radiace způsobuje též šedý zákal a jiné zákaly oční čočky, jako je třeba nukleární skleróza,[64] a může ovlivnit funkci štítné žlázy.[65]

MAGNETICKÁ REZONANCE

Nebezpečí kompjuterové tomografie a používání počítačů vedlo ke vzniku nukleární magnetické rezonance, ze které se vyvinula zobrazovací metoda známá jako magnetická rezonance (MR). Do tohoto relativně nového vyšetřovací postupu se vkládaly naděje jako do slibné alternativy k rentgenování, protože detailně zobrazuje měkké tkáně těla, především mozek a míchu.

Ačkoli se všichni původně domnívali, že ty pravé „obrázky", které poskytuje MR, vyloučí potřebu používat injekční barevné kontrasty, praxe je jiná. Kontrastní látky jsou nezbytné ke zjištění například mozkových nádorů. Na rozdíl od kontrastních materiálů používaných k CT, které obsahují jód, jsou látky vhodné pro MR magneticky aktivní.

V současné době jsou jedinými substancemi, povolenými americkým Úřadem pro potraviny a léky, cheláty, které obsahují vzácný prvek gadolinium. Jsou-li podány pacientovi injekčně do žil, působí podobně jako jodové kontrastní látky, ale předpokládá se o nich, že jsou daleko bezpečnější, neboť těžké reakce se objevují asi u 1 ze 350 000 pacientů.

MR se používá hlavně k posouzení stavu nervového systému, při podezření na mozkovou mrtvici, mozkové nádory, roztroušenou sklerózu, infekce, jako je zánět mozkových blan, epilepsii, vývojové poruchy mozku, jako třeba hydrocefalus (zvýšení objemu mozkomíšního moku a rozšíření mozkových komor – pozn. překl.), a při problémech s míchou nebo obratli. Magnetická rezonance je oproti CT výhodnější v tom, že lépe znázorní kontrast mezi tkáněmi, umožní vám získat obrazy z více rovin, není zdrojem žádného záření, používá bezpečnější kontrastní látky a dovolí zhodnotit cévy a temenní a čelní lebeční švy. Velkým krokem zpět je to, že musíte podstoupit mnohem delší vyšetření, a když se kdykoli během celého procesu pohnete, můžete všechny výsledky pokazit.

Do MR se vkládá naděje, že zpřesní diagnostiku roztroušené sklerózy; jedna studie pacientů s tímto onemocněním ukázala, že diagnóza této choroby byla určena s 95–99procentní přesností[66]

Ale i zde máme o přesnosti této metody spoustu pochybností. Podle lékařské učebnice o CT a MR bylo mnoho počátečních informací o schopnosti MR zobrazovat daleko podrobněji než CT „přehnaně optimistických". Veškerá původní vítězoslava, založená na individuálních případech pacientů, nebyla potvrzena pozdějšími většími studiemi, které využívají plnohodnotné vědecké metody. O ranných výzkumech se ukázalo, že nebyly dobře vedeny.[67]

O MR se následně ukázalo, že jeméně citlivá na odhalování časné rakoviny prostaty[68] nebo onemocnění koronárních arterií srdce.[69] V současnosti se zdá, že MR je lepší než CT při postiženích mozku a míchy pro její schopnost snímat záběry z vrcholku hlavy a přední části lebky a odkrývat jemné změny tkání. CT je však spolehlivější při zjišťování jakýchkoli druhů úrazů – třeba pohmoždění různých částí těla – a studiu kostí nebo kalcifikací.

Při MR jste umístěni do masivního cylindrického magnetu vážícího až 500 tun – dost velkého na to, aby se do něj vešlo celé tělo. Když jste uvnitř, spustí se magnet o rychlých pulzech, který vytvoří magnetické pole asi 50 000krát silnější, než je magnetické pole země.[70] Účelem toho je excitovat atomová jádra v buňkách organizmu. Vybuzená jádra produkují radiofrekvenční echa, která jsou počítačem převedena do formy obrazů.

Potíž je v tom, že dosud nikdo nic neví o případných dlouhodobých následcích procesu, při němž je lidské tělo vystaveno magnetickému poli, které je tak silné, že odpudí magnetické předměty až na druhou stranu místnosti. Dosud se pouze Národní výbor radiologické ochrany ozval s varováním, že magnetické pole má tepelné účinky a je schopné ovlivnit magnetické vlastnosti organizmu nebo poškodit tkáně.

Mikrobiolog Wendell Winter se svými kolegy z University of Texas Health Center v San Antoniu prohlásil, že expozice elektromagnetickým polím nemusí být zcela nevinná. Elektromagnetické pole nechali působit na různé živé objekty a zjistili, že je stimulován růst rakovinových buněk.[71]

Výzkum na kuřecích embryích prokázal, že jsou ohrožena vysokými teplotami: dlouhodobě exponované samice myší vykázaly změny v počtu bílých krvinek. Další studie na zvířatech ukázaly, že MR může být příčinou vrozených očních vad[72] a poškození uší.[73] Ve Státech zemřelo několik pacientů s kardiostimulátorem, když magnetické síly pozměnily jeho chod.[74]

Jedním z velkých problémů vyšetřování magnetickou rezonancí je klaustrofobie (strach z uzavřených prostor – pozn. překl.). Až jedna třetina pacientů měla při MR takovou klaustrofobii, že

se vyšetření muselo přerušit.[75] „Při magnetické rezonanci krku jsem se tak vyděsil, že jsem ztratil paměť," píše Jill z Aberdeenu. „Potom jsem celé dva týdny pořád křičel, házel sebou, nemohl psát, koktal jsem a měl noční můry. Bylo to 55 minut pekla – horší než dvě předešlá CT. Musí to úplně zmagnetizovat mozkové buňky."

Snad nejpodceňovanějším problémem, který radiofrekvenční pole MR způsobuje, je místní zahřívání tkání, nebezpečné především u malých dětí a pacientů při celkové anestezii.[76] Například v jednom souboru, vytvořeném z 10 amerických rentgenologických oddělení, z většiny vážných poškození, které měly vztah k vyšetření magnetickou rezonancí, převažovaly popáleniny.[77] Zahřívání může též způsobit mužům pozdější potíže s plodností, neboť spermie, zahřáté na teplotu lidského těla, zůstanou sterilní. Jedna studie zjistila, že průměrná teplota kůže šourku statisticky významně vzrostla v průměru o 2°C a největší změna byla 4°C.[78] Čtyři nezávislé studie potvrzují předmět Jillova sporu, že tato technika způsobuje ztrátu paměti.[79]

Národní výbor radiologické ochrany uzavírá, že magnetické pole o síle 2,5 tesla (T) je bezpečné pro všechny pacienty. O důkazech škodlivosti mezi 2,5 a 4 T se dá pochybovat, ale při 4 T a výše je možnost poškození pravděpodobná.

Jste-li těhotná, máte-li kardiostimulátor, kovovou endoprotézu, jako je umělá kyčel, ponechané kovové úlomky nebo kochleární implantáty z karbonových vláken, měli byste se MR vyhnout. Obzvláště implantáty se mohou buď pohnout, nebo se stanou předmětem tepelného účinku MR a přivodí nepříjemné pocity a místní poškození tkáně. Kov uvnitř těla je stejně jako každý jiný kovový předmět ve vyšetřovací místnosti nebezpečný tím, že se může stát smrtící střelou, jakmile se zapne MR přístroj. Nejvážnější publikované poranění při MR se přihodilo, když se v blízkosti magnetu vznesla kyslíková bomba a zasáhla pacienta do obličeje.[80]

Chce-li na vás lékař, abyste se podrobili celé této proceduře, měli byste se nejprve ujistit, zda odebral celou vaši anamnézu, neboť pravidla pro užívání MR se liší v závislosti na tom, kvůli čemu jste vyšetřováni. Podle odborníka na roztroušenou sklerózu (RS) doktora Patricka Kingsleyho stanovil každý rozumný a zkušený neurolog v době, kdy ještě nebyla dostupná taková věcička ja o MR, spolehlivou diagnózu RS na základě pacientových příznaků a anamnézy. Snad jediný důvod, kdy je dobré si pomoci magnetickou rezonancí, je případ, ve kterém chce neurolog vyloučit mozkový nádor, jenž by mohl být přístupný operačnímu řešení.

LABORATORNÍ TESTY

Vedle rentgenového vyšetření jsou laboratorní testy jakéhokoli typu předmětem těch největších omylů. Středisko pro kontrolu a prevenci chorob v Atlantě ve státě Georgia studovalo reprezentativní vzorek laboratoří po celých Spojených státech a zjistilo, že asi čtvrtina všech testů vykazuje špatné výsledky.[81]

Dokonce i článek v *The Lancet* zastává názor, že spousta běžných laboratorních diagnostických testů jsou ztrátou času a peněz.[82] A to včetně krevního obrazu a biochemického screeningu při příjmu do nemocnice. Jedna studie prý prokázala, že z rutinních krevních a močových testů byla nějaká choroba zjištěna pouze u šesti z 630 pacientů. V jiné studii, která zahrnovala 1000 pacientů z psychiatrického oddělení pro dospělé, přispělo testování krve a moče k diagnóze pouze z méně než 1 procenta; téměř tři čtvrtiny diagnóz byly stanoveny na základě anamnézy nebo fyzikálního vyšetření pacienta.[83]

Lékaři se nemohou dohodnout dokonce ani na hladinách krevního cukru u diabetiků. Skotská studie zjistila výrazné rozdíly mezi výsledky dvou testů – jeden měří v krvi uhlovodany a druhý pouze glukózu – užívaných ke kontrolám hladin krevního cukru a ke zjišťování, zda bylo dosaženo dobré kompenzace (uspokojivého vyrovnání hladin krevního cukru – pozn. překl.) cukrovky.[84]

TESTY NA HIV

Nejhanebnějším příkladem nespolehlivosti laboratorních testů užívaných k diagnostickým účelům je test na AIDS. Na enzy-

my vázaná imunosorbentní zkouška (ELISA) je nejčastěji používaným testem k zjištění HIV a je běžně považována za pozitivní důkaz, že jste infikováni HIV. K potvrzení diagnózy se často používá metoda zvaná Western Blot. Při testu ELISA se pacientova krev přidá ke směsi bílkovin. Vychází se z toho, *že když jsou v krvi přítomny protilátky proti HIV, budou reagovat s bílkovinami viru HIV přítomnými ve směsi.*

Důkaz, že HIV je příčinou AIDS, závisí plně na myšlence, že odhalení protilátkové odpovědi proti viru je průkazem jeho *aktuální přítomnosti. Lékaři předpokládají, že když organizmus* vyrábí protilátky specifické proti HIV, musí to znamenat, že bílkovina viru – a tedy i virus sám – je v krvi přítomen. Jinými slovy, takzvané testy na AIDS nemohou zjišťovat přímo samotný HIV, ale pouze přítomnost protilátek proti tomuto viru – obvyklou známku toho, že tělo přemohlo infekci a zvítězilo nad ní.

V testu Western Blot jsou izolované bílkoviny HIV zformovány do proužků; smíchají-li se s krevním vzorkem, ukáže každý proužek, jestli se na něj navázaly protilátky.

Kromě toho, že nemohou zjistit skutečný HIV, jsou tyto testy pověstné svou nespolehlivostí; podle australské biofyzičky Eleni Papadopulosové-Eleopulosové, která se oběma metodami zabývala velmi zevrubně, bylo v Rusku roku 1990 z 20 000 pozitivních ELISA testů potvrzeno Western Blotem jen 112.[85] Francouzská vláda považovala tyto testy za tak nespolehlivé, že nedávno stáhla devět z 30 dostupných diagnostických setů.

Další potíž spočívá v tom, že ani jeden test není pro HIV specifický; oba reagují s mnoha dalšími bílkovinami, vytvořenými jako odpověď na jiná onemocnění. Například bílkovina p24, všeobecně přijímaná jako důkaz existence HIV, se nachází u všech retrovirů, které v organizmu žijí a které nám nikterak neškodí. To znamená, že p24 není jedinečný pro HIV, jak opakovaně prohlašoval doktor Robert Gallo, spoluobjevitel viru HIV. Infekční žloutenka typu B a C, malárie, virové bradavice, příušnice, tuberkulóza, syfilis, lepra, to je jen několik infekcí, které jsou schopné vyvolat biologickou falešně pozitivní odpověď v testu ELISA.[86]

V jedné studii byly protilátky proti antigenu p24 odhaleny u 13 procent pacientů s papillomavirovými bradavicemi, které se jim rozšířily po celém těle, u 24 procent pacientů s kožní rakovinou a ve 41 procentech postižených roztroušenou sklerózou.[87] Ve studii vedené v roce 1991 se polovina pacientů s pozitivitou testu na p24 později stala negativní.[88]

Western Blot, o kterém se předpokládalo, že je z obou testů přesnější, není nakonec o nic lepší než ELISA. Doktor Max Essex ze Školy veřejného zdraví Harvard University (Harvardovy univerzity), velice vážený odborník na AIDS, zjistil, že Western Blot udal pozitivní výsledky u 85 procent afrických pacientů, u kterých se později ukázalo, že jsou HIV negativní. Navíc se svými spolupracovníky odhalil, že bílkoviny původců lepry – která infikuje miliony Afričanů – vykazují, podobně jako malárie, falešně pozitivní výsledky u testu ELISA a Western Blotu.[89] Při výzkumu venezuelských pacientů postižených malárií byl podíl falešně pozitivních výsledků u Western Blotu 25–41 procent.[90]

Když si uvědomíme, že hlavní „rizikové" skupiny AIDS – homosexuálové, toxikomani a nemocní s hemofilií – jsou vystaveni působení mnoha cizorodých látek, jako je sperma, drogy, krevní tranzfúze a krevní deriváty, hepatitis, virus Epstein Barrové, a dalších faktorů a nemocí, o kterých je známo, že způsobují falešnou pozitivitu u HIV testů, jde o poměrně zneklidňující situaci. I další populace, které jsou ohroženy větším počtem chorob, než je běžné (jako jsou Afričané nebo lékově závislí) produkují daleko vícerůzných protilátek než my ostatní, a proto je u nich pravděpodobné, že skončí s falešnými hodnotami.

Také při krevní transfuzi dochází k falešně pozitivním výsledkům HIV testů. V jedné studii bylo množství protilátek proti HIV, zjištěných testem ELISA, největší bezprostředně po krevní transfuzi, a potom pokleslo.[91] Jeden dobrovolník dostal ve čtyřdenních intervalech šest dávek darované HIV negativní krve. Po první aplikaci byl jeho test HIV negativní, ale s každou další transfuzí pozitivní protilátková odpověď na HIV vzrůstala.[92]

Největším problémem vyšetřování HIV je samozřejmě to, *že pozitivní výsledek testu na HIV vás odsoudí být na celý*

život HIV pozitivním. Když jste HIV pozitivní, znemožní vám to cestu k uzavření pojistky, ohrozí zaměstnání, sňatek, nebo dokonce i vstup do cizí země. HIV test může také u mnoha zdravých lidí roztočit neúprosné kolo „preventivní" léčby AIDS léky, jejichž četné, mnohdy život ohrožující vedlejší účinky mají úděsnou podobnost s řadou příznaků, kterými lékaři popisují HIV infekci nebo plně rozvinutý AIDS.

„ENDOSKOPICKÉ" METODY

Většina dalších vyšetření, se kterými se pravděpodobně setkáte, je daleko invazivnější, to znamená, že vám lékař bude něco vstřikovat nebo jiným způsobem pronikat do organizmu. Mezi ně patří taková vyšetření, jako je endoskopie nebo laparoskopie, při kterých je optická trubice neboli „endoskop" veden nějakým ústím vašeho těla, aby se lékař podíval na vnitřek příslušné tělesné dutiny – žaludku, plic, střeva nebo dělohy.

Jak se nedávno ukázalo, má endoskopie jeden velký háček v tom, že při ní přijde o život jeden z 2000 pacientů. Na tento špatný a odrazující poměr se přišlo díky speciálnímu výzkumu, který byl veden s cílem zjistit dlouhodobé účinky této techniky.[93] Studie zjistila, že pacienti umírali do 30 dnů po vyšetření, obvykle na srdeční nebo dechové komplikace. K těmto problémům dochází proto, že pacienti musí dostávat uklidňující léky, které umožní, aby při vyšetření stále komunikovali, ale necítili žádnou bolest. Musí být nicméně pečlivě sledováni; neodpovídající péče je příčinou 20 procent všech úmrtí v souvislosti s anestézií.

Dalším aktuálním problémem „skopií", jako jsou endoskopie a bronchoskopie, je vznik akutních infekcí, které se objevují v amerických nemocnicích díky neadekvátní sterilizaci endoskopů a bronchoskopů, tvořených ohebnými optickými vlákny. Endoskopy hrají svou roli i v případech vážnějších infekcí, jako je hepatitis B.[94]

Přístroje jsou čištěny a dezinfikovány buď ručně, což zabírá v rušných nemocnicích spoustu času, nebo ve vzrůstající míře

automatickými přístroji. Při vyšetřování případů infekce žlučníku, způsobené bakterií Pseudomonas aeruginosa, které se objevily v jedné americké nemocnici, zjistilo americké Středisko pro kontrolu chorob, že viníkem byl tlustý nános P. aeruginosa, který se vytvořil v nádržce na detergent, vodní hadici a větracích otvorech automatického dezinfekčního přístroje. Pokusy o dezinfekci přístroje komerčním glutaraldehydem, jak radí výrobce, byly neúspěšné.

Po druhém propuknutí infekce požadoval americký Úřad pro potraviny a léky (FDA), aby jedna z firem vyslala se svými výrobky do všech nemocnic bezpečnostního pracovníka, který by dohlížel na zavedení přísnějšího promývacího programu při čistění zařízení. FDA též přerušil další prodej těchto přístrojů až do doby, kdy bude problém s kontaminací vyřešen.

K jiným typům testů patří ty, při nichž jsou k vyšetření odebírány tělesné tkáně nebo tekutiny, jako jsou biopsie, aspirace kostní dřeně nebo lumbální punkce. Asi pětina lumbálních punkcí vede k poranění. Ačkoli se vždycky předpokládalo, že se to stává pouze mladým lékařům, nyní se ukázalo, že k těmto chybám dochází všeobecně, dokonce i když výkon provádí velmi zkušení praktici.[95]

Lumbální punkce se používá při diagnostice bakteriálního zánětu mozkových blan u dětí, nejnebezpečnější formy tohoto onemocnění. Výzkum nyní ale ukazuje, že po lumbální punkci mají děti 30krát větší pravděpodobnost mozkové herniace, tragické komplikace bakteriální meningitidy, která s sebou nese vysoké riziko úmrtí nebo závažného poškození.[96]

Co se týče biopsií, při kterých je odebírán vzorek tkáně za diagnostickým účelem při podezření na rakovinu, začínají si lékaři uvědomovat, že i přesto, že je celý tumor vzápětí odstraněn, může takové kurýrování způsobit rozšíření nádoru. „Právě takovou biopsií metastázy, která byla diagnostikována ‚místním' nabodnutím jehlou, považuji odpovědnou za smrt své milované ženy Geeny, která zemřela v padesáti letech," píše Conor z Irska. „Geena zářila, sportovala a aktivně pracovala na zahradě. Léčila se alternativními metodami

a se svou rakovinou bojovala obdivuhodným způsobem." Pokračuje:

Byla však přinucena k chirurgické biopsii, které jsme se sice báli, ale náš strach lékaři arogantně odmítli a ujistili nás, že toto vyšetření nepřináší žádné riziko; zdůraznili potřebu okamžitě lokalizovat primární nádor, aby mohla začít „neodkladná léčba".

Bohužel, lékařská dogmata zvítězila nad našimi instinkty a zdravým rozumem a biopsie byla provedena. Výkon způsobil, že se nádor (na jejím krku) rychle rozšířil.

Byl jsem svědkem otřesné zkušenosti. O dva měsíce později byla zahájena radioterapie, aby zabránila růstu tumoru. Po jednom, dvou dnech „léčení" začalo Geenu bolet břicho. Když v září léčba skončila, její stav se rychle zhoršoval.

Pár týdnů nato byla provedena akutní hysterektomie jako léčba toho, co bylo nakonec rozpoznáno jako rakovina vaječníků.

Operace nemohla odstranit celý nádor: to, co zůstalo, se šířilo jako oheň. Chemoterapie, která byla „stéblem pro tonoucího", byla příliš slabá na to, aby tomuto rozšíření zabránila. Geena zemřela 23. listopadu.

Před dvanácti lety zemřel můj otec za necelé dva týdny po „běžném" bioptickém vyšetření plic.

Vzhledem k tomu, jak významné nebezpečí a možnosti chyb nejrůznější testy přináší, je pro vás životně důležité, abyste se takovému vyšetřování pokud možno vyhnuli – dokonce i tomu zdánlivě nejšetrnějšímu – s výjimkou situací, kdy by bylo pro váš život opravdu nezbytné. Trvejte na podrobné anamnéze a fyzikálním vyšetření ještě předtím, než podstoupíte nějaký test. Častokrát získá lékař dobrou anamnézou dost informací dřív, než mu je poskytnou běžné testy. A nakonec – rozmyslete si dvakrát, jestli půjdete na pravidelnou preventivní prohlídku, když se zrovna cítíte naprosto zdraví.

TESTOVÁNÍ TESTŮ

Než budete souhlasit byť s tím nejjednodušším testem, třeba i takovým, jako je vyšetření krevního tlaku, dejte lékaři některou z následujících otázek:

- **Potřebuji skutečně toto vyšetření?** Není možné získat stejnou informaci jiným, bezpečnějším způsobem (jako třeba podrobným rozhovorem a fyzikálním vyšetřením zkušeným doktorem)?
- **Co mi poradíte, když dopadnou mé testy dobře/špatně?** Jestliže lékař nemůže s abnormálním nálezem nic udělat, proč tedy tento test provádět?
- **Jaká jsou rizika tohoto vyšetření? A léčby?** I v tomto případě si dejte práci s vyhledáním informací v lékařských časopisech nebo se přímo kontaktujte s výrobcem testu *(viz str. 260–262, kde najdete více rad, jak si provést vlastní průzkum).*
- **Jaká je kvalifikace specialistů (a kolik asi hodin jsou už ve službě v době, kdy vám test provádějí)?** Jestliže vás vyšetřuje sekundární lékař na konci své 72hodinové směny, je moudřejší, budete-li trvat na zkušenějším – a odpočatém – kolegovi, který by zařízení obsluhoval.
- **Kdy byla naposledy kontrolována bezpečnost / kalibrace přístroje?** Tato otázka je obzvláště případná v systému zdravotní péče, ve kterém se ve vzrůstající míře omezují výdaje.
- **Jak velkou dávku (řekněme radiace nebo ultrazvuku) obdržím?** Máte k dispozici nějaké ochranné pomůcky (štíty v případě rentgenu), které mohu použít? Ochranná zástěra, kterou budete mít oblečenou při rentgenování zubů, zabrání, aby byl zároveň „ozářen" i zbytek vašeho těla.

- **Není možné využít výsledky dřívějších testů, abych nebyl vystaven dalšímu riziku?** Naléhejte, aby měl zubař vaše rentgeny zařazené v dokumentaci. A když se přestěhujete, trvejte na tom, aby byly odeslány k vašemu novému zubnímu lékaři. Jestliže to váš bývalý zubař odmítá, požádejte na základě svého znepokojení nad nedodržováním „omezené dávky" o intervenci Community Health Council (u nás analogicky odboru zdravotnictví okresních úřadů – pozn. překl.).
- **Jaká je reálná možnost, že mám chorobu, po které pátráte?** Jestliže je vám patnáct, nikdy jste neužívala hormony a lékař vám navrhuje mamografii k vyšetření bulky v prsu, je riziko testu daleko větší než pravděpodobnost, že máte rakovinu prsu.

Veškeré ordinování různých testů předpokládá, že máte v prvé řadě příznaky, kvůli kterým jste navštívili svého lékaře. V současné době je více než pravděpodobné, že vám lékaři budou choroby hledat ještě dříve, než se budete cítit jakkoli špatně – ale nikdy k tomu nesmí dojít od okamžiku, kdy je vám přiřčena „diagnóza" těhotenství.

3

PRENATÁLNÍ VYŠETŘOVÁNÍ:

MRTVÁ JISTOTA

OD OKAMŽIKU, KDY VÁM VYNECHÁ MENSTRUACE, vás lékařská věda začne ujišťovat, že nebudete schopna donosit své dítě, jestliže se nepodrobíte celé řadě prenatálních testů, které jsou údajně jen k tomu, „abyste byla klidná". Ve skutečnosti mají tato vyšetření opačný účinek. Například podle lékařů měla mít moje dcera Caitlin Downův syndrom. Kdybych poslechla odborníky a jejich vyšetřovací metody, mohla jsem potratit a ztratit ji s pomocí vysoce technicky vyspělého umělého přerušení těhotenství. Vzpomínka na to mi vyvolává mrazení v zádech.

Přestože jsem své první dítě počala v poněkud vyšším věku (37), pevně jsem odolávala všem doporučením na ultrazvuk a amniocentézu, protože jsem se bála všech jejich známých i neznámých rizik.

Když jsem však byla 16 týdnů těhotná, tak mi můj lékař, který respektoval mé odmítnutí amniocentézy, navrhl, abych si nechala nabrat běžný těhotenský test na alfa-fetoprotein (AFP). Vyšetření měří hladinu AFP produkovaného plodem a přítomného v matčině krvi.

Test je určen k vyhledávání dětí se vzácnými vrozenými vadami neurální trubice, jako je spina bifida (rozštěp páteře – pozn.

překlp, která se projeví „vysokými" hladinami AFP. Ačkoli se o tomto vyšetření jako o diagnostickém testu pro Downův syndrom původně neuvažovalo, nyní se zdá, že nízké hladiny jsou spojeny se zvýšeným rizikem tohoto postižení.

„To je čistě jen pro uklidnění," sliboval mi lékař.

Protože šlo pouze o odběr krve z paže a ne o invazi do dělohy, jako je tomu u všech ostatních těhotenských testů, nechala jsem se přemluvit. Koneckonců jsem měla nádherné těhotenství. Byla jsem přesvědčená, že mám zcela zdravé dítě. Nyní to budu vědět najisto. Co tedy můžu ztratit?

Asi tak za týden mi zavolala sekretářka mého lékaře a požádala mě, abych mu zatelefonovala. „Co se děje? Už přišly výsledky?" ptala jsem se s obavami.

„Právě o tom chce s vámi mluvit."

Celou mučivou půlhodinu jsem stála u telefonu a čekala, až ho zastihnu. Když jsem se mu dovolala, slyšela jsem slova, na která bych nikdy nebyla pomyslela: „Výsledek AFP testu je hraniční."

Dala jsem se do hysterického pláče a až za pět minut jsem se dostatečně zklidnila, abych se ho zeptala na to, co jsem sama věděla až moc dobře.

„Je zde nepatrná možnost Downova syndromu."

Na zbytek rozhovoru se již příliš nepamatuji. Lékař byl na mě hodný a chvíli se mě pokoušel uklidňovat – mohli bychom to zjistit kombinací amniocentézy a ultrazvuku; spojení těchto dvou testů je poměrně přesné: všechny ostatní hraniční situace, které řešil, vždycky dopadly dobře.

Nakonec jsem se ovládla a řekla, že mu zavolám později. Nějaká sekretářka mi vytáhla muže ze schůze, abych mu oznámila tu novinu, a jakmile dorazil domů, zvažovali jsme všechny své možnosti. Mohli jsme projít celou sérií testů včetně ultrazvuku a amniocentézy a riskovat potrat zcela zdravého dítěte nebo jeho poškození – oba jsme znali nebezpečí tohoto postupu. Pak jsme diskutovali o důsledcích výsledků testu, který měl potvrdit, že nosím handicapované dítě.

Byli jsme postaveni před rozhodnutí, zda potratit pětiměsíční plod – ne nějakého fazolovitého pulce, ale dokonale vytvořenou, téměř životaschopnou lidskou bytost. Znamenalo

to užít si celý porod a přivést na svět mrtvé dítě, nebo, kdyby se ho nepodařilo vytlačit, nechat si to tělíčko odstranit kousek po kousku.

Pohlédla jsem na své břicho. Pro mě tohle prostě nebyla možnost, o které bych mohla uvažovat, bez ohledu na to, jak dalece poškozené by to dítě mohlo být, takže celá ceremonie kolem AFP byla naprostá ztráta času. Když nejste odhodlaná potratit deformovaný plod, nemásmysl tyto testy absolvovat.

V tu chvíli jsem medicínu nenáviděla, protože vytvářela situace, řešitelné pouze zásahy na vysoké technické úrovni, po kterých jsem vůbec netoužila. Pomyslela jsem si, že kdybych si nikdy nebyla nechala dělat AFP test, nemusela bych nikdy přemýšlet o tom, zda mám vystavit své dítě sérii možná i škodlivých vyšetření pouze proto, abych zahnala pochybnosti, které vznikly následkem prvního testu.

V našich myslích v podstatě byla jenom jediná rozumná cesta: ignorovat test a poslechnout vlastní srdce, která nám říkala, že dítě je zdravé.

To bylo naše rozhodnutí. Zavolala jsem svému lékaři, abych mu to řekla, a já a můj manžel jsme o testu již nikdy více nehovořili. Nakonec vše dopadlo tak, jak má být, a my jsme byli traumatizováni pro nic za nic. Test byl špatný. V termínu jsem porodila naprosto normální, zdravé dítě.

Navzdory krásným řečem porodníků o skvělé lékařské technice není většina těhotenských vyšetření nic víc než rituální nesmysl.

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ

Vyšetření ultrazvukem je test, jenž bude s největší pravděpodobností neúprosně následovat po vyšetření moče, kterým se v prvé řadě potvrdí vaše těhotenství. Většina žen se dnes může chlubit obrázky svých dětí v děloze už ve stadiu, kdy nejsou o nic větší než pulci. Zobrazování pomocí ultrazvuku se rozvinulo během druhé světové války za účelem stopování nepřátelských ponorek a v 70. letech začalo být používáno pro lékařskou diagnostiku, a nakonec i v těhotenství.

V průmyslu zobrazovacích metod je ultrazvuk znám jako oblast největšího růstu, s přístroji, jejichž výrobci se těší 20procentnímu nárůstu prodeje během několika posledních let, a s asi 60 až 90 miliony vyšetření, které jsou každýrok provedeny.[1]

Ačkoli toto vyšetření bylo původně plánováno pouze pro vysoce riziková těhotenství, je v současné době považováno, jak se jednou vyjádřil profesor New York's Columbia University Harold E. Fox, za rovnocenné k „fyzikálnímu vyšetření plodu in utero"[2] a za určitou záruku zdravého dítěte.

Ve Velké Británii a Spojených státech říkají lékaři všeobecně všem těhotným ženám, že ultrazvuk je stejně neškodný jako televizor. Oficiální názor Královské společnosti porodníků a gynekologů praví, že intenzita vlnění, která se běžně při zobrazování používá, je „pravděpodobně" bezpečná. Porodníci si touto otázkou příliš hlavu nelámou, protože když dnes všude kolem nás chodí 50 milionů lidí, kteří byli během nitroděložního života zasaženi ultrazvukem, a když neexistuje žádná laboratorní práce, která by dokázala úskalí ultrazvuku, tak musí být všechno v pořádku.[3] Pravdou je, že o zvuku velmi krátkých pulzů, které vytvářejí echa a potažmo i obrázky na monitoru, když narazí do měkkých tkání (je to 1000 pulzů za vteřinu, každý trvá miliontinu vteřiny), se nikdy definitivně neprokázalo, že by způsobovaly zahřívání nebo popraskání buněk v tkáních lidských plodů.[4]

Tento postoj však přehlíží vzrůstající množství lékařských důkazů svědčících o opaku. A těch je tolik, že všechny americké regulační orgány, jichž se to týká, naléhají na porodníky, aby nepoužívali ultrazvuk jako rutinní vyšetření.

Nadšené a nekritické přijetí této nové techniky připomíná to, co se stalo ve Spojených státech s diethylstilbestrolem (DES), zázračným lékem padesátých let, o kterém se předpokládalo, že dokáže zabránit potratu. Vedlejší účinky léku se projevily až po třiceti letech ve formě reprodukčních problémů a takoviny dospělých potomků léčených žen.

Skutečnost je taková, že každá žena, které byl proveden ultrazvuk v těhotenství, se *účastní jednoho z největších experimentů* v historii lékařství. Regulační orgány ve Velké Británii

i v Americe schválily používání ultrazvuku, aniž by byly provedeny jakékoli dlouhodobé studie, a tak veřejnost přesvědčují o tom, že je to bezpečná metoda.

„Dosud žádná dobře vedená studie ještě nedokázala, že by rutinní zobrazování pacientů před jejich narozením vedlo k zlepšení jejich stavu po narození." To bylo oficiální stanovisko Americké společnosti porodníků a gynekologů (ACOG) v roce 1984.[5] V roce 1988 na londýnské schůzi, pořádané společně Královskou společností pro medicínu a ACOG, přiznalo několik špičkových porodníků, včetně výkonného ředitele ACOG, že z osmi větších studií, pokoušejících se vyhodnotit přínos ultrazvuku, „žádná neprokázala, že by běžné používání zlepšovalo stav matky či plodu s výjimkou případů, kdy byl diagnostický ultrazvuk užit pouze v případě zdravotních indikací."[6]

S tím souhlasí mnohé americké vládní orgány, včetně Národního institutu pro zdraví dítěte a studijní skupiny Vývoj člověka (Human Development), náměstek ředitele Úřadu pro technické posudky amerického Kongresu a čelný epidemiolog Střediska pro kontrolu chorob, nejdůležitějšího amerického epidemiologického centra.

Třebaže studie o účincích ultrazvuku byly zahájeny na přelomu osmdesátých a devadesátých let, potvrdily dřívější podezření. Dva švýcarští vědci provedli analýzu všech vědeckých (to znamená randomizovaných a řízených) studií ultrazvukového zobrazování, aby zhodnotili jeho účinek na stav matky a plodu po porodu. Jejich závěr zní: ultrazvuk nemá ani v nejmenším vliv na konečný stav zdraví dítěte. To znamená, že nezvyšuje počet živě narozených dětí nebo nepomáhá rodit méně problémových dětí.[7] Příčinou toho, že ultrazvuk nepřináší žádné rozdíly v počtu živě narozených, je ten, že děti, které jsou potraceny po ultrazvukovém vyšetření, vykazují hrubé malformace a jsou to obvykle ty, které by tak jako tak zemřely během těhotenství nebo krátce po narození.

Jediným vhodným důvodem pro použití ultrazvuku, jak vědci usuzují, je *vyloučení závažných* vrozených vývojových vad – a ne ujištění, že dítě je „v pořádku", jak se to obvykle

většině žen bez nějakých podezřelých příznaků neurčitě vykládá.

Výzkum 15 000 amerických žen také nezjistil „žádné statisticky významné rozdíly v procentu nežádoucích perinatálních stavů (úmrtí plodu či novorozence nebo podstatná novorozenecká nemocnost)" mezi skupinou ultrazvukovanou a kontrolní. Počet nezralých dětí byl stejný v obou skupinách, stejně jako množství vícečetných těhotenství, přenášených a nedonošených dětí.[8] Jak uzavírá doktor Richard Berkowitz z New Yorského Mount Sinai Medical Center: „Žádná až do dneška publikovaná studie neprokázala účinek na konečný stav těhotenství u většiny žen s nízkým rizikem."[9]

Ve skutečnosti některé studie ukazují, že s ultrazvukem se zvětšují vyhlídky, že své dítě potratíte. Sledování v Queen Charlotte's and Chelsea Hospital v Londýně zjistilo, že ženy, které měly Dopplerův ultrazvuk (název se užívá pro označení principu, díky němužse ultrazvuk využívá a který vynalezl rakouský fyzik a matematik Chr. J. Doppler v první polovině tohoto století – pozn. překl.), vykazovaly větší pravděpodobnost, že své dítě potratí, než ženy, které absolvovaly pouze standartní péči (17 úmrtí ve srovnání se 7).[10]

Důkazy nás jasně přesvědčují, že pro normální těhotenství nepřináší ultrazvuk žádné dobro. Ale způsobuje vystavení embrya ultrazvuku v nejcitlivějším stádiu vývoje nějaké přetrvávající poškození? Z nových studií vyplývá, že ultrazvukové zobrazování může být skutečně příčinou drobného poškození mozku. Podle norského výzkumu 2000 dětí, uskutečněného Národním centrem pro fetální medicínu v Trondheimu, byla u dětí vystavených běžnému ultrazvukování o 30 procent vyšší pravděpodobnost, že budou leváky, než u dětí, které vyšetřeni nepodstoupily.[11] Důkazy z Austrálie ukazují, že časté zobrazování zvyšuje podíl novorozenců s malou porodní váhou o třetinu, z čehož vyplývá větší počet malých dětí.[12] Podle kanadského výzkumu způsobuje ultrazvuk též opoždění řeči. Profesor James Campbell, odborník v oboru ušního, nosního a krčního lékařství z Alberty v Kanadě, srovnával skupinu 72 dětí, které měly potíže s mluvením, s podobnou skupinou, která žádné takové problémy neměla. Zjistil, že většina dětí s opožděním řeči byla exponována v děloze ultrazvuku, zatímco děti s normální mluvou z velké části ne. „Vysvětluji si to tak, že vlivem ultrazvukových vln dochází k drobným mikroskopickým změnám ve vyvíjející se nervové tkáni," uzavírá.[13]

Tato zjištění jsou alarmující zvláště proto, že ženy v této studii měly během celého těhotenství pouze jeden ultrazvuk. Většině těhotných žen v Británii a Severní Americe jsou provedeny minimálně dva ultrazvuky a ostatním, u kterých se ukáže být jen náznak nějakého problému, mnohem více.

V závěru australské studie autoři upozorňují, že by bylo „rozumné omezit taková vyšetření na situace, pro které by měly vytěžené informace s určitou pravděpodobností nějaký přínos".[14]

Zvířata po expozici dávkám, ekvivalentním současným diagnostickým úrovním, jevily opožděný vývoj nervové a svalové soustavy, změny emočního chování a nižší porodní váhu.[15] Hlodavci vystavení ultrazvuku vysoké intenzity měli též nízkou porodní váhu a nervové poškození.[16]

Podle jedné studie vykázaly děti, jimž byl v nitroděložním životě prováděn ultrazvuk, vyšší výskyt dyslexie (poruchačtení – nepochopení smyslu psaného slova – pozn. překl.).[17] Matky, jejichž děti byly vyšetřovány ultrazvukem, přiznávaly 90procenmi nárůst pohybů, o jehož důsledcích pro budoucí vývoj se můžeme jen dohadovat.

Pokusy prováděné v laboratoři poskytují klíč k pochopení, jak nás může ultrazvuk poškodit. Víme, že sonografie má dva zásadní biologické účinky: zahřívání a kavitaci (vytváření bublin, které se zvětšují a zmenšují v souladu se zvukovými vlnami). Víme také, že ultrazvuk způsobuje rázové vlny v tekutině, ale nevíme, zdali se to děje též v lidských tkáních – nebo v tomto případě v plodové vodě. Konečně ani nevíme, zdali jsou jeho účinky kumulativní – to znamená, jestli narůstají vícečetnými expozicemi nebo delším trváním. To je v současné době důležité hledisko, protože lékaři zcela běžně ordinují ultrazvuk vícekrát u jedné pacientky. Jeho účinky mohou souviset i s elektronickým fetálním monitorováním, jehož základem je ultrazvuk (i když jen v tisícině intenzity, používané při zobrazování), který snímá srdeční ozvy dítěte

během první a druhé doby porodní a často setrvává soustředěn do jednoho bodu po celých 24 hodin.

Analýza studií in vitro ukazuje, že ultrazvuk vyvolává poškození buněk a změny DNA. Nejcitovanější jsou studie rentgenoložky Doreen Liebeskindové z newyorské Albert Einstein College of Medicine. Suspenzi buněk vystavila na dobu 30 vteřin ultrazvuku o nízké intenzitě pulzů a zaznamenala změny ve vzhledu buněk a jejich pohyblivosti, v DNA, abnormální růst buněk a chromozomů, přičemž některé změny se přenášely na následující buněčné generace. V dokumentárním filmu o výsledcích práce doktorky Liebeskindové vidíme normální buňky s kulatými okraji, pohybující se více méně po dvojicích. Po expozici ultrazvuku se začaly buňky „zneklidňovat a kroutit" a zaplétat jedna s druhou, napsala Doris Haireová, prezidentka Americké nadace pro zdraví matky a dítěte, jedna z nejhlasitějších a nejlépe informovaných kritiček rutinního používání ultrazvuku.[19] Robert Bases, přednosta rentgenologie v Albert Einstein College, kritizující to, co nazývá „ohromujícím množstvím biologických účinků ultrazvuku popsaných od roku 1950 ve více než 700 publikací", řekl, že nálezy doktorky Liebeskindové byly potvrzeny čtyřmi nezávislými laboratořemi.[20]

Doktorka Liebeskindová sama teoretizuje, že tyto buněčné změny mohou mít vliv na vyvíjející se mozek. „Může jít o nějaké drobné nebo opožděné účinky na spojení nervových buněk, nebo jiné následky, které nejsou patrné ihned, ale projevil se až později," říká.[21] Doktorka Liebeskindová i jiní věří, že studie in vitro mohou pomoci vymezit přesně ty sotva patrné účinky na člověka, po kterých by měli epidemiologové pátrat. „Já bych hledala v oblasti možných změn chování – v reflexech, IQ, v rozsahu pozornosti," uvedla.[22]

Mezinárodní porodnická vzdělávací asociace (ICEA) trvá na tom, že ultrazvuk má s největší pravděpodobností vliv na vývoj (chování a neurologický), krevní buňky, imunitní systém a genetickou výbavu dítěte – tento názor byl potvrzen nedávnými výzkumnými materiály o váze a vývoji ultrazvukovaných dětí.[23]

Ukázalo se také, že ultrazvuk ovlivňuje i organizmus matky. Britská studie dokazuje, že ultrazvukové vyšetření vaječníků může u matky vyvolat předčasnou ovulaci.[24] Byly též publikovány zprávy, že ultrazvuk je schopen poškodit mateřské erytrocyty (zralé červené krvinky) a zvýšit hladinu choriogonadotropního hormonu (hormonu, který pomáhá udržovat těhotenství).[25] Ani v tomto případě si nejsme zcela jisti, co to znamená, a jestli má žena větší riziko, že po ultrazvukovém vyšetření potratí.

Navzdory ujišťování britské Královské společnosti porodníků a gynekologů trvá každý významnější americký vládní úřad na tom, aby se ultrazvuk nepoužíval u těhotných žen rutinně. FDA, Americká lékařská společnost, ACOG a Úřad pro ochranu zdraví vůči záření – všechny tyto organizace upozorňují lékaře, aby užívali ultrazvuk jedině v indikovaných případech (řekněme při hledání příčiny nevysvětlitelného poševního krvácení) – jenže to je házení hrachu na zeď. Upozorňují také, že neexistuje žádný výzkum, který by dokazoval, že tento diagnostický test je bezpečný. Úřad pro ochranu zdraví vůči záření například prohlásil: „Ačkoli podstatná část současných výzkumných prací neuvádí, že by diagnostický ultrazvuk představoval akutní riziko pro lidské zdraví, neospravedlňuje nás to dostatečně k tomu, abychom laicky souhlasili s jeho bezpečností."[26]

Vedle otázky bezpečnosti zde máme ještě značně velké pochybnosti o přesnosti. Vyšetření přináší závažné riziko, že naznačí problém, který neexistuje, nebo naopak nezachytí opravdovou chorobu. Jedna studie nalezla „vysoký počet" falešně pozitivních výsledků: u 17 procent těhotných žen, které byly vyšetřeny ultrazvukem, se zjistilo, že mají malé děti, ale jen u 6 procent tomu tak skutečně bylo – míra chyb byla téměř jedna ku třem.[27] Další výzkum z Harvardu ukázal, že mezi 31 00 zobrazenými bylo 18 dětí chybně označeno za abnormální a 17 problémových plodů bylo přehlédnuto.[28]

K dispozici je ještě třetí výzkum ze Švýcarska, který shromáždil výsledky všech studií o ultrazvuku a uzavírá, že u 2,4 z 1000 žen byla stanovena nesprávná diagnóza malformované-

ho plodu. Tento velký počet chyb vyvolává u rodin, které se rozhodnou pro pozdní potrat poté, co ultrazvuk ukáže, že jejich dítě má rozštěp páteře, depresivní reakci[29] Švýcarští vědci docházejí prakticky k závěru, že zanedbatelný přínos ultrazvukového zobrazování (které nikterak nezlepšuje stav dítěte na konci těhotenství) nestojí za to, aby se těhotné ženy vystavovaly „riziku falešných diagnóz" vývojových vad.

Není tomu tak dávno, co byl britský tisk plný zpráv o ženách, které mohly potratit zdravé děti kvůli nepřesným vyšetřením. Jedna z nich píše o Jacqui Jamesové z Brierley Hill ve West Midlands, 24leté matce dvou dětí, které bylo řečeno, že ultrazvuk, provedený v birminghamské Maternity Hospital v 27. týdnu těhotenství, ukázal, že její třetí dítě řádně neroste a má pravděpodobně poškozený mozek. Když to doma prodiskutovala, měla pocit, že jí nezbývá nic jiného než potrat. Protože byla těhotná již více než 6 měsíců, byl „potrat" proveden císařským řezem. Avšak o děvčátku, které přežilo operaci trvající 45 minut, se později ukázalo, že je dokonale zdravé.[30]

Ultrazvuk může být užitečný na úplném konci těhotenství, kdy může potvrdit podezření na takové stavy, jako je placenta praevia (nízko položená placenta, která je v pozdním těhotenství smrtelně nebezpečná), nebo polohu dvojčat. Jinak je jediným odůvodněním pro zobrazování těch nejběžnějších těhotenství uspokojení naší zvědavosti a pokus poodhalit roušku tajemství života.

Vedle podstatného rizika technologie samotné spočívá další nebezpečí i v nezkušeném odborníkovi, který vám může podat nepřesné údaje. „Moderní sonografie je zamořena rostoucím počtem neškolených praktiků, z nichž někteří se sami označují jako ‚prvotřídní odborníci', jen aby omluvili svoji neznalost," praví článek v Radiology, lékařském časopise, který se specializuje na rentgenové a sonografické techniky.[31] V téměř třetině sledovaných ordinací neměli specialisté jiné školení, než které získali od jiného lékaře.[32] To je absolutní výsměch doporučení ACOG, aby technici absolvovali celý akreditační výcvikový program a lékaři aby získali tříměsíční teoretické školení, následované dvouměsíční praxí dřív, než začnou nabízet své diagnostické služby.

SLEDOVÁNÍ PLODU BĚHEM PORODU

New England Journal of Medicine po prošetření sedmi velkých studií neochotně přiznává, že tato forma ultrazvukového vyšetření nemá pro novorozence žádný přínos, dokonce ani pro děti nedonošené. Po prozkoumání faktů Journal uznal, že tento výzkum byl posledním důkazem skutečnosti, že fetální monitorování (sledování plodu – pozn. překl.) nemá pro snížení pravděpodobnosti narození mrtvého plodu (po 28. týdnu těhotenství – pozn. překl.), zlepšení nízkého skóre Apgarové (číselné hodnocení základních projevů vitálních funkcí dítěte ihned po narození – pozn. překl.) nebo zmírnění neurologických problémů u vysoce rizikových dětí žádný význam. Pouze zvyšuje vyhlídky, že ženě budou muset udělat císařský řez.[33] K těmto závěrům dospěla studie, uskutečněná v několika lékařských centrech ve státu Washington, která zkoumala široce rozšířený názor, že vysoce rizikové děti, které jsou elektronicky monitorovány, umírají méně často a mají lepší výsledky než děti s nižším rizikem, které jsou sledovány prostým poslechem (porodnickým stetoskopem nebo jinými akustickými pomůckami). Výzkum, který sledoval nedonošené děti v několika nemocnicích, zjistil, že monitorované děti nemají lepší šanci na přežití než ty, které jsou kontrolovány obyčejným poslechem. Metoda byla definitivně pohřbena velkou kalifornskou studií, která zjistila, že úroveň falešně pozitivních výsledků – hlásících problém tam, kde ve skutečnosti žádný není – je alarmujících 99,8 procenta, je jichž důsledkem jsou tisíce zbytečných císařských řezů.[34]

Bývalý přednosta Jednotky perinatální péče v Oxfordu Iain Chalmers veřejně prohlásil, že velké, řádně provedené studie ukázaly, že úmrtnost u dětí sledovaných pomocí techniky je vyšší než u dětí z kontrolních souborů.[35]

„Přehled tohoto materiálu byl poprvé publikován před osmi lety," napsal Chalmers,[36] „a od té doby mnozí stále opakují, že nemáme dostatek důkazů, které by podpořily používání této široce přijímané formy porodnické vyšetřovací techniky."[37]

Jde totiž o takový typ důkazů, že je ze zřejmých důvodů někteří porodníci raději přehlížejí."

Vyjma případu, že by u vás bylo podezření na dvojčata nebo vcestné lůžko, by bylo moudřejší automaticky ordinované ultrazvukové vyšetření odmítnout, obzvláště před 20. týdnem těhotenství, kdy se plod ještě formuje.

AFP TESTY

Většina dalších nových prenatálních vyšetření je určena ke zjišťování Downova syndromu. Ta nejnovější byla vymyšlena tak rychle, jako by se některým z těch starších už nedalo věřit – přesto, že se nezdá, že by mezi těmito vyhledávacími testy byly nějaké rozdíly. Přes 300(0 amniocentéz a 3000 biopsií choriových klků, provedených každoročně ve Velké Británii, je objeveno pouze 20 procent dětí s Downovým syndromem. Může to souviset s faktem, že 70 procent takto postižených dětí se rodí mladším matkám, kterým se tyto testy neprovádí – faktem, který podkopává myšlenku, že ke vzniku Downova syndromu dochází jedině následkem „unavených vajíček" relativně starších matek.

Skutečnost je taková, že navzdory snahám medicíny chránit matky od rození dětí s Downovým syndromem výskyt tohoto postižení vzrůstá. Důvod to může mít ten, že testy – většinou amniocentéza nebo hladina alfa-fetoproteinu – buď tento stav neodhalí, nebo se rodiče rozhodnou, že si takto postižené dítě ponechají.

Nejzávažnější riziko, že budete čelit problému deformovaného nebo retardovaného dítěte, může plynout z diagnostických testů samotných.

AFP TEST

Dříve než dáte souhlas k amniocentéze nebo biopsii choriových klků, vám pravděpodobně bude, stejně jako mně, ordinován AFP test nebo „trojitý test", který vznikl na University of

Leeds, aby vyloučil pokročilý matčin věk jako údajně jediný rizikový faktor, že matka dá život dítěti s Downovým syndromem.

Nikdo nemůže pochybovat o tom, že průměrný počet chyb testu na alfa-fetoprotein je děsivý. Jen já sama mám zkušenost s minimálně třemi přítelkyněmi či známými, které měly falešně pozitivní hodnoty AFP testu. Podle pisatelky Helen Klein Rossové lékaři uznávají, že při prvním záchytu dochází k chybným, abnormálně vysokým hodnotám ve 3–4 procentech. „To znamená, že z každých 2000 žen, kterým bude test proveden," říká, „jich bude mít 100 abnormální hodnoty, ale pouze 1 nebo 2 ženy budou mít dítě s tímto vrozeným defektem."[38]

A to by tento odhad nepřesnosti mohl být docela umírněný. Jedna studie, provedená v roce 1982, vypočítala podíl selhání až na 20 procent.[39]

Podle zesnulého doktora Roberta Mendelsohna, jednoho z prvních, který věnoval problémům tohoto testu pozornost ve svém americkém bulletinu *The People's Doctor*, produkuje toto vyšetření i falešně negativní výsledky, jak je to doloženo v článku časopisu *The Lancet*, který se zabýval dvěma dětmi narozenými s defekty páteře, ačkoli jejich matky měly normální hodnoty AFP.[40]

Podle Helen Rossové AFP testu „unikne asi 40 procent případů spina bifida, 10 procent případů anencephalie (chybění mozku – pozn. překl.) a 80 procent plodů s Downovým syndromem. Takže v žádném z těchto případů vás negativní výsledek rozhodně nemůže uklidnit."[41]

Dvojčata nebo špatný výpočet data početí jsou dva nejběžnější důvody chybných výsledků tohoto testu. V mém případě jsme si datem početí byli jisti, ale má dcera Caitlin se vyklubala v plném 10. měsíci těhotenství, takže k porodu došlo až 28 dní po řádném termínu (první děti, jejichž porody nejsou uměle vyvolané, se velmi často rodí později, a můj porodník nijak nepospíchal, protože se nedělo nic mimořádného). Jako pomalu rostoucí děťátko se pravděpodobně od normy odchýlila natolik, že se nám v testu ukázala jako „abnormální".

Jinými slovy, to, co nám toto vyšetření dává nejvíce, je pořádná a zbytečná úzkost, která může být rozptýlena pouze tím, že své dítě vystavíte amniocentéze nebo ultrazvuku, postupům, jež mají svá vlastní potenciální rizika. Opravdu, pro ženy mladší nežasi 39 let může být nebezpečí ztráty zdravého dítěte kvůli amniocentéze větší (asi 1 na 100) než riziko, že bude mít dítěs Downovým syndromem – jestli s tím má věk vůbec něco společného.

TROJITÝ TEST

Tento test analyzuje z matčiny krve tři látky, které by měly být markery (značkovadla – pozn. překl.) Downova syndromu. Naměřené hladiny plus matčin věk a genetická anamnéza se dosadí do nějakého matematického vzorečku a vypočítají se z nich matčiny osobní vyhlídky na to, jestli bude mít dítě s Downovým syndromem. Předpokládá se, že test je lepší známkou než věk sám pro rozhodnutí, zda by matka měla podstoupit amniocentézu, která daleko přesněji zjistí, zda dítě má Downův syndrom. Test v nejlepším případě odhalí u žen nad 35 let 70 procent děti s tímto syndromem, ale jenom 50 procent u žen mladších.[42]

Všechny ženy, které mají pozitivní výsledek trojitého testu, musí čekat pět nebo šest mučivých týdnů, než obdrží výsledky doporučené amniocentézy, které potvrdí nebo popřou podezření vzniklé prvním testem. Jestliže jste jedna z těch nešťastných, která získá falešně pozitivní výsledek, zbytečně se podrobíte amniocentéze, která zvyšuje riziko potratu o 3 až 4 procenta. Jinými slovy, jedna z každé stovky žen s falešně pozivním trojitým testem, která se rozhodne pro amniocentézu, může potratit normální dítě.

BIOPSIE CHORIOVÝCH KLKŮ

O biopsii choriových klků (CVS) se předpokládalo, že odpoví na pochybnosti všech starších matek vymodlených dětí. Ačkoli je amniocentéza pro zjištění Downova syndromu dobře propracovaná, musíte na tento test čekat až do šestnáctého týdne těhotenství a pak ještě další dva nebo tři týdny, než je výsledek hotov. Jestliže test prokáže nějakou abnormalitu a vy si nepřejete v těhotenství pokračovat, musíte podstoupit potrat v druhém trimestru, což ve skutečnosti znamená porodit 20 týdnů starý plod se všemi fyzickými a psychologickými důsledky.

Potom přišli na začátku 70. let nějací doktoři ze Švédska a Dálného východu na to, že by si mezi 9. a 12. týdnem těhotenství mohli vzít malý vzorek tkáně „klků", vlasatých výrůstků choria (vaku, obklopujícího embryo v děloze, ze kterého se vyvine placenta), a z toho by mohli určit genetickou výbavu plodu.

Ta by mohla pomoci při vyhledávání Downova syndromu stejně jako srpkovité anémie (dědičného typu poruchy červených krvinek, při které mají tyto buňky v mikroskopu tvar srpků – pozn. překl.), svalové dystrofie (poruchy vývoje a funkce svalů – pozn. překl.) a abnormalit vázaných na pohlavní chromozomy. Vzorek klků je odebrán jehlou buď transabdominálně (přes břišní stěnu), nebo transcervikálně (přes pochvu).

Později se kolem biopsie choriových klků vynořila řada starostí a ty byly nakonec utvrzeny několika velkými studiemi. Poslední z nich, provedená Vědeckou lékařskou radou (MRC) na více než 3000 ženách ze sedmi různých evropských zemí, prozkoumala výsledky týkající se těhotenství žen, jimž byla provedena CVS, a žen, které měly amniocentézu.[43]

Ve srovnání s ženami, které se podrobily amniocentéze, nesly ženy, které si zvolily CVS, větší riziko, že své dítě potratí. Ve skupině žen s CVS mělo úspěšné těhotenství pouze 86 procent žen, kdežto ve skupině s amniocentézou to bylo 91 procent. Bylo to způsobeno větším množstvím úmrtí plodů před 28. týdnem, vyšším počtem ukončení pro předpokládané abnormality a vyšší novorozeneckou úmrtností, většinou zaviněnou velkým počtem nezralých dětí, narozených před 32. týdnem.

CVS může způsobit masivní krvácení z dělohy, které často vede k odúmrtí plodu. Tato skutečnost, odhalená na Erasmus

University v Bilthovenu v Nizozemí, odporuje dřívějšímu názoru, že plod může tak velkou ztrátu krve přežít.[44]

„Výsledky tohoto pokusu naznačují, že postup, využívající biopsii choriových klků v prvním trimestru, snižuje naději na úspěšné ukončení těhotenství o 4,6 procenta," uzavírá zpráva MRC.[45]

Studie nemohla s jistotou říci, kolik testů CVS mělo falešně pozitivní výsledky, protože ne všechny přirozeně či uměle potracené plody byly vyšetřeny. Badatelé ale skutečně našli tři falešně pozitivní výsledky, jeden ve vzorku s CVS a dva ve skupině s amniocentézou, a jeden falešně negativní výsledek u pacientky s CVS. Dva další případy ve skupině CVS byly zdánlivě falešně pozitivní.

Falešně pozitivní a negativní výsledky jsou přirozená záležitost, protože genetický materiál, který se nachází v choriových klcích, nemusí být identický s genetickou výbavou plodu. Ve studii MRC, ale i jiných, byly nalezeny vzorky choriových klků, které obsahovaly abnormální chromozomy, ale děti byly nicméně normální. Dva lékaři z Kodaně takový případ uveřejnili; žena ztratila hlavu a skončila s těhotenstvím, jehož plod se nakonec ukázal jako normální.[46]

V dalším případu z Brestu ve Francii byla CVS provedená u dítěte, jehož výsledky ukázaly přítomnost chromozomu spojeného s cystickou fibrózou. Navzdory tomuto výsledku se rodiče rozhodli v těhotenství pokračovat a matka dala život zdravé holčičce. Lékař, který uvádí tento případ, odhaduje, že pravděpodobnost takových falešných pozitivit je jedna ku šesti.[47]

Vysvětlit se to dá například tak, že choriová membrána sama může mít nějaký defekt, s nímž ale plod nemá nic společného, defekt, který zůstal po dvojčeti, které zemřelo a vstřebalo se. Nebo tak, že abnormální placentární tkáň v tomto raném stádiu nemusí znamenat v dlouhodobém výhledu nic špatného (placenta v kodaňském případu měla v biopsii po potratu normální tkáňové kultury). Sečteno a podtrženo, celá teorie, ve které spočívá CVS (že nám choriová membrána prozradí stav plodu), je nejspíš chybná.

V současné době se množí zprávy o abnormalitách končetin dětí matek, kterým byl odebrán vzorek na CVS. V Churchill Hospital v Oxfordu se objevilo pět případů defektu končetin (kdy paže nebo dolní končetiny byly abnormálně krátké) v souboru téměř 300 těhotných, kterým byla CVS vyšetřena v době od 55. do 66. dne těhotenství.[48]

Italští vědci z Katolické univerzity v Římě zjistili, že čtyři z 118 dětí s „transverzálním" zmenšením končetin, které se mezi lety 1988 a 1990 narodily v Itálii, byly děti matek, které měly CVS test.[49]

Ze svých vlastních údajů vypočítali, že riziko deformit, která se objevují u matek s CVS testem, provedeným v kterémkoli okamžiku těhotenství, je 1 ku 200. To je potřeba srovnat s běžným rizikem pro velký vzorek obyvatelstva, které je 1 na 3100. Nebezpečí vzniku deformit po CVS by u ostatních vývojových vad mohlo dosáhnout ještě vyššího stupně, než o jakém se uvažuje u zmenšení končetin. Při sledování těhotných s CVS porodilo všech 75 matek dítě s nějakou vrozenou vadou, od poškození nehtů až po ztrátu končetin.[50]

Nejenže nejde v časném stadiu o méně invazivní vyšetření, ale dokonce čím dříve je CVS provedena, tím horší defekty vznikají. Největší deformity se objevují mezi plody, kterým byla CVS odebrána 56 dní po početí.[51]

Uvažuje se o tom, že vznik abnormalit by mohl souviset s prasknutím cévy nebo nabodnutím amniového vaku. Ať už poškození plyne z čehokoli, je jasné, že s droboučkými klky si nemůže medicína dělat, co chce.

Americké Středisko pro kontrolu a prevenci chorob (CDC) nyní doporučuje lékařům, aby upozorňovali rodiče na riziko, že CVS by mohla způsobit jejich dětem končetinový defekt nejméně do 76. dne těhotenství (téměř 11. týdne). CDC také varuje, že by toto vyšetření mohlo být nebezpečné i u plodů starších devíti týdnů – což je období, které bylo v minulosti považováno za nejbezpečnější. Tento názor si protiřečí s nedávným prohlášením Světové zdravotnické organizace, že je-li CVS provedeno po devátém týdnu, nepřináší žádné riziko defektu končetin. Je to rozpor, který by se dal vysvětlit tak, že první zjištění závisí na nezkušenosti porodníků v některých

centrech, kteří mohou během provádění testu bezděky způsobit nějaké poškození.

Kvůli diskutabilní přesnosti CVS může dojít k případu, že budete muset podstoupit ještě amniocentézu, aby se potvrdily výsledky, a tak své dítě vystavit dvěma velkým nebezpečím a znásobit nebezpečí potratu. Riziko potratu dítěte po CVS se nyní odhaduje na téměř 5 procent. Když navíc přidáte amniocentézu, přiblížíte se k velice podstatnému zvýšení rizika potratu na 1 ku 16.

AMNIOCENTÉZA

Amniocentéza je zdaleka nejoblíbenější vyšetřovací metodou Downova syndromu a jiných genetických odchylek. Tento postup spočívá v zavedení jehly (za kontroly ultrazvuku) do břicha a dělohy a nasátí plodové vody. Buňky z tekutiny jsou dva až tři týdny kultivovány a pak se vyšetří jejich chromozomy, což vysvětluje třítýdenní interval mezi celou procedurou a výsledky.

Předpokládá se, že riziko potratu je 1 až 1,5 na 100 těhotných, většinou kvůli poškození způsobenému jehlou nebo možnosti zavedení infekce do dělohy. V roce 1978 Vědecká lékařská rada uvedla také tříprocentní zvýšení výskytu syndromu novorozenecké dechové tísně a 2,4procentní navýšení vrozených vykloubení kyčlí a vzniku koňské nohy. Vysokou potratovost stojí za to mít na mysli, jestliže jste žena, která těhotenství odkládala až do věku nad 35 let a nyní nosíte vytoužené dítě.

Vzhledem ke strašáku pozdního potratu v případě pozitivity testu volí mnoho žen časnou amniocentézu. Poslední informace jsou však takové, žeraná amniocentéza riziko potratu značně zvyšuje. Podle výzkumu z King's College Medical School v Londýně je u amniocentézy nepatrně vyšší pravděpodobnost vzniku koňské nohy než u CVS.[52]

Časná amniocentéza se ukazuje být tak nebezpečnou, že holandští vědci uvažují o tom, že se vzdají klinického zkoušení této metody, protože jeho pokračování nepovažují za eticky

ospravedlnitelné. V době, kdy jsem knihu psala, potratilo Holanďanům od začátku jejich sledování po rané amniocentéze osm žen, což se podobá ztrátám zmíněným v jiné studii, která sledovala 120 žen s amniocentézou. Doktor F. Vandenbussche se svými kolegy z leidenské Univerzitní nemocnice upozorňuje lékaře, že „se rozhodně nezdá, že by byli lékaři nadále oprávněni pokračovat v nekvalifikované obhajobě časné amniocentézy na základě domněnek a nevědeckých pozorování."[53] Další výzkum ukázal, že děti, jejichž matky absolvovaly amniocentézu, vykazují „významně vyšší" výskyt hemolytických chorob (souvisejících s kvalitou červených krvinek) než děti, které test neměly.[54]

I zde vychází spousta falešně pozitivních výsledků, i když se předpokládá, že je to velmi precizní test (ve studii MRC vyšlo více chybných výsledků u amniocentézy než u CVS). Kdo by si myslel, že se to zrovna jemu nemůže stát, tak by si měl přečíst dopis, který byl zaslán časopisu Spectator a který blahopřál Dominiku Lawsonovi k jeho neohroženému odmítnutí amniocentézy a ještě odvážnější obhajobě radosti, že má dítě s Downovým syndromem. „Je vám svěřena lidská bytost," uvedl pisatel, „a to je to, oč ve skutečnosti jde." Pokračuje:

Právě před rokem touto dobou byla má dvaačtyřicetiletá manželka těhotná. Zavolali si nás z nemocnice, aby nám vysvětlili, že v jejím věkuje u dítěte možnost vzniku Downova syndromu. Pošetile a domýšlivě jsme souhlasili s vyšetřením. Bylo nám řečeno, že riziko potratu je 1 ku 200, tak jsem si myslel, že nás to nemůže ohrozit.

Výsledkem toho všeho zkrátka bylo, že jsme ztratili zdravé dítě, a 20. září 1994 v 10,45 jsem nesl maličkou rakev na pohřeb. Je to den, na který nikdy nezapomenu, a navždy se budu vinit z toho, že jsme se pro ten test rozhodli.

Radujte se prosím sami v sobě a nenoste v sobě žádný smutek. Dnes bychom si přáli, abychom měli dítě s Downovým syndromem, mohli se o něj starat a milovat je. Jsme ale vděčni za to, že máme dvě zdravé děti,

Je jistě mnoho těch, kteří také udělali stejnou chybu jako my, ztratili dítě a teď jim nezbývá nic jiného než lítost.[55]

RADIACE A DOWNŮV SYNDROM

Přes veškeré úsilí věnované prevenci Downova syndromu se nikdo neptá, zdali hledáme odpověď na tom správném místě. Robert Mendelsohn, jenž celý ten nápad o „unaveném vajíčku" ve vyšším věku nebral příliš vážně, byl jedním z prvních, kdo upozorňoval matky, že jejich vyhlídky na Downův syndrom se zvyšují s počtem nahromaděných expozic rentgenovému záření, a ne s jejich věkem jako takovým. „Navzdory ohromnému množství důkazů o této záležitosti nepřestávají lékaři říkat všem starším ženám, že by neměly mít děti, protože jejich vajíčka jsou vyčerpaná, místo aby zjišťovali, jakou mají za sebou radiační zátěž."[56]

Mendelsohnův prozíravý názor o souvislosti Downova syndromu se zářením byl nedávno potvrzen. Badatelé z Freie Universität v Berlíně odhalili přímou spojitost mezi Downovým syndromem – jehož výskyt v tomto městě v lednu 1987 náhle šestkrát vzrostl – a havárií černobylského nukleárního reaktoru, ke které došlo o devět měsíců dříve.[57]

Tytoženy sedva týdny po neštěstí pohybovaly ve vysokých stupních radiace – především jodu 131J – a během této doby počaly.

Vědcům se podařilo běžnou teorii, že Downův syndrom je závislý na matčině věku, vyvrátit. Průměrný věk matek dětí s Downovým syndromem v roce nukleární katastrofy byl zcela shodný s průměrným věkem těchto matek před deseti lety, a procento žen nad 35 let s takto postiženými dětmi bylo po Černobylu totožné s tímto procentem před deseti lety. Po tomto objevu si němečtí vědci vyhledali další studie, které podpořily jejich vlastní závěry. Výskyt Downova syndromu dramaticky vzrostl v Kerale v Indii a v kraji Yangjiang v Číně poté, kdy ženy byly vystaveny podobně vysokému radiačnímu pozadí z půdy.

Výzkumná skupina, vedená profesorem Karlem Sperlingem, uznává, že její důkazy „popírají běžné učebnicové názory". Nezdá se, že by byl věk matky sám o sobě spolehlivým ukazatelem rizika vzniku Downova syndromu. Věk můžeme brát v úvahu pouze v té souvislosti, že starší žena může mít ve svém organizmu nahromaděno více záření z rengenových vyšetření. Uzavírají, že by se ženy měly vyhnout jakékoli expozici ionizačnímu záření, především v době kolem početí.

Podobný vztah byl vypozorován vědci, zabývajícími se četností porodů dětí s Downovým syndromem a jadernými zkouškami. Vyšetřili obyvatele Fylde v Lancashire a zjistili, že incidence porodů dětí s Downovým syndromem kulminovala v roce 1958 a mezi lety 1962 a 1964, kdy se zvýšil radioaktivní spad. Typický příklad byl pozorován též v roce 1957, kdy v blízkosti jaderné elektrárny ve Windscale – nyní Sellafieldu – došlo k požáru. Ženy starší 35 let byly patrně postiženy nejvíce, opět snad proto, že již během svého života nějaké záření nahromadily a radiace z jaderné reakce sedostala nad přijatelnou mez.[58]

Německé nálezy dokazují argument, že Downův syndrom je důsledkem faktorů prostředí, a ne jednoduše jen věku. Dokonce jedna velká studie z roku 1990 zjistila, že kojenci s Downovým syndromem mají v mozku vyšší hladiny hliníku než normální děti.[59]

Zjištění, že rozdílné rasy mají zřetelně odlišný výskyt Downova syndromu, poskytuje další fakta o příčinách vyplývajících z prostředí. Nedávná studie, sledující porody v 17 státech Ameriky mezi lety 1983 a 1990, odhalila, že američtí černoši rodí méně dětí s Downovým syndromem než ostatní rasové skupiny (7,3 na 10 000), a naopak Španělé dopadli nejhůře (11,8 na 10 000). Výskyt Downova syndromu se také výrazně liší mezi jednotlivými státy s 5,9 zachycenými na 10 000 obyvatel v Kansasu a 12,3 na 10 000 v Coloradu.[60]

Z jedné nové knihy, která je výsledkem více než třicetiletého bádání o Downově syndromu, vychází najevo, že tento stav není až takovým strašákem, jak nám medicína namlouvá. Psycholog Janet Carr sledoval od roku 1964 skupinu 54 dětí s Downovým syndromem a zjistil, že jejich zdravotní stav

není o nic horší, než je tomu u podobné skupiny normálních dětí. Nenalezl žádné významné problémy v manželství nebo větší stres rodičů dětí s Downovým syndromem ani nějaké nežádoucí vlivy na sourozence. Naopak, všechny rodiny prostě své postižené členy milovaly a ani ve snu by je nenapadlo, že by tyto děti neměly žít.[81]

DOBRÁ KONDICE – ZDRAVÉ POČETÍ

Pro každou ženu, která si dělá starosti s tím, jak porodit normální dítě, má asi největší smysl pečovat o vlastní zdraví, a ne se spoléhat na řadu testů, které mají pochybný smysl a všelijaká rizika. Máme k dispozici spoustu důkazů poukazujících na vztah mezi vrozenými vadami a nízkými hladinami zinku, hořčíku a selenu u matky.[82] Foresight, Společnost pro prekoncepční péči, prosazuje, aby rodiče, než se pokusí o početí, dodržovali plnohodnotnou, nízkoalergenní dietu, omezili pití a dali si do pořádku nedostatek vitaminů a minerálů a nadměrné hladiny toxických kovů v organizmu. V nedávné studii se 89 procent ze skupiny 418 párů rozhodlo porodit zdravé dítě a řídili se dietním programem s potravinovými doplňky společnosti Foresight. V celé skupině se ani jedno dítě nenarodilo před 36. týdnem těhotenství a nebylo lehčí než 2,4 kg. Nedošlo k žádnému potratu, úmrtí v době kolem narození nebo malformacím a žádné dítě nevyžadovalo přijetí na jednotku speciální péče. Ze všech 418 párů mělo v minulosti 75 procent buď potíže s plodností a potraty, nebo se jim narodilo mrtvé dítě; mnohým bylo přes 40 let.

4

Časný záchyt

VYHLEDÁVÁNÍ RAKOVINY

LÉKAŘI MAJÍ TENDENCI PŘEDSTAVOVAT SI nádorové bujení jako malé nepřátelské vojsko, které se nenápadně rekrutuje z branců nebo nejvýše z jednoho či dvou vojáků. Chtějí-li lokalizovat a vyhnat vetřelce, byť zatím jen o síle dvou nebo tří mužů, myslí si, že ho ve své nukleární válce dostanou a boj vyhrají, i když třeba ještě nezačal. Přesvědčují nás, že nejlepší způsob, jak vypátrat tyto zbloudilé buňky, jsou screeningové testy.

Protože právě rakovina roste často dřív, než onemocníte nebo než se projeví nějakými příznaky, bývá hlavním terčem bleskové války. Pro nás všechny, kteří se děsíme nevypočitatelnosti hrozícího „dřímajícího" zabijáka, jako je rakovina, je to poměrně povzbuzující myšlenka. Lékařům se podařilo nás přesvědčit, že můžeme uniknout smrti pouhým absolvováním jednoduchého ročního screeningového vyšetření.

Argument o časném záchytu je tak přesvědčivý, že medicína dokázala přesvědčit i vlády, aby investovaly miliony liber na zavedení hromadných vyhledávacích programů. V této chvíli jsou prvořadým cílem těchto pravidelných vyšetření ženy, hlavně kvůli rakovině děložního čípku a prsu, i když se

začíná mluvit o vyhledávání ovariálního karcinomu (tedy zhoubného nádoru vaječníků; karcinom samotný znamená zhoubný nádor z buněk slizničních výstelek nebo kůže a používá se též pro označení zhoubných nádorů obecně; v tomto významu to najdeme často i v této knize – pozn. překl.) a o programech na zjišťování karcinomu prostaty a střev u mužů. Screening děložního čípku a mamografie se ve Spojených státech uskutečňují už léta, ale Británie zahájila kampaň proti rakovině prsu a čípku ve velkém měřítku teprve nedávno a vyšetřila tři čtvrtiny skupin, které přicházejí v úvahu.[1]

Přes všechny ty peníze, které protékají obrovskými screeningovými kampaněmi, nemá nikde žádný z těchto programů sebemenší dopad na úmrtnost na rakovinu. Naopak, pro neobyčejně vysokou pravděpodobnost falešně pozitivních výsledků může screening pouze zvýšit počet pacientů, kteří jsou poškozováni zbytečnou farmakologickou a chirurgickou léčbou.

Dokonce i uznávaný lékařský časopis *The Lancet* ve svém kacířském článku připouští, že navzdory „všem reklamním trikům ve sdělovacích prostředcích, vítězoslávě lékařské profese, která prosakuje z vědeckých článků, a hlučným chvalozpěvům zainteresovaných institucí o zázračném mezníku, které slyšíme téměř každý týden" se počet žen umírajících na rakovinu prsu stále nechce snížit. „Přestaňme naříkat, že by screening fungoval, jenom kdybychom se více snažili, a raději se zeptejme, proč tento přístup tak zklamal."[2] Nedávný odhad říká, že než mamografie předejde jednomu jedinému úmrtí na rakovinu, tak vám s 10krát větší pravděpodobností najde benigní nádor (tedy nádor nezhoubný – pozn. překl.) – což vede ke zbytečné léčbě či operaci.[3]

MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ

Nejrozšířenějším screeningovým vyšetřením vůbec je Pap test, jenž nese své jméno podle kolegy doktora George Papanicolaou, který ho jako první rozpracoval. V roce 1941 publikoval Papanicolaou se svými spolupracovníky studii, která ukázala, že maligní změny (tj. zhoubné – pozn. překl.) na děložním čípku by mohly být diagnostikovány vyšetřením buněk, odebraných z pochvy.[4]

Tento jednoduchý, relativně nebolestivý test spočívá v tom, že vám seškrábnou malý vzorek tkáně z hrdla dělohy a na podložním sklíčku ho pošlou na analýzu do laboratoře, kde se podívají, jestli neobsahuje nějaké abnormální buňky. V různých západních zemích byl tento test zaveden poté, co byly publikovány výsledky průzkumného screeningového programu v Britské Kolumbii, které ukázaly, že má vliv na snížení úmrtnosti. Když si lékaři prostudovali výsledky výzkumu z Britské Kolumbie, začali se rozplývat nadšením, že Pap stěry udělají za rakovinou děložního hrdla jednou provždy tečku.[5]

V současné době se v rámci britského vyhledávacího programu provedou každoročně asi tři miliony stěrů, a to za přibližnou cenu nejméně 10 až 30 liber na jednu vyšetřenou ženu, když celkově započítáme i čas lékařů, sester a laboratoří.[6] Ve Spojených státech, kde jedna z osmi žen onemocní rakovinou prsu, chtějí ženské organizace zavádět opatření proti všem druhům rakoviny, které postihují ženy, včetně karcinomu děložního čípku. V odpovědi na to vypracovalo Středisko pro kontrolu a prevenci chorob (CDC) Národní strategický plán časné detekce a kontroly rakoviny prsu a děložního hrdla (NSP), program, na kterém se podílí Úřad pro potraviny a léky, Národní ústav pro rakovinu a CDC. Je slibné, že se oživí screeninový program a zvýší se počet žen a frekvence vyšetření, vyhledávajících tyto choroby.

Ačkoli Spojené království nemělo až donedávna vypracovaný celkem žádný národní systém, považovala většina lékařů v Británii screening rakoviny hrdla za standartní součást dobré praxe a doporučovala, aby se všem ženám ve věku mezi 20 a 65 roky test opakoval každé tři až pět let. *The Lancet* nyní dokonce doporučuje, aby se vyhledávání rozšířilo i na ženy nad 65 let, které jsou nově považovány za skupinu s vysokým rizikem.[7]

Na základě směrnic National Health Service (britská obdoba našeho všeobecného zdravotního pojištění – pozn. překl.) se nyní na ženy vyvíjí intenzivnější tlak, aby na vyšetření chodily častěji,

neboť poplatky za test se stávají součástí lékařova živobytí. Britští lékaři dostanou příplatek pouze tehdy, když se vyšetření zúčastní více než 50 procent jejich klientely, a v případě, že test provedou 80 procentům svých pacientek, dostanou trojnásobnou prémii. Ale kdo by pochyboval o výhodách jednoduchého, nebolestivého, bezrizikového testu, který slibuje, že vymýtí častého zabijáka žen?

Nikdo, kdyby to ovšem fungovalo. *Problém je v tom, že nikde neexistují žádné přesvědčivé důkazy, které by naznačovaly, že tomu tak skutečně je.* Profesor James McCormick z Oddělení veřejného zdraví Trinity College v Dublinu, odborník na hromadné screeningové testy, který na toto téma prostudoval spoustu dostupné lékařské literatury, uzavírá: „Nemáme žádný jasný důkaz, že by měl tento screening nějaký přínos, a navíc může přinést víc škody než užitku."[8] Škodou zde myslí to, že tisíce žen musí podstoupit nebezpečnou léčbu, která může ohrozit plodnost kvůli onemocnění, které ani nemají nebo které se samo zahojí.

Za prvé, když si prozkoumáte příslušná čísla, se jen těžko zbavíte pocitu, že medicína vsadila na špatného koně. Karcinom děložního hrdla není takový masový vrah, jaký se z něj často dělá. Ačkoli ve Velké Británii zemře každý rok na rakovinu čípku asi 2 000 žen, přestavuje to slabou šestinu z počtu žen, které onemocní rakovinou prsu. V knize *The Health Scandal* píše její autor doktor Vernon Coleman, že karcinom čípku nepatří ani k 10 nejčastějším příčinám smrti u žen a zůstává vzadu za rakovinou prsu, plic, střeva, žaludku, vaječníků a dokonce i slinivky břišní.[9] A jenom 1,6 promile žen s abnormálními stěry dostane později rakovinu.[10]

Také nebylo nikdy dokázáno, že by mikroskopické vyšetření v některé ze zemí, ve kterých je zavedeno, zachránilo někomu život. Ve skutečnosti všechny studie ukazují, že na to nemá žádný vliv. Jedinou oblastí v Kanadě, kde se screening všeobecně provádí, je Britská Kolumbie: úmrtnost na rakovinu děložního čípku zde ale odpovídá příslušné úmrtnosti ve zbývajících částech země.[11] Počet úmrtí na karcinom čípku se snad v Britské Kolumbii snížil, ale stejně tak poklesl v ostatních částech Kanady i bezorganizovaných vyhledávacích programů.[12]

Ve Velké Británii se úmrtnost na tento karcinom snížila před zavedením testu a nyní tvrdošíjně setrvává na počtu 2 000 (i když v minulém roce vláda oznámila, že se roční cifra dostala až na 1 700). Není také žádný důvod pro to, abychom podporovali všeobecné tvrzení, že kdyby nebylo testu, bylo by vše horší. Doktor McCormick a jeho kolega, zesnulý Petr Skrabanek, říkají, že slepé nadšení pro screening čípku „vytváří atmosféru, ve které je nemožné pořádat kontrolované studie".[13] Před dvaceti lety byl dokonce doktor Herbert Green, novozélandský lékař, který měl odvahu postavit se proti mnoha draze udržovaným předsudkům o rakovině čípku, obviněn z ostudného zneužití moci za to, že uspořádal pokus, aby zjistil, zda se z abnormálních nálezů screeningového testu musí vždy nevyhnutelně vyvinout karcinom.[14]

Ve Velké Británii a Spojených státech byly spuštěny masové screeningové programy, jako je Národní screeningový program pro cervikální karcinom, aniž by byla vypracovaná odpovídající celonárodní strategie, kdy a komu vyšetření provádět a jak postupovat v případě abnormalit. Všechny větší studie tohoto plánu odhalily mezi jednotlivými oblastmi výrazné nedostatky v očekávané úrovni.[15] Dotazník, rozeslaný v roce 1990 po částech Británie, kde se screeningový program uskutečnil, skutečně ukázal, že třetina oblastí nesplnila své cíle ve screeningu celých 80 procent ženských pacientek, i když většina z nich měla k dispozici počítačové systémy a mechanizmy, zabezpečující další sledování žen s abnormálními testy.

Jedna studie zjistila, že téměř polovina laboratoří nesplnila požadavky na kontrolu kvality.[16] Screeningový program také ochromuje mnoho laboratoří, které nemají peníze nebo personál, aby zvládly pracovní zatížení, které jim program ukládá – a ten nevyžaduje nic méně než polovinu jejich pracovní kapacity.[17]

Na samém počátku roku 1994 britský vrchní úřední lékař doktor Kenneth Calman veřejně přiznal, že program mikroskopických vyšetření buněk děložního čípku se začal jedno-

účelově realizovat od roku 1960, aniž by byl proveden výzkum, jak často by se měl test dělat a co by po něm mělo následovat. Nepřekvapuje tedy, že to vedlo k dalekosáhlým rozdílům v praxi jednotlivých oblastí.[18] Britská vláda též nenápadně připustila, že program klade vysoké nároky na financování, a tak je omezena jeho dostupnost, jak si též postěžovala Koordinační síť národního programu pro screening karcinomu děložního čípku.

I současné nové velké oficiální studie potvrzují, že cervikální screening (cervix je latinsky hrdlo nebo krček, zde myšleno jako hrdlo děložní – pozn. překl.) nepřináší žádný prospěch, neboť úmrtnost na rakovinu děložního hrdla se za dvacet let nezměnila, přestože je screening v podstatě všeobecně rozšířen. Tato zjištění jsou založena na sledování téměř čtvrtiny milionu žen z Bristolu, které trvalo přes 20 let. V roce 1992 byla úmrtnost podobná úmrtnosti z roku 1975, kdy byl systematický screening zaveden.[19]

I kdyby screening dokázal byť jen nepatrně snížit v celostátním měřítku úmrtnost (a není vůbec jisté, že na poklesu úmrtnosti z 2 000 na 1 700 má vyhledávací program nějaký podíl), přišlo by to na nepřijatelně velké peníze, říká doktor McCormick. Mnoha tisícům žen vyjdou falešně pozitivní výsledky; tyto pacientky jsou pak zbytečně léčeny, a tedy i ohroženy rizikem neplodnosti nebo jinými úděsnými vedlejšími účinky. Během každého celoplošného vyhledávání v oblasti Bristolu bylo 15 000 žen řečeno, že mají riziko rakoviny, a více než 5 500 jich bylo dále vyšetřováno a léčeno pro mírné odchylky, které by se nikdy v karcinom nevyvinuly.

Mezi lety 1988 a 1993 bylo vyšetřeno téměř 226 000 žen a anomálie byly údajně zjištěny u více než 15 000 – neboli asi u jedné z 15 žen. Toto číslo je absurdně vysoké, když ho porovnáme se skutečným výskytem karcinomu děložního hrdla, na který umírá jedna žena z 10 000. Množství falešných pozitivit v Bristolu (při kterých vyšlo najevo, že „odhalená" rakovina není rakovinou) dokazuje, že rozsáhlý cervikální screening působí zdravým ženám pouze zbytečné obavy.[20]

I kdyby byl screening ve Velké Británii a Spojených státech lépe organizován, problém spočívá v samotné podstatě medicíny, z níž test vychází. Vzrůstající množství důkazů svědčí o tom, že celá kampaň byla nejspíš založena na chybném předpokladu: že se z abnormálních neboli „prekancerosních" buněk čípku vyvine rakovina. Na tento předpoklad se usuzuje na základě dvou tvrzení: 1) že rakovina děložního čípku roste pomalu a 2) když se včas zachytí, dá se dobře léčit.

Abnormální léze (léze je místo poškození – pozn. překl.) neboli „cervikální intersticiální neoplasie" se dělí do čtyř skupin: CIN I, II, III a rakovina. Nevíme, zdali se časná poškození – léze ve třídě CIN I a II – vyvinou v rakovinu, a nevíme dokonce ani to, co s nimi dělat. V jedné studii, zkoumající přesnost cytologického screeningu (vyšetřování buněk), mělo asi 10 procent vyšetřených žen odchylky na čípku, „přičemž z většiny z nich", jak poznamenává profesor McCormick, „karcinom nevyroste".[21]

Medicína také příliš nerozumí běžnému vývoji tohoto typu rakoviny, což je fakt, který se začíná mlčky přiznávat. Když se některé karcinomy hrdla nechají být, zmizí samy, a jiné naopak prograduji tak rychle, že tří- až pětiletý interval mezi vyšetřeními, doporučovaný téměř ve všech screeningových programech, je včas nezachytí. Na tomto křehkém základě jsou ženy s odchylnými stěry strašeny a cejchovány termínem „prekancerosní" a nikdo vlastně neví, zda je to označení přiměřené, či nikoli.

Tuto situaci ilustrují Anniny zkušenosti. Když jí stěr vyšel pozitivní, strávila ve svých 25 letech celé měsíce v obavách, že má rakovinu. Výsledek ji též přivedl do velkých rozpaků, jako kdyby byla veřejně kritizována za svůj sexuální život, protože o rakovině čípku je známo, že se objevuje u žen, které jsou velice promiskuitní. Nakonec zjistila, že se strachovala a trpěla pro nic za nic. Následující zkoušky o několik měsíců později prokázaly, že první test byl chybný.

Studie z roku 1988 ukázala, že téměř polovina mírně odchylných nálezů se během dvou let navrátí k normálu. U žádné z pacientek se během dlouhodobého sledování nevyvinul invazivní karcinom.[22] K podobným výsledkům došel i výzkum ze severovýchodního Skotska v roce 1992, který prokázal, že k vývoji od mírných až středních buněčných anomálií k těžkým odchylkám nějak pravidelně nedochází.[23]

Nedávná kanadská studie ukázala, že abnormální stěry mohou být důsledkem i prostého zánětu čípku. Ze 411 žen, vyšetřených výzkumníky v Memorial University of Newfoundland v St John's v Newfoudlandu, vykázala téměř třetina jejich mikroskopických testů zánětlivé změny, z nichž skoro u poloviny šlo o nějaký druh infekce. Je to paradoxní, ale dokonce i v tomto případě je toto vyšetření nespolehlivé: polovina zbývajících žen, které měly normální výsledky, měla také infekci.[24]

Kromě zmatků kolem významu různých výsledků je tento test tak nepřesný, že se stává úplně nesmyslným. Není žádná záruka, že Pap test zachytí skutečnost, že máte rakovinu, spíše je dosti pravděpodobné, že vám bude řečeno, že máte nějakou abnormalitu, která ve skutečnosti vůbec neexistuje. V jedné studii její autoři přiznali, že podíl falešně negativních výsledků se pohybuje mezi 7 až 60 procenty.[25]

V jiné zprávě se dozvíte, že jedno z pěti úmrtí na rakovinu čípku je zaviněno špatnou péčí nebo chybnou diagnózou lékařů. V jednom ze sedmi takových případů bylo mikroskopické vyšetření hodnoceno jako normální. Opakovaná analýza nátěrů na sklíčku ukázala přítomnost časných odchylek, které ale byly původně přehlédnuty.

Vyhodnocování výsledků se dosti liší v závislosti na tom, kdo se dívá na skličko. Můžete dokonce dostat rozdílný výklad i od jedné osoby, která se na preparát dívá při různých příležitostech. To se stává obzvláště s menšími změnami, které, jak říká profesor McCormick, zvyšují množství většiny popisovaných abnormalit.[26]

V roce 1992 zjistil Národní kontrolní úřad, což uvádí ve zprávě „Screening rakoviny děložního čipku a prsu v Anglii", obrovské rozdíly v interpretacích nálezů a nedostatek srovnávacích testů, se kterými by se výsledky mohly porovnávat. Revize zjistila, že v některých částech Anglie byla téměř pětina stěrů klasifikována jako abnormální, přičemž v jiných oblastech to byla pouze 3 procenta.[27] Tento nedostatek jakýchkoli norem je zodpovědný za mnoho falešných diagnóz rakoviny.

Ve Skotsku muselo být asi 20 000 testů, provedených za posledních pět let v rámci screeningového programu v Inverclyde Royal Hospital, přešetřeno poté, co se prokázalo, že lékař vyhotovující analýzy zřejmě chybně přečetl výsledky. Po předběžném novém prozkoumání bylo u 40 z 1 000 stěrů, udělaných od roku 1988, zjištěno, že jsou „nedostatečné", a vyžadovaly zopakování testu.[28]

Skotský debakl je jenom poslední z řady podobných případů ve Velké Británii. V Liverpoolu bylo v roce 1987 znovu vyšetřeno 45 000 testů a u 911 bylo zjištěno, že byly špatně diagnostikovány. Série 3 000 nálezů z roku 1988 v Manchesteru, které byly považovány za nevinné, se znovu rozebrala a zjistilo se, že 60 jich je podezřelých.

Velký počet stěrů nesplňuje předepsané podmínky ani po technické stránce. Doktorka Chandra Grubbová, přednostka Oddělení cytologie v Royal Free and University College Hospital v Londýně, odhaduje, že asi 10 procent stěrů poslaných na cytologické oddělení bylo nepoužitelných a dalších 40 procent bylo použitelných jen omezeně, protože lékaři vzorky neodebrali správně nebo je odebrali ze špatného místa.[29] S tímto hrozným průměrem chyb je pravděpodobné, že screening nejenže nezachytí karcinom, ale může vás vyslat na cestu vedoucí k potenciálně rizikovým léčebným metodám, které byste třeba vůbec nepotřebovaly.

Konvenční léčba časných „prekancerosních" lézí zahrnuje kolposkopii (zvětšovací sklo se zdrojem světla) a biopsii (chirurgický zákrok s diagnostickým účelem), diatermokoagulaci (spálení abnormálních buněk) nebo kryoterapii (která využívá mrazící koncovku a zvrhlé buňky zmrazí). Všechny tyto postupy mohou způsobit krvácení nebo trvalé poškození čípku, vedoucí k „inkompetenci" (termín označující hrdla, které se v těhotenství předčasně otevírá – pozn. překl.) nebo snížení hrdla děložního, což může mít nepříznivý vliv na možnost donosit dítě až do konce těhotenství.

Doktor Robert Mendelsohn rád vyprávěl příběh jednoho kolegy, jehož žena měla pozitivní nález. Podstoupila konizaci čípku (chirurgický zákrok, při němž se vytne kím poznačené tkáně – pozn. překl.), která způsobila nadměrné krvácení, takže ji musela být oka-

mžitě provedena hysterektomie (odnětí děložní – pozn. překl.), během které kvůli anestezii téměř zemřela. To vše kvůli vyšetření, které mohlo být navíc ještě chybně zhodnoceno.[30]

Jedné z našich čtenářek, mladé ženě, které byl brzy po dvacátém roce věku diagnostikován abnormální nález ve 2. až 3. stadiu, byla naplánována operace, při které měly být buňky zmrazeny nebo spáleny. Za pět minut dvanáct se rozhodla, že si v jiné laboratoři nechá udělat druhé mikroskopické vyšetření. Nový test ukázal, že ten první byl mylný; jejím problémem se stala prostá infekce.

Jednotliví lékaři se také podstatně liší ve svých názorech na to, jak odchylné nálezy léčit. Zpráva britského Národního kontrolního úřadu z roku 1992 ukazuje, že mnoho lékařů volí i v případech mírných abnormalit radikální metody, jako je konizace čípku, i když ty by se nakonec zabojily samy i bez nějakého zásahu.[31]

Některé zprávy dokazují, že volba časné a agresivní léčby abnormalit čípku není stejně nijak přínosná. V jedné nedávné studii, týkající se žen s nálezy mírných abnormalit při mikroskopickém testu, nepřineslo invazivnější vyšetření o nic uspokojivější výsledky než taktika pozorného vyčkávání. Ženy, které byly odeslány na kolposkopické vyšetření, často spojené s biopsií, a ženy, kterým byl po několika měsících opakován pouze mikroskopický test, měly stejné výsledky: u 1,6 promile pacientek se vyvinul karcinom čípku. To znamená, že 2 500 žen bylo posláno na kolposkopii – s jejím bezesporným rizikem vzniku neplodnosti – aby se zachránil jeden případ rakoviny.[32]

Národní koordinační síť nyní výslovně doporučuje, aby se u žen s menšími buněčnými změnami – „hraničními nebo středně těžkými dysplázíemi" – osvojil přístup se zvýšeným dohledem – tedy aby se mikroskopický test opakoval o šest měsíců později. Kolposkopie by se měla těmto ženám dělat až tehdy, když stěry vykazují abnormality opakovaně.

MAMOGRAFIE

Mamografie – rentgenové vyšetření prsu za účelem zachycení časných stadií malignit – je dalším vyhledávacím testem, který se rychle vzmáhá. Rakovina prsu, která je po karcinomu plic na druhém místě v celkovém počtu úmrtí na rakovinu, si v roce 1993 vyžádala životy přibližně 46 000 amerických žen.[33] Anglie a Wales mají z 50 západních zemí největší úmrtnost na karcinom prsu, kdy z populace 100 000 lidí na tuto chorobu zemře 29 žen.

Jako nejrozšířenější ženská rakovina a hlavní příčina smrti u žen pod 55 let se karcinom prsu stal politickou kopanou, jež má své fanoušky, kteří na obou stranách Atlantiku požadují jednání na vládní úrovni. Ve Spojených státech odpověděl Kongres na tlak vyvíjený aktivisty proti rakovině prsu nařízením, aby Národní úřady zdraví zvýšily výdaje na výzkum a léčbu rakoviny prsu téměř o 50 procent – tedy asi o 132,7 milionů dolarů. Později začala Americká společnost pro rakovinu vymýšlet takové manévry, jako že 19. říjen ustanovila „Národním dnem mamografie" („Buďte si jisti, že učinila rozhodnutí, které jí může zachránit život," jak se dočtete v inzerátu jedné lékařské knihy, sponzorované Fondem zdravotní péče firmy ZENECA) nebo rozesílá individuálně sestavené dopisy a telefonuje jednotlivým ženám.[34] Ve Velké Británii spustila vláda v roce 1990 svůj Národní screeningový program rakoviny prsu, ve kterém nabízí ženám ve věku 50–64 let mamografii, přičemž v prvním roce předčil program svá očekávání: v jeho rámci se podařilo vyšetřit 70 procent z milionu žen, které jsou každé tři roky zvány k účasti. Ne všude se ale tak dobře daří. Americká společnost porodníků a gynekologů volá po častějších mamogramech u žen nad 50 let.

Veškerá tato činnost může uspokojit ty, kteří rádi vidí, když medicína s rakovinou prsu něco dělá. Nikdo se však nemůže dohodnout na tom, kdo by se měl vyšetřovat a jak často. Existují veliké rozdíly mezi zeměmi (a dokonce i mezi různými vládními orgány), co se týče skupin žen, pro které by to mělo největší přínos. A základní úskalí je v tom, že i přes obrovské

úsilí věnované tomu, jak zlepšit časnou diagnostiku a místní léčbu, zůstává úmrtnost na rakovinu prsu beze změny.

Počet úmrtí na karcinom prsu se v Anglii a Walesu mezi roky 1987 a 1994 snížil o 12 procent. Zdravotničtí funkcionáři, kteří přičítají tento náhlý pokles svému rozsáhlému mamografickému vyhledávacímu programu, nemají žádný důvod k sebeuspokojení. Nový výzkum neobjevil žádnou takovou souvislost, ačkoli screening pomáhá odhalovat více případů v ranějším stadiu. Národní registrační úřad pro rakovinu se domnívá, že toto snížení je s větší pravděpodobností spojeno spíše se stoupajícím užíváním léku tamoxifen, který zpomaluje růst karcinomu, než s jakýmkoli vyhledáváním. Od té doby, co byl v roce 1988 zaveden celonárodní screening, vzrostl zaznamenaný výskyt této choroby ve skupině 50–64letých o 25 procent.[35] Dále, pokles mortality (tj. úmrtnosti – pozn. překl.) začal v roce 1985, ale první screeningové útvary NHS (NHS je ve Velké Británii zkratka obdobná naší VZP – pozn. překl.) začaly pracovat až o tři roky později, a Velká Británie nebyla dostatečně jako celek do programu zahrnuta až do roku 1990. Tvrzení, že by měl screeningový program nějaký podíl na snížení úmrtnosti, je „intelektuálně nepoctivé", píše specialista na rakovinu prsu z Royal Marsden Hospital Michael Baum.[36]

Na základě současné statistiky Baum odhaduje, že by zdravotní pojišťovny musely vydat 2 miliony liber na všeobecný mamografický screening, aby to prospělo jediné z 10 000 žen pod 50 let.

Po zveřejnění švédské meta-analýzy před několika lety, která spojila výsledky pěti studií vedených po dobu 5 až 13 let na počtu asi 300 000 žen, si přisvojila většina členů lékařského stavu její závěry jako evangelium: že u žen 50letých a starších může pravidelné vyhledávání snížit úmrtnost na rakovinu prsu o 30 procent.[37] Panuje též všeobecná shoda, že žádná studie neprokázala přínos screeningu u žen mladších 50 let.[38]

Na počátku roku 1994 se Národní institut pro rakovinu názorově rozešel s orgány, jako je Americká společnost pro rakovinu, když odvolal své dřívější doporučení, aby se všem ženám nad 40 let dělala mamografie rutinně. Nové doporučení zahrnuje pouze ženy starší než 50 let. Důvodem pro změnu

taktiky bylo, jak zdůraznil Institut, že žádná studie rutinního mamografického vyhledávání neprokázala „statisticky signifikantní snížení mortality u žen ve věku pod 50 let".[39] Toto rozhodnutí podobným způsobem následovala vláda Nového Zélandu.[40] Michael Baum a Ismail Jatoi, další vrcholný odborník na rakovinu prsu, napsali, že zvláštní rys charakterizující americké lékaře je „ledabylost", protože mamografií vyšetřují ženy pod 50 let, a to může způsobit více škody než užitku.[41] Nicméně přes všechny vědecké důkazy svědčící o bezvýznamnosti mamografie i nadále naléhají Americká společnost pro rakovinu a Americká rentgenologická společnost na ženy přes 40 let – tedy včetně hraniční skupiny žen ve věku 40 až 49 let –, aby si nechávaly jednou ročně toto vyšetření udělat.[42]

Toto „30procentní snížení rizika" si medicína opakuje jako mantru. Poskytuje určitý druh ospravedlnění pro vyšetřování mnoha skupin, tedy i žen pod 50 let, kde ale přínos vyhledávání nebyl nikdy dokázán. Navzdory novým doporučením amerického Národního institutu pro rakovinu zjistil jeden vědec z University of North Carolina, že 89 procent lékařů patřící k oblasti Institutu screening stále provádí, i když byli upozorněni na změny v doporučovaném postupu.[43]

Dokonalým příkladem toho, jak je rutinní screening zakořeněný, dokládá fejetonistka v British Medical Journal pod svým pseudonymem Minerva, když bodře přiznává, že pro domněnku, že screening pro ženy nad 65 let je stejně důležitý jako pro padesátileté, mluví sice „málo očividných důkazů", ale zato „dost zdravého rozumu". Jelikož věk je nejdůležitějším rizikovým faktorem této choroby a vezmeme-li v úvahu, že 65leté mohou žít dalších 12 let, „musí to být pro ně výhodné", dodává.[44]

Ale dokonce i u těch více než padesátiletých neexistuje definitivní důkaz, že by měl mamografický screening nějaký přínos. V hojně citované švédské studii přišli vědci ke své cifře shrnutím výsledků všech tří skupin podle věku – 40– až 49letých, 50–60letých a 70–74letých – do jednoho přehledu. Analýza prokázala pozitivní význam (29procentní snížení

úmrtnosti) u žen od 50 do 60 let, ale žádný u žen po čtyřicítce nebo po sedmdesáti letech věku.

Když se však na vědu podíváte ve světle této statistiky, je to jediná studie, která jasně poukazuje na nějaký přínos, dokonce i u padesátiletých. Dosažené číslo 30procentního zlepšení přežívání je odvozené z několika článků, které prozkoumaly všechny studie o screeningu a pokusily se sjednotit jejich výsledky. Ačkoli většina studií bezesporný přínos neprokázala, článek uzavírá, že všechny studie vedené na skutečně vědecké bázi neboli „randomizovaně" (to znamená, že ženy byly rozřazeny do screeningové a kontrolní skupiny náhodně) dokázaly, že toto vyhledávání význam má.[45]

Doktor McCormick z Dublinu a jeho bývalý kolega Petr Skrabanek, oba bičující nedokázanou medicínskou praxi, však upozorňují, že třem zčtyř těchto sledování, považovaných za nejvědečtější, „se nepodařilo dosáhnout statisticky významného úspěchu u žen 50letých a starších".[46] A to včetně dvou studií o souhrnném počtu 80 000 žen, které byly zamítnuty řadou stoupenců screeningu jako „příliš malé".[47] Jinými slovy, k tomu, aby akademici dosáhli svých příznivých statistik, zkombinovali zcela odlišné typy vědeckých studií: ty, které byly sestaveny z několika skupin žen, jejichž stav se vyšetřil až po čase, versus studie analyzující z několika skupin žen stav, ke kterému došlo již dříve – ve snaze výhodně získat z nesignifikantních výsledků screeningu zdání výsledků statisticky významných. Dvěma z nejlepších britských center pro rakovinu prsu se opravdu nepodařilo významně snížit úmrtnost tím, že by každoročně klinicky vyšetřovali a každý druhý rok používali mamografii.[48]

Je potřeba si také uvědomit, co toto 30procentní snížení mortality ve skutečnosti znamená. V nejlepším případě se prodlouží jeden život nebo se předejde jednomu úmrtí na rakovinu u 7 000 až 63 000 žen, které jsou zvány na každoroční screening.[49]

Nejnovější studie z University of British Columbia ve Vancouveru přišla s úžasným návrhem, abychom mamografii hodili do starého železa. Badatelé prostudovali všechna sledování již od toho prvního, které přišlo s 30procentním snížením

úmrtnosti u žen nad 50 let. Kanadští vědci upozorňují, že všem těm studiím, které byly provedeny po těch prvních, bylo věnováno daleko méně publicity, a právě ty prokázaly, že mamografie nemá význam pro nikoho v žádné věkové skupině, ale přináší více škody svými falešně pozitivními výsledky a následujícími zákroky. Studie napadá mamografii poté, co odhalila, že pouze jedna ze 14 žen s pozitivním mamogramem, poukazujícím na karcinom prsu, ho skutečně má.

„Poněvadž je dosažený přínos zanedbatelný a případné škody dosti podstatné, máme pocit, že státní financování screeningu karcinomu prsu je ve všech věkových skupinách neospravedlnitelné," uzavírají tito epidemiologové.[50]

V jiném kanadském výzkumu badatelé analyzovali šest studií o prsním screeningu a vyšlo najevo, že jenom jedna ze 14 žen s pozitivním mamografickým výsledkem, naznačujícím rakovinu, ji skutečně má. Podobně jako u rakoviny děložního čípku to znamená, že mnoho žen musí podstoupit zbytečné obavy a léčení, vyplývající z nepřesného vyšetření.[51]

Léčba žen, které mají falešně pozitivní mamografii, představuje třetinu ceny screeningu pro všechny ženy. Švédští vědci sledovali 352 žen, které měly falešně pozitivní výsledky. Zjistili, že tyto ženy navštívily 1 112krát lékaře, podstoupily 397 biopsií, 187 opakovaných mamogramů a 90krát byly hospitalizovány pro chirurgickou biopsii, než se dozvěděly, že rakovinu nemají. Všechny tyto nadbytečné lékařské zásahy stály 250 000 liber; pro ženy pod 50 let to bylo 41 procent této ceny.[52]

Screening se vždy racionálně zdůvodňoval názorem, že čím dříve tumor zjistíte, tím bude menší, a tím tedy máte větší šanci zvítězit nad chorobou. Tato úvaha nepočítá však s tím, že všechny karcinomy nemetastazují stejnou měrou. Rakovina prsu není spořádaná nemoc, která se vyvíjí stejným způsobem u všech žen; někdy se rozšíří po celém těle, jindy zachvátí pouze prs samotný. Většina dostupných léčebných metod beztak nemá na výsledný stav žádný vliv.[53]

Příčina může být i v tom, že mamografie dokonce mortalitu zvyšuje. Mezi ženami mladšími 50 let jich na rakovinu prsu zemřelo více ve skupině vyšetřovaných než ve skupině, které

nebyla mamografie prováděna. V roce 1993 publikované Kanadské národní sledování screeningu rakoviny prsu (NBSS), které vyšetřilo 50 000 žen ve věku mezi 40 až 49 lety, ukázalo, že více tumorů bylo zjištěno ve skupině vyhledávaných, a tak nejenže se žádný život nezachránil, ale třetina žen *zemřela na karcinom prsu ve skupině, která byla do programu* zahrnuta jako první.[54] K podobným závěrům došly i tři švédské studie[55] a také jedna, která se uskutečnila v New Yorku.[56] Švédský výzkum z Malmö ukázal téměř třikrát více případů rakoviny prsu u žen mladších 55 let, které měly za posledních 10 let udělanou mamografii.[57] I když výsledky upravíte a připustíte, že byl *zjišťován výskyt rakoviny prsu u žen ve věku 51* až 69 let – u takzvané „vysoce rizikové skupiny" –, měly přesto mamografií vyšetřované ženy skoro o dvě procenta vyšší výskyt karcinomu prsu než kontrolní skupina.[58]

To, že umírá více screeningovaných mladých žen, může odrážet skutečnost, že mamografie nerozlišuje a zachycuje mnoho nádorů, které by nijak neškodily, kdyby byly ponechány samy sobě. Široký diagnostický záběr této techniky má několik důsledků. Jeho schopnost zachytit jakýkoli typ tumoru falešně zvyšuje četnost rakovinu prsu o čtvrtinu až polovinu.[59] Přidáte-li k údajům o rakovině počet všech těchto benigních nádorů, na které se samozřejmě neumírá, získáte i tímto způsobem dojem, že v populaci lidí, kteří procházejí screeningem, jich přežívá více díky časné detekci.

Třetím následkem pravidelných mamografií je to, že vedou k razantní a zbytečné léčbě, protože benigní tumory jsou omylem považovány za maligní. Ve studii více než tisíce žen, které se ujala Harvard Medical School, se pouze u čtvrtiny žen, jejichž mamogram zaznamenal nějaké abnormality, potvrdil maligní tumor. Další rentgenologická oddělení, jejichž pacientky patří k Harvardu, měla dokonce ještě horší průměr – v jednom období bylo dosaženo správných výsledků pouze z jedné šestiny. Nepřiměřeně tvrdě formulovaná zpráva z mamografického vyšetření, která může obsahovat taková prohlášení, jako „malignita nemůže být vyloučena", samozřejmě také zvyšuje úzkost pacientky i odesílajícího lékaře a často končí chirurgickým zákrokem.[60]

Profesor McCormick se obává obzvláště toho, zda je mamografie schopná zachytit duktální karcinom in situ (DCIS) (nádorové bujení, které se omezuje na místo vývodu z prsní žlázy – pozn. překl.). Od příchodu screeningu incidence DCIS prudce vzrostla z 2,4 na 100 000 žen v roce 1973 až na 15,8 případů na 100 000 žen *v roce 1992.*[61] *Ačkoli mnoho žen s diagnózou DCIS podstoupí* radikální mastektomii (odnětí celého prsu i s lymfatickými žlázami – pozn. překl.), není tato forma rakoviny „synonymem pro jiné druhy karcinomů", říká profesor McCormick. Nejenže mnoho odborníků DCIS málo rozumí, ale většina případů této choroby, jak říká McCormick, by ženě neublížila.[62]

Až do *dneška byly se zvýšeným rizikem rakoviny prsu spojovány* pouze relativně vysoké dávky záření. Nové materiály však dokazují, že dokonce i středněsilný stupeň rentgenového záření zvyšuje riziko karcinomu prsu pět- až šestkrát u žen, které jsou nositelky určitého genu, jenž se objevuje asi u jednoho procenta populace – neboli nejméně u jednoho milionu amerických žen. Doktor C. Bailar II, šéfredaktor Journal of the National Cancer Institute, v roce 1975 uzavřel, že nahromadění dávek rentgenového záření v množství až 100 radů za 10 až 15 let může vyvolat rakovinu prsu.[63] Jednotlivý mamogram skýtá dávku v průměru asi 200 miliradů (0,2 rad).[64]

Ženy s genem pro ataxia teleangiektasia (ataxia teleangiektasia je genetická porucha charakterizovaná poruchou souladnosti a soumrnosti pohybů, rozšířenými cévkami spojivky a kůže, opakujícími se infekcemi dýchacích cest a jinými imunologickými chorobami – pozn. překl.) jsou však neobvykle silně citlivé na záření a rakovina se u nich může vyvinout po expozici „děsivě nízkým" dávkám, jak říká doktor Michael Swift, vedoucí lékařské genetiky na North Carolina University. Odhaduje, že ve Spojených státech by se mohlo předejít 5 000 až 10 000 ze všech 180 000 prsních karcinomů diagnostikovaných každý rok, kdyby se ženy s tímto genem nevystavovaly záření z mamografií.[65]

Vedle genetické vnímavosti může být dalším faktorem pro metastazování karcinomu i fyzické trauma, způsobené mamografií. V jednom okamžiku mamogram vyvine kompresi 200 newtonů, což je ekvivalentní 20 kilogramovým sáčkům cukru, hozeným na prs. Některé moderní přístroje, které se obsluhují

nožním pedálem, jsou konstruovány tak, že uplatní o třetinu větší sílu – takže to vypadá, jakoby prs zmáčklo 30 sáčků cukru.[66] Síla je údajně nezbytná proto, aby se dosáhlo co nejlepší kvality obrazu za podmínek snížení záření na minimum.[67] Mnoho vědců se domnívá, že stlačení během mamografie může protrhnout cysty a roznést rakovinové buňky.[68] Tento jev byl pozorován na studiích u zvířat; jestliže se s tumorem manipuluje, může to zvýšit výskyt jeho metastáz v dalších částech těla až o 80 procent.[69]

Biopsie, zkoumající podezřelé bulky zjištěné při mamografii, přináší řadu specifických problémů. Při tomto standartním postupu je v místním znecitlivění zavedena silná jehla do tkáně prsu a vyjme se její malý kousek. Ten se pak vyšetřuje, jestli neobsahuje rakovinové buňky. Při sledování žen po biopsii jich čtvrtina měla s výslednou ránou nějaké problémy, jako je třeba infekce nebo krvácení. Devět pacientek si stěžovalo na novou bulku v prsu (všechny byly benigní), které vznikly v jizvě po biopsii v průběhu jednoho až sedmi let po operaci. Osm pacientek mělo stále bolesti v oblasti biopsie, která byla provedena před šesti lety, a sedm jich hlásilo nevzhlednou jizvu.[70]

Aspirace tenkou jehlou, která se provádí ambulantně, se po nalezení bulky poskytuje jako méně agresivní alternativa; v tomto případě se do bulky vbodne tenká jehla a pomocí ní se vytáhne vzorek obsahu bulky. Je však známo, že lékaři při tomto postupu občas propíchnou plíce a způsobí pneumothorax (při kterém se do hrudníku dostane vzduch a plíce se smrští). Z 74 000 aspirací tenkou jehlou se to stalo u 133 pacientek (v 0,18 procenta).[71]

Zkušenosti z mnoha zemí též naznačují, že u mamografie je vysoký podíl nepřesností. V Kanadě byly během prvních čtyř let osmiletého sledování screeningu rakoviny prsu téměř tři čtvrtiny výsledků nepřijatelné. Až v posledních dvou letech studie odpovídala více než polovina testů normě.[72]

U žen mladších 50 let prokázala jiná kanadská studie, že asi 87 procent takzvaných případů rakoviny, zjištěných při mamografii, bylo planým poplachem.[73]

Za vysoký stupeň falešně pozitivních výsledků částečně odpovídají špatné normy pro vybavení. Třetina ženských klinik ve Spojených státech neměla na počátku roku 1994 akreditaci. FDA přiznal, že mnohé z nich mamografie hlásí nepřesně a že některé ženy byly ozářeny příliš vysokými dávkami záření.[74] Jak špatné jsou normy, prozradil v roce 1989 průzkum mamografických jednotek, uskutečněný Ministerstvem zdravotnictví v Michiganu. Celá třetina zkoumaných pracovišť běžně vysoce převyšovala nejrůznější normy, týkající se radiační zátěže.[75]

Spojené státy se snaží o nápravu tohoto problému Nařízením o kvalitě mamografických norem, vydaným v říjnu 1992, jež stanovuje normy pro kontrolu kvality a systém vydávání osvědčení pro více než 10 000 lékařských zařízení, která provádějí a vyhodnocují mamografii. Tyto normy pro kontrolu kvality souvisí, kromě jiných kritérií, i se školením a vzděláváním personálu a s užívaným zařízením a dávkami záření. Lékaři by se též měli i nadále vzdělávat v oblasti hodnocení mamogramů a očekává se, že budou interpretovat v průměru 40 mamogramů měsíčně. Od října 1994 muselo každé zařízení, které provozuje mamografii, obdržet certifikát nebodočasné pověření, aby mohlo legálně pokračovat v práci.

I když může stanovení norem bezpochyby zmírnit některé chyby, které se děly v minulosti, nemůže nikterak zlepšit základní nedostatky technologie samotné. Dokonce i mamografie nejlepších kvalit může být velice zkušeným rentgenologem špatně vyhodnocena. V jedné studii, vedené na Yale University, dostalo 10 zkušených rentgenologů s dvanáctiletou praxí ve čtení mamogramů 150 velice kvalitních snímků a ve svém hodnocení se lišili ve třetině případů. Z celé čtvrtiny se také neshodli v zásadní otázce, co s pacientkami dál (jako například jestli by se jim měla opakovat mamografie nebo provést diagnostický chirurgický zákrok). Dokonce i u 27 pacientek, u kterých se později definitivně potvrdil karcinom prsu, byly názory rentgenologů na jejich diagnózu dosti odlišné. Téměř třetina nádorů byla zařazena do špatných kategorií. Jeden rentgenolog nepřišel na karcinom, který byl jasně patrný, zatímco jiný myslel, že je v jiném prsu, než byl ve skutečnosti.[76]

I kdyby se pravidelný screening nepodílel na rozšiřování nádoru nebo nezpůsoboval rakovinu, nestojí jeho pochybný přínos za bolest, kterou hlásí třetina žen ve screeningu.[77] Helena z Westcliff on Sea, které je nyní sotva padesát let, měla 20 let různé bulky a trpěla těžkými záněty prsů. Prošla několika běžnými „horizontálními" mamografiemi a aspirační biopsií tenkou jehlou z cysty, kterou si našla před 12 lety. Potom, v roce 1991, měla další mamografii. „Tenkrát jsem stála zpříma a obě prsa mi ten stroj vertikálně rozplácl. Byla to nesnesitelná bolest. Nahrnuly se mi do očí slzy a jen stěží jsem se ovládla, abych nevykřikla. Bolest v obou prsou trvala ještě tři nebo čtyři dny, než postupně odezněla," líčí své zkušenosti.

SCREENING RAKOVINY VAJEČNÍKŮ

V současné době většina amerických gynekologů běžně provádí screening karcinomu ovárií (vaječníků – pozn. překl.). Rozšíření screeningu se urychlilo dobře známou smrtí herečky a komičky Gildy Radnerové, která v roce 1989 zemřela ve svých 42 letech na ovariální karcinom. Vyhledávání zahrnuje ultrazvuk, vyšetření pánve a analýzu krve.

Tuto svou horečnou činnost však lékaři vyvíjejí navzdory výslovným doporučením americké vlády. Národní úřady zdraví (NIH) nedávno agitovaly proti rutinnímu screeningu a prohlašovaly, že je nepřesný a dokonce i nebezpečný.[78]

NIH řekly, že tyto testy jsou tak nespolehlivé, že pak chirurgové zbytečně operují mnoho žen, které tuto nemoc ani nemají. I když lékaři rakovinu správně odhalí, je to většinou až v době, kdy je už příliš pozdě. A pouze ve čtvrtině případů je rakovina vaječníků zjištěna v časném stadiu, ve kterém může být účinně léčena.[79]

RAKOVINA PROSTATY

Co se týče rakoviny prostaty, prosazuje medicína rutinní screening u mužů starších padesáti let, protože jde o druhého velkého zabiják starších mužů. Tři techniky vyhledávání spočívají

v detekci antigenu specifického pro prostatu (PSA), transrektální ultrazvuk a vyšetření per rectum prstem (vyšetření konečníku – pozn. překl.). Nová analýza, provedená v Toronto Hospital v kanadském Ontariu, uzavírá, že vysoká nespolehlivost spojená s těmito metodami může přinést více škody než užitku. Hlavním rizikem je zbytečná operace, která ve třetině případů způsobuje závažnou inkontinenci (stav, při kterém pacient není schopen udržet moč – pozn. překl.) a impotenci.[80] Navíc neexistuje žádný materiál, který by dokázal, že muži po prostatektomii (vynětí prostaty – pozn. překl.) přežívají déle než ti, kteří se jen „bedlivě pozorují".

Jedna studie odhalila, že 366 mužů, kterým PSA test ukázal, že jsou „zcela zdraví", dostalo později rakovinu prostaty, zatímco zvýšené hodnoty – které poukazují na přítomnost rakoviny – byly nalezeny jen u 47 procent mužů, kteří karcinom měli.[81]

Nedávno se přišlo na to, že PSA dává nesprávné výsledky, jestliže muži během předchozích dvou dnů ejakulují. Muži starší 40 let mají bezprostředně po ejakulaci vysoké hodnoty PSA, a i když po šesti hodinách začínají signifikantně klesat, trvá 48 hodin i více, než se dostanou zpět k normě.[82]

SCREENINGEM PROTI SCREENINGU

Jak se tedy můžete chránit před rakovinou nebo – což je možná důležitější – proti vyhledávacím testům samotným? I kdybyste měli v rodině nebo vy sami nejrůznější rizikové faktory, nemluví žádný vědecký argument pro to, abyste se nechali přinutit k pravidelnému vyšetřování jakéhokoli druhu, pakliže jste zdraví a nemáte žádné příznaky. Profesor McCormick říká, že nejdůležitějším časným varováním rakoviny děložního hrdla (ve většině případů dost brzkým na to, aby se dala léčit) může být výtok z pochvy nebo různé druhy intermenstruačního krvácení (tj. krvácení, které se objevuje mezi pravidelným menstruačním krvácením – pozn. překl.), například po koitu. Pravděpodobnost onemocnění cervikálním karcinomem u ženy vzrůstá s počtem sexuálních partnerů, když kouří, užívá antikoncepční

pilulky nebo jiné předepisované hormonální léky, jestliže měla pohlavně přenosnou chorobu nebo začala brzy sexuálně žít. Nepatříte-li do žádné z těchto kategorií, buďte opatrná, jestliže na vás bude lékař naléhat, abyste si nechala udělat nějaký test, především tehdy, když z něj má nějaký finanční prospěch.

Když už musíte podstoupit vyšetření čípku, důrazně trvejte na tom, aby se vám na něj lékař podíval prostým okem. Ve studii 45 000 žen v Delhi v Indii, kde není dostupný cytologický screening, zachytilo vyšetření zrakem téměř tři čtvrtiny karcinomů, které byly ve zkoumané skupině nalezeny, a to prostřednictvím erozí na čípku, které po dotyku krvácely, malých výrůstků a obecně pomocí podezřele vypadajícího hrdla.[83]

K mamografii lze říci, že medicína všeobecně snižuje význam pravidelného fyzikálního vyšetřování prsů jako diagnostického nástroje. Poradce hlavního britského úředního lékaře uznal, že „více než 90 procent prsních nádorů si zjistí ženy samy".[84] Skutečně, sedmiletá studie zahrnující 33 000 žen zjistila, že sebevyšetřování může snížit úmrtí na rakovinu prsu až o pětinu. Ačkoli některé bulky, viditelné při mamografii, nejsou palpačně přístupné (samotnýma rukama nebo prsty je necítíte), i opak je pravdou. Jeden vědec se domnívá, že rutinní screening vás konejší falešným pocitem bezpečí a vy pak máte tendenci ignorovat varovné příznaky, jako jsou podezřelé bulky.[85]

Nechcete-li mamografii, buďte si jistá, že správná volba spočívá v pravidelném programu sebevyšetřování (lékař vás to může naučit) a vyšetření prsů lékařem. Je-li neochotný nebo má ve fyzikálním vyšetřování omezené zkušenosti, můžete ho požádat, aby vás odeslal na kliniku, kde se tato práce běžně provádí, nebo vyhledejte jiného lékaře.

Jestliže se rozhodnete pro mamografii, prověřte si vše, co se dá. Ujistěte se, jestli je zařízení určeno speciálně pro mamografii, a je tedy schopno poskytnout ten nejlepší obraz s minimem radiace, a nebojte se zeptat, kolik vyšetření se každý týden provádí a kdy byl přístroj naposledy zkontrolován. (Přístroje by se měly přezkoušet alespoň jednou ročně.)

Máte-li bulku, zjištěnou ať už mamografií či sebevyšetřováním, potřebujete zjistit, jestli je, nebo není maligní. Některé neškodné cysty mohou být rozpoznány prostým fyzikálním vyšetřením. Jestliže vám lékař řekne, že jde o cystu, ale přesto stále trvá na biopsii, zjistěte si, zda je to opravdu nezbytné. Benigní cysta se často mění v závislosti na cyklu a před menstruací trochu změkne; karcinom toto neudělá.

Když už máte bulku, můžete uvažovat o ultrazvuku, který je asi bezpečnější (pro všechny buňky kromě fetálních). Ačkoli se tato technika úžasně zdokonaluje a pravděpodobně se z ní vyvine dobrý pomocník, dnes je stále ještě problematická stran přesnosti. Úspěch sonografie nesmírně závisí na šikovnosti odborníka, protože obrázky se špatně hodnotí a jsou otevřeny chybným výkladům. Odborníci se obávají především „artefaktů" – to znamená různých stínů nebo něčeho, co tam není – nebo toho, že něco zcela normálního budou pokládat za něco zlého, prostě že si spletou zdravou strukturu s abnormální. Z toho všeho samozřejmě vyplývá, že byste si tento test měly nechat udělat pouze dobře školenými odborníky, kteří jsou spolehlivě obeznámeni s nejnovějšími přístroji a výborně se vyznají v artefaktech a ve všech těch stínech, které může ultrazvuk vytvořit.

Pro vyšetření prsu je nejrozšířenější ultrasonograf s vysokou rozlišovací schopností, přístroj pracující v „reálném čase" – to znamená, že na obrazovce vidíte přesně to, co snímač právě v tu chvíli zachycuje. Podle studie 100 žen, které měly nejméně jeden uzlík v prsu, byl celkový poměr přesnosti ultrazvuku 74,8 procenta. To ovšem znamená, že diagnóza byla chybná v jednom ze čtyř případů. V 10 případech ultrazvuk diagnostikoval místo benigní cysty rakovinu a selhal celkem v případě jedné cysty a jednoho abscesu.[86]

Podle profesora Williama Leese, ředitele rentgenologie v UCL Hospitals Trust v Londýně, by měl být součástí nejlepšího ultrazvuku ještě Doppler a oba typy systémů by se měly používat dohromady, což by posílilo důvěru odborníka v přesnost diagnózy.

Barevný Dopplerův ultrazvuk měří průtok krve, který se u maligních tumorů mění. Celkově je však názor na tuto tech-

niku sporný. V jedné studii se při zjišťování prsních nádorů dosáhlo celkem 82procentní přesnosti.[87]

Zdá se ovšem, že se tato technika zdokonaluje; barevná metoda, jak se používá dnes, porovnává barevné spektrum analyzované tkáně s okolím; ve zhoubných nádorech je barva typicky daleko intenzivnější a je ostře ohraničená. Při jedné studii tato metoda nezachytila u 70 pacientů pouze jeden tumor.[88]

Profesor Lees věří, že zručný specialista, který zkombinuje obě metody, by mohl dosáhnout přesnosti až 85 procent.

Až dosud je nejpřesnější diagnostickou metodou kombinace ultrazvuku s „rychlou" biopsií průbojníkem; biopsie se provede z léze, kterou najde ultrazvuk. V jednom zařízení v Německu touto technikou dosáhli přesnosti téměř 100 procent.[89]

V současné době se zdá, že ultrazvuk produkuje podobný průměrný počet chyb jako mamografie. V přehledu 80 pacientů s jak benigními, tak i malignimi lézemi zachytil mamogram pět karcinomů přehlédnutých na ultrazvuku, ale ultrazvuk odhalil devět karcinomů, které nezjistil mamogram. Při jiné studii zachytil ultrazvuk čtyři zhoubné nádory, které nebyly hmatné.[90]

Nejdůležitější otázky, na které byste se měly ptát, by se měly týkat odborných znalostí specialisty. Vždy žádejte někoho, kdo je velice zkušený, především při zobrazování prsu. Nestyďte se a klidně se zeptejte, s jakou precizností vyšetřuje nebo jestli má nějaký vážný případ, který přehlédl. Zajímejte se také o stav zařízení – jak je nové, jak přesné a kdy bylo naposledy přezkoušeno.

Pro prevenci rakoviny prsu uděláte nejlépe, když se vyhnete hormonální antikoncepci, hormonální substituční léčbě (vysvětlení viz v kapitole 7 – pozn. překl.) a všem ostatním předepisovaným hormonům, které zvyšují riziko rakoviny, když budete co nejdéle kojit své děti a jíst co nejvíce čerstvého ovoce a zeleniny a esenciálních mastných kyselin (EMK).

V rizikové skupině pro karcinom vaječníků jsou pouze ženy starší 50 let – ty, u jejichž příbuzných se vyskytla rakovina vaječníků, nemají žádné děti, původem jsou ze severní Evropy nebo mají v anamnéze již rakovinu prsu, střev nebo

dělohy, by měly být pravidelně sledovány. Jestliže vám však testy vyjdou pozitivně, je důležité, abyste si výsledky nechala ověřit dalšími metodami, než budete souhlasit s chirurgickým zákrokem.

U rakoviny prostaty se zdá, že vaše nejlepší šance tkví v odmítnutí testu, pakliže ovšem nemáte potíže. Máte-li skutečně rakovinu, rozmyslete si, jestli není lepší zaujmout vyčkávací stanovisko a rozhodnout se pro jiné formy léčby, jako je třeba hormonální terapie, než pospíchat s operací, zvláště je-li vám více než 70 let. Karcinom prostaty je především pomalu rostoucí forma rakoviny a je daleko větší pravděpodobnost, že zemřete s ní než na ni. Podle pitevních nálezů má třetina mužů Evropské Unie rakovinu prostaty, ale jen 1 procento mužů na ni zemře dřív, než si jejich životy vezme nějaká jiná nemoc.[91]

III

PREVENCE

5

Komedie kolem cholesterolu:

LÉKAŘI JSOU NA FALEŠNÉ STOPĚ

PŘESTOŽE BY CHOROBY vybíjející lidstvo vystačily na celé telefonní seznamy, hájí moderní medicína názor, že lékaři lidskému organizmu natolik rozumí, že dokážou nemoci předejít ještě dříve, než začne. Ve vzrůstajícím počtu se lékaři hlásí ke své takzvané „preventivní" činnosti, to jest, starají se o vás a vaše blízké „pro případ" v době, kdy jste ještě zcela zdraví, aby skoncovali s chorobou dřív, než propukne. Po celou historii lékařství je preventivní medicína zodpovědná za množství do nebe volajících nápadů, jakože se například rutinně rentgenovaly těhotné ženy, aby se jim mohla změřit velikost pánve, a to přispělo k zvýšenému výskytu leukémie u dětí, nebo se jim podával diethylstilbestrol kvůli „prevenci" potratu, což opět způsobilo rakovinu a neplodnost celé generace dětí.

MÝTUS O CHOLESTEROLU

Ačkoli dnes je móda sváděť většinu chorob na geny – špatný signál již při narození –, pokouší se medicína identifikovat určité rizikové faktory našeho způsobu života, které zvyšují

vyhlídky člověka na to, že podlehne nějakému onemocnění. V 60. letech lékaři poprvé vyslovili hypotézu, že snížením krevního cholesterolu by se mohlo předcházet srdečním infarktům a mozkovým mrtvicím. To vedlo k domněnce, že pokud snížíme cholesterol – ať už pomocí léků nebo omezeným příjmem tuku –, mohli bychom zabránit srdečnímu infarktu; to zase dalo vznik celému potravinářskému a medicínskému průmyslu, zasvěcenému vyhledávání vysokých hladin cholesterolu v krvi a jeho snižování pomocí vysoce zpracovaných, na tuk chudých potravin, a zakazování mnoha zdravých jídel, jako třeba vajíček. Od té doby je každý člověk západního světa posedlý tukem. Mladí pacienti v Americe a Velké Británii jsou týráni dlouhodobě trvající farmakologickou léčbou (léčbou léky – pozn. překl.), když jim screeningový test ukáže, že mají vysoký cholesterol. Ve Velké Británii vzrostl mezi léty 1986 a 1992 počet předpisů na léky snižující cholesterol šestkrát.[1]

Dokonce se zapojil i řetězec karbanátkových McDonaldů a ve svých reklamách v prestižních lékařských časopisech se pyšní svými nízkotučnými hamburgery a tak se snaží přimět lékaře k tomu, aby přesvědčovali své pacienty o zdraví prospěšných Big Macs a „Šťastných jídlech".

Přes to všechno nejsme schopni dokázat nějakou příčinnou souvislost mezi cholesterolem a ischemickou chorobou srdeční (ICHS), pouze se předpokládá, že oběti srdečního infarktu mají vysokou hladinu cholesterolu v krvi, o které se zase předpokládá, že způsobuje kornatění tepen. Také se předpokládá, že vysoký příjem cholesterolu v dietě je příčinou vysoké krevní hladiny cholesterolu a že spouští řetěz událostí, vedoucích k srdečnímu infarktu.

Ve skutečnosti je možné, že snižování cholesterolu je jednou z největších falešných stop tohoto století. Po třiceti nebo i více letech této „preventivní" medicíny vychází najevo fakta, která dokazují, že ani léky na snížení cholesterolu, ani spousta doporučovaných, vyumělkovaných nízkocholesterolových diet nezmohou nic s prevencí srdečních chorob, ale naopak vám mohou zkrátit život. Mnoho režimů, doporučovaných medicínou, může vlastně patřit mezi viníky způsobující ICHS. Nejen že nebylo dokázáno, že by jakékoli léky snižující cholesterol byly po čase schopné snížit celkovou úmrtnost; v mnoha případech počet srdečních infarktů sice možná poklesl, ale výskyt úmrtí na choroby srdce se signifikantně nesnížil, a celková mortalita, spojená s jinými faktory, vzrostla.

Nejnovější vědecké důkazy dokládají, že cholestrol není možná ani hlavní příčinou ICHS. Jedna studie, zahrnující téměř 20 000 mužů a žen z Kodaně, ukazuje, že riziko vzniku ischemické choroby srdce mají pouze ti, jejichž hladiny cholesterolu patří svou velikostí ke krajním 5 procentům.[2] Neuvěřitelné na tom je, že většina kardiaků má hladiny cholesterolu normální.[3]

Ačkoli mnoho menších studií již nějakou dobu naznačovalo, že na cholesterol nemůžeme hledět jako na jedinou příčinu koronární choroby (koronární je přívlastek označující srdeční tepny – pozn. překl.), ty nejkomplexnější kardiologické výzkumy to nakonec ozřejmily a řekly totéž.

V 50. letech byla zorganizována Studie sedmi zemí k získání informací o příčinách ischemické choroby srdeční. Když badatelé shromáždili a kriticky utřídili všechna data, která sbírali přes 25 let, došli k závěru, že rizikové faktory jsou komplexem příčin, zahrnujícím cholestrol, kouření, vysoký krevní tlak a zejména způsob stravování. Důležitost diety je podporována existencí zřetelných rozdílů ve výskytu ICHS v různých zemích.[4]

Strava mnohých populací, ve kterých se často vyskytuje ischemická choroba srdeční, kupodivu velké množství tuku neobsahuje. Například skupina holandských vědců odcestovala do Minska (Bělorusko), oblasti s neobvykle vysokým výskytem ICHS, kde odebírala mužům a ženám, hospitalizovaným pro nějaké podružné problémy, vzorky tukové tkáně. Vědci vzorky zanalyzovali a nenašli žádný doklad toho, že by vzorek populace z Minska měl nezvykle vysoké hladiny saturovaných tuků nebo zvláště nízké hladiny esenciálních mastných kyselin (EMK), přičemž oba ukazatelé se považují za rizikové faktory ICHS. Uzavřeli, že tuk v dietě zřejmě není tou hlavní příčinou ICHS v této zemi.[5]

Další výzkum naznačuje, že pokud budeme vinit cholesterol, můžeme se nasměrovat na špatného pachatele. Jedna stu-

die odhalila, že potíž je nejspíš s jedním z faktorů srážení krve, fibrinogenem. U mužů s hladinami fibrinogenu na horních pěti procentech výskytu v běžné populaci byla čtyřikrát větší pravděpodobnost, že onemocní ICHS, než u těch, jejichž hladiny byly na spodních pěti procentech. Kuřáci mají zřejmě vysoké hladiny fibrinogenu, což by mohlo vysvětlit známé názory o vztahu mezi kouřením a srdečním infarktem. Jiné výzkumy zase viní vysoké hladiny aminokyseliny homocysteinu.[6]

Poslední teorie říká, že největším rizikovým faktorem je nízká hladina melatoninu. Lékaři z vídeňské univerzity zjistili, že lidé se srdečními potížemi mají sklon k nižší noční produkci tohoto hormonu. Za normálních okolností lidé uvolňují ve spánku melatonin, který zadržuje nebo zpomaluje aktivitu žláz s vnitřní sekrecí. Tyto žlázy ovlivňují růst a metabolismus.[7]

Ať už jsme objevili nový „rizikový" faktor nebo jen nejčerstvější falešnou stopu, nic to nemění na věci, že cholesterol není dokázaným rizikovým faktorem pro žádnou nemoc. Nová velká kalifornská studie odhalila, že ani vysoké, ani nízké hladiny cholesterolu nejspíš nikterak neovlivňují žádné závažnější choroby, tedy ani ICHS a rakovinu. Výzkumníci z University of Southern California, kteří analyzovali asi 2 000 úmrtí ve skupině 7 000 mužů středního věku japonského původu, uzavřeli, že předčasná smrt má příčiny v jiných rizikových faktorech a nikdy to není jen v samotném cholesterolu.[8]

Dokonce ani u starších pacientů, u kterých by se logicky mohlo zdát, že mají větší riziko, nebyli vědci schopni spojit vysoké hladiny cholesterolu s ICHS. Sledovali velkou skupinu pacientů starších 70 let. Vysoká hladina cholesterolu (přes 6 mmol/l) je nevystavovala většímu riziku úmrtí, ať už z jakékoli příčiny, a to včetně ICHS, srdečního infarktu nebo nestabilní anginy (to je forma ICHS, při které záchvaty bolesti na hrudi a úzkosti přicházejí i v klidu pozn. překl.).[9]

U žen může dieta s nízkým obsahem tuku dokonce zvýšit pravděpodobnost, že dostanou ICHS. Ve skupině 15 000 skotských žen měly ty, které vykázaly vyšší hladiny cholesterolu než muži, menší pravděpodobnost úmrtí na ICHS než muži s těmi nejvyššími hladinami. Zdá se také, že snížení cholesterolu u žen vede ke snížení hladiny lipoproteinu o vysoké hustotě, příznivé formy cholesterolu, která nás ve skutečnosti proti ICHS chrání.[10]

Odhlédneme-li od pohlaví, přesvědčují nás poslední důkazy, že léky na snížení cholesterolu mohou pomoci pravděpodobně pouze malému počtu lidí. V jedné studii byly prospěšné jen těm, kteří měli „velmi vysoké počáteční riziko ischemické choroby srdeční"; u pacientů se středním rizikem se nenašly žádné rozdíly; a lidé s nízkým rizikem měli větší pravděpodobnost, že po léčbě zemřou.[11]

I když tyto léky samozřejmě při krátkém sledování snižují hladiny cholesterolu, nemají žádnou cenu pro dlouhotrvající prevenci aterosklerózy. Ani po létech užívání simvastatinu, léku snižujícího cholesterol (u nás v současné době dostupný pod názvem Zocor – pozn. překl.), se nedařilo u pacientů z mnoha evropských center chránit jejich tepny před ucpáváním více než u těch, kteří nikdy žádné léky nebrali.[12]

Protože podobných důkazů postupně přibývá, netají se mnozí lékaři se svými obavami, které vyplývají z téměř živelného snižování cholesterolu. Michael Oliver, ředitel Wynnova ústavu pro výzkum metabolismu při Národním srdečním a plicním institutu v Londýně, zdůraznil, že ve všech velkých studiích, až dodneška uskutečněných, chybí rozhodující důkazy, že by nějaké léky byly schopny zachránit lidské životy.[13]

Vzrůstající skepsi lékařů doslova smetla ze stolu publikace o jednoduchém pokusu v roce 1994, Scandinavian Simvastatin Survival Study, která, jak se zdá, obhajuje léky na snižování cholesterolu přinejmenším u těch pacientů, kteří mají nemocné srdce a vysoké hladiny cholesterolu. Takzvaná studie 4S sledovala 4 444 pacientů („čtyřka" je zde zcela evidentně leitmotiv), kteří měli srdeční postižení a vysokou hladinu cholesterolu. Po pěti a půl letech měla skupina, která dostávala proticholesterolové léky, o 42 procent nižší výskyt smrtelných srdečních příhod a třetině těchto pacientů se zlepšila ICHS ve srovnání s těmi, kteří dostávali placebo. (Ženy v této skupině se stejnědobrou statistikou pochlubit nemohly; ačkoli z celkového počtu lidí ve studii byla jen pětina žen, byla úmrtnost žen ve skupině placeba poloviční než u mužů, což opět podporuje

domněnku, že u žen zřejmě vysoká hladina cholesterolu nemá jako ukazatel vývoje ICHS žádný smysl.)[14]

Během týdne se lékařský tisk vrátil ke své cholesterolové módě a prohlašoval: „Simvastatin vám může zachránit život."[15] Michael Brown a Joseph Goldstein, nositelé Nobelovy ceny z roku 1985 za svou práci o cholesterol, prolomili ticho, které se rozprostřelo kolem sporu o cholesterolu, když na schůzi Americké kardiologické společnosti v Dallasu v Texasu v roce 1994 hovořili o „mezníku" a „definitivní odpovědi", kterou poskytl skandinávský výzkum.

Bezprostředně po výzkumu 4S následovala skotská studie, West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS). Záměrem tohoto výzkumu bylo ukázat, že u mužů, kteří mají vysoké hladiny cholesterolu, ale v jejichž anamnéze chybí ICHS, se pravastatinem (u nás dostupným pod názvem Lipostat – pozn. překl.), dalším lékem snižujícím cholesterol ze skupiny „statinů", dá snížit výskyt srdečního infarktu o třetinu.[16] Jiné studie, včetně jedné, která zpřehledňuje všechny ostatní, uzavírají, že pravastatin je schopen snížit výskyt srdečního infarktu přinejmenším o 60 procent a může zpomalit komatění tepen.[17]

Ačkoli lze mezi těmito výzkumy najít mnoho důležitých rozdílů, jejich vliv na obyčejné, řadové lékaře se objevil okamžitě. Studie WOSCOP byla široce pojímána tak, jako by znamenala, že jinak zdraví muži, kteří mají jen vysokou hladinu cholesterolu, by mohli užívat léky proti cholesterolu a že se tím jejich riziko úmrtí na ICHS sníží téměř o třetinu. Všichni pacienti s vyššími hladinami cholesterolu, jakéhokoli věku či pohlaví, byli odsouzeni k doživotnímu užívání léků na jeho snížení.[18] Nemocnice v Dundee, která sledovala statistiku o úrovni předepisování léků snižujících cholesterol před i po studii 4S, zjistila překvapivý nárůst jak v podílu pacientů, kterým se měří hladiny cholesterolu (o třetinu), tak v podílu pacientů, jimž se předepisují léky (téměř osmkrát).[19] Mnoho z těch, kteří užívali léky, byli starší pacienti nebo ženy, ale studie kategorie pacientů nerozlišovaly. Ačkoli studie 4S prokázala omezený přínos léků snižujících cholesterol u žen a ačkoli do výzkumu WOSCOPS nebyly ženy zahrnuty, tvoří ženy více

než polovinu všech pacientů, kteří tyto léky v současné době ve Spojených státech dostávají.[20]

Jenom pár odvážných odpadlíků se nad cíli studie 4S zamýšlí a poukazuje na množství zásadních a závažných trhlin. Jedna z nich je ta, že ve studii byli ponecháni všichni pacienti s koronárním postižením bez ohledu na to, jestli jejich nemoc byla způsobena komatěním tepen, či nikoli. K léčené skupině bylo dodatečně přidáno 38 lidí, kteří měli v době vstupu do studie již proveden chirurgický bypass nebo angioplastiku, a tudíž měli menší pravděpodobnost, že zemřou. A v kontrolní skupině bylo o 54 kuřáků více, což by také mohlo nějak souviset s jejich větší úmrtností.[21]

William Stehbens z Wellington School of Medicine na Novém Zélandu upozorňuje (a jako patolog by to měl vědět), že diagnostika ICHS nebo posouzení tíže aterosklerózy je disciplínou značně neexaktní do té doby, než lidé zemřou. Ve studii 4S byl skutečný rozdíl v úmrtnosti ze všech možných příčin mezi oběma skupinami pouze 3,3 procenta. Nakonec si Stehbens náhodou všiml takového detailu, že kontrolní skupina dostávala placebo, které obsahovalo methylcelulózu, která, pokud se podává nitrožilně králíkům, se usazuje v tepnách, což vyvolává stav ne nepodobný procesu u aterosklerózy.

Ve studii WOSCOP byl počet úmrtí na ICHS v kontrolní skupině (tedy té, která neužívala léky) celkově vyšší než v populaci obecně blížící se průměrným úmrtím lidí desetiletých nebo starších, jako by jednotliví lidé, vybraní jako reprezentanti „průměrných občanů", byli náhodou nemocní více, než je obvyklé.[22] Dále, ačkoli pravastatin ve WOSCOPS skutečně snižoval hladiny cholesterolu a počet srdečních příhod nebo úmrtí na ně, nepodařilo se mu zabránit signifikantnímu počtu úmrtí z důvodu ICHS nebo z jiných příčin. Ani přehled všech studií o pravastatinu není schopen prokázat, že by snížení počtu srdečních infarktů znamenalo také statisticky významné množství zachráněných životů. Žádné vylepšení ukazatele úmrtnosti z jiných příčin než z důvodu akutního srdečního infarktu nedosáhlo „statisticky významného" výsledku.[23] A když se zaměříte na statistiku přežívání u srdečních infarktů, tak celkové přežívání ve výzkumu WOSCOPS

po pětiletech vzrostlo z 96 na 97 procent, ve studii 4S z 87,7 na 91,3 procenta.[24] To znamená, že mnoha lidem, kteří nikdy neměli srdeční příhodu, budou po neomezenou dobu ordinovány léky na snížení cholesterolu s naprosto minimálním užitkem.

Dalším problémem s předepisováním léků snižujících cholesterol „na celý život" je to, že o nich toho víme stále ještě velmi málo. Pacienti se dovědí, že statiny mají užívat až do smrti, ačkoli u starých lidí nebyl přínos těchto léků zkoumán. Novější studie spíše dokazují, že vyšší hladina cholesterolu je ve věku nad 55 let menším rizikovým faktorem (nebo možná úplně nepodstatným). A samozřejmě nevíme, jaké účinky mají tyto léky, pokud je někdo užívá celá léta.[25]

Doktor Thomas Newman z University of California v San Francisku, který obšírně psal o americké proticholesterolové politice, prozkoumal epidemiologická data, která naznačují, že tyto léky mají menší význam u žen, starších a mladších mužů (v obou velkých cholesterolových studiích byly předmětem výzkumu muži středního věku).[26] Dokonce se objevila i lehce zvýšená úmrtnost u žen, které braly léky proti cholesterolu.[27] Lékaři se beztak nemohou domluvit na tom, jestli by se měly ženám hladiny cholesterolu snižovat. Dřívější práce ukázaly, že u žen se riziko srdečního postižení nezmenšuje, ani když se hladina cholesterolu snižuje dietou. Neexistuje materiál, který by u žen dokazoval spojitost mezi vysokými hladinami cholesterolu a srdečním onemocněním v pozdějším životě.[28]

Někteří vědci též poznamenali, že ve studii 4S zemřelo nepatrně víc lidí ze všech ostatních příčin. I když jde o číslo, které není statisticky významné, je potřeba udělat o těchto lécích další výzkum, abychom přišli na to, zda léky snižující cholesterol mohou být zodpovědné za zvýšení úmrtnosti z jiných příčin.[29] Až dosud určitě víme, že nízká koncentrace cholesterolu v krvi může způsobit mozkové krvácení.[30]

Několik lidí si dalo práci a spočítalo i finanční souvislosti těchto studií. Jestliže WOSCOPS ukázal, že léky zabrání srdečnímu infarktu ve 2,2 procenta, znamená to, že 143 mužů s vysokou hladinou cholesterolu musí být léčeno pět let, aby

se předešlo jednomu úmrtí z důvodu kardiovaskulárního onemocnění. Ve Spojených státech stojí měsíční zásoba pravastatinu 100 $, čili pro jednoho pacienta na těch pět let to je 6 000 $. Takže se musí nakoupit a spotřebovat léky v hodnotě 858 000 $, aby se zabránilo sotva jedné smrti. Jelikož ženy středního věku mají ve srovnání s muži pouze asi čtvrtinovou incidenci ICHS, může stát prevence úmrtí na ICHS u jedné ženy až 3,4 milionu $.[31] A kdybychom hovořili jenom o mírně zvýšených hladinách cholesterolu, pak by se počet lidí, které byste museli léčit, abyste zabránili srdečnímu infarktu, vyšplhal ještě výš.[32]

NÁSILNÝ KONEC

Největším problémem snižování cholesterolu je to, že u pacientů v proticholesterolových programech je větší pravděpodobnost, že zemřou z jiných příčin. Na počátku devadesátých let se začalo objevovat mnoho studií velkého rozsahu, které ukázaly, že pacienti, dodržující proticholesterolovou dietu nebo užívající proticholesterolové léky, měli větší pravděpodobnost násilné smrti včetně sebevraždy, než ti, kteří jedli, co chtěli.[33] Tato bizarní souvislost byla považována za vtip až do doby, než byla potvrzena následnými mezinárodními studiemi.

Nový výzkum z Itálie potvrdil, že lidé s nízkou hladinou cholesterolu skutečně inklinují k sebevraždě. Badatelé z Corso zkoumali krevní hladiny cholesterolu u 300 lidí, kteří se pokusili o sebevraždu, a srovnávali je se stejným počtem lidí, kteří si nikdy neublížili. Skutečně ve všech případech měli pacienti ve skupině se sebevraždami zrovna v době, kdy se pokusili se zabít, nižší hladiny cholesterolu.[34]

Antilipidemika (léky snižující obecně hladiny tuků a cholesterolu v krvi – pozn. překl.), ale dokonce i dieta s nízkým obsahem tuku, mohou přispívat k poklesu serotoninu, mozkového hormonu, který normálně drží škodlivé impulzy, jako třeba agresivní chování, v šachu. Při pokusech na zvířatech vykázaly myši s nižšími hladinami cholesterolu také úbytek počtu serotoninových receptorů v mozku.[35] Jedním z účinků antidepresiv nové gene-

race, selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu (SSRI), jako je fluoxetin (Prozac), je blokáda serotoninu, aby nemohl dosáhnout určitých buněk v nervovém systému. Byly publikovány početné příklady násilnických nebo sebevražedných sklonů u pacientů, kteří tyto léky užívali.

Sledování na jednom geriatrickém oddělení v Itálii zjistilo, že mezi staršími lidmi je riziko depresi větší u těch, kteří měli nejnižší koncentrace cholesterolu v krvi.[36]

Výzkumníci z University of California v San Diegu si vytvořili svou vlastní teorii o vztahu mezi nízkým cholesterolem a náhlou smrtí. Kalifornští vědci zjistili, že deprese je u lidí nad 70 let třikrát častější u těch, kteří mají nízké hladiny cholesterolu, než u těch, kteří mají hladiny vyšší. Co víc, zjistili také, že stupeň deprese stojí ve vzájemném vztahu s úrovní cholesterolu: čím nižší je cholesterol, tím depresivnější pacient.[37] Tento problém se ale nejspíš vyskytuje jen u starších lidí, neboť nikdy nebyl nalezen důkaz o souvislosti mezi násilím a léky, užívanými na snížení hladiny cholesterolu u mladších lidí. K dispozici je materiál svědčící o tom, že lidé, kteří se zúčastňují redukčních programů, mají signifikantně nižší hladiny tryptofanu v krvi. Také ženy, dodržující dietu s velmi omezeným množstvím tuku, mají nižší hladiny tryptofanu a významné změny v hladinách serotoninu.[38] Tryptofan, esenciální aminokyselina, je látka, z které hlavně serotonin vzniká, a získáváme ho zejména z některých jídel, především bílkovin a potravinových doplňků. Srovnáme-li stravu několika zemí, tak ty, u kterých najdeme nižší příjem tryptofanu, mají vyšší výskyt sebevražd. Máme též důkazy, že pacienti trpící velmi těžkou depresí mají nízké hladiny tryptofanu a jejich stav se ještě zhorší při dietě s malým množstvím tryptofanu. Jak se jejich deprese zlepšuje, zvyšuje se i koncentrace tryptofanu.[39]

Jiné práce dokazují, že čím větší je riziko sebevraždy, tím je vyšší hladina cholesterolu,[40] ale v jednom přehledném pokusu se žádnou spojitost nepodařilo najít.[41] Odpověď však možná spočívá ve změnách naší stravy během posledního století, které pozměnilo poměr dvou druhů esenciálních mastných kyselin se snížením omega-3 mastných kyselin, které se nacházejí v tučných rybách a oleji ze lněných semínek. Ukazuje se, že

když se tento poměr změní (což může udělat stejně dobře dieta jak s vysokým, tak i nízkým obsahem tuku), tak se pacientům zhoršuje deprese.[42]

Ať už jsou zde souvislosti jakékoli, je zřejmé, že medicína dosud nepochopila křehkým vzájemným vztahům hormonálních posličků, které přicházejí do mozku, ani požadavkům na dietu, nezbytnou pro udržení jejich funkce. Sebelépe míněné pohráváni si s nimi může vyvolat ještě daleko víc zmatku než ta opravdu nejhorší západní dieta.

NEBEZPEČNÉ A NEUSPOKOJIVÉ

Antilipidemika jsou kritizována jako nebezpečná z různých důvodů. Mnoho lékařů přestalo předepisovat klofibrát (Clofibrat) na základě výzkumu Světové zdravotnické organizace, který odhalil, že klofibrát zvýšil u postižených úmrtnost o 44 procent; ta se navrátila k normě, jakmile byl lék stažen.[43]

Questran (cholestyramin), další lék, který se běžně předepisuje na snížení cholesterolu v krvi, může způsobit zácpu, nadýmání, pálení žáhy, pocit na zvracení, průjem, žaludeční nevolnost, kožní vyrážky a řidčeji i přítomnost tuku ve stolici. Občas také vede k nedostatku vitamínu K, který je příčinou zvýšené krvácivosti z důvodu snížené srážecí schopnosti krve. Při pokusech na zvířatech byl spojován s rakovinou střeva.[44] Případy sexuálních selhání byly hlášeny od pacientů, kteří brali gemfibrozil (u nás dostupné jako Gevilon nebo Ipolipid – pozn. překl.), další lék, snižující cholesterol. Několik studií ukázalo, že určitá antilipidemika mohou zvýšit počet karcinomů o celou třetinu.[45]

Margaret ze Surrey byla 18 měsíců léčena Zocorem (simvastatinem). Říká, že kdyby jí lékař řekl o jeho vedlejších účincích, nikdy by ho nebrala:

Když jsem si doktorovi na tyto účinky stěžovala, pomínul je. Například na můj stesk, že mám sucho v ústech, mi řekl, že piju málo vody. Krvácení z nosu, které jsem nikdy předtím neměla, nikterak nekomentoval, jen mi

řekl, že bych měla navštívit nosního lékaře, aby mi nos zkauterizoval.

Kardiolog mi pomohl snížit krevní tlak, což upravilo mou obrovskou dušnost, kterou jsem předtím dost trpěla. Ale od té doby, co jsem začala se Zocorem, mě zvýšená dušnost prakticky upoutala na židli – kdybych se alespoň trochu hýbala! I když jsem ten lék v srpnu přestala užívat, pořád mě hrozně svědila kůže.

Nedávno jsem zahlédla v časopise reklamu na podobný lék proti cholesterolu. Krásným tiskem inzerát jasně konstatoval některé z vedlejších účinků, kterými jsem trpěla. Jak to, že mého lékaře nikdy nenapadlo, že mé potíže mohl způsobit Zocor?

Jak Margareta správně vysvětluje, je sucho v ústech, zrychlené dýchání, problémy se srážením krve a svědění jen několik ze spousty vedlejších účinků antilipidemik a ty v některých případech přináší i riziko srdečního infarktu.

Poslední dobou jsou léky na snižování cholesterolu podezřelé z toho, že při dlouhodobém užívání mohou způsobovat rakovinu. Odborník ve věci cholesterolu doktor Thomas Newman z University of California v San Francisku a jeho kolega doktor Stephen Hulley analyzovali údaje, publikované v americké lékové bibli, Physician's Desk Reference, spolu s populačními studiemi o výskytu rakoviny a hladin cholesterolu a klinickými zkouškami o snižování cholesterolu, aby našli jednozačnou odpověď na vztah mezi oblíbenými antilipidemiky a rizikem rakoviny. Pokusy prováděné na hlodavcích jasně prokázaly kancerogenní účinky těchto léků, zejména když byly podávány po dlouhou dobu. Doktor Newman a Hulley uvádějí, že hladiny antilipidemik ze skupiny statinů, vytvořené u člověka při jejich užívání, jsou velice podobné hladinám, které u experimentálních zvířat způsobily rakovinu.[46] Gemfibrozil, na trhu v Británii uváděn jako Lopid (v České republice jako Gevilon nebo Ipolipid – pozn. překl.), je spojován s nádorovým růstem u myší a potkanů, ale jen v případě, že zvířata dostávají desetinásobek doporučované denní dávky. Ačkoli ostatní léky, u kterých se prokázalo, že způsobily rakovinu u zvířat, pro

člověka nepředstavují žádné ohrožení, Newman a Hulley přesto oponují, že expozice člověka lékům proti cholesterolu se již přibližuje dávkám, které u hlodavců způsobují rakovinu. Britský přehledný průvodce o lécích, ABPI Data Sheet Compendium, uvádí „signifikantní zvýšení" rakoviny jater u potkanů, kteří byli předávkováni. Od svého schválení je několik antilipidemik spojováno s rakovinou plic, štítné žlázy, varlat a lymfatických uzlin.[47]

Vědci upozorňují, že léky byly schváleny americkým Úřadem pro potraviny a léky na základě nejméně desetiletých klinických zkoušek. Všechny účinky úplně a jasně nepoznáme možná ani za 30 let, zvláště když se dnes velkému počtu lidí vnucuje, aby léky užívali po mnoho desetiletí.

O případné kancerogenitě dvou z těchto léků, lovastatinu a gemfibrozilu, se diskutovalo na schůzi lékové poradní komise FDA. Kalifornští vědci trvají na tom, že představitelé výrobců lovastatinu „nedocenili význam předložených studií". Připravené údaje byly uvedeny v miligramech na kilogram tělesné váhy, což možná také výbor zmátlo.

Zdá se, že přestože byl lék schválen, ponechal si výbor FDA určité výhrady. Původní doporučení znělo tak, že gemfibrozil by se měl použít až jako východisko z nouze, až když cvičení, dieta a snížení váhy při snižování cholesterolu selžou. Popularita léku ovšem naznačuje (spotřeba léků proti cholesterolu za posledních deset let vzrostla desetkrát a ve Spojených státech bylo v samotném roce 1992 na ně napsáno 26 milionů receptů), že byl od té doby užíván v daleko širším měřítku, než výbor zamýšlel.

Třebaže Newman a Hulley souhlasí s tím, že z důkazů o poškozování hlodavců lze vyvozovat závěry pro člověka jen obtížně, neusilují ani o úplný zákaz léků. Jejich názor je ten, že přínos léků převáží rizika mužů, kteří mají velmi vysoké hladiny cholesterolu v krvi a v brzké době jim hrozí srdeční infarkt, pokud užívání léku nepřesáhne dobu pěti let. Mají však dojem, že ti, kterým nehrozí větší nebezpečí, by se měli lékům vyhnout, především v případě, že očekávaná délka jejich života je více než 20 let.

Ačkoli obnovená víra v antilipidemika odvedla pozornost od diety, která má být preventivním opatřením, začíná se znovu diskutovat o staré dietě, doporučované Světovou zdravotnickou organizací a Americkou kardiologickou společností.

O dietách s vysokým podílem polyenových nenasycených tuků (tj. tuků, které obsahují mastné kyseliny, v jejichž řetězci zůstává více atomů uhlíku neobsazeno – pozn. překl.) se ukázalo, že snižují hladinu cholesterolu, aniž by ale zmenšily riziko srdečního onemocnění nebo smrti. Známe totiž několik teoretických studií, které si kladou otázku, zda tato dieta ve skutečnosti nezvyšuje tvorbu arteriosklerotických plátů.[48] Petr Skrabanek a James McCormick komentují několik rozsáhlých studií, které zkoumaly efekt standartního doporučení WHO omezit příjem tuku na 30 procent celkového denního přísunu energie z potravy, a ty rozdělit po 10 procentech na saturované, polyenové nenasycené a monoenové nenasycené tuky (zde analogicky obsahuje molekula tuku mastnou kyselinu, která má neobsazený jen jeden atom uhlíku pozn. překl.). Na konci studie, která sledovala celkem 828 000 člověkoroků, zemřelo o čtyři muže na 10 000 mužů a rok méně. „Tak malý rozdíl je v mezích náhody."[49]

Známe dietní opatření, která mají prokazatelnou schopnost odvrátit srdeční onemocnění, ale jsou daleko komplexnější než ta, která jednoduše omezují jen příjem tuku. Aby se zjistilo, zda může zásadní změna životního stylu ovlivnit aterosklerózu koronárních tepen, pustila se skupina pacientů do vegetariánské diety s malým množstvím tuku, přestala kouřit, učila se zvládat stres a přinutila se k mírnému cvičení. Tito pacienti byli srovnáváni s jinou skupinou, která měla podobně ucpané tepny a jež se nepodrobila těmto speciálním úpravám životosprávy. Po roce se tepny lidí ve vegetariánské skupině o 3 procenta rozšířily, kdežto u pacientů kontrolní skupiny se o 4 procenta zúžily. Celkem vykázalo zlepšení 82 procent lidí z experimentální skupiny, což ukazuje, že komplexní změna způsobu života může bez léků zvrátit vývoj dokonce i těžké koronární aterosklerózy již po roce.[50] V novější studii se pomocí speciálního CT měřily koronární arterie a ukázalo se, že se nemoc po pěti letech zastavila u 99 procent pacientů.[51]

V jiné studii se pacientům, kteří dodržovali jenom dietu na snížení cholesterolu, také podařilo zvrátit přirozený průběh ischemické choroby srdeční téměř stejně jako těm, kteří měli dietu a léky.[52] U běžkyň se zjistilo, že čím více trénují, tím vyšší mají hladiny lipoproteinu o velké hustotě (HDL „dobrého" cholesterolu, který náš organizmus potřebuje, protože se zdá, že nás chrání proti ICHS).[53] Vzdát se kouření, které nejspíš zhoršujecévní potíže u lidí s vysokým cholesterolem v krvi, je možná ta nejúčelnější změna životosprávy, kterou můžete udělat.[54]

Zbývá nám nicméně odpovědět na otázku, která z diet s nízkým podílem tuku je nejvhodnější. Některé z těch, které obsahují velmi málo tuku, mohou pozměnit hladinu HDL cholesterolu nebo vyústit v nízké hladiny esenciálních mastných kyselin, které jsou spojovány se zvýšeným rizikem srdečního infarktu.[55] Ani ti dva kardiologové, kteří spolu prováděli výzkum o vegetariánské dietě, se neshodují v tom, zda by se měli pacienti stát přísnými vegetariány, nebo dodržovat dietu s vysokým, či nízkým obsahem cukrů.[56]

MARGARÍNY A DALŠÍ NEPŘIROZENÉ SOUČÁSTI STRAVY

Dalším problémem je, že pacienti na dietách s malým podílem tuků často konzumují speciálně zpracované nízkotučné potraviny, které mohou samy o sobě přispívat k onemocnění. Většina chemicky zpracovaných a nízkotučných potravin je chudá na esenciální mastné kyseliny; obvyklým výsledkem jejich zařazování do jídelníčku je to, že se vytvoří nerovnováha tuků v organizmu, při které se sníží množství „dobrého" cholesterolu a „špatný" cholesterol se naopak zvýší.[57]

Z těchto nízkotučných výrobků se zdá být jedním z nejnebezpečnějších margarín, který se připravuje ztužováním olejů. To se provádí tak, že se oleje zahřejí na vysokou teplotu a pak se nasytí vodíkem.

Se ztužováním se začalo v roce 1912, a tak máslo a vepřové sádlo získalo konkurenty v nenasycených tucích. Při procesu

ztužování vznikají trans mastné kyseliny; molekulární struktura těchto umělých nenasycených masných kyselin je jiná, než struktura mastných kyselin, které se nacházejí ve tkáních lidí a dalších savců. Výrobní postup, který se používá při produkci margarínů, tedy vytváří „trans izomery" mastných kyselin, které připomínají chemickou stavbu nasycených tuků.[58]

Množství trans mastných kyselin (TMK) v chemicky zpracovaných potravinách se pohybuje od 5 do 75 procent celkového tuku: ani americké, ani britské zákony na výrobcích nepožadují, aby uváděli obsah ztužených tuků v produktu, mají pouze konstatovat, zda je ve výrobku vůbec přítomen.[59] TMK mají „katastrofální" účinky na schopnost organizmu využívat esenciální mastné kyseliny, říká doktor Leo Galland, autor knihy Superimmunity for Kids (vydavatel E. P. Dutton). Jsou ještě horší po zahřátí, protože se změní v něco, co se podobá polymerům v plastech.

Ztužené tuky najdete v rychlém občerstvení, jako třeba ve smažených brambůrkách nebo koblihách, a v rostlinných olejích, které jsou obsaženy v pokrmových tucích a trvanlivém pečivu. Tvoří až 10 procent obsahu některých margarínů. Ale například Van den Berghs, výrobce Flory, už od ztužování zcela upouští.

George V. Mann, lékař z Nashville v Tennessee, který se tímto problémem dost zabývá a hodně o něm píše, tvrdí, že TMK poškozují buněčné lipoproteinové receptory. Jelikož toto poškození brání organizmu, aby dobře zpracovával nosiče cholesterolu, tedy lipoproteiny o nízké hustotě, zvýší buňky svou syntézu cholesterolu, což nakonec vede k jeho vysokým hladinám v krvi. Z početných studií víme, že cholesterol v krvi rychle vzrůstá u lidí, kteří se živí TMK.[60] Výzkum 85 000 žen, uskutečněný na Harvard Medical School po dobu více než osmi let, zjistil, že ženy, které jedly margarín, měly zvýšené riziko ischemické choroby srdeční.

Čím více TMK jíte (a čím větší se tvoří jejich zásoby v tukové tkáni), tím větší je případné riziko ICHS. Jedna velšská studie poukázala na silnou spojitost mezi obsahem TMK v tělesném tuku a úmrtím na srdeční onemocnění.[61]

Částečně ztužené rostlinné oleje nejenže nesplnily očekávání stran náhrady plně nasycených tuků, ale navíc „přispívají k výskytu ischemické choroby srdeční", uzavírají vědci z Harvardu.[62]

Doktorka Mary Enigová, kdysi pracující na katedře chemie a biochemie University of Maryland, která analyzovala obsah trans mastných kyselin asi v 600 potravinách, počítá, že Američané snědí 11 až 28 gramů trans mastných kyselin denně neboli pětinu svého celkového příjmu tuku. Abyste měli představu, co to obnáší, je to jedna velká porce smažených brambůrků, připravená na částečně ztužených olejích s obsahem 8 gramů trans mastných kyselin, nebo 60 gramů imitace sýra.[63] Harvardská studie přičítá 6 procent všech úmrtí na ICHS na vrub TMK, čili 30 000 úmrtí za rok v samotných Spojených státech. Výskyt ICHS je vysoký v severních státech Evropy, kde je vysoká i spotřeba TMK, a nízký ve středozemní oblasti, kde hlavním tukem tamní stravy je olivový olej a přísun TMK je malý.

Epidemie ICHS by mohla přímo souviset se zavedením částečně ztužených tuků do stravy se svým prvním větším vrcholem výskytu, zaznamenaným v roce 1920. Před první světovou válkou, kdy základní součástí stravy byl sýr a máslo, se na koronární trombózu umíralo zřídka. Přesto vědci zásadně spojují srdeční onemocnění s živočišnými tuky, jako třeba máslem, a tím dávají výrobcům umělých tuků příležitost, aby si připisovali zásluhu na tom, že prospívají našemu zdraví.

Významná studie EURAMIC, které se zúčastnilo osm evropských zemí a Izrael, naznačila, že neexistuje žádný přesvědčivý důkaz o tom, že by umělé tuky měly spojitost se srdečními problémy. Zároveň ale upozorňuje, že v zemích, kde je velmi vysoký příjem margarínů, by nějaká souvislost být mohla.

Studie EURAMIC své výsledky bádání zakládá na dvou skupinách mužů jedné s vážným postižením srdce a druhé, která v anamnéze žádné problémy se srdcem nemá. Odhalila, že obě skupiny měly podobné koncentrace trans mastných kyselin v tkáních.[64]

Máme ještě jiné vysvětlení. Ve výzkumech afrických Masajů doktora Georga V. Manna měli tito muži opakovaně nízké koncentrace cholesterolu, ačkoli jejich strava je bohatá na saturované tuky, hlavně z mléka a hovězího masa. Doktor Mann soudí, že Masajové, kteří získávají asi 4–7 gramů TMK z kravského mléka, nedosáhnou hranice, nad kterou má organismus již porušenou schopnost metabolizovat tuk. Ve Spojených státech je průměrný denní příjem TMK 12–20 gramů. Anebo to všechno může být daleko komplikovanější. Masajové mohou být chráněni tím, že jedí přírodní stravu třebaže obsahuje saturované tuky, a ne tu pančovanou, kterou se živí většina lidí na Západě.

TRAMPOTY S DNEŠNÍ STRAVOU

Hlavní důvod, proč je medicína celou záležitostí kolem cholesterolu tak popletená, je v tom, že neústupně hledá a vyděluje jen jediný dietní rizikový faktor. Její přístup k výživě je i poměrně omezený (a nesprávně mířený) zajímá se jen o jednotlivé stopové prvky, kterými bojuje proti té či oné chorobě. Tímto pojetím se medicína uzavírá zkušenostem se zcela zřejmými rozdíly mezi obyvateli Západu a všemi těmi „primitivnějšími" populacemi s nízkým výskytem ICHS, včetně kultur, jako jsou Eskymáci, kteří kypí zdravím i při své tučné stravě.

Početné studie ukazují, že pokud se primitivnější populace začnou stravovat západním způsobem, začnou umírat na srdeční infarkty. Ale hlavní rozdíl mezi tím, co jedí, a tím, co jedli, není v mase nebo tucích, ale v přírodních potravinách. Viníka musíme nejspíš hledat ve rozsáhlém znehodnocování, neboli „rozkouskování" všeho, co vložíme do úst. Patří k tomu i vydatné přidávání rafinovaného cukru, který zvyšuje množství tuků v krvi a oslabuje imunitní systém.

Doktor Stephen Davies, průkopník medicíny výživy v Británii, který zkoumal běžnou západní stravu 20. století, poukazuje na to, že lidé se za posledních 40 000 let příliš nezměnili ale naše strava, přinejmenším zde na Západě, ano.[43] Cituje S. Boyda Eatona a Melvina Konnera, kteří píší o výživě paleolitu

v New England Journal of Medicine: „Rozvoj zemědělství před 10 000 lety ovlivnilo naše geny zřejmě jen minimálně. Určité hemoglobinopatie a přetrvávání střevní laktázy do dospělosti jsou „nedávné" trendy genetického vývoje, ale jiných podobných příkladů známe jen málo."[44]

Jinými slovy, jídlo je věcí moderní a průmyslové doby, ale naše žaludky jsou stále na úrovni doby lovců a sběračů. Tehdy lidé získávali 21 procent celkového příjmu energie z tuků, 34 procent z bílkovin a snědli 45,7 gramů vlákniny (přívod cholesterolu dosahoval až 591 mg na rozdíl od 300 mg, které se dnes obvykle doporučují). V současné době získá průměrný Brit 14,1 procenta energie z bílkovin a 37,6 procenta z tuků, a přijme jen 390 mg cholesterolu a 24,9 gramu vlákniny.

Moderními stravovacími zvyklostmi by byl jeskynní člověk skolen jako muška. Ale o tuku hovoří nepochybně jen malá část celé této historie. Jedním z důsledků moderního zpracování zemědělských produktů, s jeho domestikací zvířat, ptáků a ryb, je podstatné snížení spotřeby esenciálních mastných kyselin, o kterých víme, že jsou životně důležité pro zdravý imunitní systém. „Intenzivní chov dobytka, především prasat a kuřat, kdy zvířata žijí v budovách ve stísněných podmínkách, souvisí s nedostatkem živin u těchto zvířat," píše Stephen Davies. „Metody chemického zpracovávání a čistění dále ohrožují obsah výživných látek stejně jako intenzivní zemědělské postupy, které končí demineralizací půdy. Agrochemikálie a další znečištění životního prostředí zasahují do potravinového řetězce, ničí výživovou hodnotu potravin a poškozují naše detoxikační... mechanismy."[45]

Stephen Davies chce tím říci, že mnoho degenerativních onemocnění, mezi něž patří i ischemická choroba srdeční, může být z velké části způsobeno neschopností našeho organizmu vyrovnat se s doslova „revoluční stravou" 20. století. Jinak řečeno, viníkem nemusí být nezbytně jen cholesterol nebo jiná jednotlivá potravina, ale právě ty způsoby, jakými pěstujeme, shromažďujeme, prodáváme a připravujeme vše, co se objeví na stole. Uvědomte si, jaké jsou na každého z nás kladeny mimořádné požadavky tím, že se jídlo ve velkém zba-

vuje životně důležitých živin a místo toho se do něj zahrnují tisíce podivných nových látek.

Současný masný průmysl je velkorysý ke spotřebě steroidů, antibiotik, tranquilizérů a beta-blokátorů. Zemědělci běžně používají chemikálie jako pesticidy, herbicidy, rodenticidy, fungicidy a dusíkatá umělá hnojiva. Soudobé průmyslové zpracování potravin rafinuje pšenici a cukr, což u nich snižuje obsah stopových prvků a vitaminů, stejně tak jako moderní způsoby skladování, ozařování potravin a přidávání asi tak 3 794 potravinářských přísad, barviv, sladidel, látek na úpravu struktury a konzervačních prostředků.

PŘIROZENÁ VÝŽIVA

Jelikož je většina dietních doporučení pouze módní záležitostí, bude nejlepší vsadit na některý ze základních stravovacích principů, kterými se řídí mnoho zdravých přírodních národů. Ve své knize Native Nutrition: Eating According to Ancestral Wisdom (vydáno v Healing Arts Press) se naturopat Ronald F. Schmid zabývá výzkumem doktora Westona Price a doktora Francise M. Pottengera, věnovaným přírodním populacím: aljašským Eskymákům, Švýcarům z údolí Loetschental, americkým Indiánům, Afričanům a ostrovanům z Pacifiku. Všichni tito lidé, kteří se živí čerstvým ovocem a zeleninou, obilím, divokou lovnou zvěří a rybami nebo zdravými, volně se pasoucími zvířaty a v některých případech čerstvými, průmyslově nezpracovanými mléčnými produkty, byli nebo jsou úchvatní svými silnými, zdravými těly, přímo dokonalým chrupem, a jsou osvobozeni od degenerativních chorob, které nás v dnešní době na Západě sužují.

Ačkoli se složení jejich stravy velice liší (afričtí Masajové jedí hlavně maso, mléko a krev, zatímco tradiční Maorové na Novém Zélandu upřednostňují ryby, chaluhy a kořeny), jsou jim společné určité základní rysy. Podle vynikající knihy americké odbornice na diety Annemarie Colbinové Food and Healing (vydavatelství Ballantine) je u všech těchto přírodních způsobů stravování samozřejmé, že jídlo je čerstvé (nebo konzervované přirozenými způsoby, ať už uzením, sušením nebo nakládáním); pěstuje se pouze sezonně a sní se tam, kde vyroste, hnojí se ústrojně; připravuje se tradičními způsoby.

Kdykoli je to možné, jezte čerstvé potraviny v přirozeném stavu a vyhýbejte se baleným a chemicky zpracovaným výrobkům, ať už je k nim přidáno cokoli nebo jsou rafinované, obohacené a jinak závadné. Tedy trvanlivé pečivo, šťávy v plechovkách, komerční arašídové máslo, cukroví, „sýry", smažené bramborové lupínky a obilné lupínky. Vyhněte se zejména všemu, co se podobá margarínům, na jejichž etiketách najdete takové nepotravinářské přísady, jako jsou částečně ztužené rostlinné tuky. Zdravý selský rozum mluví proti vyřazování nebo omezování vajíček (pokud má drůbež volný výběh), jež jsou výborným zdrojem bílkovin. Jezte prostě pestře, předem si vyjasněte případnou potravinovou alergii a omezte živočišné tuky, aby se nestaly ve vaší stravě tím nejdůležitějším. Všeobecně jsou evropské oleje většinou méně zpracované než ty, které se vyrábějí ve Spojených státech. Nejbezpečnější je ale při přípravě jídel používat mimořádně dobrý panenský olivový olej, který se stále vyrábí tradičními metodami.

6

Očkování

INJEKCE BEZ ROZMÝŠLENÍ

JOSIE McNALLY myslela, že svému synáčkovi Williamovi jenom prospěje. Ve svém prvním roce života to byl zdravý, normální a šťastný chlapeček a ona chtěla mít jistotu, že to tak bude pořád. V prosinci 1992 lékař doporučil, aby ho přivedla na běžnou očkování proti spalničkám / příušnicím / zarděnkám (MMR), která ho proti těmto nebezpečným nemocem ochrání. Josie o tom moc nepřemýšlela; William všechny své předešlé injekce zvládl bravurně a kromě toho doktor tomu rozumí nejlépe.

Deset dní po očkování se však stalo něco strašného. William začal mít křeče a Josie a její manžel s ním záchrankou pospíchali do nemocnice. Když Josie naznačila, jestli by její syn nemohl mít reakci na očkování, lékař zavrtěl hlavou. Záchvat, který se objevil po injekci, by neměl být nic jiného než shoda okolností; pravděpodobně se nebude opakovat. Primář souhlasil; zdá se, že očkování s tím nemá nic společného.

Ale záchvaty nepřestávaly a zanedlouho se William zmítal v křečích až 40krát denně. Vyvinula se u něj i vzácná systémová imunitní reakce. Nyní mu jsou tři roky, má diagnostikovanou epilepsii, křeče se stále opakují, nereagují na léčbu léky

a vývojově je William na úrovni osmnáctiměsíčního dítěte. Při svých cestách do a z nemocnice se začala Josie potkávat s ostatními matkami, jejichž děti měly podobné problémy, které začaly přesně po injekci MMR. A vakcína, kterou William dostal, byla brzy po jeho očkování stažena. Nicméně až dodneška nikdo ze zdravotníků oficiálně nepřiznal, že by s tím měla tato očkovací látka něco společného. Rodina McNallyových od žádného ze státních orgánů nedostává sebemenší finanční pomoc na placení značných nákladů na léčbu, se kterými se budou muset po celý Williamův život potýkat.

Většina lékařů zaníceně věří, že očkování je v historii lékařství jeden z největších úspěchů, který se zasloužil o vymýcení mnoha smrtelných infekčních onemocnění. V podstatě se v nitru téměř každého lékaře skrývá altruista, kterého blaží pomyšlení, že vyhubení nemocí je nejen možné, ale je už dokonce na spadnutí. Čas od času oznámí Světová zdravotnická organizace datum, ke kterému plně očekává, že choroby, jako dětská obrna, spalničky nebo záškrt, navždy zmizí z planety.

Tato vášnivá víra dodává zdravotníkům odvahu stále více očkovat a bojovat nejen proti velkým zabijákům, jako je dětská mozková obrna, ale také proti většině neškodných souputníků dětství, například proti spalničkám, příušnicím a planým neštovicím. Spočítáme-li všechny vícečetné dávky v celém navrhovaném očkovacím schématu, mohou mít americké děti v době, kdy jdou do školy, za sebou už asi 30 očkování, z toho většinu během prvních měsíců života; u Britů, kde se při narození poskytuje očkování proti tuberkulóze, ale neočkuje se proti hepatitidě B nebo planým neštovicím, skončíte na nepatrně menším počtu 25. Americká vláda a Světová zdravotnická organizace dokonce sponzorují výzkum, o jehož výsledku si představují, že se stane geneticky sestrojeným, postupně se uvolňujícím „svatým grálem", supervakcínou až na 40 různých chorob, vyrobenou z čisté DNA, která se novorozenci při narození vstříkne do úst a bude ze sebe po celý život vydávat v předem načasovaných intervalech další dávky.[1] V poslední době se dokonce pracuje na očkovacích látkách proti astmatu,

zánětu středního ucha a nemocem dýchacích traktu, AIDS, rakovině a také proti otěhotnění.

S očkováním to vypadá tak, jako by utopističtí technokraté lékařství ztratili kvůli nemocem a jejich prevenci veškerý rozum. Víra lékařů ve správnost jejich vlastních postojů je tak pevná, že jim brání připustit si konkrétní fakta dokazující nebezpečí a neúčinnost určitých vakcín nebo dokonce případy onemocnění u dětí, které byly očkované. Vhání také jinak rozumné lékaře a vědce do strachu a hysterie, která dokáže překřičet odpůrce a užívat citového vydírání, aby zastrašili rodiče a nutili je k poslušnosti a uchylování se k citupiným stížnostem, místo aby využívali zdravého rozumu nebo skutečností, kterými by obhájili své stanovisko. Aby britská vláda odstartovala celostátní kampaň za očkování dětí školního věku proti spalničkám a zarděnkám, uvedla v televizi nekompromisní, emotivní černobílou reklamu, která dokonale sugerovala, že spalničky přicházejí fatálně a bez očekávání. V Americe jsou rodiče zastrašováni odmítnutím dávek sociální péče, když se se svými dětmi nedostaví na očkování živou trojitou vakcínou proti spalničkám / příušnicím / zarděnkám. Zdravotničtí úředníci v Chicagu se pokusili na očkování nalákat obyčejné lidi tím, že tlampačem vysílali náborové řeči prošpikované peprnou hudbou, která měla dodat odvahu matkám španělské komunity, aby přivedly své děti do ordinace.

Ve Velké Británii při nedávné kampani za proočkování všech britských dětí od 5 do 16 let vakcínou proti spalničkám / zarděnkám dostávali rodiče povrchní letáky, v nichž nebyla skutečně ani jediná zmínka o vedlejších účincích, které již dávno vedoucí mezinárodní orgány přiznávají. Lékaři a zdravotničtí funkcionáři dopisy a telefonáty otravovali rodiče, kteří se rozhodli proti očkování, a pokoušeli se změnit jejich úmysl. A všechny možné skupiny lékařských odborníků sebejistě na veřejnosti rozhlašovaly, že tato kampaň vymýtí spalničky z těchto končin nepochybně jednou provždy.

Britské ministerstvo zdravotnictví si pospíšilo s jednou z nejambicióznějších imunizačních kampaní, které kdy rozvinuté země viděly, a rodiče informovalo v tom smyslu, že vedlejší účinky všech dalších dávek jsou velice nepravděpodobné,

protože byly „pečlivě prostudovány sledováním velkého počtu dětí ve Spojených státech".[2] Ve skutečnosti jsou ale důkazy, o něž se opírá toto tvrzení, poněkud skrovné. Před kampaní obdrželo ministerstvo fax od úředníků Amerického národního imunizačního programu, který vysvětluje, že jediným důkazem o tom, že opakování injekcí je bezpečné, jsou dotazníky, rozesílané vysokoškolským studentům, kteří tyto další dávky dostali. Lékařští vědci považují tento typ studií za velice nespolehlivé a nevědecké měřítko bezpečnosti a účinnosti. Skutečná bezpečnost opětovných neboli připomínacích dávek bude známa až příští rok, kdy bude v Americe dokončena klinická zkouška s 1 800 dětmi.

A co horšího, britská Veřejná zdravotní laboratorní služba dokončila ještě před započetím kampaně studii, která ukázala, že u dětí, které byly očkovány proti spalničkám / příušnicím / zarděnkám, je třikrát větší pravděpodobnost, že budou trpět křečemi, než u dětí, které injekci nedostaly. Dvě třetiny případů záchvatů jdou na vrub spalničkové součásti vakcíny. Výzkum také zjistil, že nad veškerá očekávání vakcína MMR způsobuje pětinásobné zvýšení počtu případů vzácného krevního postižení. Tato studie nebyla nikdy během kampaně uvedena, byla pouze publikována v lékařské literatuře, ale až čtyři měsíce po skončení kampaně.[3]

Protože je očkování skutečně typickým obrázkem moderní medicíny – vítězství vědy nad přírodou –, jsou vědecké pokusy nejvděčnějším předmětem překrucování faktů, aby se negativní závěry nalakovaly na růžovo a mohly se ignorovat jakékoli výsledky, které si lékaři nepřejí slyšet. Americká vláda požádala Národní akademii věd (NAS), aby přezkoumala veškerou lékařskou literaturu a podala vyčerpávající zprávu o tom, co již bylo o různých dětských očkovacích látkách známo a o čem bylo dokázáno, jestli ovšem vůbec bylo, že je nebezpečné. Lékařský institut Národní akademie věd, který k tomuto úkolu vyčlenil čelné pediatry a lékařské vědce, ve dvou samostatných zprávách uzavřel, že všech devět vakcín může děti potenciálně vážně poškodit. Ačkoli tyto závěry byly v podstatě zahrnuty do rozvláčných přehledů, které rodiče dostávali před očkováním svých dětí, Národní komise pro

očkování dětí usilovala o to, aby byly upraveny, protože by mohly rodiče „zmást".

V Británii zadalo Ministerstvo zdravotnictví vypracování zprávy o očkovací látce proti černému kašli profesoru Gordonu Stewartovi, původně vedoucímu katedry hygieny na University of Glasgow a nyní poradci Světové zdravotnické organizace, který se dlouho touto látkou zabýval. Když jeho studie prokázala, že rizika vakcíny převáží její přínos, příslušné oddělení ministerstva zprávu předalo Výboru pro bezpečnost medicíny, který se rozhodl nebrat na ni zřetel.[4]

V tomto ovzduší nadšení, ve kterém je vyhlášen boj za „přemožení" všech možných chorob a ve kterém všichni svou pověst propůjčí obraně očkování za každou cenu, se nikdo nezastaví, aby prozkoumal možné dlouhodobé účinky nahuštování devíti či více různých antigenů do nezralého imunitního systému generace sotva patnáctiměsíčních dětí. V žádné ze studií o očkování epidemiologové nikdy nezkoumali, zda existuje nějaká horní hranice počtu injekcí, které mohou děti tolerovat, aniž by se uplatnily různé druhy drobných poškození – například astma, poruchy učení, hyperaktivita nebo chronický zánět středouší. V podstatě nikdo neudělal vůbec žádnou dlouhodobou studii o bezpečnosti. „O encefalitidě a úmrtích jsme jenom slyšeli," říká dokror J. Anthony Morris, bývalý ředitel virologie Úřadu pro potraviny a léky a Národního úřadu zdraví. „Je zde ale celé spektrum reakcí od horečky až po smrt, a o všech těch záležitostech mezi tím nebyla nikdy podána žádná zpráva."[5]

Jádrem logiky skrývající se za očkováním je teorie stádní imunity – tedy jestliže bude proti určité nemoci očkován dostatek lidí, tak ta nemoc nakonec vymizí. Vedle zbožného přání, které stojí tváří v tvář vysoce složitým organismům, jako jsou viry, které se neustále mění a mutují, je ovšem problémem tohoto typu uvažování jeho despotický přístup: odstranění choroby je v očích medicíny daleko důležitější než zdraví dítěte, které může být očkovací látkou poškozeno, nebo důležitější než právo člověka se rozhodnout, co je pro jeho rodinu to nejlepší. Rozhodnete-li se své dítě neočkovat, budete považováni nejen za nezodpovědné rodiče, ale i za nezodpovědného občana své společnosti, ale i celého světa. V Británii je očkování dítěte často podmínkou, abyste mohli zůstat u svého všeobecného lékaře (jestliže je 90 procent z jeho klientely dětí mladších 2 let naočkováno, bude mu vyplacena prémie 2 235 liber. Jestliže je očkováno pouze 70 procent, prémie se smrskne na 745 liber; jakýkoli menší počet znamená, že dostane zaplacen jen zlomek z celkové sumy.) Ve Spojených státech dostalo očkování dětí další stimul. Výnosem o dětském očkování Clintonova kabinetu, které komplikuje rodičům situaci, pokud chtějí své děti od očkování osvobodit.

V Británii ale ještě pořád máme nepatrnou možnost volby. V mnoha zemích musí být všechny děti očkovány dřív, než se dostanou do školy – to je politika, zejména v zemi jako je USA, která se zdá být v rozporu s velkým množstvím základních svobod člověka. V tomto hysterickém klimatu si to vláda a lékařská obec zařídili tak, že mají právo podávat nezletilcům látku, o které nemohou zaručit, že je bezpečná – právo, které se ještě nikdo nepokusil soudně napadnout.

NECITLIVÝ NÁSTROJ

Očkování je necitlivý a velice nedokonalý nástroj. Hlavním problémem není ani tolik to, že vakcíny nefungují, ale to, že fungují nahodile. Princip očkování vychází z předpokladu, že vstříknete-li jedinci živé a oslabené nebo mrtvé viry, „ošidíte" tak jeho organizmus a ten začne produkovat protilátky proti určité nemoci, jak to dělá v případě, kdy nemoc chytí přirozeným způsobem. Medicína ale v podstatě ani neví, jestli účinek očkovací látky vůbec nějaký čas přetrvává. Vše, co mohou běžné vědecké studie prokázat (protože jsou prováděny pouze po krátkou dobu), je to, že vakcíny způsobují tvorbu protilátek v krvi. Takže se stane jedině to, že očkovací látky účinně zvýší nad měřitelnou mez protilátky proti jednotlivému infekčnímu onemocnění, ale pouze na krátké časové období. Ale dokonce i když zvýší hladinu protilátek neomezeně, nemusí to mít nic společného s ochranou jedince před nemocí na delší (nebo třeba i jen krátký) čas. Ve skutečnosti přítomnost protilátek v krvi

nemusí být jedinou cestou, kterou organizmus rozpoznává infekci a brání se chorobě. Velký počet lidí, kteří prodělali například záškrt, nikdy proti této nemoci netvoří protilátky.

Jedna zpráva uvádí, že protilátky proti spalničkám se našly v krvi pouze jednoho ze sedmi očkovaných dětí, které pak tuto nemoc prodělaly – protilátky netvořily ani po injekci, ani po nemoci samé.[6] Později Veřejná zdravotní laboratoř v Londýně zjistila, že čtvrtina dárců krve ve věku mezi 20 až 29 lety měla nedostatečnou imunitu proti záškrtu i v případech, že většina z nich byla jako dítě očkována. Tento poměr se ve věkové skupině dárců od 50 do 59 let zdvojnásobil.[7]

MÝTUS ČÍSLO 1: CHOROBY POKOŘÍME VÝHRADNĚ OČKOVÁNÍM

Úspěch očkování je pouze domnělý. Jak se zlepšují zdravotnická opatření a hygiena, bytová výstavba, zdokonaluje se výživa a izolace nemocných, tak se radikálně snižuje incidence a počet úmrtí na mnohé infekční choroby, ale protože bylo současně zavedeno očkování, stojí si medicína na tom, že očkovací látky jsou pro vymýcení těchto chorob jediným významným činitelem. Mnoho lékařských učebnic se pyšní tím, že jedním z největších úspěchů medicíny je eradikace (tedy úplné vymýcení – pozn. překl.) pravých neštovic očkováním. Když se však do epidemiologických statistik podíváte pozorněji, zjistíte, že mezi lety 1870 a 1872, 18 let poté, co bylo zavedeno povinné očkování, čtyři roky poté, co se začaly vkládat naděje do čtyřletého úsilí donutit k očkování každého člena populace (s přísnými pokutami pro lidi, kteří se provinili omítnutím), a právě v době, kdy bylo 97,5 procenta populace proočkováno, zažila Anglie nejhorší epidemii pravých neštovic, která si vyžádala více než 44 000 lidských životů. Tenkrát zemřelo na pravé neštovice v podstatě třikrát víc lidí než v předchozí epidemii, kdy bylo očkováno méně lidí.

Po roce 1871 odmítlo město Leicester vakcinaci, především proto, že vysoká incidence pravých neštovic a velká úmrtnost na ně během roku 1870 přesvědčila obyvatelstvo, že očkování

není nic platné. Při další epidemii v roce 1892 se Leicester spolehl čistě jen na vylepšená hygienická opatření a karanténu. Zaznamenal potom pouze 19 případů a 1 úmrtí na 100 000 obyvatel ve srovnání s městem Warrington, kde bylo šestkrát tolik případů a jedenáctkrát větší úmrtnost, než v Leicesteru, i když ve Waringtonu bylo očkováno 99 procent populace.[8]

Světová zdravotnická organizace poukázala na to, že se v mnoha částech západní a střední Afriky podařilo vymýtit toto onemocnění tím, že se přešlo od masové imunizace, která neměla valné výsledky, k osvětové práci a zvýšenému dozoru, který chorobu potlačil prostřednictvím svých izolačních opatření.[9]

Také zkušenosti ze Sierra Leone svědčí o tom, že za konec s pravými neštovicemi není zodpovědné očkování. Na konci šedesátých let měla Sierra Leone nejvyšší výskyt pravých neštovic na světě. V lednu 1968 začala v zemi kampaň za eradikaci a tři ze čtyř těžších případů byly zvládnuty správnou diagnózou a izolací postižených lidí, bez jakékoli imunizace. O patnáct měsíců později zaznamenala tato oblast poslední případ pravých neštovic.[10]

DĚTSKÁ OBRNA

Na vakcínu proti dětské obrně každá vláda pyšně poukazuje jako na definitivní důkaz, že se hromadné očkovací programy osvědčují. Americká vláda snadno argumentuje tím, že během let ničivého výskytu dětské obrny se v Americe objevilo 20 000–30 000 případů, přičemž dnes je to jen 20–30 případů ročně. Nicméně doktor Bernard Greenberg, vedoucí katedry biostatistiky na Škole veřejného zdraví University of North Carolina se netají tím, že po zavedení hromadné imunizace případů dětské obrny v letech 1957 a 1958 o 50 procent přibylo a že mezi lety 1958 a 1959 to již bylo o 80 procent.[11] V pěti státech Nové Anglie – Massachusetts, Connecticut, New Hampshire, Rhode Island a Vermont – se počet případů dětské obrny v letech 1954 a 1955 zhruba zdvojnásobil poté, co bylo zavedeno očkování.[12] Uprostřed paniky kolem obrny v padesá-

tých letech, kdy se vyvíjel nátlak na to, aby se našlo nějaké zázračné řešení, byly však statistiky zdravotnickými úředníky manipulovány tak, aby vznikl opačný dojem.

Jednou z takových cest bylo pojmenování staré nemoci novým jménem – „virová neboli aseptická meningitis" nebo „cocksackie virus". Podle statistik Okresního zdravotního registru v Los Angeles bylo například v červenci 1955 ohlášeno 273 případů dětské obrny a 50 případů aseptické meningitidy, přičemž o deset let později to bylo pět dětských obrn a 256 aseptických meningitid.[13]

Na úplném začátku tohoto století bylo 3 000 úmrtí přičítáno planým neštovicím a asi jen 500 pravým neštovicím, ačkoli odborníci se shodují v tom, že plané neštovice jsou smrtelné jen velice vzácně.[14]

Martha z Sheffieldu měla nedávno zážitek s podobným obratným švindlem se záměnou jmen u černého kašle:

Před nedávnem dostala má dvouletá dcerka černý kašel, a tak jsem ji vzala k našemu praktickému lékaři, připravená na pokárání, že jsem zanedbala očkování. Lékař však diagnostikoval astma a předepsal Ventolin. Tato diagnóza mě příliš nepřesvědčila, takže jsem v rámci obvyklé praxe konzultovala jiného všeobecného lékaře. K mému překvapení trval na tom, že černý kašel už neexistuje (díky masovému očkování) a potvrdil diagnózu astmatu. Naléhala jsem tedy na vyšetření vykašlaného hlenu, aby se potvrdila, nebo vyvrátila existence černého kašle.

Poté, co náš lékař hovořil s místním mikrobiologem, mi povýšeně zatelefonoval. „Černý kašel nevyšetřujeme, protože se už nevyskytuje," oznámil. Načež jsem se zeptala, že kdyby se náhodou stav za několik týdnů upravil, zda by to v tomto případě diagnózu astmatu nevyvrátilo? Nato mi řekl: „Nyní se vyskytuje nové onemocnění, známé jako virové astma, které je černému kašli podobné." Že prý s touto diagnózou mají hodně dětí. Dodal: „Od té doby, co se černý kašel přestal vyšetřovat, nebyl v naší oblasti zaznamenán žádný případ této choroby."

Nemoci, jako je dětská obrna, probíhají periodicky. Velké epidemie obrny proběhly po roce 1910, ve 30. a 50. letech; potom počet případů vždy prudce klesl téměř až k nule. Na vrcholu epidemie v padesátých letech, když se začalo s očkováním, „se vakcíně důvěřovalo víc než přírodě", jak uvádí autorka Welene Jamesová citát jiného pisatele.[15] Americký kritik lékařství doktor Robert Mendelsohn jednou poznamenal: „Nemoci jsou jako móda, přicházejí a odcházejí."[16] Mnoha očkovacím programům se přičítají zásluhy na procesu, který je přirozenou vlastností průběhu chorob – rozšířit se a stáhnout se. Nejenže se vědě nepodařilo definitivně potlačit dětskou obrnu a tuberkulózu, ale obě nemoci se dokonce před mnoha lety rozhodly, že opět naberou dech, a nyní prožívají svůj návrat – tuberkulóza v mnoha západních zemích, dětská obrna v četných oblastech Kanady a záškrt v Rusku a na Východě.

TETANUS, ZÁŠKRT A ČERNÝ KAŠEL

Incidence a počet úmrtí na záškrt se snižovaly už daleko dříve, než byla zavedena očkovací látka. Platí to i pro tetanus, a to převážně proto, že se začala věnovat zvýšená pozornost čistotě ran.[17] Během druhé světové války bylo z celkového počtu vojáků zachyceno pouze 12 případů tetanu – třetinu z nich dostali vojáci, kteří byli očkováni.[18] Velký pokles úmrtnosti na černý kašel (asi 80 procent) se objevil ještě předtím, než byla očkovací látka uvedena do praxe.[19]

SPALNIČKY

Podobný model najdeme i u spalniček. Úmrtnost na spalničky se snížila až o 95 procent (na 0,3 úmrtí na 100 000) již 20 let před zahájením očkování.[20]

A dnes, navzdory tomu, že se v Británii od roku 1988 používá trojitá vakcína spalničky / příušnice / zarděnky a očkuje

se jí neobyčejně vysoký počet batolat, případů spalniček nedávno přibylo – téměř o čtvrtinu.[21]

Až donedávna Spojené státy sužovala vytrvale rostoucí epidemie spalniček – nejhorší za poslední desetiletí – ačkoli očkovací látka proti spalničkám byla v nejrůznějších formách k dispozici prakticky od roku 1957 a v kombinované injekci od roku 1975. Ačkoli si vláda vytyčila rok 1982 jako datum, kdy nemoc bude prakticky eliminována, Středisko pro kontrolu chorob (CDC) v Atlantě zaznamenalo v roce 1990, tj. v roce, z nějž byly k dispozici poslední statistiky, předběžný počet 27 672 případů spalniček, což v podstatě představuje dvojnásobek případů hlášených v roce 1989, ale to už bylo zase dvojnásobné množství než rok předtím.

I když počet případů spalniček poklesl o čtvrtinu (na 63 tisíc) v roce, kdy se začalo očkovat, a přechodně dosáhl spodní hranice 1 500 nahlášených případů v roce 1983, jejich počty se náhle zvedly o 423 procent na konci posledního desetiletí a potom prudce vzrůstaly. Nejpostiženějšími oblastmi Spojených států byl Houston a okres Los Angeles.

Po velkém rozkvětu spalniček během let 1989–1991 nyní jejich výskyt rapidně klesá. Středisko pro kontrolu chorob to rozjařeně přičítá ohromnému útoku v podobě spalničkové a kombinované vakcíny, kterému spalničky podlehly na vrcholu poslední epidemie; vakcína pokryla v průměru 66 procent dětí v letech před rokem 1985 a v roce 1991 to bylo již 78 procent.

Několik málo dalších statististických čísel však tyto optimistické vývody popírají. Za prvé CDC na základě retrospektivních přehledů o očkování soudí, že přibližně 800000 až dva miliony kojenců a batolat, kteří nedostali injekci, by mělo být údajně vnímavých ke spalničkám. Skutečnost je však taková, že v roce 1992 bylo v této věkové skupině hlášeno pouze 9 300 případů onemocnění. Ačkoli průměrný věk dětí, které chytnou spalničky, klesá (od průměru 12 let na začátku epidemie v roce 1989 až k pozdějším 4,9 roku), vyskytuje se stále téměř polovina hlášených případů u dětí nad 5 let – většina z nich by ale měla být již imunní.

CDC připouští, že náhlý pokles počtu by mohl nějak souviset s „celkovým snižováním výskytu spalniček na západní

polokouli". Mohlo by to mít též nějaký vztah, jak říkají, s periodickým charakterem této nemoci.

HIB MENINGITIS

Dokonce i studie podporující a do nebes vychvalující nejnovější očkovací látku proti bacilu *Haemophilus influenzoe b* (Hib) přiznala, že „podstatný" pokles se objevil i u dětí, které nebyly očkovány – z 99,3 na 68,5 na 100000 dětí.[22]

MÝTUS ČÍSLO 2: CHOROBY, PROTI KTERÝM SE OČKUJE, JSOU SMRTELNÉ

Očkování se stále více přesouvá z pozice logicky zdůvodnitelného potlačení smrtelných chorob k pokusu o zvládnutí nepříjemných nemocí, jako jsou příušnice nebo plané neštovice. Velký počet onemocnění, proti kterým se nyní očkuje, u dobře živených dětí se zdravým imunitním systémem v současné době opravdu život neohrožuje.

SPALNIČKY

Zájem o nedávno probíhající kampaň proti spalničkám vycházel z toho, že spalničky jsou život ohrožujícím stavem, a z pocitu, že jsou rok od roku nebezpečnější. Když Ministerstvo zdravotnictví v roce 1989 rozběhlo svou poslední velkou očkovací akci, připomenul doktor Norman Begg, odborný epidemiolog Veřejné zdravotní laboratorní služby, tehdejší oficiální statistiku, že jedno z 5000 dětí, které dostanou spalničky, budou mít akutní encefalitidu, zánět mozku, a u jednoho z 5000 takto postižených se vyvine SSPE (subakutní sklerotizující panencefalitis), téměř nevyhnutelně smrtící progresivní onemocnění, které způsobuje tvrdnutí mozku.[23]

O pět let později, kdy jeden novinář povzbuzoval rodiče, aby nechali své děti v rámci celostátní protispalničkové kam-

paně přeočkovat, se počet obětí spalniček, u kterých by mohla vzniknout encefalitida, najednou změnil na jeden z každých 500. Pisatel trval na tom, že jeden z 10 takto postižených prý zemře a jeden ze čtyř bude trpět trvalým poškozením mozku. Jak kampaň sílila, zveličovaly jiné noviny hrozící nebezpečí ještě více. V listopadu se zdálo, že jeden z každých 17 případů spalniček se změní v diagnózu encefalitidy.

Ale v odborném časopise najdeme zprávu, která se orientovala výhradně na studii o tomto osudném onemocnění, jehož se obáváme, na Soupis SSPE, a uzavřela, že forma této choroby, navozená spalničkami, je „velice vzácná", protože se objevuje jen u jednoho z milionu případů.[24] Tato vzácná nemoc se ale také nevyskytuje náhodně. Z výzkumu pacientů se SSPE se dá usoudit, že důležitou úlohu při propuknutí této choroby mají kromě spalniček i další faktory prostředí, jako je vážné poranění mozku nebo kontakt s určitými zvířaty.[25]

Spalničky mohou usmrtit, ale ne až tak často, jak by nám medicína chtěla namluvit. V roce 1990 bylo ve Spojených státech hlášeno na vrcholku epidemie 27 000 případů spalniček, z nichž 89 postižených zemřelo. Mnohá úmrtí se ale vyskytovala u dětí z rodin s nízkými příjmy, kde svou roli hrála špatná výživa stejně jako zanedbání léčby komplikací. V Africe, kde mají děti výrazný nedostatek vitamínu A, jsou spalničky skutečně smrtící chorobou. Avšak jak ukazuje studie za studií, i děti třetího světa, které mají přiměřené zásoby vitamínu A nebo dostávají vitamín A v tabletách, mají velkou šanci, že spalničky přežijí.[26]

ČERNÝ KAŠEL

Jak napsal poradce SZO doktor Stewart: „Historie nás učí – nejen dějiny lékařství –, že doba mění průběh, tíži a četnost infekčních chorob. Černý kašel kdysi vážně ohrožoval život a zdraví všech dětí. Nyní je situace úplně jiná, i když pro některé malé děti je to často nemoc vyčerpávající a nebezpečná."[27]

Během období četného výskytu černého kašle v letech 1978–1979 v Glamotganu, Glasgow a Surrey, v oblastech s „nízkým rizikem" – to jest v oblastech dostatečné výživy –,

se nevyskytl žádný případ poškození mozku nebo úmrtí u žádného ze starších dětí, ale ani mezi kojenci (kteří jsou považováni za nejvíce rizikovou skupinu).[28]

DĚTSKÁ OBRNA

Ani dětská obrna není ten smrtelně nebezpečný, hromadný vrah, který se z této choroby vždy dělal. Převážně kvůli epidemii v 50. letech (po které následovaly čtyři opatření její nejznámější oběti, amerického prezidenta Franklina D. Roosevelta) se dětská obrna pokládá za nemoc, která skolí jakéhokoli zdravého mladého člověka na potkání. Ve skutečnosti je většina případů dětské obrny neškodnou infekcí. Ze současných statistik vyplývá, že pouze deset procent lidí, kteří přijdou do kontaktu s dětskou obrnou, ji dostane, a jen jedno procento z nich onemocní paralytickou formou – neboli 0,01 procenta všech lidí, kteří jsou chorobě vystaveni. Lékařský homeopat a známý kritik očkování doktor Richard Moskowitz nazval náchylnost jedince ke vzniku obrny po tomto obyčejném, neškodném viru „speciální fyziologickou vnímavostí".[29]

MÝTUS ČÍSLO 3:
VAKCÍNY VÁS BUDOU PŘED TÉMITO CHOROBAMI CHRÁNIT

Významným argumentem, který předkládají zastánci očkovacích látek, především těch, o nichž je známo, že mají podstatné vedlejší účinky (jako třeba proti černému kašli) je to, že i když jsou možná nedokonalé, jejich přínos přesto převáží rizika. Slabina tohoto tvrzení je v tom, že předpokládá, že vakcíny skutečně zabírají.

ČERNÝ KAŠEL

Při epidemiích dávivého kašle byla polovina nebo i více jeho obětí již plně proočkována. Profesor Stewart na základě sledování případů černého kašle v letech 1974 a 1978 ve Spojených

státech a Kanadě zveřejnil, že třetina až polovina všech dětí, které kašel dostaly, měla očkování dokončené. Zkoumal téměř 2 000 kojenců, kteří měli černý kašel a z nichž dvě třetiny ho chytly od svých plně očkovaných sourozenců. Podle názoru doktora Stewarta „není u nejmenších dětí žádná ochrana, získaná očkováním, prokazatelná", ačkoli v podstatě jde právě o tu populaci, na kterou je očkování nejvíce zaměřeno – o populaci bytostí, které jediné jsou ohroženy touto nepříjemnou, ale jinak vcelku benigní infekcí.[30]

„Jediným efektem současného očkovacího programu je to, že nejrizikovější skupinu, malé děti, vystavíme jednak riziku [vedlejších účinků] vakcíny a jednak riziku infekce samotné," uzavřel doktor Stewart.[31]

Podle jeho názoru je nebezpečí, že se u dítěte vyvine encefalitis s trvalým poškozením mozku po přestálém černém kašli (1 na 38 000), srovnatelné s rizikem mozkového postižení po injekci očkovací látky (1 na 25 000).[32]

Není tomu tak dávno, kdy skupina vědců z dětské nemocnice v Cincinnati v Ohiu během epidemie černého kašle v roce 1993, rozšířené po celé Americe, zjistila, že nemoc postihla převážně děti, kterým již skončilo přeočkování trojitou vakcínou.[33]

Asi 30 procent těchto dětí bylo hospitalizováno, ačkoli si epidemie nevyžádala žádný život. Protože mnoho dětí, které onemocněly, byly ve věku od 19 měsíců do šesti let, musely být tedy očkované relativně nedávno. I vědci začínají souhlasit, že buněčná vakcína černého kašle, která je k dispozici, neposkytuje dlouhodobou ochranu.

Lékaři rádi poukazují na to, že když se na čas přestalo proti černému kašli na začátku 70. let v Británii očkovat, prudce vzrostl počet těžkých případů nemoci. Po uvedení amerického dokumentárního filmu, který kritizoval DPT vakcínu, počet imunizovaných dětí klesl. Zdravotničtí úředníci přičítali zvýšení počtu případů černého kašle sníženému množství očkovaných. Když ale bývalý virolog Úřadu pro potraviny a léky, doktor J. Anthony Morris, analyzoval 41 pacientů s takzvaným černým kašlem, zjistil, že pouze pět jich mělo skutečný černý kašel a že všichni tito postiženi byli očkováni. K podobné situaci došlo i ve Wisconsinu. Většina pacientů dávivý kašel neměla, a ti, kteří ho měli, byli očkováni.[34]

V Británii vzrostl počet případů k „téměř bezprecedentním výškám", jak napsal profesor Stewart při epidemii v letech 1978–1979. Tento nárůst byl také dáván do souvislosti s poklesem očkování, který následoval po nepříznivé publicitě. Ale počet ohlášených případů vzrostl ve všech věkových skupinách, i v těch, u kterých bylo dosaženo vysoké proočkovanosti.[35]

Dokonce i v lepších dobách, kdy vakcína proti černému kašli zabírala, se ukázalo, že účinnost se pohybuje mezi 63 a 93 procenty – to je mimořádně velké rozpětí.[36] Poslední výzkum ukázal, že ve Švédsku je vakcína účinná jenom v 48 procentech a v Itálii ve 36 procentech očkovaných.[37]

Ani nová, „nebuněčná" verze vakcíny proti dávivému kašli (ve které je toxin černého kašle inaktivován peroxidem vodíku, a tím se stává bezpečnější) si nestojí o mnoho lépe. Ve Švédsku, kde byla testována na skupině malých dětí, onemocněla pětina z dětí, které dostaly všechny tři injekce. Odhaduje se, že tato očkovací látka zabírá v nejlepším případě u méně než tří čtvrtin dětí.[38] Američtí vědci, pracující na vakcíně na Mayo klinice, vysvětlují, že jim skutečně není jasné, kolik toxinu je třeba k tomu, aby dokázal děti ochránit; dokonce i u těch, které mají vysoké hladiny protilátek v krvi, se zdá, že mohou černý kašel dostat.[39]

TETANUS A ZÁŠKRT

Zdá se, že to samé platí i pro tetanus a záškrt. Američany financovaný přehled o vakcíně dokonce uzavřel, že očkovací látka proti záškrtu „není tak účinným prostředkem imunizace, jak bychom mohli očekávat".[40]

Účinky difterické vakcíny (diphteria je latinský název pro záškrt – pozn. překl.) se patrně v dospělosti vytrácí. V Londýně se u čtvrtiny dárců krve ve věku od 20 do 29 let zjistilo, že mají nedostatečnou imunitu, a ve věkové skupině mezi 50 a 59 lety odolnost již zcela vymizela.[41]

Co se týče tetanu, tak americký poradní sbor, který posuzuje očkovací látky, upozornil, že kvalita vakcíny „významně kolísá

preparát od preparátu". Tito odborníci také soudí, že jak je vakcína stále čistěna a zvyšuje se její bezpečnost, aby se předcházelo reakcím na ni, tak se její ochranný účinek snižuje.[42]

SPALNIČKY

Lékařské instituce se pokouší klást vinu za nedávnou epidemii spalniček skupinám neočkovaných, především chudých a barevných obyvatel – ale statistiky opět dokazují opak. Podle oficiálních statistik z roku 1989 byla polovina nemocných z řad studentů vysokých škol dříve očkována. A v letech 1985 a 1986 se více než tři čtvrtiny všech spalniček objevily u dětí, které byly řádně očkovány.[43]

Vše, co spalničková vakcína dokázala, je to, že ze spalniček udělala nemoc dospělých, ačkoli původně byly doménou dětí. V éře před očkováním bylo 90 procent všech pacientů se spalničkami ve věku od pěti do devíti let. Po zavedení vakcíny je však 55–64 procent pacientů starších 10 let. Průměrný věk pacientů při propuknutí spalniček na University of California v Los Angeles při poslední epidemii ve Spojených státech byl 22 let.[44]

Statisticky významné počty postižených se vyskytují u vysokoškolských studentů, zejména u těch, kteří se narodili mezi lety 1957 a 1967, kdy se začalo z očkováním. Nyní se musí studenti mnohých univerzit dříve, než se mohou zapsat na přednášky, prokázat, že byli v určité lhůtě očkováni. Před několika lety americká vláda odhadovala, že ze všech studentů je jich 5 až 15 procent vnímavých ke spalničkám.

V Americe se vyzkoušely nejméně čtyři druhy spalničkové vakcíny a všechny čtyři – včetně Schwartzovy, která se nyní používá v Británii – ve statisticky významném počtu případů selhaly. Studie za studií, uváděné v lékařské literatuře, sebejistě poukazují na skupiny očkovaných dětí, které nicméně dostaly spalničky.

Například při epidemii spalniček v Corpus Christi v Texasu roku 1986 bylo 99 procent postižených dětí již očkováno.[45] V roce 1988 se 80 procent případů spalniček vyskytovalo také

u očkovaných dětí.[46] Rok předtím se to samé týkalo 60 procent dětí, které onemocněly spalničkami.[47]

Odborníci ve Spojených státech i jinde ve snaze přijít na to, kde udělali chybu, přinášejí nejrůznější doporučení na snížení věku očkovaných nebo posunutí připomínací dávky spalničkové vakcíny do školního věku nebo i dále (asi na 11 let), jestliže nebyla podána předchozí dávka; naočkování jednotlivé spalničkové vakcíny v 9 měsících a kombinované v 15 měsících; nebo MMR samotné očkovat dříve, ve věku 1 roku. Americká Akademie dětských lékařů doporučila, aby se druhá dávka MMR aplikovala ve dvou letech. A někteří zdravotníci se domnívají, že ani dvě dávky nebudou stačit k tomu, aby zvládly různé „divoké" kmeny, které násobklopují.

Dokonce i když se poskytne druhá dávka, tak ani ta často nezabírá. Ve skupině jednotlivců, u kterých bylo očkování proti spalničkám nedostatečné, dokázala druhá dávka zvýšit hladinu protilátek na požadovanou úroveň pouze u poloviny z nich.[48]

ZARDĚNKY

Z pohledu účinnosti si vakcína proti zarděnkám, běžně podávaná v trojité vakcíně MMR, nevede o moc lépe. V jedné studii ze 70. let na University of Pennsylvania se u více než třetiny očkovaných adolescentních dívek nenašel naprosto žádný důkaz obranyschopnosti.[49] Protože viry snadno mutují, může vás očkovací látka ochránit pouze proti jednomu kmenu viru, ale ne proti kmenům novým. Novější italský výzkum prokázal, žedeset procent dívek bylo nakaženo „divokým kmenem" viru už během několika let poočkování.[50]

HIB MENINGITIS

Nejmarkantnějším příkladem protichůdného myšlení jsou názory týkající se vakcíny Hib, která byla poprvé povolena ve Spojených státech v roce 1985 a v Británii byla uvedena v říjnu 1992. Očekávalo se od ní, že zvítězí nad nejběžnější příčinou meningitidy u dětí mladších než pět let.

Tato forma bakteriálního zánětu mozkových blan, způsobená bacilem Haemophilus influenzae typu b, postihuje hlavně předškolní děti s vrcholem výskytu mezi 6 a 15 měsíci věku. Běžně se odhaduje, že asi 60 z každých 100 000 dětí onemocní Hib meningitidou; z nich něco mezi 3 až 6,5 procenta zemře a 14 procentům zůstanou nějaké potíže, jako třeba hluchota nebo záchvaty křečí. U určitých skupin – hlavně u obyvatel Aljašky a dětí amerických Indiánů – se předpokládá, že nemoc chytí s 10- až 50krát větší pravděpodobností. U obou skupin se uvažuje o tom, že jsou k chorobě predisponováni genetickými faktory nebo podvýživou.

V tomto směru má ještě lékařská věda před sebou úkol vytvořit verzi Hib vakcíny, která by opravdu fungovala. První vakcína, zavedená ve Spojených státech v roce 1985, byla „polysacharidového" typu a užívala se u dětí starších 15 měsíců, převážně po jedné finské klinické zkoušce, která měla povzbuzující výsledky. Látka brzy začala svou důvěryhodnost ztrácet, protože lékaři hlásili případy dětí, které dostaly meningitidu hned po očkování. Studie z Minnesoty ukázala, že u dítěte zvyšuje injekce riziko, že dostane tuto infekci, na pětinásobek.[51] Lék nezabírá ani u dětí, kterým je méně než 18 měsíců – právě u populace s nejvyšším rizikem!

Lékařský institut Národní akademie věd ve své zprávě pro americkou vládu potvrdil, že Hib vakcína může způsobit zánět mozkových blan.[52] V jiné studii, ve které se u 55 očkovaných dětí vyvinula Hib meningitida, nejen že očkovací látka skutečně neměla žádné ochranné účinky (neboť tři děti zemřely a u šesti vznikly neurologické komplikace), ale vědci uzavřeli, že vakcína „*zvýšila* pravděpodobnost komplikací" (zvýrazněno autorkou).[53]

Po roce 1992, kdy studie 10 milionů dětí americkým Střediskem pro kontrolu chorob ukázala, že tento typ vakcíny ochránil pouze dvě třetiny z nich, medicína neochotně zavrhla tuto „polysacharidovou" verzi jako beznadějně nespolehlivou.[54]

Jakmile byla dobrá pověst této staršl verze vakcíny již jednou pošramocena, vyrukovalo několik společností s „konjugovanou" vakcínou – takovou, ve které se spojí část Hib

s vyzkoušenou a prověřenou difterickou vakcínou (PRP-D) nebo očkovací látkou proti záškrtu / dávivému kašli / tetanu (PRP-DPT) či dokonce s proteinovým komplexem vnější membrány bakterie Neisseria meningitidis typu B (PRP-OMPC). Nápad, který se skrývá za žargonem iniciál, se dá přiblížit tak, že se nová vakcína připojí k látce, o níž je známo, že produkuje protilátky, a která popostrčí organizmus k tomu, aby si stejně tak dobře poradil s bacilem Hib. Firma Lederle Laboratories uvedla HibTITER a Connaught ProHIBit v roce 1990 a ty se podávaly americkým dětem ve dvou, čtyřech a šesti měsících – ve stejnou dobu jako očkování proti dětské obrně a DPT. Zdálo se, že typ OMPC zabírá u vysoce rizikových malých dětí kmene Navahů.[55]

V roce 1993 schválil americký FDA Tetramune, očkovací látku kombinovanou z vakcíny DTP a Hib pro použití u kojenců a dětí ve věku od dvou měsíců do pěti let. Tato kombinace měla přinést, kromě předpokládané lepší účinnosti, i snížení počtu injekcí, které musely americké děti dostat, z osmi na čtyři. Vyšetření téměř 7 000 dětí ukázalo, že tato všeobsahující vakcína nevytváří žádný významný rozdíl v protilátkové odpovědi ve srovnání se samostatnými injekcemi.[56]

Přestože celá zdravotnická obec věří, že se tato otázka nakonec rozlouskne, tu i onde nečekaně vyvstávají nové důkazy o ne příliš ideálních výsledcích. Z jedné studie je známo, že děti s Hib meningitidou dostaly konjugovanou vakcínu nejméně dva týdny předtím, než onemocněly. Celkově se počítalo s tím, že očkovací látka PRP-D bude účinná v 74 procentech – jen nepatrně více, než běžná vakcína Hib. Po třech dávkách pomohla pouze třetině aljašských dětí.[57]

Američané měli též problémy s velkým množstvím špatných sérií jedné z předních značek vakcíny Hib, která se „nechytala". Vadné série tvořily asi 2 procenta konjugované vakcíny Hib, uvolněné ve Spojených státech od ledna 1990 – tedy dobrých 366 000 dávek.[58]

Dokonce i s nejúspěšnějším konjugátem, PRP-OMPC, jsou potíže. Ukazuje se, že čím vícekrát je dítě očkované, tím menší je jeho protilátková odpověď.[59]

K dětské obrně můžeme říci, že se vědci začínají shodovat na tom, že nás zklamala jedna z velkých nadějí, které se vkládaly do používání živé vakcíny. V případech vlastního onemocnění žije virus ve střevě a nezpůsobuje nic víc než běžnou infekci. Problémy nastávají tehdy, když začne cestovat do krevního oběhu a dostane se do nervového systému, kde se může stát příčinou ochrnutí. Očkovací látka s usmrceným virem, která byla vyvinuta Jonasem Salkem, se vpichuje injekcí pod kůži a očekává se, že podnítí tvorbu protilátek v krvi, které „zablokují" virus ještě dřív, než dosáhne nervového systému. Usmrcený virus dětské obrny však neposkytuje „slizniční imunitu" – to znamená, že se nezvýší množství protilátek ve střevě. To znamená, že když nedostanete paralytickou formu dětské obrny, bude divoký virus přežívat ve střevě a můžete ho teoreticky přenést na někoho jiného. Navíc podávání originální Salkovy vakcíny vyžaduje tři nebo i vícedávek každých pět let.

Když se začalo se Salkovou vakcínou pracovat, považovala se za obrovsky úspěšnou – až do té doby, co v 60. letech počet obětí dětské obrny vzrostl. Když došlo k nemilému překvapení s dvoucifernym nárůstem počtu nemocných ve srovnání s padesátými léty, byl tento nový vývoj přivítán jako důkaz, že Salkova vakcína nefunguje, obzvláště když byla rozpoutána celá ta hysterie, že se našel skutečný „lék".

Živá perorální (podávaná ústy – pozn. překl.) vakcína (OVP), na které pracoval Sabin, v šedesátých letech plně nahradila Salkovu vakcínu, protože údajně nejenže dodává svému příjemci celoživotní imunitu, ale také mu zabrání, aby se stal nosičem divokého viru. A jelikož příjemci vyměšují virus z vakcíny mnoho následujících týdnů ústy a stolicí, můžete přenášet podle teorie o této očkovací látce imunitu na neočkované jedince, a tak zvyšovat „imunitu davu". Jinými slovy, živá orální vakcína se stala očkovací látkou volby především proto, že vy nebo vaše děti můžete působit jako imunizační faktor pro ostatní, neočkované jedince.

Vědci si nyní uvědomují, že máme jen málo materiálu, který by dokazoval, že by se živou vakcínou opravdu dosáhlo této „skryté" imunity mezi neočkovanými. To byl také závěr studie vědecké skupiny, která pracovala po epidemii dětské obrny na Tchaj-wanu, kde bylo až 98 procent dětí imunizováno.[60] Potvrzuje to i americký FDA: „Nyní víme, že sekundární rozšiřování viru vakcíny na vnímavé kontakty hraje při zvyšování imunity populace pouze velmi malou roli."[61]

Existuje spousta důkazů o tom, že očkovací látka proti dětské obrně selhává. Mnoho ze současných epidemií se vyskytuje více u imunizovaných, než u neimunizovaných populací. Například v roce 1961 se rozšířila dětská obrna v Massachusetts a paralytická forma byla ve většině případů u očkovaných, a ne u neočkovaných.[62] Navíc, i když vakcína „zabere", nemusí vás dostatečným způsobem chránit proti některým jiným kmenům tohoto viru. Při velké epidemii infekce hepatitidy A v Glasgow bylo krevní sérum 24 postižených testováno na protilátky proti dětské obrně. Pouze jedna třetina z celé skupiny měla přijatelnou hladinu protilátek proti určitému kmeni.[63]

TUBERKULÓZA (BCG VAKCÍNA)

Test Heaf (naše obdoba je test podle Mantouxové – pozn. překl.) se používá na většině školních okrsků k měření tuberkulinové citlivosti. Na rozdíl od jiných testů sensitivity se u této zkoušky předpokládá, že negativní výsledek znamená, že dítě nemá protilátky proti bacilu tuberkulózy. Test je však dobře známý svou nepřesností; dokonce i americká Akademie dětských lékařů své členy upozorňuje, že test přináší možnost falešně negativních a falešně pozitivních výsledků. Navíc si nikdo není skutečně jistý, co vlastně pozitivní výsledek znamená. Může to znamenat, že někdo je odolný proti tuberkulóze nebo již dříve prodělal infekci, nebo to může i znamenat, že je jednoduše alergický nebo přecitlivělý na test.

V jednom výzkumu britských školních obvodů, které v 92 procentech užívaly test Heaf, se většina z nich shodla v tom, co dělat se stupněm reakce 0, která ukazuje na velmi

malou citlivost (doporučují imunizaci), nebo se stupněm 3 až 4, které značí výraznou reaktivnost (než aplikují očkování, odesílají na plicní kliniku na speciální vyšetření). Rozepře nastaly, když byl výsledek stupně 2. Asi třetina obvodů nedoporučovala žádnou imunizaci a přibližně dvě třetiny odesílaly na specializované vyšetření na plicní kliniku, než by se pokračovalo s očkováním. Jenom jediný obvod se rozhodl při této úrovni citlivosti na test pro imunizaci.[64]

Krom toho, že chybí shoda v otázce, kdo by se měl či neměl živou tuberkulózní vakcínou očkovat, existují reálné pochybnosti o její účinnosti. Z 10 randomizovaných a kontrolovaných klinických zkoušek, provedených od roku 1930 po celém světě, vyplývá, že schopnost BCG vakcíny chránit proti tuberkulóze se pohybovala v rozmezí od 80 do 0 procent.[65] V průměru zabrání injekce vzniku TBC pouze u dvou třetin dětí.

Problém tkví v tom, že BCG vakcinace může pouze omezit rozmnožování a rozšiřování bacilu tuberkulózy; nemůže zabránit infekci lidí, kteří jsou mikrobům vystaveni. Spíše přibývá důkazů, že BCG vakcína poskytuje větší ochranu proti lepře než proti tuberkulóze, zejména v zemích třetího světa, kde je tuberkulóza stále běžná. Obrovská africká studie 83 000 lidí v Malawi došla k závěru, že polovina lidí si vytvořila ochranu proti lepře, ale nikdo proti tuberkulóze.[66]

Londýnská Škola hygieny a tropické medicíny, která provádí speciální analýzu, zjistila, že vakcína je účinná jen z 22 procent v Keni a z 20 procent v některých oblastech Indie. Celkově se účinnost po celém světě pohybuje od 0 do 80 procent, možná v důsledku variant kmenů, genetických nebo výživových rozličností a vlivů prostředí.[67]

MÝTUS ČÍSLO 4: VEDLEJŠÍ ÚČINKY VAKCÍN JSOU VZÁCNÉ A VĚTŠINOU MÍRNÉ

Stejně jako neexistuje nic takového jako bezpečný lék, neexistuje ani bezpečná očkovací látka, a právě začínáme zápolit s problémem, do jaké míry nám mohou jednotlivé vakcíny uškodit. Dosud nejvýznamnější a nejrozsáhlejší studie o očkování, provedená Střediskem pro kontrolu a prevenci chorob (CDC), nejvyššího amerického vládního orgánu pro infekční nemoci, byla tiše předána hrstce vědců bez jakékoli publicity či uvolnění pro tisk na schůzi Poradní komise pro očkování dětí ve Washingtonu.

Její rezervovaná prezentace na malém semináři, konaném 9. září 1994 ve Washingtonu, byla v rozporu s nápadnými závěry: jmenovitě tím, že riziko epileptického záchvatu se ztrojnásobí během několika dní u dítěte, které dostalo vakcínu MMR nebo DPT.

CDC prostřednictvím databází sledovala vývoj 500 000 dětí z celých Spojených států a napojila se na počítačové záznamy Podpůrných zdravotnických organizací a státních pojišťovacích projektů, jako třeba Kaiser Permanente z Kalifornie. Tímto způsobem bylo CDC schopno dát dohromady skutečně každou část výzkumu a všechny informace o nežádoucích reakcích po obou trojitých vakcínách. Rozpoznali 34 závažných vedlejších účinků očkování v celé škále od astmatu, postižení krve, infekčních chorob a diabetu až po neurologická poškození včetně meningitidy, dětské obrny a ztráty sluchu.

Podle doktora Anthony Morrise, který se schůze zúčastnil, to byla především incidence záchvatů křečí, které na grafu vynikly. Výskyt záchvatů ze oproti normě zvýšil první den po injekci DPT třikrát, a během sedmi dnů po naočkování dítěte MMR vakcínou vzrostl 2,7krát, přičemž po 8 až 14 dnech toto číslo stouplo až na 3,3krát.

Záchvaty, které zahrnují epilepsii, křeče a mdloby, jsou již jedním z nejběžnějších onemocnění dětského věku a odhadem postihují jedno z 20 dětí neboli 5 procent.[68] Toto vysoké číslo může odrážet i účinek očkování. Nebo by mohla tato nová zjištění znamenat, že očkování výskyt záchvatů zvýšil až na 15 procent, tedy že by postihly skoro tři z každých 20 dětí.

Účinky DPT vakcíny se projevily okamžitě a zvýšily incidenci záchvatů proti normě třikrát už během prvních 24 hodin po injekci, ale ta pak prudce poklesla až jen k 0,06 násobku normálního výskytu. MMR vakcína měla však daleko pomalejší účinek a její nejnebezpečnější období nastalo v období od 8. do 14. dne po injekci.

CDC oznámila, že záchvaty měly často těžký průběh a ve čtvrtině případů si vyžádaly hospitalizační léčbu.

Odměřeným, neutrálním jazykem seminář uzavřel: „Záchvaty mají souvislost s několika vakcínami, nehledě na možné komplikace vznikající jejich současným podáváním... Zajímáme se o synergické účinky antigenů, pokud jsou kombinovány nebo podávány současně, a chceme minimalizovat počet injekcí a zjednodušit očkovací schémata."[69] Vědecká řeč zde v podstatě zestručnila to, že CDC chce zjistit, zda záchvaty jsou způsobeny jednotlivými vakcínami, nebo zda antigenní zmatek, vznikající po podání mnoha vakcín najednou, nakonec úplně nerozhodí imunitní systém. CDC provádí další výzkum a až potom o svých nálezech předloží závěrečné pojednání.

Ačkoli Veřejná zdravotní laboratorní služba (PHLS) v televizním pořadu má tvrzení o výsledcích zkoumání CDC odmítla, závěry studie, které sama vedla, byly nápadně podobné. Oddělení statistiky PHLS zjistilo, že injekce MMR zvýšilo riziko záchvatů třikrát, přičemž obvykle tři dny po podání DPT byl výskyt záchvatů křečí také trojnásobný. Vrchol výskytu záchvatů a meningitid po vakcíně příušnic kmene Urabe, která je součástí očkovací trojkombinace MMR, se obyčejně objevuje mezi 15. až 35. dnem po injekci.[70]

PHLS také odhalila, že děti, které dostaly MMR vakcínu, měly nad běžná očekávání pětkrát větší pravděpodobnost, že onemocní idiopatickou trombocytopenickou purpurou, krevním postižením, které vyžaduje krevní transfuze. Riziko se všeobecně odhaduje na 1 případ z 30 000 očkovaných.[71]

ČERNÝ KAŠEL

Mezi samotnými jednotlivými očkovacími látkami je o vakcíně proti černému kašli čili pertusi známo, že je zcela jasně nebezpečná. Ze všech nežádoucích reakcí na očkování, které se nyní hlásí Americkému systému hlášení nepříznivých událostí spojených s očkováním, je převážná většina z nich způsobena DPT vakcínou. Tento systém byl ustanoven Nařízením

o náhradách škod vzniklých očkováním, americkým zákonem, kterým se stvrzuje, že očkování má i vedlejší účinky, a pomocí kterého byl zorganizován systém, jenž poskytuje odškodné jejich obětem. V období od ledna do srpna 1991 bylo hlášeno 3 447 reakcí na DPT – 66 procent z více než 5 000 reakcí hlášených celkem (a odhaduje se, že i těchto 5 000 je pouhá desetina všech reakcí, které se u Američanů vyskytují).[72]

Zní to možná neuvěřitelně, ale bezpečnost látky proti pertusi nebyla nikdy náležitě dokázána, a přesto byla podána milionům miminek. V zásadě se vakcína, jak ji známe dnes, nikterak neliší od té první, vytvořené v roce 1912. Tentkrát dva francouzští bakteriologové pěstovali bakterie dávivého kašle ve velikých sklenicích, zabíjeli je teplem, takto uvařený guláš konzervovali formaldehydem a směle ho v injekcích podávali tisícům dětí. Na rozdíl od většiny očkovacích látek, které jsou detoxikovanými a pročištěnými verzemi dotyčných mikrobů, zůstává vakcína proti pertusi stále „celobuněčnou" neboli syrovou vakcínou.[73] To znamená, že dosud obsahuje endotoxiny a součásti buněčné stěny, o kterých je známo, že jsou velice toxické a u laboratorních zvířat způsobují horečku, ovlivňují růst a vedou až ke smrti. Další toxiny povzbuzují tvorbu inzulinu. Jeden z nich zvyšuje u zvířat náchylnost ke vzniku šoku a kolapsu; další zase blokuje regenerační mechanismy organizmu.[74]

Jediným moderním rozdílem je přidávání „adjuvans", solí kovů (často je to sloučenina hliníku), užívaných ke zvýšení účinku látky, a konzervačního prostředku (obsahujícího rtuť). Všechny tyto složky jsou užívány navzdory skutečnosti, že formaldehyd je známým kancerogenem a hliník a rtuť jsou pro člověka toxickými prvky.

Nová americká nebuněčná vakcína, nazývaná DTaP, je americkým Úřadem pro potraviny a léky schválena od roku 1992 a nyní se upřednostňuje její podávání malým dětem před jejím užitím jako připomínací dávky dětem starším. Tento nový druh je také testován v Evropě. Lékaři doufají, že výsledky zmírní strach rodičů před nebezpečím očkování.

Nedávný výzkum však naznačuje, že nebuněčná vakcína není možná o nic bezpečnější než očkovací látka, kterou má

nahradit. Velká americká studie, zvaná Celonárodní multicentrický pokus s nebuněčnou vakcínou proti pertusi, jež porovnala přes 2 000 dětí, které dostaly buď nebuněčnou vakcínu, nebo její buněčnou verzi, zjistila, že výskyt závažných nežádoucích reakcí – úmrtí, ohrožení smrtí, záchvaty křečí, opoždění vývoje a nutnost hospitalizace – se v případě staré a nové očkovací látky nikterak nelišil.[75]

Jediná zkouška bezpečnosti původní vakcíny proti černému kašli byla provedena britskou Vědeckou lékařskou radou, která tuto látku vyzkoušela na 50 000 dětech ve věku 14 měsíců a starších. Američané sami nikdy vlastní test nedělali, ale vždy se spoléhali na tento britský výzkum, ke kterému došlo v padesátých letech. Navíc 42 dětí, které měly křeče až za 28 dní po injekci, nebylo bráno v úvahu a látka byla prohlášena za bezpečnou, i když se závažnost reakcí, převedena do řeči čísel, ustálila asi na jednom z 1 000 dětí.[76]

Ačkoli pokusy nebyly určeny ke stanovení bezpečnosti, ale účinnosti, používali je američtí a britští zdravotničtí odborníci jako důkaz bezpečnosti a dávali je už tak malým dětem, jako jsou šestitýdenní miminka. To znamená, že bezpečnost této látky v příslušných dávkách nebyla nikdy na novorozencích vyzkoušena. Z toho také vyplývá, že dvouměsíční kojenci dostanou stejnou dávku jako děti, které jsou třikrát až čtyřikrát větší.

Americký Lékařský institut Národní akademie věd (IOM) prohledal lékařskou literaturu, zabývající se 17 zdravotnickými komplikacemi, které jsou spojeny s DTP vakcínou, a ve své státem sponzorované zprávě uzavřel, že tato očkovací látka může být příčinou anafylaktického šoku (těžké, život ohrožující alergické reakce) a dlouhých období neutišitelného pláče a křiku, trvajícího někdy 24 hodin a více.[77] Podle Coultera a Fishera v jejich původní práci A Shot in the Dark (nakladatel Avery) „tento typ pláče, tento vysoký, děsivý a bědující zvuk je úplně jiný než normální dětský křik a [nápadně se podobá] tak zvanému Cri encephalique (encefalitickému křiku), který doprovází některé případy encefalitid."[78]

Výbor IOM nalezl též vztah, i když ne příliš významný, mezi DTP vakcínou a akutní encefalopatií a šokem, který vede

k totálnímu zhroucení.[79] Encefalitis je zánět mozku, často přiřazovaný k meningitidě, a u kojenců způsobuje vystoupení a zčervenání fontanely. Americké národní informační centrum o očkování shromáždilo mnoho článků o dětech, které měly natrvalo poškozený mozek nebo které po těchto příhodách zemřely. Téměř ve všech případech museli reakce svých dětí na tuto látku hlásit sami rodiče, protože lékaři trvali na tom, že nemají s injekcí nic společného.

„Můj vnuk dostal první injekci DPT a orální vakcínu proti dětské obrně při své dvouměsíční lékařské preventivní prohlídce," říká jedna babička z Washingtonu. „Po injekci začal křičet. Lékař dal mé dceři Pediacare (mírné dětské analgetikum), ale ten pištivý křik neustával. Když teplota dítěte klesla na 36,4, zdravotní sestra řekla dceři, aby mu dala najíst. Vnuk začal prudce zvracet a stále pištivě křičel. Sestřička mé dceři oznámila, že je to normální. Lékař ji poradil, aby mu dala ještě Pediacare, že to ho snad uspí. Ve 3 hodiny ráno oba usnuli. V 7 hodin se dcera probudila a našla vnoučku s nafialovělou polovinou obličeje, zaťatými pěstičkami, krvácejícím nosem a ústy a zcela bez dechu. Zemřel 21 hodin po injekci DPT."

Klára z Minnesoty říká, že její dvouměsíční dcerka po první injekci DPT, kterou dostala v poradně pro zdravé děti, neprojevovala během prvních dvou dnů žádné neobvyklé chování kromě toho, že byla podrážděná, kdykoli pohnula dolní končetinou (do které dostala injekci). „Pokaždé, když jsem ji přebalovala, jsem jí změřila teplotu a byla v pořádku. Dva dny po injekci začala mít záchvaty," říká Klára. „Od té doby se s každým záchvatem zvyšuji dávky všech možných léků. Na dva týdny se dostala do bezvědomí a záchvaty má stále. Nyní je jí 20 měsíců, je s námi doma a má 50 až 200 záchvatů denně. Je velice opožděná ve vývoji, odkázaná na lůžko, krmíme ji G-tubusem a má kortikální slepotu."

Lékařský institut na základě desetiletého sledování říká, že vakcína může spustit akutní neurologické onemocnění u dětí,

které mají skrytou mozkovou nebo metabolickou odchylku. Vědci nyní mají obavy, že děti, u kterých se vyvine těžké neurologické onemocnění během jednoho týdne po očkování, mohou mít trvale poškozený mozek nebo mohou dokonce zemřít.[80]

Riziko tohoto typu neurologického postižení se odhaduje asi na 1 z 50 000 očkovaných dětí.[81] Ačkoli Gordon Stewart tvrdí, že pro malé děti je riziko úmrtí nebo mozkového poškození po prodělání samotného dávivého kašle srovnatelný s rizikem úmrtí nebo poškození mozku po injekci, mohou být skutečná nebezpečí vakcíny daleko horší.[82] Podle placení odškodného britským rodinám dětí, u kterých bylo usouzeno, že byly poškozeny injekcí s vakcínou proti černému kašli, bylo riziko poškození v období let 1958–79 spočítáno na 1 ku 30 000, tedy nejméně třikrát větší než u všech ostatních očkovacích látek.[83]

Ačkoli výbor IOM uzavřel, že současné lékařské studie neposkytují dostatek materiálu, který by dokázal, že vakcína proti černému kašli určitě způsobuje vážná poškození, není to zcela vyloučeno. Možné následky zahrnují juvenilní diabetes, poruchy učení, poruchy pozornosti, infantilní křeče a syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS).

FDA financovala jednu studii na University of California, která sledovala děti, které dohromady dostaly 15 000 dávek DTP vakcíny. V tomto výzkumu mělo 9 dětí křeče a u dalších devíti se začaly vyskytovat mdloby. Frekvence každého z těchto stavů byla tedy jeden na 1 750 imunizací. Protože však každé dítě dostává tři až pět injekcí DTP, skutečné riziko poškození by mohlo být více než jedna na 400 dětí.[84] Ve studii, zabývající se 53 dětmi, které zemřely na syndrom náhlé smrti kojenců, jich 27 dostalo injekci DPT během měsíce před svou smrtí. Šest úmrtí se objevilo do 24 hodin a 17 dětí zemřelo během týdne po očkování.[85]

Ve své výpovědi před americkým Senátním výborem v roce 1985 tehdejší ministr zdravotnictví Edward Brandt mladší odhadoval, že každoročně způsobí tato vakcína u 35 000 dětí poškození mozku. Další výpočty z University of California v Los Angeles praví, že 1 000 dětí zemře ročně na SIDS, který

je přímým následkem DPT, což představuje asi 10 až 15 procent celkového počtu SIDS ve Spojených státech.[86]

Doktor Archie Kalokerinos a Glenn Dettman na počátku 70. let zkoumali děti domorodého obyvatelstva a lámali si hlavu otázkou, proč úmrtnost domorodých dětí prudce stoupla, v některých místech dokonce o 50 procent. Najednou objevili souvislost: vzestup úmrtnosti se shodoval se zvýšeným úsilím tyto děti imunizovat, přičemž mnohé z nich byly v době očkování nemocné nebo měly závažný nedostatek vitaminů.[87]

V důsledku toho, ale i dalších důkazů, vyřadilo Švédsko, Německo a Japonsko očkovací látku proti dávivému kašli ze svých řádných očkovacích schémat.

TETANUS

Lékařský institut ohledně očkovací látky proti tetanu ve své studii o poškozeních z očkování uzavřel, že tato vakcína může způsobovat vysokou horečku, záchvaty křečí, bolesti, poškození nervů, smrtelný anafylaktický šok, degeneraci nervového systému a syndrom Guillain-Barre (akutní zánětlivé postižení většího počtu nervů, jehož důsledkem je ochrnutí končetin a poruchy čití – pozn. překl.).[88] Další dávky vakcíny proti tetanu mohou též způsobit, že hodnoty T-lymfocytů v krvi prudce poklesnou až na úroveň, která připomíná poměry u obětí AIDS.[89]

Dalším problémem této tak zvané „bezpečné" vakcíny je encefalitis a poškození nervového systému nebo vnitřního ucha. Physician's Desk Reference upozorňuje, že dávají-li se připomínací dávky příliš často, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu a závažnost reakcí.[90] To se zřejmě stalo i čtrnáctiletému synovi Marie z Exmouthu. Dostal protitetanovou injekci po pokousání psem. O pět dní později měl v noci svůj první epileptický záchvat a od té doby trpí epilepsií. Marie se zeptala praktického lékaře, zda nemůže být nějaká souvislost mezi těmito dvěma událostmi, a stejně jako u mnoha jiných byly její obavy smeteny ze stolu a chlapcova nemoc byla přisouzena náhodě. Koneckonců, jak řekl lékař, o protitetanové vakcíně je známo, že nemá žádné vedlejší účinky. ...Až když můj syn před

několika lety změnil praktického lékaře, tak ho poslali na zobrazovací vyšetření mozku, jestli se neukáže nějaká skrytá příčina, jako třeba jizevnatá tkáň," řekla. „Žádná tam nebyla."

VAKCÍNA PROTI SPALNIČKÁM/PŘÍUŠNICÍM/ZARDĚNKÁM (MMR)

Ve Velké Británii nám až donedávna lékaři a vláda jednoduše říkali, že vakcína MMR je bezproblémově užívána v jiných zemích, zejména ve Spojených státech, již mnoho let. Bylo nám též řečeno, jak se vyjádřila v říjnu 1988 bývalá ministryně zdravotnictví Edwina Currieová, že nám poskytuje „celoživotní ochranu proti všem třem infekcím pomocí jediné injekce".[91]

Ale v Americe bylo od července 1990 do dubna 1994 hlášeno Systému hlášení nepříznivých událostí spojených s očkováním 5 799 vedlejších reakcí, které se objevily po vakcíně MMR, z nichž většina vyžadovala neodkladnou lékařskou péči a 400 již vedlo k trvalému poškození nebo smrti. A jestliže tato čísla představují pouze 10–15 procent celkového počtu vedlejších účinků (protože obrovské množství případů unikne hlášení), mohlo by se přesnější číslo blížit 60 000, jak říká Národní informační centrum o očkování.[92]

Britští a američtí odborníci na očkování, jako například doktor Begg z Veřejné zdravotní laboratorní služby, tvrdí, že incidence encefalitidy navozené spalničkovou vakcínou je velmi řídká a vyskytne se u jednoho z 200 000 dětí. Mezi příznaky jsou horečka, bolest hlavy, někdy křeče a změny chování. „Většina příznaků je mírná," říká, „a děti se uzdraví."

Z mnoha studií však vyplývá daleko větší riziko. V jedné z nich, provedené v Německu, mělo 1 z každých 2 500 očkovaných dětí neurologické komplikace a 1 z každých 17 650 skončilo s encefalitidou.[93]

Asi jedno ze 400 dětí, které byly očkovány, bude trpět křečemi[94] a téměř pětina mladých dospělých, kteří dostali připomínací dávku, bude sužována závažnějšími vedlejšími účinky, jako jsou horečka, bolest očí a nepřekonatelná únava.[95]

Nový výzkum postavil hypotézu, že může být nějaká souvislost mezi spalničkovou vakcínou a prudkým nárůstem výskytu Crohnovy choroby a koilitidy u dětí (zánětlivá onemocnění střev – pozn. překl.).[96]

Dvě verze této látky, vyráběné ve firmách Merieux a SmithKline Beecham, byly v Británii i jinde zavedeny na podzim 1992 kvůli riziku meningitidy, které přinášela příušnicová část vakcíny typu Urabe. Japonsko zavedlo v dubnu 1993 svou vlastní verzi MMR vakcíny poté, co byla zjištěna souvislost s meningitidou. O rok později japonští odborníci odhalili, že jedno z 1 044 očkovaných dětí dostalo aseptickou meningitidu.[97] Vláda také našla důkazy, že vakcína může přivodit příušnice, které mohou být přenášeny na další děti.

Zpráva amerického Lékařského institutu Národní akademie věd uzavřela, že spalničková vakcína může být příčinou smrti z důvodu spalničkové infekce, způsobené kmenem z vakcíny, trombocytopenie (krevního postižení, charakterizovaného snížením počtu krevních destiček), fatálního šoku a artritidy. Výbor též prohlásil, že nemůže „vyloučit", že očkovací látka může způsobit SSPE.[98]

Sam, zdravý, atletický dvanáctiletý hoch bezprostředně po očkování proti spalničkám při celonárodní britské kampani v roce 1994 začal ztrácet koordinaci a padal. Také ho začaly trápit nepřetržité záchvaty křečí – někdy 15krát za hodinu. Když už byl skutečně odkázán na invalidní vozíček, byla mu nakonec přiznána diagnóza fatálního onemocnění SSPE. Ačkoli je o tomto postižení nepochybně známo, že je vzácným vedlejším účinkem spalničkové vakcíny, lékaři odmítli přiznat jakoukoli spojitost. Místo toho tvrdili, že injekce pouze probudila skrytou chorobu, jejíž příčina se nachází v již dříve prodělaných spalničkách. Problém je v tom, že jeho matka trvá na tom, že Sam nikdy spalničky neměl.

Kromě toho, že dítě podstupuje riziko vedlejších účinků vakcíny, může také dostat nemoc, která začíná být známa jako atypické spalničky, obzvláště zlá forma choroby, která se těžko léčí. Ve studii z roku 1965 v Cincinnati během epidemie spalniček dostalo 54 dětí tuto atypickou formu. Mnohé z těch-

to děti byly tak nemocné s vysokými horečkami a zápalem plic, že musely být hospitalizovány.[97]

Existují též důkazy, že chráníme-li děti před běžnými dětskými nemocemi, ohrožujeme správný vývoj jejich imunitního systému. Pokud děti dostanou spalničkovou vakcinu, často onemocní takzvanými „mitigovanými spalničkami", při kterých není vyrážka. Jedna studie našla důkaz o vztahu mezi chybějícím spalničkové vyrážky a zvýšenou incidencí degenerativních chorob v pozdějším životě, jako je třeba i rakovina.[100] Mnoho praktiků vypozorovalo, že pacienti s rakovinou prodělali ve svém dětství nápadně málo infekčních chorob.

PŘÍUŠNICE

Němečtí odborníci přišli na 27 neurologických komplikací příušnicové vakcíny včetně meningitidy, febrilních křečí, encefalitidy a epilepsie.[101] Ze všech případů příušnicové encefalitidy během 15 let jich byla jedna šestina nakonec způsobena vakcínou.[102] Kanadský výzkum odhadl riziko příušnicové encefalitidy vyvolané vakcínou na 1 ku 100 000;[103] v Jugoslávii dospěli k závěru, že je to jedna na 1 000.[104]

K meningitidě můžeme říci, že nedávné ujištění veřejnosti britským Ministerstvem zdravotnictví, že riziko je pouze 1 na 11 000, je v rozporu s dlouho známým zjištěním, publikovaným v jednom z čelných amerických pediatrických časopisů, že její výskyt se pohybuje v rozmezí od 1 na 405 až k 1 na 7 000 injekcí.[105]

Britská vláda ignorovala tyto varující signály o příušnicové části vakcíny až do doby, než přehledná studie Veřejné zdravotní laboratorní služby prokázala, že z určitých typů příušnicové vakcíny dostává nepřijatelně veliký počet dětí meningitidu.[106] V Nottinghamu se nahromadilo tolik případů, že se zdálo, že riziko by mohlo stoupnout až na 1 na 4 000 dávek; PHLS nakonec uzavřela, že riziko je 1 na každých 11 000 injekcí.[107]

Ale i když vláda spěšně stáhla dvě verze obsahující virus příušnic typu Urabe – dobrých 18 měsíců poté, co totéž již udělala Kanada –, firma SmithKline Beecham pokračovala ve

výrobě očkovacích látek, jejichž součástí byl tento zvláštní kmen, „a tak v oblastech, kde není dostupná žádná jiná vakcína příušnic, nemusí být dosavadní imunizační programy přerušeny".[108] Jinými slovy, v některých částech světa je prý lepší rozdávat očkovací látku, o které je známo, že přestavuje určité nebezpečí, než vystavovat děti onemocnění, které je většinou benigní.

Jackie Fletcherová poté, co byl její syn postižen vedlejšími účinky vakcíny MMR, založila skupinu, nazvanou JABS (z anglického Justice, Awareness and Basic Support – Vědomí práva a základní podpora; jabs se zároveň volně překládá jako očkování – pozn. překl.), která je určena pro rodiny dětí, jež byly poškozeny především vakcínou MMR. Od té doby se spojila se 120 rodinami, jejichž děti údajně trpí poškozením z příušnicové vakcíny, která je nyní již stažena. Nicméně se mnoho případů uvedeného poškození, které byly soudně řešeny, týká také současné MMR vakcíny, vyráběné americkou farmakologickou firmou Merck.

ZARDĚNKY

Zpráva Národní akademie věd připouští, že zarděnková součást vakcíny MMR může být příčinou dlouhodobě nebo krátce probíhající artritidy. Jeden z výrobců trojité vakcíny odhaduje, že zarděnková část vakcíny způsobuje artritidu až u 3 procent dětí a až u 20 procent dospělých žen ze všech očkovaných. „Příznaky [artritidy] se mohou stát záležitostí měsíců nebo, ve vzácnějších případech, až let." oznamuje firma – a těmito příznaky myslí vše od mírných bolestí až k invaliditě nejvyššího stupně.[109] Předpokládá se, že adolescentní dívky jsou kloubními a končetinovými potížemi více ohroženy.

Již v 70. letech referovalo americké Ministerstvo zdravotnictví, školství a sociální péče, že až „u 26 procent dětí, které byly v rámci národního zkušebního programu očkovány proti zarděnkám, se vyvinula artralgie (bolest kloubu – pozn. překl.) nebo artritis. Mnoho z nich muselo vyhledat lékařskou péči a některé byly hospitalizované, aby se vyšetřilo, zdali nemají revmatickou horečku nebo revmatoidní artritidu.[110]

Doktor Aubrey Tingle, dětský imunolog z Dětské nemocnice ve Vancouveru v Britské Kolumbii, se v této oblasti také pustil do většího výzkumu. Podle jeho vlastní práce trpělo 30 procent dospělých, kteří byli očkováni zarděnkovou vakcínou, dva až čtyři týdny trvající artritidou – v celé škále jejích projevů od mírných bolestí kloubů až po těžké zmrzačení. Tingle také nalezl virus zarděnek u jedné třetiny dospělých a dětských pacientů s revmatoidní artritidou.[111]

V Británii během období stížností na spalničky v roce 1994 Ministerstvo zdravotnictví písemně oznámilo lékařům, že 11 procent dětí, které poprvé dostanou zarděnkovou vakcínu, bude mít artritidu. Nicméně se na tento velmi důležitý fakt pozapomnělo v letáku, který se rozdával rodičům.

DĚTSKÁ OBRNA

Hlavní problém živé, „atenuované", neboli oslabené verze vakcíny proti viru dětské obrny je v tom, že se virus může ve střevě geneticky adaptovat a změnit ve svou virulentní formu, a tak může způsobit paralytický typ dětské obrny jak u svých příjemců, tak i u těch, se kterými očkovaný přišel v poslední době do styku. V současnosti jsou v Británii a Spojených státech případy dětské obrny skutečně způsobeny jedině očkovací látkou, a to zejména u tak zvaných kontaktů – prarodičů, rodičů nebo sourozenců, kteří jsou nějakým způsobem k dětské obrně vnímaví –, ale i u jejich příjemců.

Bernard Reis, profesor angličtiny na Vassar College a bývalý absolvent Cornell University a Harvardu, byl popisován jako energický muž, úspěšný atlet. Šťastně vyženil malého hocha, kterého nechal svědomitě očkovat, jak bylo nařízeno zákonem. Měsíc po chlapcově očkování začal být Reis po jakémkoli pokusu dostat se do schodů unavený a zápasil se stavem, o kterém si myslel, že je to chřipka. O dva dny později zkolaboval v koupelně a po rychlém převozu do nemocnice celý ochrnul, musel být uměle ventilován a výživa mu byla podávána nitrožilně. Za jedenáct měsíců se vrátil domů na invalidním vozíku. „Tak velké napětí mé manželství nevydrželo a rozpadlo se," píše.[112] Od té doby je jeho život „pomalu se vlekoucí peklo". I když je schopen alespoň kulhat, je po prodělání dětské obrny stále velice slabý. Žije z dávek sociálního zabezpečení 300 dolarů měsíčně ve veřejné ubytovně v New Yorku. Nemá právo na další státní podporu nebo odškodnění.

19. února 1983, první den, kdy se Bob a Marjorie přestěhovali do svého nového domova, zkolaboval Bob na pohovce. Druhý den ráno si stěžoval, že nemůže hýbat levou paží. Za pár dní celý ochrnul. Lékaři nakonec pomocí celé baterie testů u Boba diagnostikovali paralytickou formu dětské obrny. Před necelými dvěma měsíci byla jeho dcera Chloe očkována živou vakcínou proti dětské obrně. Žádný lékař neupozornil Boba, který má Nethertonův syndrom (kožní postižení), že jeho imunitní systém je oslabený kortisonem, který užívá, a že je velká pravděpodobnost, že dostane dětskou obrnu od kohokoli, kdo je proti této chorobě očkován. A to přesto, že výrobce této očkovací látky, firma Lederle, na to lékaře upozorňuje na obalu vakcíny. Rok poté, co Bob onemocněl dětskou obrnou, zemřel.

V letech 1975 až 1984 došlo ve Spojených státech k více než 100 případů paralytické formy dětské obrny vyvolané očkováním[113] a nejméně 10 těchto případů, způsobených živou vakcínou, je hlášeno každý rok.[114] (Ve Velké Británii bylo mezi lety 1985 a 1991 řádně doloženo 13 případů.[115]) Americký CDC spolu s německými lékaři z university v Kollně na Rýnem odhaduje, že běžné riziko dětské obrny, indukované vakcínou, je pět případů na milion dávek neboli jeden případ na 200 000 prvních dávek, které jsou považovány za nejnebezpečnější.[116] Jak už to s mnoha oficiálními statistikami bývá, je toto číslo nejspíš ještě příliš nízké; jestliže máte oslabený imunitní systém, třeba AIDS nebo léky, jako jsou steroidy, riziko se znásobí 10 000krát. V Německu bylo nejvíce případů paralytické dětské obrny mezi dvouletými a mladšími dětmi – tedy u očkovanců samotných.

Kromě dětské obrny je vakcínou proti této chorobě dítě ohroženo malým váhovým přírůstkem nebo jinými obrnami. Ukázalo se, že děti imunizované živými zárodky, jak je tomu

i v případě vakcíny proti dětské obrně, mají „statisticky významně" nižší váhu ve srovnání se stejně velkými dětmi, které nebyly očkovány.[117] Tento nepříznivý vliv se výrazně projevil v první řadě u dětí, které byly na svůj věk malé.

Nedávno se v Číně objevila nová nemoc, kterou lékařský tisk nazval „čínský paralytický syndrom" (CPS). Ačkoli takto byla původně diagnostikována paralytická forma syndromu Guillan-Barre (GBS), vědci z Druhé nemocnice Lékařské fakulty v Hebei v Čínské lidové republice prostudovali všechny případy do hloubky a uzavřeli, že tato nemoc, která postihuje děti a mladé dospělé, je variantou dětské obrny.

Předtím, než se zavedla v roce 1971 v provincii Hebei orální vakcína proti dětské obrně (OPV), bylo to onemocnění časté, ale s dignózou GBS se zde setkali mimořádně. Po roce 1971 se incidence dětské obrny postupně snížila, ale u GBS stoupla asi desetkrát. Tři vzestupy incidence dětské obrny časově přesně souhlasí s třemi epidemiemi GBS.

Podle Yan Shena a Guohua Xi z neuropsychiatrického oddělení zmíněné nemocnice vše svědčí o tom, že virus dětské obrny je zodpovědný za případy diagnostikované jako GBS. „Rozšířené používání OPV může vést k [mutaci viru], což má za následek změnu průběhu [choroby] a/nebo odchylku hlavního typu viru, který způsobuje epidemii," napsali.[118]

Případy GBS spojené s vakcínou proti obrně se objevily též ve Spojeném království. Emma Whitlocková si v červenci 1991 došla do ordinace svého lékaře na obvyklé očkování proti dětské obrně a tyfu před blížící se rodinnou dovolenou v Maroku. Říká:

Ten večer jsem dostala horečku a bolety mě paže a dolní končetiny. Bolesti v dolních končetinách byly nejhorší. Asi po dvou týdnech, když jsem se byla venku projít, mi jedna z nohou „vypověděla službu". Cítila jsem, jako by obě nohy byly zesláblé a necitlivé. Po nějaké době jsem začala mít pocit, jako by mi hořely.

Můj stav se léty postupně zhoršuje a nyní jsem ve stadiu, kdy jsem schopná udělat jen několik kroků, než se do mých dolních končetin vrátí bolesti a příšerná

tíha, které mě přinutí si sednout. Jakýkoli pohyb způsobí stejnou bolest, dokonce i když cestuji autem.

Ani ruce nezůstaly ušetřeny. Když hodně pracuji, tak mě pálí a jsou zesláblé. Kromě problémů s končetinami mívám často bolesti v uších a hůře slyším, navíc trpím častými infekcemi krčních uzlin, které se vyléčí vždy až antibiotiky. Mám také značné potíže s rovnováhou, nestabilní chůzí a občas padám. Špatně si pamatuji a často se zastavím uprostřed věty.

Všechny tyto problémy mi ničí život. Jsem absolutně odkázaná na dům. Už asi pět měsíců poctivě ležím, aby se mi zmírnila ta palčivá bolest. Ač se svým způsobem uklidnila, přesto spolu s pocitem necitlivosti přetrvává, když se pokusím trochu chodit.

Lékaři mé potíže nyní diagnostikovali jako syndrom Guillain-Barre. Když jsem se setkala se členem Společnosti Guillain-Barre, řekl mi, že jsem ten nejhorší případ, který kdy viděl. Můj lékař teď přiznává, že to bylo způsobeno tou vakcínou.

Finsko stejně jako Švédsko a Nizozemí dávalo vždy přednost usmrcené IPV vakcíně. Když však vypuklo v roce 1985 10 případů dětské obrny, zorganizovala vláda masovou očkovací akci s živou vakcínou. Několik týdnů po kampani hlásila katedra dětského lékařství z University v Oulu ve Finsku skupinu 27 dětí postižených syndromem Guillain-Barre, který se též objevil v Americe po hromadném očkování proti prasečí chřipce v 70. letech.[119] Jedenáct dětí bylo před nástupem příznaků imunizováno. Miliony dětí, které byly očkovány v 50. a 60. letech Salkovou vakcínou, se nakazily dalším, potenciálně kancerogenním virem. O tomto viru, známém jako SV 40, bylo zjištěno, že je „souputníkem" viru dětské obrny. Při procesu usmrcování viru obrny se nepodařilo zabít virus SV 40. Tato kontaminovaná vakcína byla pak podávána mnoha milionům dětí na počátku kampaně v roce 1955, a možná i později.[120] Když se pak při očkování kombinované vakcíny DTP a dětské obrny přišlo na to, že obsahuje SV 40, skončilo se s ní.

Mezitím byly, podle doktora Anthony Morrise, SV 40 a podobné zárodky odhaleny v lidských mozkových tumorech „a též v prekancerózních mozkových procesech". Prokázalo se, že SV 40 způsobuje rakovinu u křečků po čase, který je srovnatelný s 20 lety lidského života.[121] Četné výzkumy se pokoušejí najít spojitost mezi vakcínou proti dětské obrně a vznikem AIDS.

Kvůli riziku získání obrny z živé očkovací vakcíny uvažují nyní různé státy včetně Ameriky, že se vrátí k usmrcené formě vakcíny (IPV), obzvláště když evropská farmaceutická společnost Merieux a americká Connaught Labs přicházejí s vylepšenou usmrcenou vakcínou (nebo v odborné hantýrce E-IPV), která by měla poskytnout imunitu proti všem třem typům dětské obrny již po dvou dávkách. Zdá se ale, že nová vakcína vymění staré problémy za nové. Podle dánské studie je usmrcená vakcína spojována s GBS, poškozením motorického neuronu, encefalitidou, meningitidou a křečemi.[122]

VAKCÍNA PROTI HEPATITIDĚ B

Světová zdravotnická organizace rozvažuje doporučení, aby se od roku 1997 očkování proti hepatitidě B (HB) stalo součástí běžných očkovacích schémat kojenců a dětí celého světa bez ohledu na to, zda mají větší riziko nakazit se chorobou, která může poškodit játra a která usmrtí jednoho z pěti postižených.

V současné době má 33 zemí vypracovanou taktiku očkování proti HB. V Itálii je očkování povinné; ve Spojených státech je zahrnuto do očkovacího kalendáře pro děti; ve Velké Británii ministr zdravotnictví uvažuje, zda aby neměly být dvanáctileté děti – na prahu své sexuální aktivity – očkovány proti nemoci, která je v prvé řadě pohlavně přenosná.

V roce 1979, kdy se vakcína proti hepatitidě poprvé objevila na trhu, spočíval postup Ameriky a Británie ve vyhledávání a očkování vysoce rizikových skupin, jako jsou intravenózní toxikomani, sexuálně promiskuitní lidé a zdravotničtí pracovníci, kteří manipulují s tělesnými tekutinami a krví. Navzdory

tomuto úsilí vzrostl výskyt hepatitidy mezi lety 1979 a 1989 třikrát. Protože neznáme přesný zdroj onemocnění, američtí odborníci se nyní domnívají, že bychom ji měli zarazit již v zárodku – v dětství. *Jinými slovy si myslí, že bychom měli zneučit imunitní systém dětí k tomu, abychom zabránili šíření něčeho, co je především pohlavně přenosnou chorobou.*

Otázka, o které nikdo nehovoří, zní, jak se tato stará vakcína vyrábí. Žádná výroba očkovacích látek není nic pěkného (na vakcínu černého kašle se používají hleny infikovaných dětí, u tyfu výkaly postižených a zarděnková vakcína se pěstuje na potracených plodech), ale tato je jedna z mála, která se získává z lidské krve – přesněji z krevních produktů homosexuálních mužů, kteří prodělali hepatitidu.

Tato očkovací látka byla nahrazena na počátku 90. let „rekombinantní" verzí vakcíny, vyrobené pomocí genetického inženýrství na buňkách kvasinek. Předchozí vakcína, vyráběná z krevní plazmy, však nebyla nikdy stažena, a dokonce i ty farmakologické společnosti, které tuto látku přestaly vyrábět, ji prodávaly až do doby, než skončilo její používání. Takže až donedávna mohl dostat kdokoli z očkovaných krevní produkt.

Problému se ujalo Krevní středisko v New Yorku a prostudovalo stovky případů v populacích s nízkým a vysokým rizikem, které byly očkovány touto vakcínou. Jejich závěr zní: nikdo není ohrožen HIV infekcí z vakcíny hepatitidy B. Ti, kteří mají tuto vakcínu v oblibě, tvrdí, že proces usmrcení viru hepatitidy zneškodní také všechny ostatní viry. Nezapomeňme ale právě, že vrcholní vědci, včetně spoluobjevitele viru AIDS, si nyní kladou otázku o oprávněnosti teorie jediného viru AIDS. Je úplně možné, že spousta „kofaktorů", které jsou v krvi přítomny a které způsobují nebo přispívají ke vzniku AIDS, nemusí být tímto procesem zničeny. Ministr zdravotnictví označil ve svém prohlášení tuto vakcínu za „naprosto bezpečnou". Dokud neporozumíme tomu, co způsobuje AIDS, nemůže nikdo zaujmout takové stanovisko s jistotou.

Nejasnosti kolem AIDS mohou být důvodem, proč se lékaři, zdravotní sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří jsou ve „vysokém riziku", této staré vakcíně vyhýbají. V roce 1992 byl 595 praktickým lékařům zaslán dotazník. Ačkoli většina

z nich napsala, že by měli být všichni praktičtí lékaři očkováni proti hepatitidě typu B, byla z nich ve skutečnosti očkována pouze polovina.[123]

Dalším problémem očkování proti HB je to, že pacienti, kteří tuto injekci dostali, občas vykazují falešné pozitivní výsledky testu na HIV.[124]

Nový Zéland byl v roce 1988 první zemí, která schválila mezinárodní program vakcinace proti HB u novorozených dětí. Plán spočíval v tom, že budou naočkována jednak děťátka matek s hepatitidou B po celé zemi, a pak všichni novorozenci sedmi vybraných oblastí.

Novozélandské Ministerstvo zdravotnictví se tím pyšně chlubilo jako „nejrozsáhlejším národním imunizačním programem proti hepatitidě B na světě". Jakmile se však akce rozběhla, rychle vystřízlivělo. Již po třech měsících faxovalo Ministerstvo zdravotnictví ve Wellingtonu koordinátorům programu Hepatitis B ve všech oblastních zdravotních radách vzkaz od vedoucích úředních lékařů, že obdrželi hlášení o alergickém, život ohrožujícím šoku, který se objevil u dětí, které dostaly vakcínu HB.

O rok později zaznamenali u dětí lékařští přísedící, zabývající se nepříznivými událostmi, mnoho vedlejších účinků, jako jsou spavost a nechutenství, průjem, astma, artritis, syndrom Guillain-Barre, slabost, bledost, ztráta vědomí, pokles krevního tlaku. Zpráva poznamenává, že incidence nežádoucích reakcí by se mohlo blížit poměru 1 ku 50 dětem, které dostaly první dávku.

V dubnu 1992 oznámil jeden zainteresovaný novozélandský lékař ministerstvu zdravotnictví, že očkování vakcíny hepatitidy B spolu s DPT a/nebo vakcínou proti dětské obrně oslabuje imunitní systém jeho pacientů, i když ostatní vakcíny dobře snášejí. Množství kojenců mělo také dlouhotrvající novorozeneckou žloutenku, která trvala až dva nebo tři týdny.

Na základě těchto problémů novozélandské Ministerstvo zdravotnictví celé schlíplé vakcinační program samo náhle ukončilo.[125]

Z novozélandských zkušeností se již můžeme hodně poučit, ale zbývá nám ještě mnoho nejasností kolem nové „rekombinantní" HB vakcíny. 30 až 50 procent lidí, kteří byli očkováni třemi dávkami této vakcíny, do sedmi let prokazatelně ztratilo protilátky. Mohlo by to znamenat, že byste potřebovali až do konce života každých pět let novou dávku. Víme ovšem, že 1 až 2 procenta pacientů – jinými slovy jedno nebo dvě z každých 100 miminek – nedodrží doporučovaný očkovací režim. Toto vysoké procento selhání se opakuje i u dospělých: jedna studie ukázala, že 10 procent očkovaných dobrovolníků přestalo produkovat protilátky.[126]

Mezi lety 1990 a 1994 bylo Americkému systému hlášení nepříznivých událostí spojených s očkováním předáno asi 12 000 zpráv o vedlejších reakcích po očkování proti hepatitidě B. V hlášeních bylo vyčísleno i několik vážných postižení, včetně potřeby hospitalizace nebo úmrtí. Velký podíl padl i na dospělé, kteří si nechali vakcínu proti žloutence typu B sami píchnout.[127]

NOVÉ CHOROBY Z OČKOVÁNÍ

Kromě nebezpečí, která vyplývají z jednotlivých očkovacích látek, plynou nejnověji odhalené potíže z očkování obecně z toho, že vakcíny samy přinášejí nová onemocnění. Necháte-li se naočkovat oslabeným nebo usmrceným virem, může to způsobit vývoj virového „mutanta" nebo celkově podnítit jeho rozmnožení v populaci.

Odhaduje se, že tři procenta novorozenců, kteří se narodí matkám, které byly očkované proti hepatitidě typu B, onemocní pozměněnou formu této infekční žloutenky.[128] V jedné velké studii kojenců, narozených matkám pozitivním na hepatitidu B, které absolvovaly celý imunizační program proti žloutence typu B, vykázalo pozitivitu taktéž jedno z 60 dětí. U jednoho z 80 těchto dětí se ukázalo, že mají mutovaný virus z vakcíny. Tato mutace měla souvislost s hepatitidou a aktivním jaterním onemocněním.[129] V jiné studii měli pacienti očkovaní vakcínou HB celou směs těchto změněných antigenů i obvyklou formu viru hepatitidy B, ale i příznaky mírného zánětu jater.

Ale ti pacienti, jejichž krev vykázala mutovaný virus samotný, onemocněli nakonec tou nejtěžší formou jaterního postižení.[130]

Další problém s mutovanými viry je ten, že se často nedají zjistit při vyšetření dárců krve, takže se tato nová forma hepatitidy může přenášet darovanou krví. A samozřejmě tyto změněné viry mohou nakazit i jedince, kteří jsou očkováni.[131]

Vzrůstající prevalence pneumokokové meningitidy (prevalence je statistický ukazatel, který poukazuje na počet případů určité nemoci, jež převažuje v určité populaci v určitém čase – pozn. překl.), rezistentní na penicilin, se dává do souvislosti s rozšířeným očkováním proti meningitidě Hib.[132]

Vymýcení jednoho virového kmene může též podnítit rozmnožování jiných jeho forem. Přesně to se stalo s vakcínou proti meningitidě Hib. Jak se postupně ničí H. influenzae typu b, tak se i rozmnožují mutanti H. influenzae typu non-b.

Jedna studie zkoumala 408 kmenů, způsobujících meningitidu Hib. I když v 94 procentech to byl H. influenzae typu b, zbytek tvořily kmeny, které dosud nejsou sérotypizované (NST). Autoři předpovídají, že pokud se bude vakcína Hib dále používat, budou NST kmeny stále častější příčinou infekcí středního ucha, zánětu nosních dutin, chronického zánětu průdušek a dalších onemocnění, většinou dýchacích cest.[133]

V šedesátých letech, když byli branci americké armády očkováni experimentální mrtvou vakcínou proti pneumonii, způsobilo očkování neočekávané změny virového antigenu. U branců pak došlo k epidemii onemocnění způsobeného zmutovaným virem, která udělala z očkování zcela zbytečnou záležitost a poslala vědce zpátky do laboratoří, aby vyvinuli vakcínu, která zničí ještě i mutanty.[134]

Začínáme si už také uvědomovat, že injekce jakéhokoli druhu (včetně očkování) může zvýšit riziko, že dostanete dětskou obrnu. H. V. Wyatt z katedry veřejného zdravotnictví University of Leeds byl jedním z prvních, kteří se zabývali podivnou souvislostí mezi jakýmikoli vícečetnými injekcemi, které se dávají malým dětem, především penicilínu, a nástupem dětské obrny, hlavně v rozvojových zemích, kde děti dostávají více injekcí než v rozvinutých státech.[135]

„Provokací obrny" po „plánovaných" injekcích nyní již dlouho uznávají a připouštějí země, jako je Británie a Spojené státy. Když se nahromadilo více případů paralytické formy dětské obrny po masové vakcinační kampani živým virem obrny, upozorňovali vědci z university v Kolíně n. Rýnem, že by se injekce DPT (proti záškrtu / tetanu / černému kašli) neměla dávat ve stejnou dobu jako živá očkovací látka proti obrně.[136]

H. V. Wyatt věnoval svoji katiéru studiu různých skupin obyvatel tohoto století a hledal souvislosti mezi injekční farmakologickou léčbou a epidemiemi dětské obrny, a to i u dětí, kterým byla injekčně léčena vrozená příjice. Domnívá se, že vícečetné injekce by mohly být zodpovědné za 25 procent případů ochrnutí při epidemiích dětské obrny a že o 25 procent zvýší vnímavost dětí k nemoci v obdobích, kdy není epidemie. Zjistil, že jediná injekce může zvýšit riziko ochrnutí až pětkrát a změnit neparalytickou formu v paralytickou. Dokonce i rozšířený očkovací program imunizace Světové zdravotnické organizace „může vyprovokovat dětskou obrnu", uzavírá.[137]

Wyatt také věří, že riziko může být kumulativní – tedy že vícečetné injekce mohou po čase zvýšit nebezpečí, že dítě někdy v budoucnosti dostane obrnu, a stejně tak i injekce podávané brzy za sebou.

Wyattova tvrzení poskytují látku k zamyšlení o původu velkých epidemií dětské obrny v tomto století, kterým mohlo napomoci zavedení a rozšíření očkování a injekcí penicilinu. Bylo to také nedávno potvrzeno novou studií v Rumunsku, provedenou americkým Střediskem pro kontrolu chorob, která ukázala, že vakcína proti dětské obrně podávaná v injekci způsobuje vzplanutí této choroby. Zdá se, že očkování proti obrně nastartuje paralýzu a postižené děti jsou pak vystaveny velkému množství dalších injekcí očkovacích látek a antibiotik. Nebezpečí ochrnutí je zvláště velké u dětí, které dostanou další injekci do 30 dnů po očkování proti obrně.[138]

Očkovací látky, zejména proti spalničkám a tuberkulóze, jsou též spojovány se současnou epidemií myalgické encefalomyelitidy (ME), známé jako chronický únavový syndrom, především u dětí. Doris Jonesová z Ilfordu začala zkoumat vztah mezi očkováním a tímto postižením poté, co její syn

Stephen onemocněl ve svých 12 letech ME. V prvním roce svého života měl těžší reakci na očkování proti spalničkám, která se projevovala opakovanými a déletrvajícími záchvaty křiku. Stephen začal velmi pozdě chodit a mluvit a v 10 letech chytil spalničky a o dva roky později příušnice. Po dvou měsících prodělal další spalničky, tentokrát s atypickým průběhem, a dostal ME, kterou má nyní již 13 let. Paní Jonesová se pídí po studiích, které popisují vztah mezi ME a očkováním proti tetanu, spalničkám, choleře, chřipce a tyfu, a v poslední době též proti hepatitidě typu B.

Máme důkazy, které naznačují, že příznaky ME jsou částečně zaviněné poruchou činnosti organizmu, způsobené protilátkovou odpovědí na neúplné, usmrcené nebo i skryté viry – jinými slovy na mnohé „atenuované" neboli oslabené verze virů, podávané v očkovacích látkách.[139]

V celé skupině studií byla až šestina mladých lidí s ME měsíc před onemocněním očkována.[140] Očkování zde zřejmě vystupuje jako spouštěcí faktor u člověka, který má nějakou spící infekci nebo vyčerpaný či poškozený imunitní systém (ať již léčbou steroidy nebo dlouhotrvající virovou infekcí), nebo který trpí nějakou alergií.

Průzkum lékařské literatury poskytuje zdrcující důkazy o tom, že spousta vakcinačních programů nás nechává v daleko horším stavu, než jsme byli před očkováním. Po 30 letech způsobila spalničková vakcína úděsné změny v průběhu choroby; proměnila ji v nemoc dospělých a těch nejmenších dětí a ponechala nás bezdostatečné imunity, kterou bychom mohli předávat svým dětem. Navíc nám nyní zůstal značný počet dětí poškozených očkovací látkou. A to netušíme, co je nám ve skutečnosti ještě skryto. Doktor Michel Odent a jeho londýnské První centrum zdravotnických výzkumů vedl studii o dlouhodobém kojení. Jako první zkoumal vliv déletrvajícího kojení na ochranu proti ekzému a astmatu. V průběhu pátrání vědci přišli na naprosto neočekávané zjištění: u dětí očkovaných proti černému kašli byla šestkrát větší pravděpodobnost, že budou mít astma, než u dětí neočkovaných.[141] Skutečně ve všech zkoumaných kategoriích – počet prostonaných dní,

záněty středouší, příjmy do nemocnice – vyšly neočkované děti jako zdravější.

Sára z Romney Marsh v Kentu má šestiletou dceru, jejíž astma zřejmě souviselo s očkováním. „Na první injekci DPT reagovala nepřetržitým dvanáctihodinovým křičením, o kterém nám bylo řečeno, že je to normální", říká Sára. „Po MMR vakcíně byla hospitalizovaná s vysokou horečkou, po které měla střevní potíže, a potom, po druhé injekci DTP, ji postihlo „plně rozvinuté" astma. Po celé kotérii injekcí ještě dostala černý kašel. Sára pokračuje:

> *Nechali jsme se přemluvit, abychom ji nechali dvakrát naočkovat proti chřipce. Potom šla z jedné virové infekce do druhé, měla spoustu zánětů středního ucha, takže byla pořád na antibiotikách. Dneska užívá inhalační steroidy v dávkách, které dvojnásobně překračují doporučené dávky pro děti. Máme pocit, že i inhalační steroidy mají vedlejší účinky. Má tenčí kůži, za 18 měsíců vůbec nepřibrala a přestala jí růst noha.*

Generace dětí s nedostatečnou imunitou mohou vyrůst v dospělé, které nemají placentární protilátky, které by předaly svým dětem, a ty pak mohou dostat spalničky v kojeneckém věku, kdy by měly být normálně chráněny matčinými protilátkami. Jedna studie skutečně ukázala, že hladiny protilátek jsou u mladých žen, které už byly očkovány, nižší než u žen starších.[142]

Protože očkování poskytuje pouze dočasnou nebo nedostatečnou ochranu, spousta našich dětí vyroste a bude vnímavá na zarděnky, příušnice nebo spalničky, které mají v dospělosti daleko těžší průběh. Zarděnky zůstávají dětskou nemocí u izolovaných společenství Amishů (Amishové jsou přísně konzervativní sekta, která vznikla na konci 17. století a dosud si udržuje své tradice a izolaci od ostatní společnosti – pozn. překl.) ve Spojených státech. Ve zbytku Ameriky se stávají díky vakcinačním programům ve vzrůstající míře nemocí adolescentů a mladých dospělých. Případy spalniček u komunity Amishů mají téměř vždy mírný průběh a zdá se, těhotné ženy mají přirozenou ochranu.[143]

MÍSTO OČKOVÁNÍ

VITAMIN A A IMUNIZACE

I pro děti, u kterých je větší riziko závažného průběhu spalniček, jsou vhodná méně drastická opatření, než je očkování. Máme-li nedostatek vitamínu A, olupují se zevní vrstvy sliznic a zpomaluje se obnova buněk. Virus spalniček infikuje a poškozuje sliznice celého organizmu, koncentrace vitamínu A v krvi, dokonce i u dobře živených dětí, může klesnout až pod úroveň, která se nachází u podvyživených dětí. Při spalničkách se může u dětí s hraničními zásobami vitamínu A v játrech vyvinout akutní nedostatek vitamínu A, který se projeví poškozením očí a případně zvýšeným rizikem úmrtí kvůli onemocnění dýchacího traktu a průjmu.

V roce 1992 měřili vědci z New Yorku hladiny vitamínu A u 89 dětí mladších dvou let a srovnávali je s kontrolní skupinou. U dětí se spalničkami byly hladiny vitamínu A o 22 procent nižší. U těchto dětí byla větší pravděpodobnost, že budou mít horečku vysokou 40° C nebo i vyšší, že budou mít horečku sedm dní a více a že budou hospitalizovány.[144] Jiné studie ukazují, že děti s byť mírným nedostatkem vitamínu A s větší pravděpodobností na spalničky zemřou.[145]

Podávání vitamínu A dětem s těžkými (to znamená život ohrožujícími) spalničkami může snížit výskyt komplikací nebo pravděpodobnost úmrtí na tuto chorobu.[146] D. T. Gerald Keusch z bostonského Lékařského centra New England, který sledoval předškolní děti v Indii, došel nakonec k závěru, že vitamín A by měl být podáván dětem, kdykoli se objeví náznak nedostatku vitamínu A nebo možnost komplikací spalniček. V Africe, kde se na spalničky umírá, byla u batolat do dvou let, které dostávaly vitamín A, úmrtnost snížena sedmkrát.[147] Vitamín A je pověstný také tím, že poskytuje ochranu proti virům příbuzným viru dětské obrny.[148]

Kromě toho, že své dítě budete kojit co nejdéle, můžete ho ochránit před mnoha dětskými nemocemi zdravou, plnohodnotnou stravou a tím, že je nebudete příliš brzy posílat do jeslí nebo jiných zařízení celodenní péče.

Současná praxe péče o dítě, zejména tendence je příliš brzy institucionalizovat, zavinila nárůst epidemií určitých infekčních chorob, jako třeba meningitidy. Doktor Robert Mendelsohn se svou vydavatelkou Verou Chatzovou byli první, kdo upozorňovali na nebezpečí „odkládání" batolat, která ještě neumí chodit na nočník, do velkých dětských kolektivů. Mendelsohnovo podezření bylo záhy podpořeno různými studiemi, které se objevily v lékařské literatuře a které prokázaly, že hromadná zařízení pro děti jsou promořena hemofilovou meningitidou. Vědci, kteří prozkoumávali tato zařízení, zjistili, že hemofilová meningitida zde napadá děti v poměru 1 100 na 100 000 – tedy až 24krát častěji, než je její všeobecný výskyt u dětí mladších čtyř let.[149]

Poměrně nedávná studie uzavřela, že mezi centra s největším rizikem patří ta, jejichž pracovníci používají k utírání nosů dětí ručníky a kapesníky (místo papírových ubrousků) nebo umožňují vstup dětem s průjmem nebo s plenami. Trošku paradoxní je, že placená zařízení dopadla hůře než školky s dobrovolnými pracovníky.[150]

Máte-li pocit, že se budete cítit bezpečněji, podpoří-li se nějak imunitní systém vašeho dítěte, můžete uvažovat o homeopatii. Mnoho vědeckého materiálu již dokazuje její účinnost.[151] V jedné velkoplošné studii bylo více než 18 000 dětí úspěšně chráněno proti meningitidě homeopatickým lékem (Menigococcinum HCH) bez jediného vedlejšího účinku.[152]

Když už se rozhodnete pro očkování, pečlivě zvažte před každou injekcí, jestli vaše dítě nemoc skutečně ohrožuje (nebo přináší místo vážného ohrožení zdraví či života jen nepříjemnosti). Jestliže chcete očkování proti dětské obrně, požadujte místo živé vakcíny raději očkovací látku s usmrceným virem. V některých zprávách najdeme, že živá vakcína se doporučuje

jen v rozvojových zemích při současně probíhajících epidemiích, nebo pokud usmrcená varianta nezabrala nebo není vhodná.

Pakliže bylo vaše dítě již očkované a je čas na další dávku, vyžádejte si vyšetření hladiny protilátek v krvi, než ho vystavíte riziku injekce, která má v některých případech pouze 50procentní účinnost.

Nejlépe uděláte, když se u svých dětí místo pokusných injekcí spolehnete na mrkvovou šťávu a zdravou stravu a když u svých kojenců a batolat věnujete veškeré své síly nejstaršímu imunizačnímu program všech dob: staré dobré mateřské mléko.

7

Hormony ubližují

LÉKAŘI SAHAJÍ PO SVÝCH BLOČCÍCH s recepty ve snaze „pro všechny případy" udolat choroby už na samém jejich počátku a odstranit předpokládané rizikové faktory, ale také na základě myšlenky, že si vezmete pilulku a ta vás ochrání před nemocí, a to dokonce už i tehdy, když jste ještě zdraví. Nejoblíbenějším miláčkem preventivní medicíny dneška je hormonální substituční terapie (HST) (substituční znamená náhražková – pozn. překl.) a nejrozšířenější „nemocí", které máme předcházet, je menopauza (tj. přechod – pozn. překl.), která se u žen nad 55 let projeví třeba jen jediným návalem horka. Lékaři si nyní vymysleli scénář, ve kterém je menopauza nemoc a příroda ženám v jistém věku „vezme" jejich životně důležitý hormon.

Toto přesvědčení – že žena po menopauze trpí zákonitě nedostatkem něčeho – s sebou nese nemalý počet směšných výroků o kondici žen po padesátce. Jeden gynekolog, kterého znám, nedávno přišel s chytlavou teorií, že organizmus žen začne po 45 letech zákonitě reptat, protože je předurčen žít jen do této věkové hranice a potom je již tedy odepsán. Zřejmě se nikdy neprocházel po hřbitovech ze 17. století a neviděl, že pokud lidé přežili infekční choroby, měli slušnou šanci dožít se až sedmdesátky.

K menopauze dochází následkem poklesu produkce ženských hormonů, estrogenů a progesteronů, které ovlivňují všechny systémy organizmu, ale především regulují ženské pohlavní rytmy: menstruační cyklus, těhotenství a porod a ukončení schopnosti rozmnožovat se.

Jak se množství hormonů snižuje (jejichž nízkým hladinám se organizmus nakonec přizpůsobí), tak mnoho žen (ve skutečnosti méně než polovina ženské populace Západu) prodělává dobře známé příznaky menopauzy: návaly horka, noční pocení, suchost poševní sliznice, atrofii děložního hrdla, pochvy a dělohy a ztrátu zájmu o pohlavní život. Tyto hormony mají vliv i na hustotu kostní tkáně; po menopauze se mnoha ženám ztenčují kosti, čemuž se říká osteoporóza (řídnutí kostí), která může skončit v podobě stařeckého „hrbu" nebo dokonce až život ohrožující zlomeninou páteře či kyčle. Mnozí lékaři se domnívají, že za nedostatkem estrogenů se skrývá i prudký vzrůst ischemické choroby srdeční u žen nad 50 let.

HST má ženám navrátit jejich mládí. Začala se používat v 60. letech a podávala se ženám s těžkými menopauzálními příznaky. K HST se používají syntetické nebo „přírodní" estrogeny (v některých případech se získávají z moče březích klisen) a později se k nim přidal syntetický progesteron nebo progestagen – v podstatě jde o ty samé hormony, které jsou obsaženy v antikoncepčních pilulkách (ačkoli v pilulkách jsou oba syntetické). Princip je v tom, že léky mají oklamat organizmus, který si myslí, že je stále ve stádiu před menopauzou, a mají odložit, zmenšit nebo odstranit příznaky této změny. V současnosti jsou dostupné v tabletách, krému, implantátu nebo náplasti (která se asi dvakrát týdně vyměňuje, aby z příslušného místa zajistil nepřerušovaný „přísun" hormonů).

Ve velice úspěšné marketingové kampani za hormonální substituční terapii se farmakologické společnosti zasloužily o to, že léčbu pasovaly na víceúčelovou a všespasitelnou metodu na odstranění strašáka všech žen pokročilého věku, nejen těch 40 procent, které mají v menopauze nějaké potíže. Dnes je HST poctěna celou řadou údajných výhod nejen pro menopauzu, ale i pro budoucí onemocnění: ischemickou chorobu srdeční, osteoporózu, mozkovou mrtvici nebo senilní demenci.

Hormonální substituční terapie se začala ověnčovat takovým mýtem dobrodiní, že byla nejednou označena za „nejdůležitější součást preventivní medicíny tohoto století". John Studd z King's College Hospital v Londýně, který pravděpodobně udělal pro prosazení tohoto léku více než kterýkoli jiný vědec na světě, je opravdu tak přesvědčen o jeho přínosu, že pomíjí potřebu mimořádného sledování. „Jelikož se zdá, že se spornou výjimkou rakoviny prsu mají všechny účinky dlouhodobé HST ochranný charakter, bylo by nelogické těmto ženám doporučovat nějaké zvláštní kontroly," poznamenal v roce 1992.[1]

Podle mého názoru se však budou příští generace zpětně dívat na HST a jiné předepisované hormony, jako jsou třeba antikoncepční pilulky, jako na jeden z největších lékařských omylů století. Už od samého začátku hrají lékaři s tímto lékem statistickou hru, když používají nedbale sestavené studie k tomu, aby z nich vyvodili spoustu budoucích výhod, jako je třeba ochrana před řídnutím kostí či ischemickou chorobou srdeční. Tyto proklamované výhody narůstají ještě více v zahraničí. Kromě léčby Alzheimerovy choroby (progresivní úbytek intelektových funkcí na základě degenerativního procesu – pozn. překl.) a mozkové mrtvice se HST nedávno zkoušela jako jedno z léčebných opatření u žen se zánětlivým onemocněním střev.[2]

MÝTŮ PŘIBÝVÁ

Ve skutečnosti nemá žádné z těchto tvrzení pevné základy. Většina odborníků se shoduje na tom, že studie žen, které užívají estrogeny, u nich vykazují zvýšenou hustotu kostní tkáně. Poslední výzkum HST a osteoporózy však ukazuje, že ženy, které dodržují obvyklá doporučení a berou lék celých 10 let po nástupu menopauzy, nejsou před řídnutím kostí chráněny o nic víc než ženy, které tento lék vůbec nikdy neužívaly. Dosud pokračující studie žen z Framinghamu v Massachusetts dochází k závěru, že HST chrání kostní hmotu pouze v době,

když se užívá – a jen v případě, že se podává nejméně sedm let. Jakmile ženy přestanou lék brát, dokonce i po deseti letech užívání, dochází k prudkému poklesu kostní minerální hustoty a ve věku 75 let je naprosto stejná jako u žen, které nikdy lék neměly. To znamená, že neposkytuje naprosto žádnou ochranu během těch desetiletí života, kdy je riziko osteoporózy největší.[3]

Aby se lékaři vyhnuli těmto problémům, přicházejí s nejrůznějšími radami, že by se HST měla užívat jednou provždy (v tomto momentě ale vyvstává otázka nárůstu rakoviny prsu); nebo že by se mělo začít 10 let po menopauze, což už je ale dlouhá doba, během které ženy zakusí všechny ty potíže, které údajně hormony zmírňují; nebo se mají dávat dokonce až poté, co si žena zlomí kyčel, ale to už evokuje otázku, jestli to má něco společného s původním záměrem.[4]

V nejlepším případě se zdá, že estrogeny mají pouze dočasný účinek. I když možná snižuje rychlost úbytku staré kostní tkáně, tvorba nové kosti se nakonec stejně za tři až pět let zmenší. Rozsáhlý přehled 31 studií o osteoporóze došel k závěru, že estrogeny nemají „signifikantní význam" pro zpomalení nástupu osteoporózy.[5] Další studie zjistila, že estrogeny kosti nezpevní ani v případě, že je ženy užívají 16 let.[6]

Máme spíše určité důkazy, že estrogeny a progestageny ve skutečnosti k osteoporóze přispívají. Hustota kostní tkáně obratlů se u sledovaných žen zvýšila, když přestaly jako antikoncepci užívat medroxyprogesteron, na rozdíl od žen, které v užívání progesteronu pokračovaly a které nevykázaly žádné změny.[7]

Doktorka Kitty Littleová, výzkumnice z Oxfordu, strávila mnoho let studiem vlivu hormonů na kostní dřeň. V pokusech na zvířatech doktorka Littleová pozorovala, že jedním z účinků kombinace estrogenu a progesteronu je deformace zárodečných buněk v kostní dřeni, která vede k obrovskému nárůstu abnormální přilnavosti destiček, a v důsledku toho i vzniku drobných krevních sraženin. Ty mohou vadit krevním zásobám v trámčité neboli houbovité kosti, která se nachází hlavně v obratlích.[8]

Výzkumník firmy Biolab v Londýně, lékař doktor John McLaren Howard, studoval hladiny látek nezbytných pro vývoj kosti u žen s osteoporózou, především enzym alkalickou fosfatázu. Pomocí tohoto enzymu se za spoluúčasti hořčíku tvoří kalciové krystaly v kosti, takže je ukazatelem, zda vzniká nová kost. *Nejnižší hladiny alkalické fosfatázy našel doktor Howard ve své studii u žen s osteoporózou, které byly léčeny HST.*[9]

Vědecké metody jsou v oblasti tvrzení o významu HST pro kardiovaskulární onemocnění tak nespolehlivé, že časopisy, ve kterých se objevují, se téměř omlouvají za to, že je publikují. V jedné z posledních studií vybrala skupina epidemiologů 5000 žen po menopauze z amerického Jihu a Středozápadu a měřila jejich hladiny cholesterolu a další předpokládané rizikové faktory, z nichž se vyvozovalo očekávané riziko, zda v budoucnu onemocní kardiovaskulárním postižením. Když vědci srovnali výsledky žen, které byly na HST, s výsledky žen, které léky neužívaly, uzavřeli, že HST může snížit riziko ischemické choroby srdeční o 42 procent.[10]

Vědci ovšem podotkli, že opomenuli několik nadmíru důležitých věcí. Za prvé studie nebyla randomizovaná – to znamená, že účastnice nebyly vybírány náhodně – takže mohlo dojít k tomu, co vědci nazývají termínem „zkreslení výběrem": k užívání HST mohly být vybrány jen ty nejzdravější ženy s nízkou incidencí ICHS. Jak poznamenali další vědci, ženy na HST jsou většinou bílé, ze střední vyšší vrstvy, vzdělané a štíhlé – a to jsou všechno faktory, které ze všeho nejvíc snižují jejich individuální riziko ICHS.[11]

V tom samém vydání tohoto lékařského časopisu se redakce ve svém článku snaží distancovat od závěrů uvedené studie. „Úvaha autorů o celkovém významu... je spekulativní," praví se v článku, protože studie nebyla určena k tomu, aby zjistila, zda HST skutečně způsobuje metabolické změny, nebo zda se tyto změny vyskytují nezávisle.[12]

A samozřejmě celá studie byla založena na tom, co je možná tím nejchybnějším předpokladem – že zvýšené hladiny cholesterolu vedou automaticky k ischemické chorobě srdeční.

V podstatě velký počet vědců se shoduje, že většina výzkumů ukazujících prospěch HST pro srdeční onemocnění má své závady. Profesor Jan Vandenbroucke a jeho holandští kolegové z katedry klinické epidemiologie v Univerzitní nemocnici v Leidenu v Nizozemí přezkoumal všechny jednotlivé studie, týkající se HST a srdce a uzavřel, že výzkumy byly „předpojaté", když se pro ně neúmyslně vybíraly neobyčejně zdravé ženy, které mají nejspíš tak jako tak malou pravděpodobnost vzniku ischemické choroby srdeční. Mimoto do výzkumů byly zahrnuty ženy s již existujícím srdečním postižením. Když je ze studií odstraníte, výsledky ukážou podobnou úmrtnost u všech žen, ať již braly HST nebo nebraly.[13] Užívání HST jako všeobecného ochranného prostředku není „zaručené", uzavírá Vandenbroucke na jiném místě.[14] „Než vypustíme džina univerzálního preventivního předepisování z lahve, měli bychom spíše požadovat nějaké kolosální, dobře kontrolované zkoušky," napomíná.[15]

Vandenbroucke se svými kolegy též pochybuje o tom, zda celá teorie o podávání hormonů z vnějšku může nějak chránit srdce a zda vůbec mají ženy v tomto ohledu zvýšené riziko. „Údaje o mortalitě na ischemickou chorobu srdeční ukazují, že u žen nad 50 let nedochází k nějakému navýšení ICHS," píše. „I kdyby existovalo nějaké přijatelné biologické vysvětlení, proč by přirozené estrogeny chránily před ischemickou chorobou srdeční, neznamená to, že má náhrada jejich relativního nedostatku příznivé účinky."[16]

Ne všechny studie ukazují, že HST má ochranný vliv. Framinghamská studie z Massachusetts – tatáž, která prokázala, že po vysazení HST se riziko osteoporózy vyrovnává – naznačila, že riziko ICHS se hormonální substituční terapií ve skutečnosti zvyšuje.[17] V další větší studii se vliv estrogenů na úmrtí rozplynul poté, co vědci odstranili ze svých statistik choroby, které byly ve studii již na jejím počátku.[18] Ve dvou dalších nemohly být zjištěné příznivé účinky přičítány HST.[19]

Nejdůležitější je, že naprosto všechny studie byly prováděny pouze s ústy podávaným estrogenem, kdežto většina žen, které nejsou po hysterektomii, nyní dostává estrogen kombinovaný s progestagenem (v Americe progestinem) s cílem

působit proti riziku rakoviny dělohy, o kterém se nyní ví, že je spojen se samostatnými estrogenovými preparáty.

Zdá se ale, že přidání pregastagenu ruší některé z předpokládaných příznivých účinků estrogenů na hladiny cholestrolu v krvi tím, že oslabuje vzestup lipoproteinu o vysoké hustotě, ačkoli jedna studie ukázala opak.[21]

„Jestliže přidání progestinu změní relativní přínos estrogenové substituční léčby stran ischemické choroby srdeční až od 5 do 10 procent," píší doktor Lee Goldman z Brighamské a doktorka Anna Tostesonová z Ženské nemocnice v Bostonu ve státě Massachusetts, kteří se tímto problémem zabývali, „je její konečný účinek ve srovnání se samotnou léčbou estrogeny nepochybně škodlivý, dokonce i když se vyloučí celkový vzestup rizika rakoviny dělohy."[22]

Nejnovější studie, známá jako PEPI (Postmenopausal Estrogen Progestin Intervention – Estrogen progestinová postmenopauzální intervence), si připisuje zásluhu, že nalezla přínos kombinované HST pro srdce. Tato klinická zkouška však také odhalila, že progestagen zvyšuje hladinu triglyceridů, o kterých je známo, že jsou rizikovým faktorem ICHS, především u žen. Tento účinek na triglyceridy může u diabetiček udělat z HST volbu ještě nebezpečnější.[23]

Vědci, kteří se nenechali zastrašit dosud nevyvrácenými pochybnostmi nepatrné menšiny, nyní experimentují s HST jako s léčbou existujících srdečních potíží. Co víc, studie se zaměřují hlavně na účinek estrogenu na tepny zvířat nebo lidské tepny, získané při transplantacích srdce. V jedné studii na lidech však němečtí výzkumníci z hannoverské lékařské fakulty zjistili, že vstřebávání léku bylo velice variabilní a u žen s nízkým vstřebáváním estrogenu zůstával průměr arterií beze změny. Zatím není jasno ani v tom, zda schopnost estrogenu uvolňovat stěnu tepen má skutečně nějaký význam v případě léčení ischemické choroby srdeční.[24]

Nejnovější výzkum podkopává veškeré předpoklady, že estrogeny poskytují přirozenou ochranu proti srdečnímu poškození. Tato studie, vedená na University of California na katedře rodinné a preventivní mediciny v San Diegu, sledovala padesátileté ženy v období 19 let, před a po menopauze.

Studie došla k překvapujícímu odhalení, že přirozené množství estrogenů neposkytuje ženám žádnou speciální ochranu proti srdečnímu onemocnění. Ženy s ICHS neměly nižší hladiny estrogenů než ženy se zdravým srdcem; ve skutečnosti změny v hladině estrogenů po menopauze nedosahovaly vysokého stupně. (Hladina cholesterolu a krevní tlak nebyly závažnějšími rizikovými faktory ICHS.)[25] Další studie ukázala, že HST neměla žádný pozitivní přínos pro snížení hladiny krevního angiotenzin konvertujícího enzymu, o kterém se předpokládá, že napomáhá ischemické chorobě srdeční.[26]

Tento nález popírá jednu z hlavních základen hormonální terapie – že chrání ženy před srdečním infarktem. Také z něj vyplývá, že ženám po menopauze „nechybí" estrogen, který by musel být „nahrazován".

Dalším častým tvrzením, které se beze špetky přesvědčivých důkazů traduje o HST, je snížení rizika mozkové mrtvice. Dokonce ani studie dokazující ochranu před ICHS nenašly změny v ohrožení mozkovou mrtvicí. HST nejen že nechrání, ale k mrtvici může přispívat (stejně jako blízká příbuzná sestřenice hormonální antikoncepce).[27]

Marii z hrabství Tyne and Wear naordinoval lékař v jejích 45 letech HST. Od prvního dne, kdy si vzala první pilulku, začala krvácet. Její všeobecný lékař jí řekl, že si prostě „její organizmus potřebuje na lék zvyknout" a poradil jí, aby si zvýšila dávku. Potom začala omdlívat a levá dolní končetina jí zfialověla.

„Když jsem začala mít bolesti břicha a na hrudi, zavolala jsem neodkladně lékaře a ten mi řekl, abych okamžitě přestala ty prášky užívat. Nicméně ze mě stále vycházely chuchvalce krve." Na to jí praktický lékař řekl, že ztrácí tolik krve, protože se „organizmus od léku čistí". Ujistil ji, že až to skončí, všechno se navrátí k normálu.

O měsíc později se Marii bolest přestěhovala do kloubů paží. Nemohla se ani ohnout, ani nadechnout, a měla pocit, jako by byl její hrudník zavalen. Dostala tedy steroidní hormon prednisolon a penicilin, ale začala tak zvracet, že to nemohlo nic zastavit. Po týdnu musela zavolat lékaře, protože

se nemohla hýbat, ale jen ležela na matracích na podlaze ve svém obývacím pokoji.

„Cítila jsem, že mám ochrnutou levou stranu, neudržela jsem hlavu, neviděla jsem a měla jsem setřelou řeč. Praktický lékař mi řekl, že mám reakci na penicilin, ale domníval se, že steroid by měl proti jeho nežádoucím účinkům působit. Nechal mě ležet na podlaze," říká Maria. Později se po mnoha testech lékaři shodli, že Maria prodělala mozkovou mrtvici způsobenou HST.

Hormony jsou docela dobře schopné na čas odvrátit zmatenost a nejasné myšlení, vyvolané poklesem hormonálních hladin, a tak se některé ženy s estrogenem cítí velmi dobře. Organizace, jako je třeba Amarant Trust v Británii, prohlašují, že „nový výzkum z Ameriky" naznačuje, že HST může být prevencí Alzheimerovy choroby. Nedávná 15letá studie bohužel ale zjistila, že HST nemá na bystrost vašeho intelektu žádný vliv. Případné snížení kognitivních funkcí bylo stejné, ať už ženy užívaly, či neužívaly estrogeny.[28]

NÁŘEK NAD VEDLEJŠÍMI ÚČINKY

HST neposkytuje žádnou ze všech těchto proklamovaných výhod, ale nabízí pouze nepřehledný seznam potenciálně smrtících vedlejších účinků. Lékaři nemají ještě vypracovaný nejlepší způsob, jak se má lék podávat, a máme malý přehled o množství estrogenu, které se uvolňuje do krve. Užívání ústy je nejoblíbenější způsob podávání HST. Volba této cesty však ženám přináší spoustu žaludečních a střevních potíží – nucení na zvracení, zvracení, křeče v břiše, nadýmání – a může se objevit i žloutenka.

Může to být jeden z důvodů, proč medicína přišla s kožními (transdermálními) náplastmi, které obcházejí játra, z čehož vyplývají vyšší hladiny estrogenu, které se do organizmu vstřebají. Pětina pacientek používajících tuto metodu má však puchýře, hyperémii (zvýšený krevní průtok přelepenou oblastí) a změnu barvy kůže. Z toho důvodu používá nyní vzrůstají-

cí počet lékařů estrogenové implantáty, které vyžadují malou ambulantní operaci, při níž se vloží kuličky s lékem pod kůži.

Zdá se, že estrogenové implantáty (a dokonce i náplasti) vytvářejí „toleranci" na estrogen – někteří lékaři upozorňují, že se podobá návyku; žena má vyšší než normální hladiny estrogenu v krvi, ale přesto si stěžuje, že se jí ve stále častějších intervalech navracejí menopauzální potíže. Ačkoli se u těchto implantátů počítá s tím, že vydrží šest měsíců, mnoho uživatelek si stěžuje, že se jim potíže vrátily po třech až devíti měsících. Tento jev – nazývaný „tachyfylaxe", (což doslova znamená „příliš mnoho prevence") – se objevil u tří z každé stovky žen ve studii prováděné na Klinice menopauzy v Dulwich Hospital v Londýně.[29]

Doktor Thomas Bewley, bývalý prezident Královské psychiatrické koleje, a doktorka Susan Bewlyová, gynekoložka z University College Hospital, přešetřili spoustu podobných studií a došli k závěru, že se tato závislost „vyskytuje v 15 procentech případů", a to zejména z psychologických příčin. Jak vysvětlují: „Estrogeny jsou psychoaktivní. Pozvedají náladu, mohou se podávat v injekci a jejich užívání má mocný psychologický účinek."[30]

Stoupenec HST John Studd napsal, že ženy s psychiatrickými problémy požadují tak jako tak vyšší hladiny estrogenu, než jaké se normálně vyskytují. „Tyto ženy potřebují vyšší hladiny [estrogenů] k tomu, aby dosáhly úlevy od svých potíží, neboť byly již dříve léčeny pro premenstruační syndrom (PMS) nebo depresi [během menopauzy]", napsal.[31] Na jiném místě říká, že je to „rozhodně vzácné", aby pacientky vyžadovaly vzrůstající dávky hormonů. „Může to jenom znamenat, že se chtějí cítit lépe", tvrdí.[32]

Vysvětlit se to dá tak, že buňky organizmu, které jsou citlivé na estrogen, ztratí po ustavičném bombardování vysokými dávkami hormonů svou schopnost na ně reagovat.[33] Nebo je zde možnost, že dřívější užívání estrogenů, ať již jako HST, pro potlačení PMS či jako součást antikoncepčních pilulek, může vytvořit zvýšenou potřebu substituční terapie. Může to být i tak, že HST nastaví organizmus na vysoké hladiny estrogenu a po

sebepomalejším opadnutí hladin způsobí hormonální „zhroucení" a běžné menopauzální symptomy se znovu aktivují.

Běžná situace vypadá tak, že hypofýza a vaječníky pracují v sehraném tandemu a neustále přizpůsobují hladiny estrogenů okamžitým potřebám organizmu, stejně jako auto s automatickým řazením, říká doktorka Ellen Grantová, autorka knihy Sexual Chemistry a dlouhodobá kritička HST a antikoncepčních pilulek.[34] Dodává, že HST, která vysílá neměnná množství estrogenů, je jako když auto uvízne na jednom rychlostním stupni.

Dalším problémem estrogenových implantátů je stimulace endometria (endometrium je děložní sliznice – pozn. překl.) – reakce, která potenciálně způsobuje rakovinu. V současnosti se potvrzuje, že podávání jednoduchých estrogenových preparátů ženám, které dosud mají dělohu, může až 20krát zvýšit pravděpodobnost, že po několika letech dostanou rakovinu endometria. Je tomu tak proto, že estrogen urychluje dělení buněk sliznice děložní (stejně jako v těhotenství). Aby se tomu zabránilo, dostává většina žen na 10–12 dní v měsíci progestagen, který napodobuje druhou polovinu menstruačního cyklu a po vysazení vyprovokuje krvácení.

Stimulace endometria se u žen, které mají voperovány implantáty, objevuje v průměru dva roky poté, co přestaly užívat doplňkový estrogen.[35] Z toho plyne: aby se snížilo vaše riziko rakoviny endometria, musíte se zavázat k užívání orálního (tj. ústy – pozn. překl.) progesteronu dva či více let po skončení s estrogenem.

Zastánci HST se neustále pokoušejí zlehčovat prokázané riziko rakoviny prsu a endometria. Podle názoru Johna Studda mají ženy, které užívají HST, zvýšené riziko rakoviny prsu, ale jelikož několik studií ukázalo, že na choroby způsobené HST umírá méně žen než normálně, nepřikládá tomu velkou váhu. „Nemáme k dispozici dost informací, které by naznačovaly, že riziko rakoviny prsu je opodstatněným důvodem k tomu, abychom odmítali terapii estrogeny," napsal, a mnoho praktických lékařů má tendenci s ním souhlasit.[36]

Téměř všechny studie o HST nicméně poukazují na signifikantní riziko rakoviny; jedinou diskutabilní otázkou je to, jak závažné je toto riziko.

- Třicet sedm prací o riziku rakovinu prsu, které byly analyzovány společně, ukazuje, že dlouhodobé užívání estrogenů zvyšuje nebezpečí, že žena onemocní touto rakovinou, o 60 procent.[37]
- Rozbor 16 studií o HST uzavírá, že po 15 letech se riziko rakoviny prsu zvyšuje u žen užívajících samostatnou estrogenovou HST o 30 procent a naroste více než dvojnásobně u těch, které berou kombinovaný (estrogenový a progestagenový) preparát. Toto riziko vzrůstá s každým rokem užívání. Převedeme-li spotřebu z roku 1987 na toto hledisko, pak to znamená 4 708 nových případů rakoviny prsu a 1468 úmrtí u amerických žen každý rok.[38]
- Šestiletá švédská studie 23 000 žen užívajících HST zjistila 80procentní vzestup rizika u žen, kterým byly podávány pouze estrogeny. Ještě vyššímu riziku byly však vystaveny ženy, které souvisle užívaly kombinovaný estrogen-progestagenový lék. Progestagen nejenže nepřinesl žádnou ochranu, ale riziko více než zčtyřnásobil.[39] Ačkoli se v žádné další studii již nepodařilo opakovat tytéž výsledky, k nimž došli švédští vědci, jsou zprávy, ve kterých se dočtete, že přidání progestagenu k HST přispívá k riziku rakoviny prsu.[40]
- Zásadní Nurse's Health Study, vytvořená na harvardské lékařské fakultě a zaštítěná Americkou společností pro rakovinu, která vyšetřila 725 550 žen (číslo násobené počtem let sledování) a bezmála 2 000 případů rakoviny prsu, zjistila, že u žen užívajících samotný estrogen se o 30 procent zvýšil výskyt rakoviny prsu. Toto riziko narůstá na 41 procent u těch, které berou kombinaci estrogenu s progestagenem. Nejpřekvapivější čísla se však týkají dlouhodobého užívání. Ženám, které užívaly HST více než pět let, se riziko rakoviny prsu zvýšilo na 46 procent (a riziko úmrtí na toto onemocnění na 45 procent u těch, které měly jen estrogeny). Více než šedesátiletým ženám riziko prudce stouplo na 71 procent. Studie uzavírá, že „signifikantní vzestup rizik rakoviny prsu a úmrtí... nás přesvědčují, že by měly být pečlivě stanovena rizika a prospěšnost hormonální terapie starších žen" – což by se v obezřetném tónu vědeckých článků mohlo rovnat úplnému zamítnutí.[41]

U rakoviny endometria zvyšují estrogeny samotné riziko z trojnásobku na dvacetinásobek; přidáním progestagenu se nebezpečí, že dostanete rakovinu dělohy, zvětší o 30 až 80 procent oproti těm, které nejsou na HST.[42]

Profesor Keith McPherson, význačný britský epidemiolog z londýnské Školy tropických chorob, který se zúčastňuje výzkumů jak o hormonální antikoncepci, tak i o hormonální substituční terapii, zjistil v britské studii, na které se podílel, že riziko rakoviny prsu se zvýšilo o 60 procent. Po přezkoumání všech studií a z velice konzervativního hlediska však uzavřel, že nejmírnější odhad pro riziko rakoviny prsu po HST je minimálně 30 procent.[43]

Janetta z Kingsteignatonu měla blízkou přítelkyni, která brala HST a zjistila si bulku v prsu.

Bulku jí chirurgicky odstranili a pak jí bylo řečeno, že je to rakovina, a o dva týdny později jí provedli mastektomii. Rakovina se však rozšířila do podpažních lymfatických uzlin (které byly odstraněny).

Následovala radioterapie plus ozařování vaječníků a tamoxifenové tablety. Měla neustálé bolesti na pravé straně, kde byla po mastektomii, což souviselo s poškozením nervů a také s ozařováním. Rakovina se rozšířila do jater. Nyní chodí na chemoterapii.

Ve svých 45 letech, kdy má 18letou a 21letou dceru, se Janettina přítelkyně připravuje na smrt.

HST, stejně jako antikoncepční pilulky, jsou trvale propagovány jako „ochrana" před rakovinou vaječníků. Poslední objev Americké společnosti pro rakovinu je ale ten, že ženám, které zůstávají na HST více než 10 let, se zvyšuje riziko fatálního karcinomu vaječníků o 70 procent. Ve studii této Společnosti, která sledovala více než 200 000 žen v menopauze, bylo

riziko tím větší, čím déle ženy HST užívaly, ačkoli většina z nich brala dávky dvakrát větší, než jaké se v současnosti běžně ordinují.[44]

Většina literatury, která mluví pro HST, se soustředí na předpokládanou euforii, kterou zažívají ženy užívající tuto léčbu. Již se nehovoří o tom, že 70 procent žen má zkušenosti s hromadou vedlejších účinků estrogenu a progestagenu a že polovina všech žen přestává tento lék užívat po šesti měsících.

Katie z Londýna je jedna z nich:

Když jsem začala užívat HST, začalo mi být neuvěřitelně zle. Měla jsem zažívací potíže, nadýmání, byla jsem ospalá, cítila jsem obrovské napětí a kruté bolesti hlavy. Celý den mi bušilo srdce, zvláště když jsem se pokusila o nějaký pohyb. Měla jsem pocit, že se kolem mě svírá hrudní stěna, z které se mi šířila bolest dolů do paží, skoro jako při srdečním infarktu. Měla jsem panický strach a bylo mi tak špatně, že jsem se nemohla na nic soustředit ani sledovat televizi, hlavně emocionální scény. Před devíti měsíci jsem s léky přestala; zatím nejsem mimo nebezpečí, abych to řekla mírně. Můj lékař se nemůže smířit s tím, že by mohly ještě tři týdny po přerušení HST přetrvávat její vedlejší účinky a chce mě poslat k psychiatrovi! A vrchol všeho samozřejmě je, že se mi hrozným způsobem vrátily návaly – bezpochyby proto, že HST potlačila mé vlastní hormony.

Kromě měsíčního krvácení ze spádu, které napodobuje menstruaci a které mnoha ženám nevyhovuje, způsobuje progestagen více než dost dalších vedlejších účinků. Jsou to příznaky, které se podobají premenstruační tenzi – citlivost prsou, nadýmání, křeče v břiše, deprese, úzkost a podrážděnost[45] – prostě mnoho potíží, které by měla HST léčit.

Ve snaze minimalizovat tyto vedlejší účinky, především krvácení po vysazení, dávají někteří lékaři ženám progestagen nepřetržitě. To však vede ke krvácení z hormonálního vzestupu a samozřejmě anuluje předpokládané dlouhodobé ochranné účinky proti endometriálnímu karcinomu. V jedné studii pacientek, které bez přestávky užívaly kombinaci estrogenů s progestageny, jich mělo 15 procent epizody krvácení ze vzestupu, 5 procent benigní tumory endometria a dalších 5 procent mělo rakovinu děložky.[46]

Lékaři s oblibou hájí názor, že estrogeny v HST nepředstavují stejné riziko trombózy jako estrogeny užívané v antikoncepčních pilulkách. Tato převládající moudrost praví, že tentýž estrogen (třebaže v jiných dávkách) přítomný v kontracepčních pilulkách, o kterém se ví, že způsobuje kardiovaskulární příhody, tyto problémy jako součást hormonální substituční terapie v téměř stejné formě nepřináší. Jak to formuloval British Medical Journal: „Mnoho lékařů je překvapeno, když zjišťují, že hormonální léčba, o které se učili, že je nevhodná pro ženy s rizikem kardiovaskulárního postižení, se nyní v této situaci speciálně doporučuje."[47]

O souvislé estrogen-progestagenové kombinaci se spíše ukázalo, že má schopnost způsobovat znepokojující změny v krvi. Ve studii žen s tímto kombinovaným lékem byly pozorovány změny ve srážecí funkci krve a také ve schopnosti organizmu rozpouštět krevní sraženiny. U dvou žen vznikla trombóza. Vědci se domnívají, že by to mohlo signalizovat zvýšené riziko mozkové mrtvice.[48]

Progestageny mohou též měnit hladiny glukózy a inzulinu,[49] nad normu zvyšují hladiny vápníku v krvi, způsobují hepatitidu, rakovinu jater (včetně mnohočetného tečkovitého krvácení při zánětu jater, život ohrožující komplikace), infekce močových cest,[50] žloutenku, zmnožení tělních tekutin, ať již se srdečním selháním či bez něj, a virilizaci – jako je růst vousů a zhrubnutí hlasu –, která může být nezvratná. HST též obnovuje endometriózu (to je benigní onemocnění, při němž se tkáň sliznice děložní vyskytuje v místech mimo dutinu děložní – pozn. překl.).[51]

Doplňování hormonů je také spojeno se zhoršováním migrén, protože zvyšuje reaktivitu tepen a žil.[52] Pacientkám, které přestaly kouřit a brát hormony, klesl výskyt bolestí hlavy 10krát.[53]

Aby nebylo vedlejších účinků estrogenů dost: nejméně dvakrát zvyšují riziko žlučníkových potíží,[54] zvyšují krevní tlak, zvětšují prsa a činí je citlivými, mění tvar očí a způsobují depresi.

Harrietě byla poprvé předepsána HST (Cyclo-Progynova) na těžké potíže při menopauze a jako prevence osteoporózy. Lékař v nemocnici, který jí dělal rentgen, i její vlastní praktický lékař jí řekli, že není zbytí a že se jí kosti rozpadnou, pokud hormony nebude užívat.

Po třech týdnech jsem se cítila báječně, ale během pěti týdnů se mi předchozí potíže vrátily s nebývalou intenzitou, a navíc přibyla močová inkontinence, potíže se zrakem, řečí, pamětí a koordinací pohybů. Chvílemi jsem viděla tak, jako bych se dívala obráceným dalekohledem (všechno se zdálo daleko menší). Moje řeč byla občas úplně nesouvislá; nepamatovala jsem si své jméno a adresu, nerozpoznávala jsem lidi nebo věci a během dne byly chvíle, o kterých nedokážu nic říct. Některé dny jsem nebyla schopná bez pomoci chodit a manžel mě musel často tahat z postele a rozhýbat mě, protože jsem měla pocit, jako bych byla z olova. Nebyla jsem schopná ani číst. Tablety jsem přestala brát okamžitě, když se objevily první příznaky, ale můj stav se stále zhoršoval. Praktický lékař mi nevěřil, protože jsem ho mohla navštívit pouze v ty „dobré" dny. Bylo mi řečeno, že vše, co potřebuji, je „poradenství". To jsem odmítla a obrátila jsem se k alternativní léčbě. Během 18 měsíců se můj centrální nervový systém téměř vrátil k normě – ujít asi 100 metrů byl pro mě stále problém. HST mi však nechala na památku těžkou nesnášenlivost výrobků z ropy. Mnoho toaletních potřeb, domácích prostředků, nových látek [a] nových budov mi způsobovalo záchvaty podobné astmatu, výbuchy agresivity či deprese nebo svalovou slabost, a to všechno provázené otokem tkání. Přísná dieta a výživové doplňky (včetně série nitrožilně podávaných vitamínů a minerálů) mi pomohly uzdravit můj imunitní systém a nyní již žádné další záchvaty nemám.

HST a hormonální antikoncepce ale nejsou jediné hormony, které jsou předmětem zkoumání. Mladá australská žena se

17měsíčním dítětem se obrátila na Hlavní centrum zdraví žen ve Victorii v Austrálii, zda by jí nepomohlo, aby mohla dočasně kojit svého synovce, když své vlastní dítě před 2 měsíci odstavila. Lékaři jí dali syntetický oxytocin v nosním sprayi, vyráběný firmou Sandoz, aby se povzbudila produkce mléka; oxytocin, ne nějak zvlášť důležitý hormon vylučovaný hypofýzou, je známý tím, že pomáhá vypuzovat mléko.

Ačkoli oxytocin skutečně zvýšil její zásoby mléka, dítě bylo nespokojené a po dvou dnech žena tohoto pokusu zanechala. Líčila však, že dvě hodiny po stříknutí hormonu do nosu pocítila intenzivní sexuální touhu a po pohlavním styku se svým partnerem i velice silné orgazmy. Klíčem k tomuto afrodiziakálnímu účinku byly zřejmě progestagenové antikoncepční pilulky, které užívala. Ještě dvakrát potom zkusila nosní spray, jednou s pilulkou a jednou bez pilulky. Fungovalo to jedině když si vzala také antikoncepci.

Australští vědci sice rychle zapomněli na děťátko, které nakonec asi nebylo nikdy kojeno, ale uvědomili si, že jsou na stopě dobré věci a přichvátli si s vydáním článku o „hormonech a sexuálním vzrušení" a oxytocinu jako o potenciálním afrodiziaku.

Člověk si dovede představit, jak by tento ojedinělý nález mohla současná medicína překroutit a hned plodit takové titulky, jako „nová naděje pro frigidní ženy" a potom „nová naděje pro manželské problémy" a zanedlouho „udržte své manželství stále mladé", „manželka nepřestane žádonit" a dokonce „zásadní hormon po menopauze". Možná nebude dlouho trvat a tento lék obohatí běžný koktejl z estrogenů a progestagenů pro všechny ženy nad 50 let nebo bude podstrkován s antikoncepčními pilulkami, až nakonec nebude hormonální řízení našeho organizmu daleko totální kapitulací před moderní chemií.

ALTERNATIVY HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE (HST)

Rozhodnete-li se, že všechna tato rizika nestojí za to, abyste brala hormony, které vás zbaví třeba jen návalů horka, máte mnoho jiných možností. Mnoho lékařů specializujících se na výživu, včetně těch, kteří mají bohaté zkušenosti s léčením

žen v menopauze, tvrdí, že charakter přechodu, který zakoušíte, jako je třeba závažnost ranních pocitů na zvracení nebo premenstruační tenze, odráží jednoduše stav vaší výživy. Domnívají se, že problémová menopauza je „nemocí z nedostatku", ale ne estrogenu. Kořenem potíží je nedostatek jednoho z mnoha životně důležitých stopových prvků, potravinová nesnášenlivost nebo nedokonalá funkce určitých orgánů. Podle doktorky Ellen Grantové: „Návaly horka nejsou známkou nedostatku estrogenu... [ale] jsou výsledkem alergické reakce." Návaly se velmi podobají bolestem hlavy, migréně a zvýšenému krevnímu tlaku.[55] John Mansfield, britský alergolog a autor práce Arthritis: the Allergy Connection (vydal Thorsons) a dalších knih, se s ní shoduje v tom, že mnoho potíží v přechodu souvisí s přecitlivělostí na potraviny. „Když ženě zavedeme eliminační dietu, tak ty nejtěžší potíže zmizí. V některých případech zjišťujeme, že ženy mají přemnoženou candidu albicans."

Patrick Kingsley, další výživář, který měl úspěchy s tak rozmanitými chorobami, jako je rakovina a roztroušená skleróza, zjistil, že přírodní strava a potravinové doplňky napomáhají úlevě od mnoha potíží při menopauze.

Kromě toho, že by se ženy v přechodu měly vyhnout obrovským dávkám vápníku (které zasahují do procesu absorpce zinku a železa), navrhuje doktorka Grantová, aby tyto ženy užívaly následující doplňky: hořčík (500 mg), zinek (nejméně 30 mg), bor (3 mg), který v organizmu přispívá k vytváření vlastního estrogenu; nejméně 10 mg manganu a 1 g vitaminu C denně. Potřebují také vitamin K, jestliže je žádoucí urychlená tvorba kostí, vitamin D, kyselinu listovou, minimálně 50 až 100 mg vitaminu B6 (nebo 50 mg pyridoxal-5-fosfátu, prvního metabolitu vitaminu B6), esenciální mastné kyseliny a „prvotřídní bílkoviny".

Americký výživář doktor Leo Galland ze svých zkušeností s americkými pacientkami soudí, že 400 jednotek vitaminu E a šest kapslí oleje z pupalky dvouleté denně povzbudí v časných stadiích menopauzy vaječníky k maximálnímu výdeji estrogenů.

Olej z pupalky dvouleté a vitamin E pomáhají udržet libido, ale nejúčinnější metoda pro zachování zájmu o sex a udržení zvlhčeného poševního kanálu je pravidelně pohlavně žít. Doktor Kingsley říká, že názor, že ženy se po přechodu vyčerpají a zestárnou, je „absolutní blbost". „I když se po menopauze produkce estrogenu přece jenom sníží, organizmus stále vyrábí estrogeny v nadledvinách," říká. „Kdo vede příjemný a vzrušující život, udržuje si sexuální energii."

Průkopník ve výživě doktor Stephen Davies, autor Nutritional Medicine (vydavatelství Pan) se domnívá, že je rozumné zajistit si nadbytek vitaminu C a kyseliny pantothenové, protože nadledviny, významný orgán, který je zapojen do realizace adaptačních změn organizmu, mají ze všech orgánů nejvyšší koncentraci těchto dvou nezbytných živin. Pro vašeho praktického lékaře by také mělo být dobrým zvykem, aby se ujistil, že máte normálně fungující štítnou žlázu.

Jestliže vás doplňky a změny ve výživě nedají do pořádku, můžete vyzkoušet několik alternativních přístupů. Doktor Galland říká, že kontrolovaná vědecká studie prokázala, že denní dávka 1 000–2 000 mg bioflavonoidů, získaných z citrusových plodů, užívaná na lačný žaludek, dobře zabírá při léčbě návalů horka. O aminokyselině beta-alaninu bylo také zjištěno, že je neobyčejně užitečná při úlevě od návalů.

Patrick Kingsley měl úspěch s homeopatickým preparátem Lachesis (ředění 30 CH), který se užívá čtyřikrát denně po několik dní a pak se dávkování postupně snižuje až na jedenkrát denně před spaním. Říká, že pokud se vezme hned na začátku potíží, nával se již nerozvine. Dalším možným homeopatikem je Argentum nitricum (30 CH).

Ve vzrůstající míře naturopaté obrací svůj zájem o potravinové a rostlinné zdroje ženských pohlavních hormonů. Reveň a chmel obsahují hormony podobné estrogenům, známé jako fytoestroly, o kterých se ukázalo, že zmírňují příznaky menopauzy – bez nebezpečí či vedlejších účinků HST. Sójové boby a produkty sóje – jako je tofu a miso – jsou také dobrými zdroji estrogenu.

Fytoestroly jsou sloučeniny, které mají podobnou molekulární strukturu jako estrogen a jejich účinky jsou srovnatelné,

ačkoli slabší než u estrogenu samotného. Dalšími zdroji fytoestrolu jsou anýz, celer, fenykl, ženšen, vojtěška, červený jetel a lékořice.

Japonské ženy – s typickou stravou bohatou na sóju – mají daleko nižší četnost návalů a dalších potíží při přechodu než ženy na Západě. Jedna studie zjistila, že Japonky na tradiční nízkotučné dietě, mají hladiny fytoestrogenů v moči až 1000krát vyšší než Američanky.[56]

Potravinové zdroje a chemické látky z rostlin však nemají na poslední výkřik módy, přírodní progesteron, který se s minimálními důkazy o bezpečnosti jeho užívání prodává v krému a propaguje jako roztok pro všechny, kdo jsou ženy a je jim přes 40 let. Ačkoli se nazývá „přírodním", protože pochází z jamu (rostlina, která pochází ze subtropických a tropických oblastí a pěstuje se zde pro škrobnaté hlízy sloužící jako potravina; některé druhy se používají pro výrobu léčiv – pozn. překl.), vyrábí se tento přírodní progesteron ve zkumavce. Náš organizmus vytváří základní steroidní kostru neboli molekulární plán, ze kterého se odvozují všechny ostatní hormony. Tato kostra prochází řadou přirozených postupů, řízených enzymy z různých orgánů, a přeměňuje se v jednotlivé hormony, jako je třeba progesteron. Chemikové, vyrábějící takzvané „přírodní" hormony, napodobují tento proces tak, že navodí spoustu chemických reakcí ve zkumavce, tu a tam něco připojí na různé části molekul a výsledkem je látka s více či méně shodnou molekulární strukturou, jakou produkuje náš organizmus. Ale všechny takové progesterony musí projít tímto chemickým procesem a všechny mají podobné vedlejší účinky. U Gestonu, jednoho z progesteronů povolených v Británii, jsou vedlejšími účinky poruchy zraku, dvojité vidění, migréna, změny na děložním čípku či prsou, nespavost a změny menstruačního krvácení a cyklu, abychom jich jmenovali alespoň několik.[57] Někteří epidemiologové se domnívají, že vysoké hladiny progesteronu mohou být rizikovým faktorem rakoviny prsu.[58]

Progesteron je ve Spojených státech prodáván jako „kosmetika" a dováží se do Velké Británie. Kosmetiku nemusí výrobci nechat projít bezpečnostními testy, vyžadovanými americkým Úřadem pro potraviny a léky. Protože tedy v Americe není žádné omezení, může kterýkoli výrobce dát do produktu tolik hormonu, kolik se mu zlíbí. Jedna laboratoř, která analyzovala 19 tělových krémů s progesteronem, prodávaných v Americe, zjistila, že tyto krémy obsahovaly od méně než 2 mg až do 700 mg progesteronu na 30 g krému. Kromě toho nikdo nevstřebává progesteron stejným způsobem a místa, do kterých krém vtíráte, mohou dosahovat daleko vyšších dávek, než jsou hladiny hormonu v krvi.[59]

Řešení dlouhodobých problémů s osteoporózou je daleko komplikovanější, než jen do sebe obracet sklenice mléka nebo hltat tablety s vápníkem, jak většina lékařů nyní doporučuje. Americký výzkumník v oblasti výživy, doktor Melvyn Werbach, autor knížky Nutritional Influence on Illness (vydavatelství Third Line Press) a dalších vynikajících souhrnů o vědeckých důkazech znalostí o výživě, prostudoval většinu hlavních prací, které se snaží dokázat, že vápník zpomaluje osteoporózu. Domnívá se, že mnoha studiím o vápníku, které poukazují, že jeho denní potřeba je gram i více, musí být vytknuto mnoho nepřesností. A příjem vápníku je narušován vysokým obsahem fosforu v typické západní stravě.[60]

V londýnském Biolabu zjistil doktor McLaren Howard ve svém výzkumu pacientek s osteoporózou, že ani jedna žena s osteoporózou netrpěla při srovnání se zdravými kontrolami, a dokonce i menstruujícími ženami, nízkými hladinami vápníku.[61]

Americký vědec doktor Guy Abraham také dokázal, že většina případů osteoporózy není způsobena nedostatkem vápníku a nedá se jí předcházet jeho obrovskými dávkami. Místo toho zjistil, že klíčovou roli hraje nedostatek hořčíku, protože tento prvek je nezbytný pro aktivaci kostního enzymu alkalické fosfatázy.

Ve své vlastní práci podával doktor Abraham hořčík 19 ženám, které užívaly HST.[62] Po osmi měsících se kostní hustota u žen s hořčíkem zvýšila o 11 procent, kdežto u žen užívajících HST samotnou nedošlo k žádnému nárůstu. I když 15 z těchto 19 žen mělo stále ještě kostní minerálovou hustotu pod hranicí, která je považována za bezpečnou ohledně zlomenin, po roce to již byla pouze polovina, která měla kosti pří-

liš křehké. Po dvou letech se obsah minerálů v kostech stále zlepšoval.

Ve studii doktora McLaren Howarda se dozvíte, že kromě enzymu alkalické fosfatázy mají ženy s osteoporózou málo hořčíku, zinku, manganu a vitaminu C.

Zásadně se ukazuje, že pravidelné, zátěžové cvičení zamezí kostní ztrátě, a to i u žen po přechodu, přestože lékaři běžně tvrdí, že nebudete-li cvičit před čtyřicítkou, nemůžete pak již pro své kosti nic udělat. Pravidelný pohyb prokazatelně snižuje riziko zlomeniny kyčle na polovinu[63] a velice intenzivní cvičení, prováděné dvakrát týdně, zvyšuje kostní hustotu, zpevňuje svaly a zlepšuje sílu a rovnováhu žen v menopauze – to všechno jsou důležitá hlediska, chcete-li se vyhnout zlomenině. Kouření cigaret urychluje rozpad estrogenů, a tak uspíší nástup jak přechodu, tak i osteoporózy. Přestanete-li kouřit, snížíte své riziko zlomeniny kyčle o 25 procent.[64]

Další příčinou toho, proč se my na Západě tak soužíme s osteoporózou, je náš sklon jíst nepřiměřená množství bílkovin. Jelikož pro metabolismus bílkovin je nutný vápník, vysává vysoce bílkovinná dieta neustále vápník z kostí. Osteoporózu v podstatě neznají na takových místech, jako je Afrika, jejíž obyvatelé přijímají daleko méně bílkovin.[65]

Kromě konzumace pestré a přírodní stravy, bohaté na ovoce a zeleninu, je dobré omezit maso a nadmíru bílkovin, kofein a sůl. Máte-li zájem o užívání potravinových doplňků, nechte si poradit kvalifikovaným výživářem, který vybere doplňky, které potřebuje. Nevyvážený příjem se může stát drahou, a možná i nebezpečnou ztrátou času. Také si nezapomeňte nechat vyšetřit své zažívání, protože málo žaludeční kyseliny může být zodpovědné za nízké vstřebávání vápníku. Můžete požádat o doplnění vitaminu D3, který zvyšuje využití vápníku ze stravy, a malé dávky boru, který pomáhá metabolizovat vitamin D3.[66]

IV

LÉČENÍ

8

Zázračné léky

ANTIBIOTIKA

ZA SVŮJ ŽIVOT VDĚČÍM ANTIBIOTIKŮM. V roce 1942, když bylo mé matce 24 let, jí vytrhl zubař poněkud neprozřetelně zub zrovna v době, kdy měla chřipku. Během několika dnů dostala streptokokovou infekci, krk se jí nafoukl jako balon a musela být urychleně odvezena do nemocnice. Můj otec, tenkrát ještě její budoucí ženich, bezradně slzel u její postele a jako další v řadě defiloval kněz, který právě vykonával poslední pomazání.

A pak přišel zázračný lék. Penicilin, který se tenkrát používal pouze experimentálně, dali matce jako poslední možnost. Během jednoho nebo dvou dnů se otok, za kterým jí téměř nebyl vidět obličej, prostě rozplynul. Můj normálně nevěřící otec pospíchal do kostela a pokorně poklekl před oltářem v přesvědčení, že byl svědkem zázraku.

Tenkrát se antibiotika zkoušela jako léky, kterými by se mohly zvládnout smrtelné bakteriální infekce. Díky práci Alexandra Fleminga a dalších se penicilin začal nesměle užívat během druhé světové války proti takovým život ohrožujícím onemocněním, jako je sepse, meningitis a pneumonie. Skutečně asi neznáme jinou skupinu léků, které by znamenaly tako-

vou revoluci – to je opravdu přesná charakteristika – v moderní medicíně.

50 let po svém objevení se však tento zázrak století stal bohužel jednou z nejvíce zneužívaných látek současného lékařství. Lék, který byl kdysi vyhrazen pro život ohrožující postižení, jako je třeba lobární pneumonie (zápal plic postihující celý plicní lalok – pozn. překl.), je dnes ve velkém rozdáván v ordinacích na atletickou nohu nebo nachlazení – kdykoli je podezření na nevinnou infekci nebo dokonce i pouhé podezření na teprve hrozící infekci. Bezmála až dodneška se myslelo, že zbytečně podávaná antibiotika způsobují jenom žaludeční nevolnost nebo reakci u přibližně pěti procent těch, kteří jsou na ně skutečně alergičtí. Ale přibývající odborná vyjádření nás přivádějí k podezření, že opakované podávání antibiotik může natolik poškodit vnitřní rovnováhu organizmu, že u nich není vyloučena účast na vzniku chorobného procesu, končícího až ME (myalgickou encefalomyelitidou), cukrovkou nebo i rakovinou.

Se vzácnou výjimkou antibiotik (pokud se dávají s pečlivou rozvahou) ve skutečnosti neexistuje lék, který by vám pomohl. Zkuste si na svém příštím společenském večírku zahrát následující hru. Vyzvěte všechny spolustolující, aby si vzpomněli na jediný lék, který vyjma antibiotik dokáže člověka zbavit nějaké nemoci. Jestliže na některý přijdete, přerušte jakoukoli svou činnost a zavolejte mi.

Po mnoha letech svých vnitřních zmatků, když jsem se prokousávala informacemi o tisících léků na trhu, si mohu o jakékoli z kategorií léčiv kromě antibiotik myslet jenom to, že nedokážou víc než „udržovat", jak praví farmakologické firmy. To znamená, že pomohou pacientovi nemoc lépe snášet nebo se snaží zabránit zhoršování choroby, často ovšem s rizikem, že vznikne množství problémů jiných, které jsou případně ještě daleko horší než léčená nemoc sama.

Lékařská věda vymyslela řadu úžasných preparátů, které jsou schopné důmyslně přerušit určité procesy – depresi, bdělost, produkci žaludeční šťávy, ovulaci, vylučování hormonů, zánět, bolest a dokonce i elektrický signál, řídící srdce. Došla k objevu jistých hrubých náhražek pro delikátní soustrojí lidského organizmu, jako je inzulin pro lidi s cukrovkou nebo steroidy pro pacienty s Addisonovou chorobou. Medicína je dobrá na přerušení psychotického chování nebo menstruačního cyklu – zkrátka dokáže jakoby zabránit klíči A, aby nepasoval do zámku B.

Co ale medicína 20. století nedokáže, to je právě léčení. Neznáme jediný lék, který by byl schopný, kromě antibiotik, odstranit byť jen tu nejmírnější nemoc. Od objevu dvou velkých mezníků lékařství – antibiotik a kortisonu – ve 40. letech nepřišla medicína v podstatě s žádným lékem, který by představoval významnější prototyp vědeckého léčení (nepočítáme-li ovšem acyclovir, který, jak se zdá, dovede alespoň předejít oparu, když už nezničí skrytou infekci, která způsobuje jeho periodická vzplanutí). Avšak ve skutečnosti všechny vyvinuté léky, které by měly léčit velká chronická onemocnění, jako je astma, artritis, ekzém a podobně, v nejlepším případě pouze zmírní některé příznaky, ale jinak většinou ponechávají miliony lidí v daleko horším stavu, než byli předtím.

Je to v podstatě proto, že medicína nerozumí tomu, proč jsme nemocní. Lékaři rozumí do nejmenších detailů tomu, jak se většina nemocí vyvíjí, ale jen zřídkakdy tomu, proč začínají. Léky určené k léčení těchto chorob jsou tudíž hrubé a těžkopádné, protože potlačují jeden či více příznaků nemoci nebo v některých případech, jako je třeba astma, blokují proces, který se může stát zdravou imunologickou obranou.[1] A protože medicína neví, jak léčit stavy, které nejsou infekční, po mnoha nových druzích preparátů skočí, jakmile jsou uvolněny; ty se šíří jako vůně černé růže a zkouší se na stále se zvětšujícím okruhu nemocí, aby se vidělo, jestli to budou ty pravé, které zvládnou kouzlo. Cyclosporin je současná libůstka medicíny a užívá se k léčení všech autoimunitních chorob od artritidy a lupus erythematosus až po lupénku. Je to látka, která byla původně určena k tomu, aby organizmu zabránila v odhojení transplantovaných orgánů, protože tlumí T lymfocyty imunitního systému a přináší s sebou mraky nebezpečných vedlejších účinků, jako je rakovina kůže a další typy malignit. Bývá spojován také s poškozením jater a ledvin.

Protože přirozenou doménou mediciny je vedení války pohotovostními oddíly, užívá tutéž výzbroj i proti běžným a chronickým potížím. Avšak tento přístup u každodenních problémů, jako jsou hemoroidy nebo premenstruační tenze, dost dobře nefunguje – a velice často to vypadá, jako byste brali železnou palici na blechu.

Přinejmenším údivem nás naplňuje skutečnost, jak málo víme o mnoha farmakologických léčebných metodách, které považujeme za samozřejmé. Lékaři otevřeně přiznávají, že nikdy přesně nevěděli, na jakém principu působí aspirin. Protože tápají ve tmě, často ani nevědí, kdy je terapie léky opravdu zbytečná a kdy sama docela dobře zabere.

Přestože epidemiologové (vědci, kteří zkoumají výskyt chorob v populacích) při své práci používají ty nejdůmyslnější metody, zdá se, že lékaři ztratili schopnost pozorovat zcela jednoduché vztahy mezi podáváním léku, který řekněme způsobuje rakovinu, a vzrůstající incidenci rakoviny. Jejich nezlomná víra v medicínu může být důvodem, proč lékaři rádi předstírají, že léky nemají žádné vedlejší účinky. Můj pytel s poštou je plný příběhů od rozčilených pacientů, kteří líčí, jak jejich lékaři trvají na tom, že zcela jasné a evidentní vedlejší účinky léku jsou „náhodné". Ale statistiky vyvracejí jakoukoli náhodu. Abychom citovali alespoň jednu z nich: ve Spojených státech bylo v roce 1990 hospitalizováno kvůli polékové reakci asi 659 000 lidí starších 60 let.[2]

ZKOUŠENÍ LÉKŮ NA LIDECH

Jednoduchá praxe je taková, že pravá podstata – a nebezpečí – jakéhokoli léku se plně pozná až poté, co je uvolněn na trh. Farmakologické společnosti jsou vůči Komisi pro zkoušení léků (a v Americe vůči Úřadu pro potraviny a léky) zavázány, že budou před uvolněním léku provádět studie na zvířatech a lidech. Lék musí projít několika stupni zkoušek, aby se dokázala jeho bezpečnost, vlastnosti a účinnost a aby mu bylo uděleno povolení k prodeji. První stadium zahrnuje testy na zvířatech – v každém případě velice nespolehlivé –, které by

měly dát hrubou představu o terapeutických účincích a dávkování; při druhém stupni jde o časné studie na zdravých lidských dobrovolnících, ve kterých se určuje přesnější požadované dávkování; třetím stupněm, který je nejnáročnější a nejdražší, jsou klinické zkoušky.

Někdy se nový lék testuje proti placebu, ale nejsou stanovena žádná pravidla ohledně toho, jaký typ pokusu se musí uskutečnit. Počet testovaných se pohybuje od pouhých 18 lidí až po silně obsazenou skupinu 1 500 pacientů. To je nápadně nízké číslo ve srovnání s desítkami tisíc lidí, kteří jsou mimoděk testováni lékem, který je už zaregistrován. Některé testy jsou předčasně přerušeny, a jestliže je zkoušená odpověď částečně uspokojivá, je lék přijat jako účinný a bezpečný, tak jako se to stalo s lékem proti AIDS azathioprimem, který byl nejdříve podáván tisícům HIV pozitivním, leč ještě zdravým jako „prevence", ačkoli v concordských studiích byl později jeho preventivní význam značněoslaben.[3]

Ve Velké Británii byl lék proti artritidě Opren testován v běžných dávkách pouze na 116 lidech, a to většinou po dobu méně než tři týdny. Na základě této informace plus některých pokusů z Ameriky bylo v Británii uděleno povolení (zatímco americký Úřad pro potraviny a léky se rozhodl počkat na výsledky dalších testů). Všechno dopadlo tak, že až dosud kontaktovalo přes 4 000 Britů, většinou starších, Akční skupinu proti Oprenu (Opren Action Group) a všichni vypovídali o nějakém poškození, hlavně přetrvávající zvýšené citlivosti na světlo; s tímto lékem bylo dáno do souvislosti 83 úmrtí. Lék byl stažen v roce 1982.

Na farmakologické společnosti je vyvíjen obrovský tlak, aby jejich zkoušky byly úspěšné. Než je lék připraven k testování na lidech, trvá jeho výzkum a vývoj desetiletí i více a firmu stojí až 150 milionů liber. Tento nemalý nátlak je jedním z faktorů, který přispívá k celé plejádě špatně prováděných lékových testů. Úřad pro potraviny a léky odhalil ve Spojených státech „závažné nedostatky" u 11 procent všech klinických pokusů. V přestižním časopisu Science byla uvedena kritika, že výsledky, kterých vědci dosahují, mají zásadní trhliny a chyby jak v projektu, tak i v analýze. Vedle opomíjení řádné-

ho náhodného výběru dochází i tomu, že vědci často procházejí své soubory a rozdělují je do menších a menších podskupin, až dojdou k žádanému výsledku. Chybují často i v tom, že ze svých analýz odstraňují údaje nebo nahrazují zavádějící čísla čísly jinými, opět za účelem dosažení toho „správného" závěru.[4] „Vzkvétá mizerný výzkum, protože vědci mají pocit, že jsou kvůli své profesionální dráze nuceni provádět výzkum, na který jsou špatně vybaveni, a nikdo tomu nemůže zabránit," napsal Douglas G. Altman, vedoucí Lékařské statistické laboratoře Královského výzkumného fondu pro rakovinu.[5]

ZKRESLOVÁNÍ ÚDAJŮ

Ještě větším potenciálním problémem je podvádění neboli „překrucování dat", jak praví nejnovější eufemismus. Nikdo přesně neví, jakého objemu podvody v lékařském výzkumu dosahují, ale přibližně 40 procent děkanů vysokých škol s postgraduálním vzděláváním říká, že vědí o potvrzených případech vědecky nesprávného chování, které se objevilo za posledních pět let v jejich vlastních ústavech. Více než čtvrtina vědců, nad kterými dohlíží Americká asociace pro zdokonalování vědy, přiznává, že se v předcházejících deseti letech osobně setkali s nejméně dvěma příklady výzkumu, který podezírali ze zkreslování, vymýšlení si nebo plagiátorství.[6] Protože většina časopisů nezaměstnává statistického „arbitra", který by článek před publikováním posoudil, je relativně snadné otisknout zfalšovanou studii.

Posledních 20 let jsou americké kongresové výbory zavalovány vyšetřováním opakujících se problémů s falšováním výzkumu. Lékařskou veřejností nedávno otřásl jeden podvod, který vznikl při americké studii o chirurgickém odstraňování prsního tumoru, při kterém doktor Roger Poisson ze St Luc Hospital v Montrealu manipuloval s daty a do výzkumu zahrnul i ženy, které měly být očividně vyřazeny. Když se na to přišlo, vyšlo najevo, že jednal chybně, ale s těmi nejlepšími úmysly; měl pocit, že „nejlepší léčbu si zasluhuje" co největší počet pacientek. Aby si to zajistil, zfalšoval spoustu údajů,

včetně informací o počtu tumorů. Jeho čin však prozradil neschopnost, tak typickou pro mnohé v medicíně, jednat jako nezaujatý vědecký soudce beze strachu nebo bez zatíženosti popularitou: již jednou uvěřil, že určitý postup je ten nejlepší, a zkreslil svá data tak, aby podpořily jeho víru.[7]

Podvod a nesprávné chování je tak běžnou záležitostí, že se do ní zaplétá i nemálo vycházejících hvězd vědeckého nebe. O doktoru Johnu Darsee, známém díky výzkumu v oblasti kardiologie na Harvard Medical School, se zjistilo, že publikoval výsledky řady studií, kterése vlastně nikdy neuskutečnily. Doktor Stephen E. Breuning, profesor z University of Pittsburgh, se stal mezinárodně uznávaným za svou práci o mentální retardaci a za publikovanou studii, která ukazovala, že mentálně retardované děti se údajně výrazně zlepší po vysazení určitých trankvilizérů. Léta jezdil doktor Breuning křížem krážem Amerikou a vykládal své teorie, ažse nakonec zjistilo, že mnoho z jeho údajů nikdy neexistovalo nebo že k jeho pokusům nikdy nedošlo. Nakonec se doktor Breuning přiznal k vině ze dvou těžkých zločinů a strávil nějaký čas v jakémsi takémsi domácím vězení. Ovšem dokonce i po jeho veřejném vystoupení se množství vědeckých časopisů pokusilo jeho spoluautorům zabránit v odvolání výsledků článků, na kterých se spoluúčastnil.[8]

Nyní, v éře počítačů, se dopadení podvodů může stát ještě obtížnější. Komise dohlížející na podvody v americkém Úřadu pro potraviny a léky bývala schopná zkontrolovat aktuální hrubé údaje v konceptech a laboratorních zprávách. V současné době však digitální zobrazování umožňuje vědcům „vyčistit" všechna data prostřednictvím elektronických kamer, které zachytí i ten nejelementárnější posun buněk. V této digitální úpravě může být obraz změněn a přizpůsoben jakémukoli výsledku, kterého si vědec přeje dosáhnout.[9]

I když se zkoušení léků provádí správně, trvá obvykle jen krátce a dokazuje pouze krátkodobou bezpečnost nebo přínos. Farmakologické společnosti dostanou pravý obraz toho, jak bezpečný či nebezpečný lék skutečně je, až poté, co jsou léky uvolněny pro trh a sledovány na lidech, jako jste vy nebo já (pokud by k tomu u mě vůbec došlo). Jak uvedl Sir William

Asscher, bývalý předseda Výboru pro bezpečnost v medicíně: „V době, kdy lék získá povolení, víme v případě nové chemické entity opravdu jen velmi málo o jeho případných rizikách."[10] A jak Británie, tak i Spojené státy mají nevyhovující systém hlášení nepříznivých událostí, který se spoléhá pouze na dobrou vůli lékařů, že přiznají vedlejší účinky léků, které sami svým pacientům dávají.

I kdyby byly léky před zkoušením na pacientech zkoumány důkladněji, bere na sebe celá filosofie léčení pomocí léků podobu jednoho obrovského experimentu. Na všechny velké chronické potíže – astma, lupénku, artritidu, ekzém – je lék podáván na základě „polkni to a uvidíme" (nebo „vdechni to a uvidíme"), což končívá tím, že pacient medicínu odloží do své lékárničky mezi ostatní léky, jejichž vedlejší účinky jsou v celé škále od oslepnutí, rakoviny, duševních poruch až po smrt. Tento přístup obyčejně svědčí o tom, že váš lékař doufá, že když na problém hodí dávku léků, nemoc potom možná zmizí.

PŘÍLIŠ DOBRÉHO NAJEDNOU

Problém s antibiotiky tkví v jednom ze základních atributů medicíny, tedy v její filosofii přehánění: jestliže jedna je dobrá věc, dvě musí být dvojnásob dobré, a co zabírá v akutním případě, musí zabrat dvakrát tak dobře na každodenní potíže. Studie po studii, objevující se v lékařské literatuře za posledních deset let, poukazuje na masivní a nesprávné nadužívání antibiotik. Bilance užívání antibiotik ve Spojených státech z roku 1981, publikovaná v *Review of Infectious Diseases*, tvrdí, že v polovině všech případů předepsaných antibiotik neopravňoval k jejich užití klinický stav, nebo předepisující lékař předepsal špatný lék, špatnou dávku nebo nesprávnou dobu jeho podávání. V Británii byly tyto nešvary při předepisování srovnávány ve dvou studiích publikovaných v *The Wrong Kind of Medicine?* (Hodder & Stoughton) Charlesem Medawarem, ředitelem organizace spotřebitelů Společenská kontrola (Social Audit), které ukázaly, že používání antibiotik ve

třech britských nemocnicích bylo asi ve dvou třetinách případů nepatřičné."[11]

Skutečnost je taková, že v převažující většině případů jsou antibiotika předepisována na stavy, které nejsou schopna vyléčit. Z 97 procent jsou antibiotika podávána na virové ušní, nosní a krční infekce nebo na domnělý zánět močového měchýře, kterým může být prostá kandidóza – to vše jsou stavy, které ve většině případů na antibiotika neodpovídají.[12] Alergolog doktor John Mansfield počítá, že v jedné ordinaci jsou ve „třech ze čtyř situací" antibiotika používána jako „placebo": mají „vyléčit" takové záležitosti, jako je rýma. Ve Spojených státech bylo v roce 1983 větší polovině z více než 32 milionů pacientů, kteří navštívili lékaře kvůli běžnému nachlazení, zbytečně vydán recept na antibiotika. Jak ale každý student lékařství ví, virové infekce (které způsobují rýmu a chřipku) na antibiotika nereagují.

Vedle infekcí dýchacích cest se antibiotika nejčastěji užívají (asi z jedné čtvrtiny) u dětských zánětů středního ucha. Ačkoli se většinou tyto infekce (odborně nazývané otitis media) vyřeší samy, odůvodňuje se pravidelné užívání antibiotik argumentem „pro všechny případy" – pro jistotu, aby nevznikla meningitis nebo mastoiditis (to je zánět sklípkového systému ve výběžku lebeční kosti za uchem – pozn. překl.). V USA bylo mezi lety 1977 a 1986 předepisování antibiotik dětem mladším 10 let více než zdvojnásobeno a nyní čítá kolem poloviny všech pediatrických předpisů na antibiotika.

Tento závratný vzestup v antibiotických předpisech na infekce středouší má paralelu v podobném zvýšení počtu případů zánětů středního ucha u dětí mladších 3 let (více než dvě třetiny všech amerických dětí onemocní tímto zánětem jednou či vícekrát). Chci tím říci, že navzdory velkolepému antibiotickému útoku proti těmto infekcím jejich incidence stoupá. Kromě případů, které vyloženě bolí, není žádný důkaz pro to, že by antibiotika byla vůbec k něčemu dobrá. Mnoho studií spíše ukazuje, že antibiotika ve skutečnosti stav ještě zhoršují. Děti, které tyto léky nedostaly, mají ve srovnání s dětmi léčenými antibiotiky menší šanci, že se jim bude choroba opakovat.[13] Další výzkum prokazuje, že ve třech čtvrtinách případů

může opakovaná léčba antibiotiky eliminovat bakterie, ale ne středoušní zánětlivý výpotek, což naznačuje, že bakterie nejsou zdrojem problému.[14]

V neuvěřitelném počtu případů lékaři sami nevědí, že penicilin rýmu nebo chřipku nevyléčí. Ale často vám také lékař podá recept jen proto, aby se vás zbavil. Kdo by pochyboval, měl by se mrknout na obálku časopisu MIMS z 1. února 1991, určeného pouze lékařům, na němž oslnivě září slova: „Otitis media: Dovolí vám matky skoncovat s předepisováním?"

Uvnitř píše nějaký David Grieg, praktický lékař z Tauntonu:

> *... často potřebujeme placebo. Ano, skutečně chci říci, že potřebujeme. Každá matka, která prosedí půlku noci u plačícího dítěte, potřebuje něco, co ji uklidní. Každé dítě, jehož mučivá bolest způsobuje všechnu tu nervozitu, se jí potřebuje zbavit. K doktorovi jdou hlavně proto, aby jim zázračně pomohl.*[15]

Dokonce i když se lékař domnívá, že je antibiotikum opravdu nezbytné, obvykle ho předepisuje ještě dřív, než si je tím úplně jistý. Ve většině situací může praktický lékař odebrat vzorek na laboratorní vyšetření podezřelé infekce, ale zároveň také podá pacientovi krabičku antibiotik, aby hned začal s užíváním. Pacient už může být v polovině celé kúry, než lékař zjistí, že mu dal špatný lék, nebo že pro jeho užívání není žádný důvod.

To má smysl u život ohrožujících onemocnění, kdy pacient může do 36 až 72 hodin zemřít, což je doba nezbytná pro získání výsledků z laboratoře, ale ne u stavů příznivějších, především když je klinická diagnóza tak často chybná. Například příčina skutečného zánětu močového měchýře, bakterie Escherichia coli, se najde pouze v polovině všech případů takzvané cystitidy, říká profesor Ian Phillips, mikrobiolog z londýnské St Thomas Hospital.[16]

Pro nemocnice je také charakteristická tendence nadužívat antibiotika u chirurgických pacientů z pozice „co kdyby", „pro případ", že by během operace vznikla infekce. „Je například známo, že antibiotika nám pomáhají při operacích na tlustém střevě, kdy zabrání infekci," říká Phillips. „Tato praxe se začala aplikovat i na naprosto čistou chirurgii, jako je hysterektomie nebo apendektomie (vynětí dělohy a vynětí slepého střeva – pozn. přel.), kde pro to není žádná indikace," dodává. V nemocnicích se dokonce rutinně podávají antibiotika nezralým novorozencům, „kdyby se náhodou" staly kořistí bakterií.

Až dodnes si lékaři nelámali hlavu s nadměrným předepisováním, protože počítali s tím, že snad jen kromě mírné nevolnosti tyto léky pacientům prakticky neškodí. Mělo se za to, že pouze 5 procent populace je závažně alergická na penicilin.

Letmý pohled do British National Formulary ale prozradí mnoho potenciálně škodlivých vedlejších účinků antibiotik: delší užívání neomycinu k léčbě jaterního onemocnění může poškodit jaterní funkce; tetracyklin může natrvalo obarvit dětem zuby na žluto; chloramfenikol zasahuje do produkce červených krvinek v kostní dřeni a může způsobit nezvratný, případně i fatální útlum kostní dřeně.

Ještě více nás znepokojuje fakt, že opakované kúry antibiotik nejspíš vážně narušují rovnováhu imunitního systému způsobem, kterému medicina dosud nerozumí. Autor publikací o zdraví Geoffrey Cannon, který napsal Superbug (Virgin Publishing), přirovnává současné užívání antibiotik k „Domestosové teorii lidského zdraví – jestliže máte ve střevě bakterie, pak musí být zničeny." Alergolog doktor John Mansfield, který pravidelně léčí poruchy imunitního systému, jako je přemnožení candidy albicans, se domnívá, že „nepochybně nejčastější příčinou jsou širokospektrá antibiotika. Ve třech ze čtyř případů se postižený pacient dostane nad propast chronického onemocnění."

Teorie praví, že antibiotika ničí dobré i špatné bakterie, takže když jsou ty užitečné bakterie ze střeva vyloučeny, může se ve střevě přemnožit candida nebo jiné oportunní kvasinky a plísně. Toxiny, které produkují, mohou oslabovat T-lymfocyty, hlavní buňky imunitního vyhledávání a destrukce. To potažmo oslabuje organizmus, který je náchylný k mnoha vážným problémům: zažívacím nebo hormonálním poruchám, těžkým alergiím, lupénce nebo i roztroušené skleróze, jak říká doktor Mansfield. Mnoho těchto případů může být vyléčeno dietními a léčebnými opatřeními. Ale i když má pacient dost štěstí a narazí na sympatického a dobře informovaného lékaře,

nemá žádnou záruku, že jeho imunitní systém nebude poškozen navždy. Objevují se i spekulace, že neustálé obnažování přátelských bakterií a sliznice střevní může vést ke vzniku Crohnovy choroby (chronického zánětlivého onemocnění střev – pozn. překl.) a dráždivého tračníku (poruchy pohyblivosti žaludku a střev s bolestmi břicha, zácpou, průjmem a nadýmáním – pozn. překl.).

Také ještě neznáme dlouhodobý vliv na generaci dětí, které projdou velkým počtem antibiotických kúrdřív, než dosáhnou svých deseti let. Sally Bundayová z Podpůrného sdružení pro hyperaktivní děti tvrdí, že jejich spolek je svědkem jednoznačné spojitosti mezi užíváním antibiotik a hyperaktivními dětmi – vztahu, který je podpořen nálezy amerického alergologa doktora Williama Crooka.[17]

V případě Sally dával praktický lékař jejímu synovi po čtyři roky série antibiotik na nepřestávající katar. „Až v pěti letech jsme se konečně v noci slušně vyspali a problém měl diagnózu," říká.

Další souvislosti se našly mezi nadužíváním antibiotik a vývojovými problémy v dětství. Devítiměsíční průzkum 800 rodin v USA, které mají děti s vývojovými poruchami, provedený Registrem opožděného vývoje, zjistil, že u dětí, které braly více než 20krát antibiotika ve věku od 1 do 12 let, byla o 50 procent větší pravděpodobnost, že budou trpět některým z vývojových problémů, od autismu až po vady řeči. Naopak u dětí, které dostaly antibiotika maximálně třikrát, byla pravděpodobnost vývojových potíží poloviční. Téměř tři čtvrtiny postižených dětí se až do věku jednoho roku vyvíjely normálně. Tyto děti s daleko větší pravděpodobností mívaly zánět středního ucha nebo měly na bubínku silikonový drén, což přidává na důvěryhodnosti vztahu s antibiotiky, protože mnoho pediatrů tyto stavy antibiotiky léčí.[18]

Sally Smithová z Lewesu v East Sussexu s tím má své zkušenosti prostřednictvím syna Luka:

Náš syn v 17 měsících používal asi tucet slov. Onemocněl respirační infekcí a měl předepsáno antibiotikum amoxycillin. Pak najednou Luke svou slovní zásobu ztratil. Skoro osm dalších let nemluvil.

Sally před dvěma lety navštívila lékařskou konferenci, na které lékaři přednášeli o svých zkušenostech s dětmi, které ve věku jednoho až dvou let zaostávaly ve vývoji, přestaly mluvit a měly problémy s komunikací a chováním poté, co jim byla podávána antibiotika.

Nadužívání antibiotik nám dělá ještě větší starosti, co se týče možností vzniku takových chorob, jako je cukrovka. Doktorka Lisa Landymore-Limová z Austrálie se při přípravě na svůj doktorát z chemie rozhodla vyšetřit všechny pacienty s cukrovkou, jimž byla nemoc diagnostikována do věku 23 let. Odhalila, že čím více bylo dítě antibiotikům vystaveno, ať již v děloze nebo na počátku života, tím větší byla pravděpodobnost, že v časném věku onemocní cukrovkou.[19] Jeden z mnoha případů, šestileté dítě, které skončilo s cukrovkou, mělo do svých prvních narozenin amoxycillin pětkrát, dvakrát během druhého roku a ještě třikrát v průběhu třetího a čtvrtého roku. Vedle devíti dalších antibiotických kúr dostalo cephalosporin, antihistaminika, silný lék proti zvracení a něco na křeče v břiše, a nakonec Bactrim, velmi účinné antibiotikum. Tento jev, kdy pediatři předepisují jako na běžícím pásu, se stává skutečně běžnou záležitostí.

Opakované podávání antibiotik v organizmu pouze podnítí vznik rezistentních kmenů bakterií, které budou vzdorovat antibiotické léčbě, a v případě, že člověk bude tyto léky skutečně potřebovat, nebudou už zabírat. Tento typ „přenosové rezistence" může postihnout i populace ve velkém, jak se to stalo s kapavkou a stafylokokovými infekcemi. Mírná kúra penicilinu dříve snadno vyléčila obě infekce. Dnes se pro dosažení stejného výsledku musí dát dvě obrovské dávky penicilinu, často ještě v kombinaci s dalším antibiotikem. V některých částech Afriky a na Filipínách penicilin nezabírá vůbec.

Rezistence stafylokoků byla ojedinělá v aténských nemocnicích, kde se antibiotika nadšeně předepisují, a zjistilo se, že během jediného roku vzrostla asi o 50 procent u všech antibiotik kromě penicilinu, kde rezistence dosáhla již 80 procent.[20]

Přes lepší diagnostické možnosti, dokonalejší rozpoznávání příčin a stále rafinovanější lékové koktejly, které by astma měly léčit, je spojenectví mezi lékaři a touto chorobou mařeno faktem, že hromadný výskyt astmatu a úmrtí s ním spojených ustavičně vzrůstá. Poslední americká čísla, shromážděné vládou, která analyzovala údaje z let 1982–92, ukazují, že roční úmrtnost na astma u mladých lidí ve věku od 5 do 34 let vzrostla o obludných 40 procent na více než 5 000 úmrtí za rok.[21]

V současnosti je obtížné rozhodnout, zda je za umírání pacientů zodpovědná nemoc, nebo „léčba". Beta-mimetika, *která se v odměřených dávkách podávají inhalačně* (vdechem – pozn. překl.), zejména albuterol (salbutamol) a fenoterol, jsou spojovány se zvýšeným rizikem úmrtí nebo ohrožení smrti.[22] Nápadný vzestup úmrtí na astma během 60. let se časově kryje se zavedením velice silného inhalačního isoprenalinu.[23] Když byl stažen, klesla mortalita na předchozí úroveň. Ale tyto potíže *nejsou zaviněny pouze beta2-mimetiky*. V *mnoha zemích* se zvýšení úmrtnosti na astma objevilo v 80. letech, především na Novém Zélandě, jehož dvě studie poukázaly na to, že je spojeno s oblibou fenoterolu, též beta2-mimetika, ale také ústy podávaných steroidů a teofylinu, dalšími léky na astma.[24]

Také se ukázalo, že pravidelné vdechování beta2-mimetik *způsobuje „hypersenzibilitu" – tedy extrémní stažení průdušek*[25] – a potenciálně fatální abnormální srdeční akci nebo rozšíření alergenu do vzdálenějších bronchů (tedy průdušek – pozn. překl.), a tak zhoršení zánětu nebo stažení bronchiální svaloviny na nebezpečný stupeň.[26]

Po čase mohou tyto léky také nemoc zhoršit. Z jednoho výzkumu vyplynulo, *že pacienti užívající fenoterol čtyřikrát* denně měli horší výsledky než ti, kteří lék inhalovali pouze v případě potřeby.[27] Pravidelné vdechování určitých beta2-mimetik také způsobuje rychlejší pokles plicních funkcí, než jak se to děje při užívání „na požádání".[28] A některým pacientům se potíže zmírnily, jakmile jim byly sníženy dávky inhalačních beta2-mimetik.

Aerosoly, jako je Ventolin, mohou navodit vedlejší účinky, včetně snížení krevního tlaku, poškození srdečního svalu, a kolaps. Allen and Hanburys Ltd, výrobce Ventolinu, také upozorňuje lékaře, že lék má často „paradoxní účinek" – to znamená, že způsobuje bronchospasmus (stažení průdušek – pozn. překl.), tedy přesně tu situaci, kterou má léčit![29]

Úmrtí na astma je často zaviněno velmi vysokými dávkami inhalovaných léků. V nedávné kanadské studii je uvedeno, že astmatici, kteří vyinhalovali ročně 13 a více lahviček fenoterolu, zvýšili 90krát své riziko, že zemřou. Co se týče salbutamolu, tak ti, kteří využívali 25 nebo více malých lahviček ročně, měli 40krát větší pravděpodobnost úmrtí.[30] Ačkoli obě uvedené dávky dalece překračují doporučený limit, astmatici se na inhalačních aerosolech stávají závislými, protože prvořadé pro ně je, aby se zbavili svého zkráceného dýchání.

Ve skutečnosti se riziko smrti dramaticky zvyšuje už jen využíváním 1,4 lahvičky inhalačního beta-mimetika měsíčně, *především u pacientů s fenoterolem*.[31] Nová a velmi silná beta2-mimetika s prodlouženým účinkem, jako je salmeterol (Serevent), která potlačují příznaky astmatu na 12 hodin po nadýchnutí, s sebou nesou stejný problém.

STEROIDY

Steroidy rychle dohánějí antibiotika jako léky, které jsou z nabídky černého kufříku lékaře nejzneužívanější. Není pochyb o tom, že objev steroidů před půl stoletím znamenal pro medicínu velký pokrok – záchránce života pro ty, mezi něž patřil i bývalý prezident John F. Kennedy, který trpěl Addisonovou chorobou, nemocí, při které nadledviny nejsou schopné produkovat dostatek hormonů. Steroidy napodobují činnost nadledvin, nejvýznamnějšího regulačního orgánu základních metabolických procesů. John Stirling, ředitel společnosti na výrobu vitamínů Biocare, vděčí za záchranu svého života velmi *krátké sérii* (při injekcí) steroidů, kterými po anafylaktickém šoku opět naskočily jeho selhávající nadledviny.

Potíž je v tom, že stejně jako antibiotika se steroidy zdají být zázračnými „léky". Vzniká dojem, že se pacienti s invalidizující artritidou nebo astmatem po steroidech rychle zlepšují. Supění, otok, bolest, vše je pryč. Tak se lékaři na steroidy obracejí pro jejich protizánětlivé a protialergické účinky ne v poslední, ale v první útočné řadě.

Dochází k obdobné situaci jako u antibiotik, tedy to, co bylo jednou vyhrazeno pro výjimečné stavy, se nyní používá na ty nejtriviálnější záležitosti. Steroidy se dneska podávají při prvním příznaku zánětu jakéhokoli původu stejně pohotově jako antibiotika, dokonce i u kojenců. Nejnovějším lékem, který má nahradit zvlhčený vzduch u mimin s krupem (autorka má zřejmě na mysli zánět hrtanu – pozn. překl.), je steroid (budesonide); hydrokortizon je součástí nejnovějšího, volně prodejného léku na hemoroidy. Steroidy jsou doplňkem mnoha volně prodejných kožních mastí a jsou považovány za lék volby u astmatu, ekzému, artritidy, problémů se zády a střevních potíží, jako je třeba ulcerózní kolitida – v podstatě u všech zánětlivých nebo alergických reakcí –, a vymýšlejí se další nová uplatnění. Jedinou výjimkou je Addisonova choroba, kde steroidy působí jako náhrada kortizonu, tak jako je inzulin podáván diabetikům.

Nejenže steroidy nejsou zázračným „všelékem", ale navíc nedokážou vyléčit jednu jedinou chorobu. Všechny spíše potlačují schopnost organizmu vyvinout normální odpověď. Někdy dává tento typ suprese tělu šanci se samo vyléčit. Ale častěji je tento vliv okamžitý, pustošící a trvale poškozující. Nyní nám už nezbývá nic než pozorovat, jak rychle k tomuto poškození dochází. Lékaři neustále tvrdí, že pacienti trpí vedlejšími účinky až po dlouhodobém užívání. Nedávno jsme však odhalili, že zde neexistuje nic takového jako bezpečná dávka. Trvalé a oslabující poškození se může objevit po týdnech od začátku léčby, byť nízkými dávkami. Nizozemská randomizovaná, dvojitě slepá a placebem kontrolovaná studie ukázala, že prednison má významný vliv na obsah minerálů v kostech bederní páteře. Pacienti, kteří berou 10 mg prednisonu (v Británii prednisolonu) denně, jsou postiženi snížením hustoty kostní tkáně o 8 procent již po pětiměsíčním užívání. Pokud je pacientovi lék vysazen, stav kostí se poněkud zlepší,

ale ne na úroveň před začátkem léčby. Tato kostní ztráta je považována za srovnatelnou s řídnutím kostí, kterým trpí ženy po odstranění vaječníků.

Úroveň kostní ztráty je podobná ztrátám, hlášeným po daleko vyšších dávkách léku, což naznačuje, že v otázce dávky se nedá říci, že by více bylo nebezpečnější než méně. Holandští vědci uzavřeli, že „užívání prednisonu by mělo být omezeno na co možná nejkratší časové úseky."[32]

Dokonce i nízké dávky inhalačních steroidů (400 mikrogramů na den) snižují tvorbu kostí.[33] Steroidy v mastech přivodily Cushingův syndrom u dětí již po měsíci léčby[34] a inhalované steroidy zpomalují růst u dětí po šesti týdnech.[35]

Ačkoli se steroidy používají na opravdu všechny typy zánětlivých a autoimunitních onemocnění, nestaly se předmětem dlouhodobých specifických studií, které by zjistily, jak nebo zdali vůbec u jednotlivých chorob zabírají. Septický šok a syndrom dechové tísně dospělých jsou dva stavy, u kterých byly steroidy k léčbě široce využívány – až vědecké zkoušky ukázaly, že to jednak nemá žádný význam, a navíc zde mohou ještě spíše uškodit.[36]

Na rozdíl od antibiotik jsou všechny steroidy širokospektré – to znamená, že nepůsobí jednoduše na oblast těla, kterou chcete léčit, ale jejich účinek se rozptyluje do všech buněk: centrálního nervového systému, buněk kostí, hladké svaloviny, krve, jater a celé řady dalších orgánů.[37] Lékaři se pokouší pozměnit chemickou strukturu kortizonu tak, aby byla pro určité části organizmu specifičtější, ale dosud se zdá, že je to cíl nedosažitelný.[38]

Vše vypadá tak, jako by lékaři měli ve svých znalostech o steroidní léčbě určitá slepá místa a přehlíželi ty strašlivé následky, kterých jsou steroidy schopny a které připouštějí i výrobci. 30 let je známo, že steroidy běžně způsobují příznaky nadměrné činnosti hormonů nadledvin, které vytvářejí Cushingovu nemoc, charakterizovanou tlustým břichem a obličejem, „buvolím hrbem" na šíji, vysokým krevním tlakem a svalovou slabostí. Dále jsou příčinou ochabování svalů, hyperglykémie, zadržování tekutin, atrofie kůže, krevních výronů, pajizévek, nespavosti, závažných změn nálad, přízna-

ků schizofrenie nebo maniodeprese („steroidních psychóz"), osteoporózy, šedého zákalu, zeleného zákalu, menstruačních problémů, impotence, ztráty libida, alergického šoku, opakujících se aftů v ústech a cukrovky.

INCIDENCE VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ

Britská asociace GASP (Group Against Steroid Prescriptions – Skupina proti předepisování steroidů) nedávno zjišťovala u svých 15 000 členů výskyt vedlejších účinků, aby zdokumentovala, jak jsou rozšířené. Ve své studii odhalila, že nejméně 70 a více procent z celé skupiny trpělo přírůstkem na váze, pohmožděninami, bolestí v zádech a dolních končetinách (ačkoli steroidy jsou běžně předepisovány na bolestivá záda), svalovou slabostí a zvraty nálad. Dvě třetiny dotazovaných si stěžovaly na měsícovitý obličej, bolesti hlavy, zadržování tekutin, pomalejší hojení ran, ztenčení kůže a depresi. Plná polovina hlásila, že má osteroporózu, a stejné procento výpadky v paměti, přecitlivělost na světlo a menší sexuální apetenci. Třetina si stýskala, že má „buvolí hrb", pajizévky a vysoký krevní tlak. Téměř čtvrtina měla šedý zákal a čtvrtina potíže s menstruačním cyklem. Jiné postihla psychóza, poškození imunitního systému, angína a vypadávání vlasů.

Ještě závažnější je, že polovina členů asociace nebyla nikdy na tyto možné vedlejší účinky upozorněna. V jiném přehledu o 104 pacientech si ani ne dvě třetiny z nich vzpomněly, že je lékař ohledně potenciálních vedlejších účinků trochu poučil.[39]

Nejvíce nás na steroidech znepokojuje možnost, že se v hypofýze zastaví produkce ACTH, hormonu, který řídí nadledviny a pro organismus je nezbytný při stresu a při boji s infekcí. Když už jste jednou na steroidech, nedá se s tím přestat.

Pacienti, již berou steroidy delší dobu, se mohou stát steroidními „feťáky", kteří nemohou s užíváním svého léku přestat; když je tělo zaplavováno nadbytečným kortizonem, nadledviny sníží svůj vlastní výdej – někdy až na nulu.

Pacienti umírají na selhání funkce nadledvin v případech, kdy přecházejí z ústy podávaných steroidů na steroidy inhalační, aniž by toto období nějak překlenuli. Lékaři dnes vědí, že steroidy se musí vysazovat postupně, aby měly nadledviny šanci opět začít vyrábět svůj vlastní kortizon. Tento proces je ale neobyčejně zdlouhavý: pacientům po dlouhodobém užívání může trvat až dva roky, než vyprodukují dostatek hormonů, kterými mohou reagovat na mimořádný stres při nějakém onemocnění nebo nehodě. Chirurgové těmto pacientům dávají často steroidy před operací, to ale znamená, že odvykání musí začít znovu.

Lékaři také někdy trvají na tom, že pokud steroidy vdechujete nebo je vtíráte v mastech, tak máte menší pravděpodobnost vedlejších účinků. Nové důkazy však ukazují, že inhalované steroidy nejsou tak nevinné, jak se dříve předpokládalo. Až doposud panuje shoda v tom, že 400–800 mikrogramů beclomethason dipropionátu (BDP) denně je přiměřená pro pacienty třiceti- až padesátileté. Skupina dětských konziliářů z různých nemocnic v Británii však prokázala, že tato dávka je pro potlačení funkce nadledvin úplně stejně silná, jako 200krát větší orální forma (80–160 mg).[40] Tato dávka u dětí vyvolává též významné zpomalení růstu.

STEROIDY U DĚTÍ

Používání steroidů u dětí se těžko ospravedlňuje. 30 let víme, že delší užívání steroidů na astma a ekzém opožďuje vývoj dětí[41] a oddaluje nástup puberty. Mnoho studií o dětech s juvenilní chronickou artritidou, kterým jsou podávány steroidy, ukazuje, že trpí zpožděným růstem.[42] Děti, užívající místní nebo inhalační steroidy, mají sklon k postižení stejnými vedlejšími účinky, tedy malým vzrůstem a supresí nadledvin.[43]

Steroidy mohou ovlivnit i intelektový výkon. V jedné studii, ve které děti užívající kombinovanou steroidní léčbu dělaly test na zapamatování si zrakových asociací, byly výsledky dětí na těchto lécích (asi šest až osm hodin po jejich užití) signifikantně horší než výkon ve skupině dětí neastmatických. Ačkoli se tyto rozdíly asi tak den po vysazení setřely, mohou být přesto stálé u dětí, které jsou na lécích trvale.[44]

Máme i materiál, který naznačuje, že místní a vdechované steroidy mohou způsobit šedý a zelený zákal, běžně spojovaný pouze s orálními steroidy.[45]

Bylo též zjištěno, že čím déle děti zůstávají na steroidech, tím nižší mají kostní minerálovou hustotu.[46] Dokonce i inhalační forma u nemocí, jako je astma, má ve vyšších dávkách prokázaný nežádoucí vliv na kostní metabolismus a funkci nadledvin (více než 1 000 mikrogramů na den).[47] Steroidy mohou být též příčinou odumření části kosti (osteonekrózy), která vyžaduje kloubní náhradu.[48]

Dokonce i o takzvaném dramatickém efektu u tak invalidizujícího onemocnění, jako je revmatoidní artritida, nové výzkumy dokazují, že se protizánětlivý účinek časem ztrácí a ponechává postižené v jestě horším stavu, než byli předtím. Pacienti z Královské univerzitní nemocnice v Saskatchewanu v Kanadě, kteří užívali prednison v průměru 6,9 roku (od 1 do 23 miligramů), měli po pěti letech podobné příznaky revmatoidní artritidy (otok kloubů, omezení pohyblivosti) jako ti, kteří lék nikdy nebrali. Po 10 letech byl stav, charakterizovaný větším počtem zlomenin a šedého zákalu, ve skupině s prednisonem horší než veskupině bez léku.[49]

Medicína dokonce udělala z tohoto stavu věci syndrom, zvaný „steroid-rezistentní astma", jenž zahrnuje pacienty, kteří neodpovídají na normální dávku kortizonu a kteří se v některých případech po tomto léku zhoršují.

Řada jinak neškodných infekcí se u dětí na steroidech stává životu nebezpečná. V létě 1992 byla devítileté Lexie McConnellové z Oxfordu diagnostikována toxoplazmóza. Ačkoli při této infekci nehrozilo žádné bezprostřední nebezpečí poškození zraku a onemocnění by se mělo vyléčit samo od sebe, u Lexie postihlo oblast v blízkosti sítnice a podle názoru jejího lékaře se to mělo léčit. Její otec Art vysvětluje:

Během 24 hodin od započetí steroidní léčby začala mít Lexie velké nesnáze s jejími vedlejšími účinky; obličej se jí okamžitě nafoukl jako balon. Bylo nám řečeno, že by měla vést normální život, a tak jsme ji posílali do školy a na plavání, ačkoli jí bylo často špatně a musela

zůstávat doma. V listopadu obrovsky přibrala na váze a měla příšerné bolesti, vřídky na jazyku a černou stolici, o níž jsme později zjistili, že poukazovala na vnitřní krvácení.

Když už měla nesnesitelné bolesti, tak jsme ji konečně převezli do nemocnice. Po mnoha hodinách nakonec zjistili, že má plané neštovice. Lékaři se též zmínili o tom, že by mohlo jít o prostý opar, který se rozšířil na celé tělo.

Až potom se Art a jeho žena dozvěděli, že léky v podstatě vyřadily Lexiein imunitní systém a že mohla zemřít na cokoli, třeba i na opar.

„V sobotu šla na intenzivku a ztratila vědomí," říká její táta. „A o hodinu později zemřela."

LÉKY NA EKZÉM

U ekzému – dalšího onemocnění, kterému medicína nerozumí – lékaři často sahají po některém ze silných léků, který sice udusí zánět, ale neodstraní problém. Lékem volby jsou steroidy, imunosupresivum cyklosporin, nebo dokonce fotochemoterapie s orálním psoralenem (orální PUVA), jeden z léčebných postupů u lupénky, který je spojován se vznikem rakoviny genitálu.[50]

Steroidy v mastech byly podobně jako inhalační forma dlouho propagovány jako „bezpečná alternativa" k systémovým steroidům, ale je jen málo důkazů, které by to potvrzovaly. Ve vzrůstající míře místní steroidy samy ukazují, že jsou úplně stejně nebezpečné jako jejich ústy podávaní blízcí příbuzní. Zevní kortikosteroidy mohou vyvolat řadu závažných kožních problémů,[51] poškození kostí a vnitřních orgánů[52] a natrvalo potlačit funkci nadledvin.[53] Již po měsíci léčby postihují děti vznikem Cushingova syndromu a stejně jako orální forma mohou oslabit odezvu hypofýzy a nadledvin, a tak vyvolávají potřebu dalších dávek steroidů při onemocnění nebo úrazu.[54]

Děti s ekzémem mají stejně jako astmatici sklon k vedlejším účinkům dlouhodobě užívaných steroidů, jako je zpomalený růst a onemocnění nadledvin.[55] Jedno dítě, pokryté ekzémem od hlavy až k patě od svých 18 měsíců, bylo od šesti let jednou denně po celém těle natíráno vrstvou masti s betamethasonem; ve 13 letech bylo asi o 24 centimetrů menší, než je průměr. I když po vysazení léčby trochu povyrostlo, nikdy nedosáhlo své pravděpodobné výšky.[56]

I hydrokortizon, o kterém se předpokládá, že je tak mírný, že se často předepisuje i kojencům, má nesčetně vedlejších účinků, včetně zeslabení kůže – hlavně na obličeji, pajizévky, opožděné hojení nebo hnisání ran, supresi nadledvin a cukr v moči.

Objevují se a přibývají důkazy, které naznačují, že místní a inhalační steroidy mohou poškodit oko – šedým a zeleným zákalem – postižením, které je obvykle spojováno pouze s užíváním orálních steroidů.[57] Vycházejí najevo i případy psychotických epizod po inhalačních steroidech, o kterých se opět tvrdilo, že jsou důsledkem jen polykání tablet.[58]

LÉKY NA ARTRITIDU

Možnosti léčení artritidy jsou naprosto zoufalé. Nejenže si lékaři neumějí tento problém vyjasnit, ale často z celé záležitosti dělají úplný guláš, kdy na pacienta naloží břímě potenciálně smrtících léků a pak předepisují nové léky, které mají vyřešit vedlejší účinky již započaté „léčby". Klasická medicína směřuje k názoru, že není známa žádná příčina ani léčba artritidy, a tak jediné, co může s jistotou udělat, je ulevit vám od bolestí.

Nejběžněji užívaným a prvořadým lékem na revmatoidní artritidu i na osteoartritidu býval aspirin ve vysokých dávkách. Ten byl nyní zcela nahrazen „nesteroidními protizánětlivými léky" neboli NSAID, jak jsou známy mezi odborníky. Ve Spojených státech je na trhu nejméně 14 takových léků; před několika lety byl jeden z nich (ibuprofen) vyškrtnut ze seznamu předepisovaných léků a je ho možno volně koupit.

Lékaři se stále více obracejí na NSAID jako na svou největší naději; v roce 1984 byl téměř jeden ze sedmi Američanů léčen některým z těchto léků a nyní je toto číslo již naprosto zastaralé, protože se předepisuje na všechno, od bolestí hlavy až po menstruační potíže. Artritida vydělává farmakologickým společnostem práci za 10 miliard dolarů jen v oblasti NSAID samotných.

Hlavním mechanizmem účinku těchto léků je snížení syntézy prostaglandinů, a tak potlačení zánětu. (Působí ještě na řadu dalších věcí, takže třeba zasahují do produkce enzymů, jejichž struktuře ještě příliš nerozumíme.) Problém je v tom, že netlumí pouze ty prostaglandiny, které se týkají bolestivých kloubů; zatarasí produkci všech prostaglandinů, zejména v tak vysokých dávkách. Jelikož hrají významnou úlohu při normální činnosti zažívacího traktu, nepřekvapuje, že NSAID zasahují i do trávicích funkcí. Výsledkem může být poškození žaludeční sliznice, vznik peptického vředu a perforace, závažné krvácení do horní části trávicí trubice, zánět a změny propustnosti tenkého a tlustého střeva.[59]

Když jednou začnete brát NSAID, tak se vaše šance na hospitalizaci kvůli zažívacím vedlejším účinkům zvětší sedmkrát.[60] Tato statistika je možná úmírněná; americký Úřad pro potraviny a léky sám v nejlepším případě odhaduje, že se každoročně vyskytuje 200 000 případů žaludečního krvácení a z toho 10 000 až 20 000 smrtelných. V Británii každý rok umírá asi 4 000 lidí kvůli užívání NSAID – to je dvojnásobek všech úmrtí na astma.

Starší lidé a pacienti s anamnézou peptického vředu mají riziko obzvlášť velké. Americký úřad pro potraviny a léky nyní umísťuje na každý recept s NSAID upozornění: „U pacientů chronicky léčených NSAID se mohou kdykoli objevit vážné projevy gastrointestinální toxicity, jako je krvácení, ulcerace a perforace, ať již s varovnými příznaky, či bez nich."

S varovnými příznaky, či bez nich. Protože NSAID tlumí bolest, především ve vysokých dávkách, často také maskují jakýkoli projev toho, že se něco děje. U mnoha pacientů je prvním příznakem vředu až nějaká život ohrožující komplikace.

Vedle vředové choroby může i to „nejbezpečnější" NSAID, ibuprofen, způsobit kolitidu (zánět střev – pozn. překl.); indomethacin, naproxen a pomalu se uvolňující ketoprofen mohou způsobit perforaci tlustého střeva.[61] Protože tyto preparáty snižují množství slizničních prostaglandinů, mohou zvýšit střevní propustnost, jejímž výsledkem je zvýšená vnímavost na toxiny procházející střevem – a opět vzniká zánět střev.[62]

NSAID mohou být též příčinou zamlženého vidění nebo zhoršení zraku, Parkinsonova syndromu a vypadávání vlasů nebo uvolňování nehtů; mohou též poškodit játra a ledviny. Lékaři z několika lékařských center, včetně Beth Israel v New Yorku a Harvard Medical School v Bostonu, hlásili sedm případů „závažné hepatitidy" a jedno úmrtí po diklofenaku (Voltarenu), ačkoli nevědí, zda příčinou těchto problémů je tento lék samotný nebo jestli to samé mohou způsobit i ostatní.[63]

Pacienti s artritidou, kteří užívají NSAID, vykazují falešně pozitivní výsledky v testech na hepatitidu, což ukazuje na možné poškození jater.[64]

NSAID mohou též zvýšit riziko vysokého krevního tlaku (hypertenze), hlavně pokud se berou ve vysokých dávkách. Ve studii bezmála 10 000 pacientů z Bostonu ve státě Massachusetts, kteří nedávno zahájili medikamentózní léčbu na snížení krevního tlaku, se u 41 procent zjistilo, že během předchozího roku užívali NSAID. Tyto výsledky ukazují, že NSAID více jak zdvojnásobují pacientovy vyhlídky na to, že bude mít hypertenzi.[65]

Kolitis a Crohnova nemoc zůstávají záhadou pro většinu lékařů. Jedna pravděpodobná příčina, kterou však gastroenterologové stále neuznávají, je vztah mezi nesteroidními protizánětlivými preparáty a vznikem těchto onemocnění, protože o NSAID je dobře známo, že poškozují sliznici tlustého střeva a způsobují vředy. Z 60 nových případů kolitidy a střevních potíží, které byly pozorovány mezi březnem 1991 a červnem 1994 ve Všeobecné nemocnici v Jersey, se jich 23 (neboli 38 procent) vyvinulo v době, kdy postižení pacienti užívali NSAID. Nikdo z těchto 23 pacientů neměl žádné předcházející zánětlivé střevní onemocnění.

Ačkoli se to týká velkého počtu NSAID, největšími viníky jsou diklofenak a kyselina mefanamová (Ponstan) (u nás není registrována – pozn. překl.). Užívají se běžně orálně, ale i podávání v čípku nebo v injekcích způsobuje během několika dní léčby kolitidu.

V některých případech je kolitida mírná a po přerušení léčby a nasazení dalších léků, jako je sulfasalazin nebo mesalazin, se rychle zhojí. Jsou ale pacienti, u nichž se vyvine plně rozvinutá ulcerózní kolitis, vyžadující léčení celkově a místně podávanými steroidy. Byl popsán i případ, kdy pacientovi museli chirurgicky odstranit tlusté střevo, protože u něj vzniklo toxické megacolon (těžký stav charakterizovaný rozšířením a ochabnutím tlustého střeva – pozn. překl.) jako následek injekční dávky diklofenaku.[66]

Pro všechny své vedlejší účinky nemají NSAID oproti jednoduchým analgetikům, jako je aspirin nebo paracetamol, žádnou výhodu. Z jedné studie vyplývá, že velké (2 400 mg) a malé (1 200 mg) denní dávky ibuprofenu zabíraly na tlumení bolesti a zánětu přibližně stejně dobře, jako vysoké dávky (4 000 mg denně) acetaminofenu.[67]

Vedle NSAID na snížení zánětu a bolesti se lékaři pokouší léčit artritidu pomocí takzvaných antirevmatik neboli pomalu působících antirevmatických léků (SAARD). Podávají se v naději (to je asi tak všechno), že SAARD zastaví jakýkoli autoimunitní proces, který právě probíhá. V každém případě je léčba rozhodně náhodnou záležitostí, protože když lékaři narazí na nějakou látku, chtějí ji hned vyzkoušet i na další nejrůznější choroby. Mnohé z těchto léků jsou silnými imunosupresivy a blokátory buněčného dělení, patří mezi ně sulfasalazin, zlato, antimalarika, deriváty penicilinu, chemoterapeutika a imunosupresiva, obzvláště ta, která se užívají při transplantacích k léčení závažných a život ohrožujících stavů. Odborníci neví, jaký je mechanizmus účinku SAARD – jestli ho kdy budou znát –, ale připouštějí, že mohou být velice toxické a dokonce i životu nebezpečné.[68] Mezery ve výzkumu o jejich dlouhodobých účincích znamenají pro pacienty, že jsou nuceni hrát ruskou ruletu, než se zjistí, jestli nebudou mít příznaky „léčby", které budou horší než choroba, kvůli níž lék užívají.

I když pacient nějakou reakci přečká, nemusí to ještě znamenat, že se jeho stav zlepšil. Výhody léků byly jen zřídka podrobeny řádnému, dlouhodobému vědeckému zkoumání. Jedna z mála dvojitě slepých studií, která testovala tuto léčbu druhé linie proti placebu u 3 439 pacientů s artritidou, uzavřela, že jejich přínos je nejistý.[69]

Zlato je tradiční a oblíbený SAARD, některými revmatology popisovaný jako „zlatý standard" – překvapivé označení pro vysoce toxickou léčbu, která může vést k fatálnímu útlumu kostní dřeně.[70] Je šokující, že nikdy nebyla provedena dlouhodobá zkouška k otestování reakcí na zlato, neboť je podáváno už od roku 1920.

Stalo se léčebnou metodou volby, protože vědci nerozumí příčinám artritidy. Německý bakteriolog Robert Koch ukázal, že zlato a další těžké kovy mohou přemoci tuberkulózu a jiné infekční choroby. Protože se věřilo, že artritida je infekce, byla teorie postavena tak, že by zlato mohlo stejně dobře léčit i artritidu. Ačkoli již dlouho víme, že je to jinak, nikdo v medicíně nepřestal pochybovat o užívání této léčby.

Jestliže dostanete injekci tohoto léku, jak je to typické, lékař by vás měl pečlivě sledovat pro riziko časných vedlejších účinků, jako jsou kožní vyrážky nebo vřídky v ústech. Vážnějšími vedlejšími účinky jsou poškození ledvin a útlum kostní dřeně. Kvůli těmto problémům byly vyvinuty tablety se zlatem. Rané studie ukazují, že vykazují méně vedlejších účinků než injekce,[71] ale také tak dobře nezabírají.[72] Asi třetinu pacientů postihnou natolik závažné nežádoucí účinky, že s léčbou přestanou.[73] Zlato je ve skutečnosti považováno za tak toxické, že se mnoho specialistů obrací na metotrexat – původně určený k léčení rakoviny – jako na bezpečnější možnost![74]

Ve špatných rukách však může metotrexat zabíjet, a to poškozením jater, ledvin, plic a útlumem kostní dřeně.[75] I když je zaznamenáno zlepšení u 30 až 70 procent pacientů,[76] typické vedlejší účinky, jako žaludeční nevolnost, nutkání na zvracení a nechutenství, se dramaticky zhoršují po zvýšení dávky nebo při kombinaci s jiným lékem. Bylo hlášeno poškození jater a plic[77] a úmrtí u pacientů s artritidou, kteří užívali vysoké dávky, především když si pacient bral příslušnou dávku každodenně místo doporučeného dávkování jednou týdně.[78]

K dispozici je dokonce i sulfasalazin, další z rodiny cytotoxických látek, který zastavuje růst buněk, ačkoli může způsobit útlum kostní dřeně a neplodnost, rakovinu a vrozené vady.[79] Lék byl určen hlavně na léčbu ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. V současné době je lépe znám jako kombinovaný přípravek pod názvem Septrin nebo Bactrim (co-trimoxazol), používaný jako preventivní lék pro HIV-pozitivní pacienty, jehož vedlejší účinky jsou až neskutečně podobné příznakům, které jsou popisovány u rozvinutého AIDS. (Součástí co-trimoxazolu není sulfasalazin, ale sulfamethoxazol – pozn. překl.)

LÉKY NA HYPERTENZI

Vysoký krevní tlak je další oblast, ve které ani nepřeberná směsice léků zřídkakdy něco zmůže se stavem, který se dá obvykle dobře léčit rozumnou dietou a cvičením. Lékaři se probírají nejrůznějšími lékovými skupinami – diuretiky, betablokátory a blokátory kalciového kanálu, reserpinem, clonidinem, metyldopou – bez zjevného úspěchu. Výzkum zahrnující 2 000 pacientů s vysokým krevním tlakem ze 13 všeobecných ordinací v Anglii ukázal, že pouze trochu větší polovina z těch, kteří užívali léky proti hypertenzi, dosáhla středně přijatelné úrovně krevního tlaku.[80] V Americe se podařilo jen pětině pacientů na antihypertenzívech (léky proti vysokému krevnímu tlaku – pozn. překl.) dospět k alespoň umírněným hodnotám krevního tlaku (méně než 140 mmHg systoly a méně než 90 mmHg diastoly), stanoveným Americkou inspekcí pro výživu a zdraví.[81] V Evropě dokázala z 12 000 pozorovaných pacientů z pěti zemí pouze třetina snížit krevní tlak na hodnotu, kterou vytyčili jejich lékaři.[82]

Jestliže nemáme mocdůkazů, že léky proti vysokému krevnímu tlaku zabírají, máme spoustu těch, které ukazují, že dost škodí. Jedním z obzvláště znepokojujících vedlejších účinků je hypotenze – neboli náhlý pokles krevního tlaku po postavení – která může způsobit závrať a pády.

Antihypertenzíva jsou tudíž významnou příčinou zlomenin kyčle u starých lidí.[83] Ačkoli všechny typy těchto léků hrají svou roli u nejrůznějších postižení – deprese, sexuálních poruch, únavy a ztráty chuti k jídlu – o diuretících (údajně „bezpečných" antihypertenzívech) se ukazuje, že způsobují jedenáctinásobný vzestup výskytu cukrovky;[84] beta-blokátory mohou být jednou z příčin úmrtí na rakovinu u starších mužů;[85] inhibitory ACE mohou být příčinou potenciálně smrtícího poškození ledvin[86] nebo úmrtí, pokud se podají příliš brzy po srdečním infarktu;[87] a blokátory kalciového kanálu jsou spojovány s těžkým kožním postižením, jakým je Stevens-Johnsonův syndrom.[88] Lékaři těchto léků využívají i při léčbě těhotných žen s vysokým krevním tlakem navzdory faktu, že beta-blokátory se pokládají za škodlivé pro krevní oběh plodu,[89] a o inhibitorech ACE se soudí, že poškozují nebo usmrcují vyvíjející se plod, pokud se ordinují během druhého nebo třetího trimestru těhotenství.[90]

Beta-blokátory ovlivňují i určitý typ paměti. Tým z University of California v Irvinu rozdělil zdravou skupinu dobrovolníků do dvou podskupin, přičemž jedné dal propranolol a druhé placebo a hodinu poté jim promítl diapozitivy, ve kterých se vyprávěly dva příběhy. Před projekcí příběhů byly provedeny testy, které dokázaly, že všichni, kteří dostali lék, mají plně obsazené receptory.

První příběh se skládal z obrázků stroze vyprávějících, že dítě se svou matkou navštívilo otce v práci. Druhý byl však koncipován tak, aby vzbudil silné emoce; na cestě do práce bylo dítě poraženo autem a ošklivě zraněno. Týden po sledování těchto diapozitivů, kdy všechny pokusné osoby nečekaně dostaly paměťový test, vykázaly obě skupiny podobné výsledky při vyprávění prvního příběhu. Při vybavování si druhého, emočně zabarveného příběhu, dopadla však skupina s propranololem signifikantně hůř.[91]

Ačkoli studie zkoumala účinek jediné dávky beta-blokátoru na zdravé lidi, a ne na kardiaky či pacienty s migrénou, pokusy na zvířatech ukázaly, že zapamatování si emočně nabitých událostí vyžaduje aktivaci beta-adrenergního systému, který je samozřejmě beta-blokátory tlumen.

KOMBINACE LÉKŮ NA SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Většina lékařů si myslí, že když trochu pomáhá jeden lék, tak dvěma léky se výhody zdvojnásobí. Kombinace beta-blokátorů s blokátory kalciového kanálu se stává velmi populární pro paciety s ischemickou chorobou srdeční. Za touto kombinací stojí myšlenka, že nízké dávky těchto léků sníží počet a závažnost záchvatů anginy pectoris (bolestí na hrudi při námaze) daleko účinněji než vysoká dávka jen jednoho z těchto léků, a navíc se zmenší vedlejší účinky. Protože na rovnováhu mezi zásobováním srdce kyslíkem a jeho požadavky na kyslík má vliv mnoho faktorů a protože jediný lék jich může ovlivnit pouze několik, lékaři prostě předpokládají, že druhý lék s odlišným mechanismem účinku se bude s prvním vzájemně doplňovat. Léky na anginu mají často zpětný vliv na krevní oběh, který snižuje jejich význam, takže dalším předpokladem je, že by tyto nežádoucí účinky mohly být zrušeny nějakým jiným lékem.

Tyto dva předpoklady však ve vědeckých zkouškách nikdy neobstály. Podle jednoho přehledu výsledků získaných v množství kontrolovaných klinických studií, které kombinovaly blokátory kalciového kanálu s nízkými dávkami beta-blokátorů, se u anginy pectoris dosáhlo jen zřídkakdy nějakých dalších výhod a nežádoucí reakce stouply až na 60 procent.[92]

Dalším problémem je, že většina lékařů ve skutečnosti nerozumí tomu, jakým způsobem každý z těchto léků od vlastní anginy ulevuje. Beta-blokátory působí přes blokádu receptorů v srdci, která brání příjmu impulzů zprostředkovaných chemickými látkami, jež se uvolňují při námaze nebo stresu. Tato činnost tlumí vzestup srdeční frekvence a krevního tlaku, ke kterému dochází při nějakém výkonu, a tak se vždy předpokládalo, že k úlevě při angině a dalších příznacích ischemické choroby srdeční dochází pomocí snížení požadavků srdce na kyslík. Protože se elektrické impulzy v srdci (jež řídí stahování a uvolňování srdečního svalu, které doprovází každý srdeční úder) přenášejí prostřednictvím vápníkových iontů, snižují teoreticky blokátory kalciového kanálu – jejichž mechaniz-

mem účinku je zpomalování tohoto elektrického přenosu – srdeční frekvenci. Též pomáhají rozšiřovat tepny a tím zvyšují průtok krve a domněle ulehčují srdeční práci, kterou se přečerpává krev do celého těla. Mnoho lékařů tudíž operuje tvrzením, že kalciové blokátory zvýšením zásobování srdce kyslíkem zlepšují stav špatně prokrvených oblastí těla. Z této teorie – že beta-blokátory a kalciové blokátory pracují v jakémsi tandemu zvyšováním zásobování srdce kyslíkem a snižováním jeho potřeby – vychází silná podpora jejich kombinovaného užívání. Oba léky však ve skutečnosti zmírňují anginu nápadně podobným způsobem – tedy i snížením spotřeby kyslíku srdcem, omezením vzestupu srdeční frekvence, ovlivněním krevního výtoku ze srdce a relaxací krevních cév.

Nejnovější pozorování v podstatě ukazují, že tyto dva léky se příliš dobře vzájemně nedoplňují. Ačkoli kalciové blokátory mohou zamezit stahování tepen, způsobené beta-blokátory v srdci, větší měrou k tomu dochází v částech těla, kde je normální krevní průtok, a tím se může dále snižovat krevní zásobování těch oblastí srdce, které jsou ohroženy. Krom toho zatímco beta-blokátory mohou předcházet rychlému srdečnímu rytmu navozenému blokátory kalciového kanálu, nemusí už zabránit snížení krevního tlaku, ke kterému po těchto preparátech často dochází. Kalciové blokátory mohou dokonce anginu zhoršit, pokud krevní tlak poklesne výrazně.

V mnoha dalších směrech tyto dvě skupiny léků účinkují protikladně. Beta-blokátory mohou zesílit účinek kalciových blokátorů na snižování krevního tlaku, a tak zvýšit riziko špatné dodávky kyslíku do srdce. Po této kombinaci může též znovu propuknout angina, jestliže se tyto dva léky sjednotí ve zrychlení srdečního tepu. Beta-blokátory mohou také znehodnotit schopnost kalciových blokátorů uvolňovat stěnu krevních cév. Abnormálně nízký krevní tlak, způsobující závratě a náhlé pády, zhoršující srdeční nedostatečnost a převodní poruchy (tedy závady v signálech, které jsou elektricky vedeny z mozku) (převodní poruchy většinou nemají nic společného s centrálním řízením – pozn.překl.) se vyskytuje daleko častěji při kombinované léčbě než při terapii jedním lékem.[93]

V současné době byli američtí lékaři vyzváni k tomu, aby přestali předepisovat blokátor kalciového kanálu nifedipin. Americký národní institut srdečních, plicních a krevních chorob upozornil lékaře, že krátce působící nifedipin „by se neměl užívat, a jestliže ano, tak jedině s velkou opatrností". Varování je založeno na prostudování 16 klinických zkoušek krátce působícího nifedipinu, které zahrnuly více než 8 000 pacientů. Riziko úmrtí vzrůstá s dávkou; mortalita je 1.06krát větší, než je průměr při dávce od 30 do 50 mg denně, a stoupá na téměř trojnásobek, pokud denní dávka dosáhne 80 mg. Další studie, ze které Institut vycházel, ukázala, že pacienti na kalciových blokátorech nesli o 60 procent větší riziko srdečního infarktu než ti, kteří užívali buď diuretika nebo beta-blokátory. O nifedipinu se zjistilo, že je ze všech blokátorů kalciového kanálu nejnebezpečnější.[94]

LÉKY NA EPILEPSII

S tak velkolepou řadou léků, jakou mají v malíčku, lékaři neuměli především vyčkávat – zaujmout postoj „počkáme a uvidíme", aby se vidělo, zda nemoc nezmizí sama od sebe. Současná medicina tvrdí, že je v automatickém podávání antiepileptik dětem s mírnými přechodnými ztrátami vědomí či záchvaty opatrnější, ale mezi lékaři stále panuje běžný názor, že pokud se epileptické záchvaty nepotlačí farmakologickou léčbou, budou se opakovat, a že léky mohou ovlivnit průběh choroby tím, že sníží riziko zvratu časné epilepsie v pozdější, již značně vzdorující onemocnění.

Problémem je, že epilepsie je diagnostikována beznadějně častěji, než se ve skutečnosti vyskytuje. Odborníci z Birminghamské dětské nemocnice soudí, že asi polovina pacientů s takzvanou juvenilní epilepsií je diagnostikována špatně.[95] To je závažné zjištění, když si uvědomíme, že o více než polovině ze všech 340 000 případů chronické epilepsie v Británii se soudí, že začala v dětství. Doktor Michael Prendergast, ordinář pro dětskou psychiatrii v Birminghamské dětské nemocnici, vyšetřil 311 dětí odeslaných do nemocnice s podezřením na

epilepsii nebo s již hotovou diagnózou epilepsie a zjistil, že 138 z nich (44 procent) ji ve skutečnosti nemá. Jeho závěry jsou téměř shodné s výsledky skotské studie dokončené v roce 1986 Královskou nemocnicí pro nemocné děti v Glasgow. V této práci zjistil doktor John Stephenson, v nemocnici pracující jako dětský neurolog, že 47 procent poslaných dětí epilepsii vlastně nemá.

Jacqui z East Grinsteadu, nyní 36letá, má epilepsii od svých 11 let, kdy několikrát upadla do bezvědomí. Ihned ji byla naordinována antiepileptika, ačkoli první křeče se objevily až po nasazení léků. Celé roky bojovala s nesčetnou řadou vedlejších účinků, včetně přechodných ztrát vědomí a křečí. Od roku 1988, kdy si začala snižovat dávky léků, které užívala, začal zároveň klesat i počet záchvatů z původních 200 na několik tuctů ročně.

David Chadwick, profesor neurologie ve Waltonově centru neurologie a neurochirurgie v Liverpoolu, argumentuje, že epilepsie je zastřešující termín pro celou skupinu poruch a nejednotných, nestejnorodých onemocnění. Pro některé případy epilepsie, jako je třeba „benigní rolandická epilepsie" u dětí, kdy se záchvaty (postihující pouze obličej, krk a paže) objevují jenom během spánku, existují pádné důkazy, že záchvaty odejdou samy v polovině adolescence. Navíc předběžná data naznačující, že se pacientům povede lépe, pokud se léčba zahájí včas, nejsou zdaleka „definitivní".[96]

Mezi velmi malým počtem dlouhodobějších studií, zkoumajících faktory, které předpovídají minimálně pětileté vymizení záchvatů, je jedna, která zjistila, že začátek epilepsie před 16. rokem věku při nepřítomnosti známek mozkového poškození, tonicko-klonických křečí (grand mal) nebo abnormalit na elektroencefalogramu (EEG) ve smyslu hrotů a vln jsou všechno okolnosti, které přispívají k vývoji remise (vymizení příznaků choroby – pozn. překl.), ať už léky byly, či nebyly podávány.[97] (Neměli bychom ale opomenout, co říká David Chadwick, že u jiných forem epilepsie je situace zcela odlišná, jako například u juvenilní myoklonické epilepsie, kde pacienti se záchvaty grand mal (velké záchvaty charakterizované pádem, bezvědomím a křečemi celého těla – pozn. překl.) mají po vysazení léků velikou

pravděpodobnost návratu onemocnění. V této skupině mohou být léky proti epilepsii životně důležité.)

Jen velmi obtížně se dovídáme, zda léky, které se brzy nasadí, učiní v průběhu choroby nějaký rozdíl oproti neléčeným epilepsiím, protože ty se těžko vyhledávají. Ale ty studie, které již byly provedeny, naznačují, že léky nemají žádný vliv. V jedné z nich dospěla po 20 letech polovina skupiny, která nebyla léčena, k „remisi". To je stejná část jako u těch, kteří se dostali do remise po letech užívání léků.[98] Podobně i ve skupině pacientů z Afriky a dalších z Ekvádoru, jejichž léčba byla odložena, byl podíl šestiměsíční remise stejný jako u populací, které byly časně farmakologicky zajištěny.[99]

Nové materiály dokazují, že děti, které měly dosud první záchvat, na tom nejsou o nic hůře, když se jim jakákoli léčba odloží až do doby, než by se objevil další záchvat. Odložená léčba nesnižuje vyhlídky na zvládnutí pozdějších záchvatů a ani nezabraňuje případným remisím po dospění dítěte. Jediná výhoda okamžitého zahájení léčby je ta, že může oddálit další projevy, ale lékaři a rodiče, kteří na ni trvají po úplně prvním záchvatu, se nikdy nedozvědí, jestli to náhodou neměl být jen ten jediný.[100]

Spousta důkazů o časné léčbě naznačuje, že pacienti užívající léky se mohou skutečně zhoršit. V jednom sledování měli pacienti s epilepsií po poranění hlavy, kteří brali antiepileptikum fenytoin, více záchvatů než ti, kteří užívali placebo.[101] V nedávné italské studii, jež srovnávala pacienty na lécích s pacienty, kteří dostávali pouze cukrové pilulky, ačkoli o léčené skupině se předpokládalo, že má pouze poloviční riziko vzniku dalšího záchvatu, nebyl zdaleka žádný rozdíl mezi oběma skupinami ve smyslu trvání remise.[102]

Lékaři opravdu nemají dostatek informací, které by s jistotou podpořily oprávněnost časné léčby, zvláště když všechny léky na epilepsii s sebou přinášejí nemálo potenciálně smrtících účinků. Jedna poměrně nová studie říká, že vedlejší účinky byly tak závažné, že téměř čtvrtina pacientů na fenobarbitalu a 11 procent pacientů užívajících karbamazepin musela lék vysadit.[103] V úplně první klinické zkoušce, která měla stanovit bezpečnost antiepileptické léčby u dětí, muselo 9 procent dětí uži-

vajících na epilepsii fenobarbital od léčení upustit pro vážné vedlejší účinky. Vědci z King's College Hospital v Londýně zjistili podobný problém i u fenytoinu a nejméně 4 procenta dětí nepříznivě reagovala na valproat sodný nebo karbamazepin.[104]

Vskutku všechna antiepileptika jsou potenciálně životu nebezpečná; výrobce valpromidu (Epilim ve Velké Británii; Depakene nebo Depakote ve Spojených státech) (v České republice registrován jako Depamide nebo Diprozin – pozn. překl.) upozorňuje, že se již vyskytly případy úmrtí na selhání jater.

Právě to se stalo dvanáctileté Heleně Byeové, která dostávala Epilim – v době, kdy se ještě považoval za bezpečný. Její matka píše:

Během několika měsíců se mi začala ztrácet před očima. Hubla a měla halucinace. Nakonec jí začaly padat vlasy. Lékař byl přesvědčen, že je emočně rozhozená a zneužívá naší pozornosti.

Její stav se stále zhoršoval, až měla jen polovinu své normální váhy. Lékař si stále myslel, že je jen rozmazlené dítě, které má své bezmezně milující rodiče omotané kolem prstu.

Po osmi měsících začala blouznit a musela být neodkladně převezena do nemocnice. Zemřela po několika dnech, když vážila jen 20 kilogramů. Musela zemřít, aby jim dokázala, že je nemocná.

ANTIDEPRESIVA

Léčení pomocí léků je jako vrtošivá paní móda. Když se lékaři nadchnou pro novou látku, o které se zdá, že dělá divy v jedné oblasti, chtějí ji hned vyzkoušet na všechny choroby. Posledním zázrakem je „selektivní inhibitor vychytávání serotoninu", neboli 5-HT – aktivní sloučenina v léku známém jako Prozac.

Uvažuje se o tom, že jedna z příčin (nebo důsledků) deprese a sebevražedného chování jsou nízké hladiny chemické látky serotoninu v mozku, k čemuž dochází u lidí s malými koncentracemi cholesterolu v krvi. Prozac (neboli generickým názvem fluoxetin) zvyšuje dostupnost serotoninu v mozku; tento účinek je doplněn zpomalením průchodu tohoto neurohormonu do nervových buněk. Prozac je prodáván jako úžasné vylepšení starších „tricyklických antidepresiv", protože není sedativní, nezhoršuje myšlení nebo fyzickou aktivitu a je dostupný pro více pacientů se svým menším počtem vedlejších účinků.

Ve sdělovacích prostředcích byl Prozac přivítán na konci 80. let jako mezník v léčbě depresí, na který jsme dlouho čekali. Rychle se stal nejlépe prodávaným americkým antidepresivem a podle vyprodané publikace Listening to Prozac i nejprodávanější pilulkou štěstí.

Nadšenci již plánují, jak se použití tohoto typu léků rozšíří na léčbu obézních pacientů, pro nemocné rakovinou, kteří trpí nucením na zvracení po protirakovinové léčbě, pro lidi s nutkavým jednáním a dokonce i na PMS (premenstruační syndrom). K tomu nutno dodat, že lékaři diskutují i o možnosti jeho použití při odvykání kouření a léčbě závislosti na jiných lécích, protože existuje několik důkazů, že je to látka, která snižuje závislost (na rozdíl od Valia a dalších benzodiazepinů) tím, že v mozku stimuluje vznik pocitů libosti.

Nádherně vyvedené a vytištěné materiály o Prozacu lehce přehlížejí více než 100 soudních procesů, jimž musela čelit firma Ely Lilly a které se zabývaly případy pacientů, kteří tvrdili, že je Prozac přivedl k sebevražedným a vražedným myšlenkám a činům. V jednom případě pacient užívající Prozac zabil pět a zranil dalších dvanáct lidí na svém pracovišti. Jindy zase žena napadla svou matku, pokousala ji a vyrvala jí z těla 20 kusů svaloviny. Eli Lilly nyní dosáhla dohody s rodinami obětí, jež zabil a poranil Joseph Wesbecken, který se po Prozacu rozběsnil a začal střílet.[105]

Ačkoli Americký úřad pro potraviny a léky osvobodil Prozac od jeho souvislosti s násilím, nedávná studie přesto naznačuje, že ze všech typů antidepresiv je nejvyšší počet sebevražd hlášen právě u pacientů, kteří užívají inhibitory vychytávání serotoninu.[106]

Sama firma Eli Lilly na přebalu léku uvádí upozornění, že asi 10 až 15 procent pacientů z počátečních klinických zkoušek hlásilo úzkost a nespavost; 9 procent, především hubených pacientů, si stěžovalo na ztrátu váhy a nechutenství. Z jedné studie vyplývá, že 13 procent pacientů užívajících tento lék zhublo o více než 5 procent své původní váhy.[107] Jinými slovy, zhruba 1 z 10 pacientů si tímto lékem zakusí takové potíže, které se lékař pokouší léčit.

O Prozacu je též známo, že ovlivňuje téměř všechny soustavy organizmu, včetně nervové, trávicí, dýchací, srdečněcévní, svalové, kostní a močopohlavní, také kůži a její přídatky. Tyto vedlejší účinky zahrnují nejčastěji poruchy zraku, bušení srdce, mánii a hypománii (chorobně povznesenou náladu – pozn. překl.), třes, příznaky chřipky, poruchy srdečního rytmu, bolesti v zádech, vyrážky, pocení, nutkání na zvracení, průjem, bolesti břicha a ochabnutí zájmu o sex. Řidčeji se vyskytuje protispolečenské chování, dvojité vidění, poruchy paměti, šedý nebo zelený zákal, astma, artritis, osteoporóza, žaludeční krváceni, zánět ledvin a impotence. Prozac též může, třebaže vzácně, přivodit divoké sny, tělesný neklid, křeče, halucinace a euforii (příjemný stav tělesnéa duševní pohody – pozn. překl.).[108]

Ačkoli někteří nadšenci znají Prozac jako lék štěstí, bude asi brzy potřebovat novou přezdívku, protože se přišlo na to, že až třetině svých uživatelů způsobuje sexuální poruchy. Tak velké množství sexuálních problémů u lidí užívajících fluoxetin našel F. M. Jacobsen a píše o nich v přehlíženém vědeckém pojednání publikovaném v Journal of Clinical Psychiatry v roce 1992. Článek otištěný v tomtéž časopise o rok později zjistil podíl sexuálních poruch u lidí na Prozacu, který se vyšplhal až na 75 procent.[109]

MIGRÉNA

Použití inhibitorů vychytávání serotoninu se zkoumá kromě deprese snad u všeho – od snižování cholesterolu až po premenstruační tenzi. Sumatriptan, nazývaný též agonista 5-HT, je nový lék na migrénu, který by měl údajně stahovat rozšířené krevní cévy, nacházející se kolem mozku.

Chemicky je odvozen od 5-hydroxytryptaminu (serotoninu) a byl vyvinut poté, co vědci poopravili svůj názor na příčinu migrény. Doktor Frank Clifford-Rose z Charing Cross Hospital, který pomáhal koordinovat mnoho studií o sumatriptanu, říká, že migréna není spouštěna poruchou krevních cév v mozku, ale nyní se má spíše za to, že migréna je chorobou samotného nervového systému, při které serotonin sehrává klíčovou roli. Již dlouho je známo, že 5-HT způsobuje bolesti hlavy a experimenty prokázaly, že se 5-HT uvolňuje během záchvatů migrény.

Glaxo byla první farmaceutickou firmou, která přišla s lékem, který je chemicky podobný 5-HT, ale o kterém se předpokládá, že selektivně blokuje mozkové receptory tohoto hormonu. Podaří se mu stáhnout krevní cévy v mozku, aniž by ovlivnil až 15 dalších 5-HT receptorů, které přispívají ke srážení krve, činnosti plic a zažívacího systému.

Po množství studií ukazujících velice slibné výsledky Glaxo v roce 1991 nadšeně uvedlo sumatriptan jako „revoluci v akutní terapii migrény". Z 1 600 pacientů jich 81–86 procent hlásilo, že během dvou hodin jim bolest hlavy odezněla nebo se zmírnila na únosnou míru.[110]

Jen co dozněly hlučné fanfáry, už se začíná medicína stahovat, protože přibývá zpráv, že pacienti užívající tento lék pouze mění jeden zdravotní problém na druhý. Přinejmenším 5 procent pacientů užívajících sumatriptan má bolesti na hrudi. Vždy se předpokládalo, že bolest na hrudi musí souviset se srdcem, protože látka působí na krevní cévy. Nové důkazy však ukazují, že bolest může mít svůj původ v jícnu (trubici spojující ústa s žaludkem).[111] Výsledky jedné studie pacientů užívajících sumatriptan neprokázaly žádné změny na elektrokardiogramu, ale zato se signifikantně zvětšily stahy jícnu. Pětina pacientů zahrnutých ve studii měla bolest na hrudi, která trvala od dvou do 45 minut, ale nepřišlo se na žádný vztah mezi časem nástupu bolesti a abnormálním záznamem pohybů jícnu.

Na výsledky této studie se musíme dívat opatrně, především proto, že změny byly pozorovány pouze po podání trojnásobku normálního množství léku. Po užívání standardní

terapeutické dávky sumatriptanu se však ukázaly změny v krvi: krevní tlak v plicích stoupl o 40 procent a v aortě o 20 procent, což by mohlo znamenat, že pocit napětí na hrudi vychází z cév v plicích nebo v hrudní stěně, a ne z jícnu.[112] Ve vzácnějších případech dochází u lidí na sumatriptanu ke stahování srdečních tepen.[113] Je zde i malé riziko zhoršeného přítoku krve k srdci:[114] angiografie pacientů užívajících sumatriptan ukazují, že lék skutečně zužuje tepny.[115] Jedna žena bez jakékoli předchozí anamnézy cévního onemocnění dostala srdeční infarkt poté, co si nechala píchnout injekci sumatriptanu,[116] a nejméně u dvou pacientů vznikla závažná porucha srdečního rytmu.[117] U některých pacientů se tlak na hrudi a bolest šířily do levé paže a do hlavy po způsobu anginy pectoris.[118]

Dalším problémem sumatriptanu je možnost navrácení migrény v rámci takzvaného rebound fenoménu, který u pacientů způsobuje zvýšenou závislost na léku. Gothenburgská klinika migrény ve Švédsku zjistila, že více než polovině pacientů, kterým byl podáván sumatriptan v injekci, se migrény opakovaly během 5 až 10 hodin po téměř každém léčeném záchvatu. V další studii zase skoro všichni pacienti měli bolesti hlavy příští den.[119]

V Německu dosáhla skupina pacientů po průměrně devíti měsících léčení bodu, kdy museli lék užívat téměř každý den, aby zabránili opakování bolesti hlavy. Jeden člověk, který míval migrénu jednou měsíčně, ji začal mít po nasazení sumatriptanu každé ráno.[120]

Glaxo popírá existenci jakýchkoli důkazů o závislosti na léku a poukazuje na to, že je odsouhlasen pouze pro krátkodobou, přerušovanou léčbu akutních záchvatů migrény, a ne pro každodenní prevenci.

Na Gothenburgské klinice mělo až 70 procent pacientů zkušenosti s jedním i více vedlejšími účinky, včetně bolesti krční páteře, bolesti na hrudi, únavy, mravenčení a reakcí v místě vpichu. Orální forma může též způsobit nucení na zvracení a až zvracení.

Vedle tohoto množství nežádoucích účinků visí otazník i nad skutečnou účinností sumatriptanu v době potřeby. Ačkoli po třech léčebných podáních příznivě reagovalo téměř 90

procent pacientů, v případě jednoho záchvatu to bylo podle několika studií již jen asi 50–60 procent.

LÉKY PRO HYPERAKTIVNÍ DĚTI

Ritalin (methylphenidat) je dalším americkým zázračným lékem, který užívá skoro milion dětí ve Spojených státech na zvládnutí hyperaktivity a poruch pozornosti (ADD – zkratka z anglického attention deficit disorder). Až 12 procentům všech amerických hochů ve věku od 6 do 14 let je předepisován Ritalin na léčení celé škály poruch chování. V roce 1990 dosáhla celosvětová produkce této látky skoro tři tuny; již o čtyři roky později dosáhlo toto číslo neuvěřitelného trojnásobku. Asi 90 procent z celkového počtu receptů bylo napsáno pro americké děti. Až donedávna se rodiče v Británii většinou Ritalinu bránili, ale současná pozornost sdělovacích prostředků se soustředí na to, že lék může ve srovnání s omezující dietou, která se zkouší na zvládání hyperaktivity, „uvolnit" kapacitu dítěte. A to navzdory faktu, že v mnoha případech je lék podán dítěti ještě předtím, než se ukáže, že by mu mohl nějak prospět. Tým vědců z Mezinárodního výboru pro kontrolu narkotik při OSN prošetřil dokumentaci téměř 400 dětských lékařů, kteří předepisovali Ritalin, a zjistil, že polovina dětí, kterým byla stanovena diagnóza poruchy pozornosti, neprošla před naordinováním léku žádným psychologicko-pedagogickým testováním. OSN uzavřela, že frustrovaní rodiče nebo vychovatelé a lékaři jsou ochotni velice snadno přilepit na celou řadu problémů s chováním nálepku ADD.[122]

Propagátoři Ritalinu vysvětlují účinek Ritalinu tak, že tato látka, amfetamin (nejde o amfetamin, ale o látku ze skupiny léků podobných amfetaminu – pozn. překl.), upravuje biochemickou nerovnováhu v mozku. Nejenže pro tento názor neexistuje žádný doklad, ale nemáme ani důkaz, že by byl Ritalin schopen vyvolat nějaké trvalejší změny. Jak Ciba (výrobce) připouští, nejsou k dispozici žádné dlouhodobé studie o bezpečnosti nebo účinnosti Ritalinu.[123] Kromě toho se v Americké učebnici psychiatrie píše, že 75procentní zlepšení po Ritalinu ve srovnání s 40pro-

centní odpovídavosti na placebo naznačuje, že polovina reakcí na Ritalin může být čistě sugestivního původu.[124]

Co víme s jistotou, je to, že zpomaluje růst. činí děti náchylnějšími k epileptickým záchvatům, způsobuje poruchy zraku, nervozitu, nespavost, nechutenství a toxickou psychózu. Za připomenutí stojí, že tato látka patří do II. třídy v kategorii kontrolovaných substancí, ve které jsou barbituráty, morfin a další s vysokou možností vzniku návyku nebo zneužívání. Na děti mají svrchu uvedené látky údajně paradoxní účinek, kdy je uklidňují, ale často se tento vliv střídá. Děti jsou přes den utlumené, ale v noci jsou stimulované a nemohou spát. Údaje o Ritalinu v americkém Physician's Desk Reference obsahují upozornění o lékové závislosti a psychotických epizodách: „Po vysazení léku je nezbytný pečlivý dohled, neboť může být demaskována těžká deprese stejně jako následky chronické hyperaktivity." Byly hlášeny početné případy sebevražd po vysazení. Jedna studie ukázala, že děti léčené samotnými stimulancii (kdy se k lékům nepřidalo psychologické poradenství) měly více záznamů v rejstříku trestů a byly s větší pravděpodobností institucionalizovány.[125]

Peter Breggin, autor knihy Toxic Psychiatry (Fontana), upozorňuje, že dlouhodobé užívání Ritalinu způsobuje podrážděnost a hyperaktivitu – přesně tytéž problémy, které má tento lék léčit.[126] U více než poloviny z 24 dospělých léčených psychostimulancii se očividně vyvinula atrofie mozku.[127] Z jiné studie, provedené v Johannesburgu, vychází, že ze 14 dětí na lék odpovídaly pouze dvě. Jedno dítě se lehce zhoršilo a jedno se zhoršilo výrazně.

CHEMOTERAPIE

Jestliže antibiotika a steroidy jsou Shermanovy tanky lékařské chemické války, pak protinádorová chemoterapie je nukleární hlavice. Žádná jiná nemoc není předmětem tak rafinovaných kombinací chemikálií, jaké byly vymyšleny na léčení rakoviny.

Chemoterapie byla poprvé pro léčbu zhoubných nádorů navržena přímo po druhé světové válce, kdy zkoumání yperitu

prokázalo jeho schopnost zabíjet živé buňky, především ty, které se rychle dělí, tedy buňky, které jsou ve střevech, kostní dřeni a lymfatickém systému. Lékaři brzy přišli s myšlenkou, že by mohli použít yperit ke zničení rakoviny, která je tvořena vůbec nejrychleji se dělícími buňkami ze všech. Mnoho látek, které nyní užíváme, jsou blízcí příbuzní yperitu – není tedy divu, že jsou tak toxické.[128]

Na počátku 70. let medicína objevila, že určité vzácnější nádory reagují na chemoterapii a výsledkem by mohlo být prodloužení života pacienta. Jde o kombinace léků na Hodgkinovu chorobu, určité nehodgkinské lymfomy, některé tumory ze zárodečných buněk, rakovinu varlat a jisté nádory dětí, jako je Wilmsův nádor, akutní lymfatická leukémie a choriokarcinom, při kterém se buňky plodu přemění v buňky rakovinné a ohrožují život matky.

Po 25 letech však můžeme bezpečně říci, že od dob amerického prezidenta Richarda Nixona, který v roce 1971 vyhlásil „Válku rakovině", nedošlo k naprosto žádnému pokroku. Zhoubné nádory, které byly nevyléčitelné tehdy, nejsou vyléčitelné ani dnes. Skromné úspěchy dnešní chemoterapie jsou téměř totožné s tehdejšími.[129] Od té doby všechny ty miliardy dolarů, které spolkl výzkum rakoviny, neovlivnily přežívání ani trochu. *U většiny z nejčastějších současných solidních tumorů, těch, které jsou z 90 procent příčinou úmrtí na rakovinu – prsu, většiny plicních, střev a konečníku, kůže, jater, slinivky břišní a žlučníku –, nebylo dokázáno, že by chemoterapie s sebou přinášela něco dobrého.*[130]

Zdá se, že po chirurgickém odstranění nádoru zlepšuje podávání chemoterapie jen tak „pro případ", aby se zabily jakési „utajené" hloučky buněk, vyhlídky na přežití u určitých skupin pacientů s rakovinou prsu, tlustého střeva a plic. Předpokládá se, že návratnost choroby je snížena o třetinu a zlepšuje se přežívání.[131]

Tyto zkušenosti jsou však pouze empirické (tedy založené pouze na pozorování, nevycházejí z vědeckých studií). Je velmi pravděpodobné, že na přežívání pacientů měly vliv ještě další faktory. Z jednoho z mála přehledů všech studií srovnávajících chemoterapii s jinými formami léčení vyplývá, že

chemoterapie u žen s rakovinou prsu starších 50 let nepřinesla lepší výsledky než samotný tamoxifen.[132]

Je dokázáno, že chemoterapie prodlužuje život u pacientů s rakovinou vaječníků a malobuněčným karcinomem plic, nehodgkinskými lymfomy se střední a vysokou malignitou a s lokalizovaným nádorem tenkého střeva – ačkoli i zde máme stín pochybností.[133] Někdy přináší chemoterapie zisk veliký, jako třeba u karcinomu vaječníků, kde se ukázalo, že může prodloužit životy pacientek o celé roky. Častěji je účinek mírný a například u pacientů s rakovinou plic zvyšuje přežívání jen o několik měsíců.[134]

Problém je také v tom, že onkologové definují „vyléčení" a „odpověď" jinak, než jak byste to chápali vy nebo já. Hlavní rozdíl je v tom, že lékaři již vidí v „odpovědi" – tedy zmenšení tumoru – měřítko úspěchu, aniž by brali v úvahu vliv na přežívání nebo zlepšení kvality života. Doktor Ralph Moss, bývalý zaměstnanec prestižního Sloan-Kettering Institute, věnoval svou celoživotní práci zkoumání vědeckých důkazů ortodoxní a alternativní protinádorové léčby. Zmiňuje se o učebnici medicíny, ve které vědci z vrcholného Národního institutu pro rakovinu (NCI) říkají, že u většiny druhů rakoviny pacienti zpočátku obvykle na léčbu reagují. Ale pouze u tří forem nádorů – vaječníků, malobuněčného plicního a u akutní nelymfocytární leukémie – přežívá aspoň trochu znatelné procento bez nemoci, a i tak tento podíl reprezentuje v nejlepším případě méně než šestinu celé skupiny pacientů. U všech ostatních typů rakoviny je přežívání bez nemoci velmi vzácné.[135]

Významný výrobce chemoterapeutik, firma Bristol Myers, přiznává, že jenom 11 procent pacientů léčených carboplatinou a 15 procent cisplatinou na tyto léky kompletně odpovídá; období bez nemoci trvají v průměru asi rok a obě skupiny pacientů přežívají přibližně dva roky. A to se týká dvou hlavních léků podávaných primárně u rakoviny vaječníků, což je jeden z nádorů, který na chemoterapii nejvíce reaguje![136]

Ve většině studií nebyla nejdůležitější otázka ze všech – *Ponůže vám chemo žít déle, než byste žili, kdybyste tuto léčbu nepodstoupili? – nikdy odpovězena!* Americký Úřad pro

potraviny a léky nyní ve spěchu, aby bylo vidět, že s rakovinou něco dělá, oficiálně schválil, aby byly nové léky na rakovinu rychle uvolňovány na trh. Stačí jen, že se ukáže, že zmenšují tumory. Není třeba prokazovat jejich účinek na prodlužování života pacientů s rakovinou.[137]

Nic z toho byste se nikdy nedověděli, kdybyste mluvili s běžným onkologem. Většina by hovořila o velkém pokroku v chemoterapii, o nových lécích, nových protokolech (to znamená lékových kombinacích). Určitá hranice je těmto zoufalým léčebným metodám vymezena používaným jazykem – „záchranné" léčby a „zachraňující" operace – a též typem léčby, ke které se lékaři uchýlí. Ty nejnovější se nazývají „záchrannými", protože vás vytáhnou z pokraje smrti. Lékaři odeberou kosmí dřeň od pacienta předtím, než zahájí jeho léčení, a pak aplikují vysoké dávky chemoterapie v naději, že replantace (opětovné nasazení – pozn. překl.) kostní dřeně nějak pacienta „zachrání" před smrtí způsobenou léky! Jiní badatelé experimentují ve zkumavkách s rostoucími imunitními buňkami v poslední snaze obnovit krvetvorbu u pacientů, kteří se podrobili vražedně vysokým dávkám chemoterapie.

Nedávno se jeden lékař vrátil z pitvy s pyšným prohlášením, že jeho pacient, který měl rakovinu rozesetou po celém těle, zemřel nakonec „bez nádoru". Nezmínil se už o tom, že to bylo plicní onemocnění, navozené chemoterapií, které ho zabilo.

V onkologii se více vždy považuje za lépe. Po úspěchu kvarteta protinádorových léků a steroidů u Hodgkinovy choroby aplikuje medicína tuto kombinaci na mnoho jiných typů rakoviny, i když nejsou žádné důkazy, že by mohla vůbec nějak pomoci. Nezdá se, že by u mnoha forem nádorů bylo užívání více léků najednou účinnější, než jen jedna látka, která má daleko méně vedlejších účinků. Jedna z nejlepších studií svého druhu, o které bylo referováno na setkání amerických klinických onkologů v Dallasu, přinesla poznatek, že dvojitá dávka chemoterapie podávaná pacientkám s nádorem prsu není o nic účinnější než standardní dávkování.[138]

Ale i když medicína připouští, že tyto léky nemají šanci někoho vyléčit, přesto je chemoterapie podávaná jako léčba

paliativní (to znamená, že má zlepšit dobu, po kterou bude pacient ještě žít). Tento argument samozřejmě ignoruje ty strašlivé účinky chemoterapie, o kterých se dá jen stěží říci, že zvýší kvalitu života.

Jedno z nejběžněji užívaných protinádorových chemoterapeutik je cyklofosfamid, který je příbuzný yperitu. Může způsobit nucení na zvracení, zvracení, padání vlasů a nechutenství, poškodit krev, srdce a plíce. Další lék, cisplatina (Platinol) (u nás registrován jako Cisplatyl, Platidiam a Platinex – pozn. překl.), vyráběný z těžkého kovu platiny, poškozuje nervy, ledviny a sluch a způsobuje epileptické záchvaty. Může přivodit až hluchotu, nezvratnou ztrátu pohybových schopností, supresi kostní dřeně, anémii a slepotu.

Mechloretamin, analog yperitu („M" z kombinace MOPP, standardního protokolu pro léčbu Hodgkinovy choroby), je tak toxický, že ti, kteří lék podávají, si musí nasadit gumové rukavice a vyhnout se jejímu vdechnutí! (Tato opatření jsou naprosto nezbytná při přípravě a podávání jakéhokoli protinádorového léku. V tomto případě jde spíš o to, že mechloretamin se již užívá omezeně. – pozn. překl.) Nejobávanější komplikací je mucositis (neboli zánět sliznic, především trávicího traktu a úst), která může vést k infekci ohrožující život.[139] Jednotlivé protinádorové léky mohou způsobit srdeční potíže, zničit žlučovody, mohou být příčinou kostní nekrózy, zastavit růst, přivodit neplodnost, snížit počet bílých a červených krvinek a vést k poruše vstřebávání laktózy.

Má-li pacient dost štěstí a patří k těm z mála, komu chemoterapie skutečně úspěšně nemoc vyléčí, má vysokou pravděpodobnost, že o mnoho let později dostane rakovinu ještě horší. Byla provedena studie, ve které například třetina žen léčených v dětství pro Hodgkinovu chorobu skončila ve 40 letech s rakovinou prsu. Riziko je nejméně třikrát větší než mezi běžnou populací.[140] Dospělí, kteří jako děti dostávali chemo, mají také riziko kostních nádorů. K tomu dodejme, že asi 13 000 dětí, které přežily zhoubné onemocnění o tři roky, se pak staly obětí nádoru kostí.[141] Užitím chemoterapie k léčení rakoviny může člověk, který přežije, vyměnit později jeden typ rakoviny za druhý, daleko vražednější.

Než vám lékař napíše recept na jakýkoli lék, je dobré si nejprve prověřit, jestli vaše potíže nejsou způsobeny jiným lékem. Podle Skupiny pro zdravotnický výzkum, americké nátlakové organizace založené zastáncem spotřebitelů Ralphem Naderem, může 15 druhů léků přivodit depresi: barbituráty, trankvilizéry, beta-blokátory, léky na srdce (především ty, které obsahují reserpin), včetně těch, které se používají k léčbě poruch srdečního rytmu, léky na žaludeční vředy, proti vysokému krevnímu tlaku, kortikosteroidy, antiparkinsonika, amfetamin, analgetika, léky na artritidu, antiepileptika, antibiotika, léky na výhřez meziobratlových plotének nebo alkoholismus. Máte-li pocit, že vám deprese začala, zrovna když jste začali užívat nový lék, uvažujte v souvislosti s její příčinou nejprve o něm.

Bohužel v příliš mnoha případech se léky navozená deprese léčí antidepresivy, které mohou reagovat s původním lékem a způsobit další fyzické nebo psychické problémy. Jediným řešením tohoto typu deprese je přestat nebo postupně vysadit původní lék, anebo, je-li to absolutně nezbytné, vyměnit ho za podobně působící lék, který nepřivodí depresi.

LÉKY NA LÉČENÍ VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ

Tak obrovský počet léků, které způsobují tolik nemocí, už medicínu nutí zaobírat se tím, jak bojovat proti nežádoucím účinkům lékařského „léčení". Už máme i léky proti nutkání na zvracení po chemoterapii a léky působící proti strašným vedlejším účinkům léčiv používaných po transplantacích. Zantac neboli ranitidin je jeden z rodiny léků zvaných antagonisté histaminových H2 receptorů. Působí blokádou H2 nervových receptorů v žaludku, ve kterém histamin obvykle stimuluje produkci žaludeční kyseliny. H2 blokátory tlumením této činnosti snižují jak množství žaludeční kyseliny v žaludku, tak i obsah pepsinu. Působí i proti hormonu, který se jmenuje gastrin a který vzniká v žaludku, aby povzbuzoval produkci žaludečních šťáv. Lék je relativně dlouhodobě účinný a potla-

čuje sekreci žaludeční kyseliny v rozpětí až 12 hodin. Glaxo Laboratories tvrdí, že ve většině případů „k vyhojení dojde do čtyř týdnů", nebo u těch, kteří z počátku nereagují, za další čtyři týdny.

Léky, jako je Zantac, udržují žaludeční vředy po NSAID při životě. Nedávno se zjistilo, že většina vředů je způsobena bakterií Helicobacter pylori a může být vyléčena jedinou kúrou vysokých dávek antibiotik. Díky vředům byl Zantac nejlépe prodávaným lékem na světě. Mezník v podobě H. pylori může ohrozit obrovský finanční tok k výrobcům protivředových léků, jako je Glaxo, kteří se spoléhají na stálý zástup pacientů, užívajících Zantac po neomezenou dobu jako „udržovací terapii". V důsledku toho firmy hledají nové uplatnění prodlouhodobé užívání léku, jenž je jeden z nejvýnosnějších zdrojů peněz všech dob.

Poslední dobou začalo Glaxo inzerovat Zantac speciálně pro pacienty užívající NSAID jako preventivní opatření proti vředům. (Pro vyléčení již přítomných vředů vyvolaných NSAID svědčí ale již méně přesvědčivé důkazy. Z jedné studie vyplývá, že po čtyřech týdnech se vyhojila necelá třetina pacientů na NSAID; po osmi týdnech asi tak polovina.)[42]

Problémem preventivního užívání H2 blokátorů je to, že je pacienti musí brát dlouho (stejně jako NSAID) a riskovat jeden či více potenciálních vedlejších účinků: bolesti hlavy (často kruté), nespavost, závratě, deprese, halucinace, zamlžené vidění, nepravidelný tep, pankreatitidu (zánět slinivky břišní), průjem, nucení na zvracení a zvracení, bolesti břicha, hepatitidu a další poškození jater – dokonce i smrt. Dále to jsou změny v počtu krvinek (obvykle se navrací k normě); byly hlášeny vzácné případy agranulocytózy (těžké krevní poškození), stejně jako se příležitostně vyskytne impotence, vypadávání vlasů a anafylaktický šok. Užívání H2 antagonistů může maskovat varovné příznaky rakoviny žaludku, a tak oddálit diagnózu. Jsem zvědavá, jak dlouho bude trvat, než se vymyslí další lék, který bude působit proti účinkům léku, který se užívá proti nežádoucím účinkům toho úplně prvního léku.

SEZNAM LÉKŮ

Stejně jako u lékařských testů, je i u léků velice důležité zjistit si o nich co nejvíce ještě předtím, než začnete jakýkoli z nich užívat – skutečně více, nežo nich ví dokonce i váš lékař. Každý lék, který se dostane ve Velké Británii na trh, je opatřen příbalovým letákem, který o něm přináší ve stručnosti základní informace, v jakých případech by se měl či neměl užívat a jeho vedlejší účinky. Všechny tyto informace jsou shrnuty v publikaci nazvané Data Sheet Compendium (u nás Remedia Compendium – pozn. překl.), (viz níže).[43]

Informace o lécích můžete též získat z časopisu MIMS, lékové bible většiny lékařů (ačkoli cena jednoho výtisku je vysoká).

Když jste si již vše o léku, který málékař v úmyslu vám dát (a pokud máte mít pouze jedno ambulantní vyšetření, požádejte o příbalový leták k léku přímo hned a v ordinaci), prostudovali, zeptejte se svého lékaře na následující věci:

- **Jsou pro léčení mých potíží skutečně nezbytné léky?** Mnoho stavů, jako je premenstruační tenze nebo deprese po smrti blízkého, může být léčeno dietou nebo láskyplnou pozorností přátel a příbuzných. Nově se na celou věc díváme tak, že lidé trpící velkým smutkem si tím, že se postaví k problémům zpříma a začnou je řešit, pomohou stejně tak dobře jako užíváním antidepresiv. Jestliže vás lékař nepřesvědčí, že se váš stav rozhodně zhorší, proč si zavádět látku, která může představovat celou novou sérii problémů?
- **Co se stane, když nebudu lék užívat?**
- **Jaký přínos mohu od tohoto léku očekávat? Jakým způsobem se toho dosáhne? Jak budete sledovat užívání léku? Odlišují se vaše pokyny od těch, které jsou uvedeny na letáku?**

- **Jakému druhu léků nebo látek (včetně volně prodejných léků, jídla a alkoholu) bych se měl při užívání tohoto léku vyhnout?**
- **S jakými dalšími léky tento lék nebezpečně reaguje?** Ačkoli lék samotný může přinášet pouze malé riziko, v kombinaci s dalším lékem se může riziko i stupeň toxicity zněkolikanásobit.
- **Jaké jsou známé vedlejší účinky léku, hlášené výrobcem?** (Nespokojujte se s neurčitým ujišťováním svého lékaře; jestliže vám nemůže dát příbalový leták, vyžadujte veškeré informace, které vyčetl z MIMS.)
- **Jaké jsou v lékařské literatuře poslední zprávy o vedlejších účincích léku?** Časopisy jako *The Lancet* publikují nové studie, které stále ukazují, že rizika určitých léků jsou daleko vyšší, než si výrobce původně myslel. Jestliže váš lékař nevl, běžte do vědecké knihovny. Většina velkých vědeckých knihoven vlastní americký *Physician's Desk Reference* nebo *Data Sheet Compendium*. Lékařské oddělení British Library vlastní oba. Další mužnosti je průzkum v Medline, počítačové verzi *Cumulated Index Medicus*, tedy souhrnu většiny vědeckých studií provedených o většině léčebných metod. Jestliže knihovna nemá Medline, bude mít pravděpodobně *Index Medicus* samotný, nepraktický soubor svazků, který zaplní skoro celý regál. Jinak navštivte větší prodejnu s lékařskou literaturou. Mnoho užitečných knih o lécích můžete najít i v obyčejných knihkupectvích. Nejlepším zdrojem zevrubných informací o vedlejších účincích léků je pro vás vlastní výtisk amerického Physician's Desk Reference. Zjistěte si v nějakém větším knihkupectví s lékařskou literaturou, jako je třeba knihkupectví Britské lékařské společnosti v Londýně, jestli by vám ho nemohli objednat.
- **Mohu přerušit užívání dalších léků, které v současné době beru?** Americká Skupina pro zdravotnický výzkum navrhuje, že pokud užíváte jiné léky, máte si sjednat se svým lékařem „Sezení nad hnědým sáčkem"

– to znamená, že si máte dát všechny své léky (i ty, co se volně prodávají) do hnědého sáčku a vzít je do ordinace, abyste mohli společně určit, jestli některý z nich nekomplikuje účinky léků jiných. (Stejný účel splní i to, když si vypíšete seznam všech léků včetně frekvence a denní doby jejich užívání – abyste nepopletli, co všechno užíváte).

- **Za jakých podmínek a jak bych měl přestat lék užívat, pakliže si všimnu určitých vedlejších účinků? Jaké typy testů jsou k dispozici pro sledování reakcí na lék?**
- **Jestliže si nepřeji tento lék brát, jaké jiné možné léčebné postupy by u mě přicházely v úvahu?** V tomto případě byste měli jemně svého lékaře podnítit, aby vám vyjmenoval všechny možnosti, o kterých slyšel, a ne aby vám předložil jen své názory. Mnoho lékařů vám řekne, že prostě nefarmakologickým metodám léčení nevěří – ale ve skutečnosti jen velmi málo lékařů o nich něco ví.

Jestliže toto všechno selže, spojte se s americkým Úřadem pro potraviny a léky. Každý na světě má zásluhou amerického Zákona o volném přístupu k informacím právo získat znalosti o lécích, povolených FDA. Napište na níže uvedenou adresu dopis a požádejte si o Summary Basis of Approval (SBA) (Souhrnný výtah ze schvalovacího řízení) o léku, který máte na mysli (dejte pozor, abyste si zjistili generický název, a je-li to možné, uveďte na prvním místě jméno amerického druhu, protože názvy léků se mohou na obou stranách Atlantiku lišit). SBA vám poskytne podrobný souhrn informací, včetně výsledků klinických studií, které mají vliv na rozhodování FDA při schvalování léku. Požádejte též o Adverse Drug Reactions (ADRs) (Nežádoucí polékové reakce) – neověřené zprávy o jakýchkoli hlášených vedlejších účincích – a o záznamy z MedWatch (nové databáze o polékových reakcích, kterou nedávno vytvořila FDA). Nakonec si vyžádejte i nějaké posudky nebo zhodnocení ADRs, které dávají všechny ty izolované zprávy o reakcích do souvislostí. (Nezapomeňte, že

americké léky mohou dostat povolení v dávkách, které se odlišují od praxe v Británii, a mohou získat licenci i pro léčení jiných stavů.)

Za tento požadavek budete platit 3 dolary (asi 2 libry); prvních 100 okopírovaných stránek a první dvě hodiny práce jsou bezplatné a potom vám bude účtováno 10 centů (7 pencí) za stranu okopírovaného materiálu a poplatek 13–46 dolarů (8 až 30 liber) za hodinu vyhledávání v závislosti na stupni vzdělání osoby, kterou si příslušný průzkum vyžaduje. (Ve svém dopise můžete poprosit o odhad, kolik asi za vyhledávání zaplatíte.)

Adresa:
Food and Drug Administration
Freedom of Information Office
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857

Odpověď musíte dostat do 10 dnů, i kdyby vám měli jenom oznámit, že se na vašem požadavku již pracuje.

ZÁZRAČNÉ LÉKY

Zázračné léky dělají potíže tím, že mezi lidmi pěstují dojem, že medicína může a vždy by měla činit divy, i když jde jen o běžné problémy. Zapomíná se na cenu, kterou platíme vždy, když si tak absolutně zahráváme s matkou přírodou.

Mnoho lehčích onemocnění se zahojí samo od sebe. Když byla má dcera malá a já ji ještě kojila, měla jsem párkrát těžký zánět prsu. Zavolala jsem do nemocnice a přesvědčila svého lékaře, který obvykle tento problém řeší antibiotiky, že chci 24 hodin počkat, aby se vidělo, co se stane. Během té doby (a při všech následujících příležitostech) jsem postižená prsa koupala v horké vodě. Dcera jako by moji bolest vycítila a ze zaníceného prsu pila více. Příští den se vše navrátilo k normě.

Kromě mimořádných situací, ve kterých ortodoxní medicína uplatní své skutečné schopnosti svou vynikající moderní technikou, jsou pro léčení – a často vyléčení – většiny zdravotních problémů vždy lepší daleko méně agresivní způsoby. A pro většinu těchto neortodoxních metod existuje stejně tolik, ne-li více vědeckých důkazů úspěšnosti než pro tradičně uznávanou „vyzkoušenou a otestovanou" konvenční cestu. U artritidy, astmatu, ekzému, vysokého krevního tlaku, hyperaktivity a migrény máme spolehlivě dosvědčeno, že mají ve většině případů co dělat s potravinovými alergiemi a nedostatky ve výživě. Vypátráme-li tyto faktory, můžeme těmto stavům ulevit a někdy je i zcela vyléčit.[144] Dokonce i o duševním onemocnění, jako je třeba deprese, se ukázalo, že odpovídá na léčbu výživou.[145] U epilepsie bylo dosaženo při potlačování záchvatů velkého pokroku používáním diety s vysokým obsahem tuku i v tak ortodoxním lékařském centru, jako je Johns Hopkins Medical Center v Baltimoru ve státu Maryland. V přehledu 58 případů se podařilo snížit počet záchvatů u dvou třetin pacientů.[146] Někteří vědci spekulují, že příjem velkého množství tuku pomáhá opravovat nervové myelinové obaly.

Ačkoli se zdá, že veškeré úsilí věnované léčbě rakoviny je zbytečné, byl u mnoha alternativních metod několikrát vědecky dokázán jistý úspěch – určitě častěji než u chemoterapie či ozařování.[147] Prosté a samotné chirurgické odstranění tumoru bez následovné preventivní chemoterapie či radiace je v podstatě u určitých časných nádorů léčebnou metodou volby.[148]

9

Zubní lékařství:

NEŠKODNÉ AŽ DO DOBY, NEŽ SE UKÁŽE, ŽE JE NEBEZPEČNÉ

CO BYSTE ŘEKLI TOMU, kdybyste slyšeli, že si lékaři vybrali jednu z nejjedovatějších látek, kterou člověk zná, neobtěžovali se ji vyzkoušet, pak ji nastálo vkládali do vašeho těla a ustavičně trvali na tom, že neexistuje žádné nebezpečí a že vám to nemůže uškodit?

AMALGÁMOVÉ VÝPLNĚ

Americká stomatologická společnost nepřestává hájit názor, vyslovený v roce 1984, že „pokud se rtuť zkombinuje s kovy, používanými v zubním amalgámu, tak se její toxické vlastnosti zruší." Shodný postoj zaujímá Britská stomatologická společnost. Je to ale stanovisko, které je postavené na zvrácené logice: amalgámové výplně (plomby) jsou bezpečné, protože nejsou žádné důkazy, které by nevývratně prokazovaly opak.

Ačkoli naše výplně označujeme jako „stříbrné" nebo rtuťové, je amalgám ve skutečnosti tvořen přibližně z 52 procent rtutí a zbytek je měď, cín, stříbro a zinek. Amalgám, což doslo-

va znamená „smíchán s rtutí", byl jako zubní výplň objeven na konci 19. století jako levná sloučenina, která měla nahradit zlato, jež bylo velice drahé, a olovo, které bylo považováno za velice nebezpečné. V roce 1819 byl zaveden v Británii a v Americe na konci 20. let minulého století. Tehdejší americká společnost zubařů, Národní společnost zubních lékařů (ADS), dlouho diskutovala o tom, zda mají rtuťnaté, amalgámové výplně používat. Společnost vystoupila proti rtuti a prohlásila, že by se měla vyřadit. Ale amalgám byl proti ostatním materiálům té doby o tolik levnější, že se stal výplní volby, především u zubařů, jejichž pacienti byli chudí, a navíc byl povýšen na politický problém – plombu si může dovolit každý. Většina zubařů se rozhodla ignorovat varování a známou toxicitu rtuti a argumentovala tím, že ti, kteří si oblíbili zlato, to dělají čistě z finančních důvodů a odmítají poskytnout lékařskou pomoc pacientům s nízkými příjmy. Do roku 1840 se ADS zcela vyčerpala rozprouděným zuřícím bojem kolem amalgámu a poté byla rozpuštěna.[1]

Téměř o 60 let později byla založena nová společnost zubařů, Americká stomatologická společnost (ADA), která označila rtuť v amalgámech za bezpečnou – přijala stanovisko, které ADA zastává dodnes. Doktor Murray J. Vimy, mimořádný klinický profesor katedry medicíny na University of Calgary v Kanadě, který věnoval 15 let výzkumu vlivů amalgámu, celý problém vystihl tak, že amalgám proklouzl trhlinou v bezpečnostních opatřeních, protože se používá již velmi dlouho. O lécích nebo látkách, které se staly předobrazem pro vznik regulačních orgánů, jako je americký Úřad pro potraviny a léky, se říká, že by byly „odloženy do starého železa", kdyby se začaly užívat až v době, kdy probíhalo bezpečnostní testování. „Kdybychom znalosti, které máme o účincích amalgámových výplní, předložili před Úřad pro potraviny a léky dnes, tak by tyto plomby nebylo dovoleno používat, protože by neprošly ani požadovanými testy na zvířatech, natož aby obstály ve zkouškách na lidech," říká doktor Vimy a odkazuje tím na pokusy na zvířatech, které v současné době FDA požaduje.[2]

V roce 1993 vydala americká Veřejná zdravotní služba zprávu zabývající se bezpečností zubních amalgámů. Zpráva připouští, že malá množství rtuťových par se uvolňují z plomb a mohou být vstřebávána do organizmu a že mohou vyvolat u úzce omezené skupiny alergických jedinců nepatrnou reakci. Nicméně uzavírá, že „nemáme dostatek důkazů pro to, že by bylo amalgámem ohroženo zdraví převážné většiny lidí ani že by odstranění amalgámových plomb mělo na zdravotní stav nějaký příznivý vliv."[3]

Stanovisko amerického Úřadu pro potraviny a léky je stále takové, že neexistují žádná právoplatná fakta, dokazující klinickou škodlivost pro pacienty, a že odstranění amalgámových výplní nikoho neochrání od nežádoucích vlivů na zdraví nebo nezvrátí průběh již přítomného onemocnění.[4]

Tento postoj je v rozporu s teoriemi několika jiných zemí. V Německu na počátku roku 1992 rozhodl Federální zdravotní úřad (Bundesgesundheitsamt, nebo BGA), že amalgámové výplně by se měly používat pouze na stoličky. BGA také upozorňuje, že amalgám obsahující gamma-2, sloučeninu cínu a rtuti, by měl být zákázán pro svou podstatnou nestabilitu a riziko, že se rtuť bude uvolňovat během plombování zubů. Německá vláda je rezervovaná a popírá přítomnost vědeckých důkazů o tom, že by amalgám mohl být příčinou nějaké dlouhodobější choroby u lidí, kteří nejsou alergičtí nebo u nichž nedojde k elektrochemické reakci. Na druhou stranu také doporučuje, že by se amalgám neměl používat u těhotných žen, pacientů s poškozením ledvin nebo u batolat.[5] Německý federální registr zubních lékařů zaslal ministrovi zdravotnictví dopis s požadavkem, aby vydal nařízení, které nedovolí žádnému zubnímu lékaři v Německu používat zubní amalgám.[6] Švédové již udělali první krok v úplném zákazu amalgámových výplní a ten by měl vejít v platnost rokem 1997. Rakousko rozpracovává plány na zákaz amalgámu do roku 2000. A některé německé společnosti, jako je Degussa, jeden z největších světových výrobců zubního amalgámu, zastavují výrobu této látky – ačkoli v době psaní této knihy představuje polovinu jejího obratu – a přecházejí na výrobu kompozitních výplní (plastové náhrady amalgámu). V nedávno odvysílaných zprávách britské televize přiznal doktor Matthias Kuhner, hlavní manažer Degussy, že jedním z důvodů tohoto kroku byly potenciální soudní procesy.[7]

Stomatologické společnosti Kanady a Spojených států tvrdí, že ohrožení ze zubních amalgámů je minimální ve srovnání s dietní expozicí – že lidé nakonec získají většinu rtuti z tuňáka. Když ale Světová zdravotnická organizace požádala o názor světové odborníky na toxikologii rtuti, tak ti po prozkoumání vědecké literatury uzavřeli, že největší denní expozice rtuti u lidí pochází z amalgámových plomb. Vypočítali, že člověk denně přijme a zadrží 3 až 17 mcg rtuti ze zubních plomb a jen 2,6 mcg z ryb a mořských produktů, dalších potravin, vzduchu a vody.[8] Výbor také uzavřel, že vzhledem ke rtuťovým parám „nemůže být stanovena specifická hladina, která ještě nemá pozorovatelné účinky (NOEL)" – což znamená, že o žádné, jakkoli malé expozici rtuťovým parám nemůže být řečeno, že je zcela neškodná. Doktor Lars Freiberg, hlavní poradce Světové zdravotnické organizace v záležitostech bezpečnosti rtuti a snad i čelná světová autorita v oblasti toxikologie rtuti, řekl: „Neexistuje žádné bezpečné množství rtuti."[9]

ČASOVANÝ JED

Rtuť je pro člověka nepochybně mimořádně jedovatá látka. Uznávané Toxikologické středisko na University of Tennessee, které klasifikuje jedy podle jejich letální toxicity pro člověka, hodnotí rtuť číslem 1600 – přičemž nejsmrtelnější jed plutonium má známku 1900. Toto ohodnocení staví rtuť mezi nejjedovatější látky, které člověk zná.

Zubní lékaři přinášejí sami na sobě obrovské množství důkazů o otravách rtuti; pitevní protokoly skupiny zubařů ukazují na vyšší koncentrace tohoto kovu v hypofýze a dvojnásobek mozkových nádorů ve srovnání s ostatní populací.[10] Zubní lékařky a ostatní ženský personál má nejméně trojnásobné riziko sterility, narození mrtvého plodu a potratu,[11] a všichni stomatologičtí zaměstnanci mají vyšší koncentrace rtuti v centrálním nervovém systému, ledvinách a ve žlázách

s vnitřní sekrecí.[12] Ještě více znepokojující je podezření, že amalgám způsobuje jemné poškození mozku u těch zubařů, kteří jsou amalgámovým výplním vystavováni pravidelně. Před několika lety byly stanovovány v Singapuru neurologické funkce skupiny zubních lékařů a zjistilo se, tito lidé byli méně výkonní než podobná skupina, která nebyla v pravidelném kontaktu s amalgámem, ačkoli v inteligenčních testech měly obě skupiny stejné výsledky. Čím vyšší byla jejich expozice rtuti, tím horší bylo jejich neurologické vyšetření.[13] Také doktorka Diana Echeverriaová, neurotoxikoložka z University of Washington, testovala americké zubaře, aby zjistila, jestli budou vykazovat nějaké známky otravy rtutí. Ve své studii zjistila jemné poruchy v manuální zručnosti a soustředění – oba nálezy jsou důkazem poškození centrálního nervového systému.[14]

Další důkaz vysoce toxických vlastností rtuti přicházel ve formě pedantických doporučení Amerického výboru pro zubní materiály a zařízení, které se týkají jejího skladování a používání. Tato organizace doporučuje, aby zubní lékaři používali neprodyšně zatavené kontejnery, a tak se vyhnuli jakémukoli kontaktu se rtutí, a aby byly veškerému stomatologickému personálu každoročně prováděny testy na hladiny rtuti.

Jednostranným názorem jak Britské, tak i Americké stomatologické společnosti je tvrzení, že rtuť se v amalgámových plombách stává inertní, neboli když se smíchá s ostatními kovy a vloží do úst, jako by se „uzamkla".[15] Početné výzkumy ale dokazují, že rtuťové páry se neustále z výplní uvolňují, zvláště když žvýkáte nebo když jíte horké nebo kyselé potraviny. University of Calgary v Kanadě, která stojí na předním místě ve výzkumu amalgámu, zjistila, že žvýkání zvyšuje intraorální (v prostoru úst) obsah rtuti šestkrát, jestliže máte amalgámové plomby, a tak se stává obsah rtuti v ústech 54krát vyšší než u lidí, kteří tyto plomby nemají. Čím vyšší je počet plomb, tím více rtuťových par se uvolňuje.[16] Na konferenci v King's College v Cambridge oznámil profesor R. Soremark z katedry stomatologické protetiky Švédského institutu v Karolingska: „Vstřebatelnost se blíží 90 procentům, z nichž 74 procent se zadržuje v plicích. Za 10 minut se 30 procent rtuti, vstřebané do plic, dostane do krve."[17] Rtuť může „korodovat", jinak řečeno reznout, neboť jak přichází do kontaktu s horkem, slinami a různými látkami, jako je fluorid nebo zlato ze zubních nábrad, vznikají na povrchu amalgámu kovové ionty a pára. I když se většina z toho vyloučí, akumuluje se asi 10 procent v různých orgánech a tkáních těla. Kromě toho se může kombinací pěti kovových prvků, obsažených v amalgámu, vytvořit 16 různých produktů koroze, které se potulují po těle, a my o jejich účinku nic nevíme. Profesor J. V. Masi z Western New England College v Springfieldu v Massachusetts, který se tímto problémem zabýval do detailů, napsal, že všechny kovy, používané v materiálech záchovné stomatologie, mají schopnost korodovat.[18]

PODSTATA DŮKAZŮ

Ačkoli se dá o mnoha důkazech týkajících se rtuti i spekulovat, vzrůstá množství dokladů o tom, že se uvolněná rtuť usazuje v tkáních organizmu. Věděli jsme, že se rtuť uvolňuje při žvýkání, ale až donedávna jsme nevěděli, kde končí. V prosinci 1989 doktor Murray J. Vimy, mimořádný klinický profesor katedry medicíny, spolu s mnoha dalšími lékařskými vědci z kateder radiologie, medicíny a lékařské fyziologie na University of Calgary v Kanadě, publikoval studii, ve které byly zaplombovány zuby dospělých ovcí radioaktivním amalgámem. (Použitím radioaktivního amalgámu se dobře „označkovala" rtuť, takže mohla být dobře sledována. Vyloučila se tím i potřeba kontrolního souboru, protože rtuť z potravy, vzduchu a vody takto označena nebyla. Ovce byly vybrány proto, že jejich fyziologická odpověď je lidským reakcím nejvíce podobná.)

Během 29 dnů se podstatná množství rtuti objevila v plicích, trávicím traktu a tkáních tlamy ovcí. Studie praví, že po vstřebání rtuti se „vysoké koncentrace zubního amalgámu rychle soustředily v játrech a ledvinách."[19] V průběhu 29 dní se naměřené hodnoty rtuťových par v tlamách ovcí těsně přiblížily hodnotám, zjištěným u lidí v předchozích výzkumech.

Podstatná množství rtuti obsahoval i mozek, srdce a několik endokrinních žláz. Studie uzavírá:

Výsledky našeho pokusného zkoumání jsou v rozporu s anekdotickým názorem klinické medicíny, která tvrdí, že amalgámové zubní výplně jsou bezpečné. Experimentální důkazy, podporující bezpečnost amalgámu, jsou při nejlepší vůli nedostačující... Z našich poznatků uzavíráme, že zubní amalgámy mohou být významným zdrojem chronického zatížení [rtuti].[20]

Doktor Vimy se svými kolegy strávil více než deset let zkoumáním účinků amalgámových plomb u ovcí, opic a později i u lidí. I když bylo dodneška vydáno na 12 000 článků o nebezpečnosti amalgámu, je až zásluhou ohromujících nálezů a zájmu uznávaných lékařských pracovišť, jako je University of Calgary, že se o tomto tématu rozproudila debata, zejména v Severní Americe.

Materiál, který doktor Vimy a další publikovali, ukazuje, že se rtuť z amalgámových plomb stěhuje do tkání organizmu a zde škodí – podobným způsobem jako „časovaný jed", jak to nazval Vimy.

Rozsah poškození se dosud zkoumá. „Máme důkazy, že existuje jisté riziko, nevíme sice, jak je toto riziko velké, ale je samozřejmě moudré s ním počítat a zkoumat je," říká Vimy.[21]

V počátečních experimentech doktora Vimyho na ovcích se radioaktivní rtuť usadila v žaludku, játrech, levé a pravé ledvině, v tlamě, plicích a trávicím traktu, v mozku, srdci a endokrinních žlázách. „Čím hustší je tkáň, tím větší objem rtuti se v ní nahromadí," řekl doktor Vimy.[22]

Ovce byly původně vybrány pro studii University of Calgary, protože jsou zdatnými přežvýkavci – to znamená, že žvýkají celý den. Tým doktora Vimyho měl pocit, že kdyby se rtuť nedostala do tkání a orgánů ovce, tak by nepřešla do tkání nebo orgánů jakékoli jiné živé bytosti. „Ovce", jak stručně shrnuli, „přestavují ten nejhorší scénář."[23]

Ačkoli ovce vykazují podobnou fyziologickou odpověď jako lidé, museli doktor Vimy a jeho kolegové čelit kvůli

ovcím posměchu, protože žvýkají častěji než lidé a mají více než jeden žaludek, takže mají i bohatší bakteriální osídlení trávicího traktu. (Lékařský tisk měl tendenci znevažovat jejich nálezy takovými titulky, jako: „Bečícím ovcím plombují zuby amalgámem"). Skupina doktora Vimyho se tedy rozhodla svůj pokus zopakovat, tentokrát na opicích. Opice si vybrali proto, že jejich frekvence žvýkání je dost podobná žvýkání lidí, stejně jako jejich chrup, strava, dietní režim, způsob žvýkání a činnost orgánů. U opic našli stejný způsob ukládání rtuti – v ústech, plicích a trávicím traktu – jaký viděli u ovcí.[24]

Výsledky Vimyho zvířecích studií byly potvrzeny prací profesora H. Vaskena Aposhiana, vedoucího Oddělení molekulární a celulární biologie na University of Arizona v Tucsonu. Aposhian se svým týmem spočítal u dobrovolníků amalgámové plomby a na tomto základě dostal každý své amalgámové skóre. Účastníci studie pak dostali sůl 2,3-dimercaptopropan-1-sulfonové kyseliny (DMPS), komplexotvorné činidlo, které na sebe váže rtuť a odstraňuje ji z těla močí. Analýza výsledků ukázala, že čím více amalgámu bylo v zubech, tím více ho bylo i v organizmu, jak ukázalo vylučování DMPS. Aposhianova skupina byla též schopna prokázat, že dvě třetiny rtuti, vyloučené močí těch účastníků, kteří měli v zubech amalgám, pocházelo z těchto jejich plomb.[25]

V roce 1990 provedl doktor Vimy se svými spolupracovníky další pokus na ovcích, aby zjistil účinek cestování rtuti po organizmu, hlavně u takových orgánů, jako jsou ledviny. Po umístění řádných (tentokrát neradioaktivních) plomb do tlamy několika ovcí měřila Vimyho skupina průtok inulinu, zvláštního typu škrobu, ledvinami ovcí. Jde o standartní ukazatel ledvinových funkcí, neboť inulin není ani vylučován, ani vstřebáván. „Třicet dní po umístění amalgámových výplní byla funkce ledvin a jejich filtrační kapacita snížena o 50 procent," říká doktor Vimy. Kontrolní skupina ovcí, která dostala bílé, plastové plomby, nevykázala ve funkci ledvin žádné změny.

Výzkumníci zjistili prudké zvýšení koncentrace sodíku v moči (o 300 procent), i když byl u zvířat omezen příjem sodíku ve stravě. To poukazuje na to, že se podstatné množství tohoto minerálu ztrácí. Našli též rychlý pokles vylučování albuminu

– o 68 procent.[26] Souvisí to se zhoršením zpětného vstřebávání močoviny a snížením průtoku krve ledvinami. Vimy poznamenal: „To je jako by chodily jen s jednou ledvinou."[27]

ONEMOCNĚNÍ, KTERÁ MOHOU SOUVISET S AMALGÁMEM

Nemáme žádný přesvědčivý důkaz, že by amalgámové výplně způsobovaly určité choroby, zvláště když o toxicitě rtuti u kteréhokoli člověka s těmito plombami rozhoduje ještě genetická predispozice, doba, po kterou jsou v organizmu přítomny, faktory prostředí a tak dále. Mnoho nových studií a klinických pozorování však poukazuje na možnou souvislost mezi amalgámem a množstvím nemocí.

RTUŤ A IMUNITNÍ SYSTÉM

Zdá se, že rtuť z amalgámových výplní snižuje počet T-lymfocytů, jedné z nejdůležitějších složek našeho imunitního systému.

Imunitní systém obsahuje T-lymfocyty a B-lymfocyty. Velmi všeobecně řečeno jsou z mnoha typů T-buněk nejdůležitější lymfocyty T4, zvané „pomocné" buňky, jejichž úkolem je rozpoznávat cizorodý materiál a rakovinové buňky, které B-lymfocyty pohlcují a ničí. Bez těchto pomocných lymfocytů nemohou B-lymfocyty vykonávat svou funkci. Proto také v případě AIDS dochází k tomu, že ačkoli je dost B-lymfocytů pro boj s útočícími viry, chybí T-lymfocyty, které nepřítele označí.

Lymfocyty T8 („tlumivé" buňky) na druhé straně brání B-lymfocytům, aby napadaly normální tkáně organizmu. Jakékoli snížení celkové populace T-lymfocytů nebo porušení křehkého poměru T4:T8 může vést k autoimunním onemocněním, jako je roztroušená skleróza, lupus erythematodes (chronická zánětlivá choroba), zánětlivé onemocnění střev a podobně.

David Eggleston, kalifornský zubař, který studuje vliv expozice rtuti, ve své, jak sám říká, „předběžné zprávě" uvádí měření počtu T-lymfocytů tří pacientů před a po odstranění amalgámových výplní. Ve všech třech případech se procento T-lymfocytů podstatně zvedlo (ze 47 na 73 procent v jednom případě, jde tedy o 55,3procentní vzestup). Eggleston pak znovu vložil dvěma z těchto pacientů amalgám do dutin v zubech a měřil procento T-lymfocytů. V obou případech množství T-lymfocytů opět poklesl (v případě již výše uvedeného pacienta na 55 procent – došlo k 24,7procentnímu snížení). Nakonec, když Eggleston odstranil nový amalgám a dal místo něj neamalgámové výplně, T-lymfocyty se zase u všech pacientů zvýšily – na 72 procent u již uvedeného pacienta, čili o 30 procent.[28]

Na konferenci v roce 1990 Eggleston referoval o 30 takových pokusech s průměrným zlepšením počtu T-lymfocytů o 30 procent. Koloradský zubní lékař Hal Huggins, autor knihy It's All in Your Head (Avery), který se sám zabýval toxickým účinkem amalgámových výplní u pacientů, tvrdí, že toto číslo je umírněné. „Na University of Colorado jsem po odstranění plomb zjistil nárůst počtu T-lymfocytů o 100 až 300 procent," říká.[29] Tato zjištění by mohla znamenat, že amalgám možná hraje roli jako příčina nebo zhoršující činitel alergií, autoimunitních chorob nebo i leukémie. V podstatě se ukázalo, že abnormality v buňkách bílé krevní řady, které nacházíme také u leukémie, se po řádném odstranění plomb u pacientů normalizují.[30]

MYALGICKÁ ENCEFALOMYELITIS A ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Není vyloučen ani vztah mezi otravou rtuti z amalgámových plomb a ME (myalgickou encefalomyelitidou) a též roztroušenou sklerózou (RS) a dalšími sklerozujícími chorobami, jako je ALS, zhoubné onemocnění, které zle postihlo i astrofyzika doktora Stephena Hawkinga. V jedné studii, provedené ve Švédsku, byly hladiny rtuti u pacientů s MS v průměru 7,5krát vyšší než v kontrolní skupině. V mnoha případech léčba antioxidanty (tedy vitaminy A, D a E, selenem a/nebo odstraněním amalgámových výplní) pacienty zlepšila – a někdy uzdravila úplně.[31]

Britský lékař doktor Patrick Kingsley, známý svými pracemi o RS a rakovině, a Hal Huggins ze Spojených států léčili stovky obětí RS a téměř vždy našli důkaz otravy rtutí. Kromě toho mnoho pacientů přecitlivělých na amalgám vykazuje klasické příznaky RS: pocit necitlivosti a brnění končetin, píchání v obličeji, chvění nebo třes rukou a nohou. V roce 1984 byla jedné švédské pacientce s četnými neurologickými potížemi diagnostikována ALS, která se považuje za smrtelnou chorobu. Zubař, který rozpoznal mnoho příznaků podobných potížím při otravě rtutí, navrhl, aby si pacientka nechala své četné amalgámové plomby odstranit, obzvláště když datovala počátek svých neurologických problémů od té doby, co jí byly zuby zaplombovány. Šest týdnů po výměně plomb byla pacientka schopná chodit do schodů bez bolestí v zádech. O čtyři měsíce později se vrátila do téže Fakultní nemocnice v Umea ve Švédsku, kde byla její nemoc diagnostikována, na týdenní podrobnější vyšetření. Do její lékařské dokumentace bylo zapsáno: „Neurologický nález je naprosto bez komentáře. V této chvíli pacientka nevykazuje žádné onemocnění motorického neuronu typu ALS. Byla informována, že je z neurologického hlediska zcela zdráva." Lékaři uzavřeli, že její potíže měly souvislost s přítomností rtuti v míše. Po devíti letech se tato žena stále těší dobrému zdraví.[32]

Otrava rtutí způsobuje také často nevysvětlitelnou chronickou únavu. Hal Huggins říká, že přes 90 procent z jeho 2 000 pacientů pociťovalo únavu s příznaky ME, které se zlepšily po odstranění plomb. Huggins říká, že je to z biologického hlediska snadno vysvětlitelné. Rtuť zasahuje do schopnosti červených krvinek přenášet kyslík; u většiny z jeho pacientů, kterým je proveden „oxyhemoglobinový test", je transportní schopnost červených krvinek přibližně poloviční, než by měla být. To vysvětluje, proč jsou chronicky unavení, ačkoli mají normální hladinu hemoglobinu.

AMALGÁM V TĚHOTENSTVÍ

Plomby s rtutí u těhotných žen mohou ovlivnit také rostoucí plod. V další studii University of Calgary umístil Vimy a jeho

kolegové radioaktivně označený amalgám do 12 stoliček pěti březích ovcí ve 112. dnu jejich březosti. Již po třech dnech zaplombování zubů byla rtuť očividně přítomna v krvi plodů a v amniotické tekutině; o 16 dní později se objevila ve fetálních hypofýzách, játrech, ledvinách a částečně také v placentě. Za 33 dnů (v době blížícího se termínu porodu) měla většina mláďat vyšší hladiny rtuti než jejich matky. A během kojení měly matky v mléce osmkrát více rtuti než v krvi.[33] Ve Švédsku je zakázáno používat rtuť u těhotných žen, což zřetelně kontrastuje s britským zdravotním systémem, který podněcuje ženy, aby si nechávaly během těhotenství spravovat zuby.

Nedávno provedené humánní studie ukázaly, že rtuť z matčiných výplní prostupuje přes placentární bariéru a usazuje se v mozku jejího dosud nenarozeného dítěte. Profesor Gustav Drasch (soudní toxikolog) vyšetřoval se svými kolegy z Institut für Rechtsmedicine v Mnichově mozky, játra a ledviny mrtvých kojenců a plodů, potracených ze zdravotních důvodů. Zjistili, že množství rtuti u dětí zřetelně odpovídá počtu amalgámových výplní jejich matek. Přišli také na to, že děti hromadí ve svých ledvinách rtuť z amalgámu do té míry, jak se to děje u dospělých z jejich vlastních plomb. Jelikož většina těchto dětí nebyla zcela evidentně kojena nebo některé byly krmeny pouze velmi krátce, vědci uzavřeli, že rtuť musela přejít přes placentu.[34]

PLODNOST

Máme též důkazy, že amalgámové výplně mohou ovlivnit plodnost. Skupina německých žen s hormonálními nepravidelnostmi se vyšetřovala s cílem, aby se zjistilo, jestli v jejich organizmu nejsou nadměrné hladiny některých látek z prostředí, jako rtuti, pesticidů nebo průmyslových chemikálií. Zdaleka nejběžnějším problémem byla kontaminace rtutí, jejíž hladiny opět významně odrážely počet plomb jednotlivých žen a množství rtuti, které se uvolňuje při žvýkání.[35]

PADÁNÍ VLASŮ

Zubní plomby s rtutí mají vliv i na padání vlasů. V jedné studii měla téměř polovina žen s nevysvětlitelným padáním vlasů v organizmu očividně více rtuti; u dvou třetin se stav upravil, když jim byly plomby odstraněny.[36]

ALERGIE ZPŮSOBENÉ RTUTÍ

Ačkoli nemáme žádné definitivní vědecké důkazy, že by rtuť nějakým způsobem přispívala k alergiím, zubní lékaři vypozorovali spoustu kazuistik (tj. klinických případů – pozn. překl.), ve kterých se pacienti, trpící nějakou nesnášenlivostí potravin či některého z faktorů prostředí, do určité míry zlepšili po odstranění zubních výplní.

Tara, pacientka ze Švédska, trpěla různými alergiemi – včetně ekzému – už od narození. V pěti letech jí začalo těžké astma a denně musela užívat léky. Během celé puberty byla často hospitalizována. Také ji trápily kruté bolesti hlavy s dvojitým viděním. Ve třech letech Taře poprvé zaplombovali zub amalgámem; nakonec měla mít celkem sedm výplní na 11 zubních ploškách. Vědci, kteří zkoumali její anamnézu, si uvědomili, že její astma začalo po umístění dvou hlubokých zubních výplní. Také zjistili, že její matka získala jednu velkou amalgámovou plombu během těhotenství.

Tara i její matka svolily, aby jim byly odstraněny všechny jejich amalgámové výplně. Šest týdnů od dokončení celé procedury začal Taře mizet ekzém a už nikdy nepotřebovala léky na astma. Po sedmi měsících se obě choroby zcela vyléčily a neprojevily se po celých osm let, kdy je její stav sledován.[37]

Vědecké studii se již více přiblížíme zprávou, sjednocující šest oddělených studií pacientů, kteří si nechali vyměnit své amalgámové plomby. Osmdesát devět procent z počtu téměř 1600 účastníků hlásilo vyléčení či zlepšení 31 druhů různých postižení. Ve studii sestavené z dat čtyř zemí hlásilo 83 procent lidí zlepšení veškerých zažívacích potíží a 76 procent zlepšení problémů s močovým ústrojím; 87 procentům se vyléčila či

zmírnila migréna a 75 procent těch, kteří měli roztroušenou sklerózu, oznámili, že se cítí lépe nebo že se vyléčili.

Kdyby se tato čísla převedla na počet všech Američanů, kteří mají amalgámové plomby, pak by se 17,4 milionů lidí s alergiemi tento stav zlepšil nebo vymizel po jednoduché výměně zubních výplní s rtutí za nějaké neamalgámové.[38]

I když jsme slyšeli o mnoha úspěších, Hal Huggins upozorňuje, že na rozdíl od jeho pacientů s RS, z nichž se jich zlepšilo 85 procent, se z pacientů „nemocných z prostředí" cítí lépe pouze 60 procent, což naznačuje, že rtuť je pouze jedním z mnoha přispívajících faktorů.[39]

ZAŽÍVACÍ POTÍŽE

Vědecky studována je už ale schopnost rtuti ničit střevní bakterie a vytvářet rezistenci na antibiotika. Tým University of Calgary sjednotil své síly s doktorkou Anne O. Summersovou a jejími kolegy z Mikrobiologického oddělení University of Georgia v Athénách, kteří jsou odborníky v záležitostech týkajících se střev. Z Calgary poslali Summersové a jejím kolegům hrubý náčrt výsledků šesti opic, aby jej zanalyzovali z hlediska účinku rtuti na střevní floru.

Výzkumníci z University of Georgia našli v dásních a střevech opic, které měly zuby zaplombované amalgámem, zvýšené množství bakterií rezistentních na rtuť. Ve své dřívější práci doktorka Summersová prokázala, že když jsou ve střevech bakterie vysoce rezistentní na rtuť, pak je vysoký i jejich stupeň rezistence na antibiotika. Kmeny bakterií, rezistentních na rtuť, jako jsou například streptokoky, byly v jejím výzkumu rezistentní na ampicilin, tetracyklin, streptomycin, kanamycin a chloramfenikol.[40]

Velmi zjednodušeně vzato vytváří přítomnost rtuti změny v chemickém složení 1,15 kg „přátelských" bakterií žijících ve střevě a činí je rezistentními na antibiotika. To znamená, že bakterie, které jsou základem pro nerušený chod imunitního systému, jsou v podstatě „zadané jinde" a již nejsou schopné udržet plísně, jako je třeba candida albicans (která způsobuje

afty), v šachu. Pozměněné bakterie také zvyšují vstřebávání rtuťových par, které se dostávají ze zubů. V důsledku toho dochází k špatné funkci střev, kdy je narušen metabolismus bílkovin a střevní flóra, a to vysvětluje situaci, při které částečky potravy procházejí nestrávené. Doktor Vimy se domnívá, že amalgámové výplně by mohly být zodpovědné za kandidózu a obrovský výskyt alergií, které se náhle objevují u lidí středního věku, stejně jako za všeobecný problém rezistence na antibiotika, který je v populaci všudypřítomný.

ALZHEIMEROVA CHOROBA A RTUŤ

Ačkoli Vimy dokázal, že rtuť ze zubních výplní cestuje do mozku pouze u ovcí, máme nyní důkazy, že se usazuje i v mozku lidí. Americký zubní lékař a vědec David Eggleston strávil několik měsíců v místní okresní márnici a vyšetřoval nahromadění rtuti v mozkové tkáni 83 obětí havárií, které měly plomby z amalgámu, a odhalil, že počet zubních výplní stojí ve vzájemném vztahu s množstvím rtuti v mozku.[41] Patrick Störtebecker ze Störtebeckerovy nadace pro výzkum ve Stockholmu uvádí studie, které dokazují, že rtuť se dostává do mozku přímo z nosní dutiny.[42]

Pokud pokládáme Alzheimerovu chorobu za nemoc způsobenou faktory prostředí, tak se za viníka vždy považuje hliník. Ale přibývá důkazů, že je to rtuť, a ne hliník, který se ve vysokých koncentracích nachází v mozcích obětí Alzheimeroby choroby. W. R. Markesbery a jeho lékařský výzkumný tým z katederchemie, patologie a neurologie z University of Kentucky a též ze Sanders-Brownova střediska stárnutí v Lexingtonu v Kentucky zkoumali Alzheimerovu chorobu a její souvislost se rtutí několik let. Ve své nejnovější studii vyšetřovali koncentraci stopových prvků v mozcích deseti pitvaných pacientů s Alzheimerovou chorobou. Stopový prvek, který se nacházel důsledně v nejvyšších koncentracích, byla rtuť; studie si též u zkoumaných objektů povšimla nižších množství zinku a selenia.[43] Z hlediska vědců je vysoký stupeň rtuti přítomný v mozku pacientů s Alzheimerovou chorobou nejdůležitější nerovnováhou, kterou pozorovali. Za významné považují také nízké koncentrace zinku, neboť zinek a selenium jsou známy svým ochranným účinkem proti toxicitě těžkých kovů.

Nepatrná množství rtuti v mozku způsobují stejné změny, které jsou patrné u Alzheimerovy nemoci.[44] Tubulin je bílkovina potřebná pro zdravou tvorbu neurofibril, pojivové tkáně nervového systému. Pacienti s Alzheimerovou chorobou mají poškozený tubulin, z něhož vznikají známá „neurofibrilární klubíčka", která jsou překážkou řádného předávání informací v mozku. Profesor lékařské biochemie Boyd Haley a další jeho kolegové z University of Kentucky krmili potkany hliníkem, ale nepozorovali žádné změny tubulinu, kdežto u potkanů živených rtutí se snížily hladiny tubulinu, což se podobalo typickým nálezům u Alzheimerovy nemoci.

Vimy a jeho spolupracovníci z lékařské fakulty University of Calgary též používali potkany k pokusům, které ukázaly, že rtuť význačně snižuje množství tubulinu. Koncentrace rtuti v mozku těchto potkanů se vlastně podobaly koncentracím, zaznamenaným u opic 28 dní po vložení zubních amalgámových výplní.[45]

Jim, kterému je nyní 80 let, měl ústa plná velkých amalgámových plomb, z nichž některé pokrývaly doslova celý zub. Po celých 35 let mu jeho zubař pravidelně vyměňoval staré stříbrné plomby za nové. Před pěti lety si Jimova manželka Marta všimla, že se zhoršuje jeho pohybová obratnost. Minulé léto chodil už velmi bídně; s údivem si uvědomila, že když při obědě s přáteli upadl, nevěděl, jak vstát, a odmítal spolupracovat s lidmi, kteří se mu pokoušeli pomoci. Ještě později toho léta se Martě zdálo, jako by ho zastřela mlha. Bez pomoci nebyl schopen chodit nebo vyjít do schodů. Během dovolené v Rakousku se zdálo, že zapomněl plavat – a to byla původně jeho oblíbená činnost. „Vůbec nic z toho nechápal", říká Marta.

V září vzala Marta Jima ke geriatrovi (lékaři, který se zabývá chorobami stáří – pozn. překl.), který diagnostikoval Alzheimerovu chorobu a odhadl, že Jim bude během tří měsíců potřebovat pobyt v domě s ošetřovatelskou službou. Tato diagnóza Jimem tak otřásla, že začal poslouchat svou ženu, která se už několik let pokoušela přimět ho k testům zjišťujícím otravu amalgámem.

Pozitivní výsledky, ukazující vysoké hladiny amalgámu, Jima přesvědčily, že si nechal plomby vyndat.

Jim si u zubaře nechal plomby vyměnit ve dvou sezeních. Při první cestě k lékaři se musel Jim zavěsit do Marty, aby vyšel několik schodů do ordinace; po posledním sezení sešel ze schodů bez pomoci. Brzy po odstranění všech výplní souhlasil praktický lékař s Martou, že Jim jakoby „procitl". Po pěti měsících, kdy má Jim za sebou detoxifikační program na vyloučení veškerého amalgámu ze svého organizmu, již zase vychází sám ven. Opět je schopen připravit své a Melitino daňové přiznání a napsat dopisy. Ačkoli chůze není ještě ideální, stále se zlepšuje, a co je nejdůležitější, Jim už nyní rozliší, kdy udělá nějakou chybu, a umí se opravit.

V anti-amalgámovém táboře jsou tací, kteří považují hliník v otázce hledání příčiny Alzheimera za falešnou stopu. Není však možné pominout narůstající počet důkazů o určité roli, kterou hliník hraje ve vývoji této choroby.[46] Jak někteří naznačují, mohlo by k tomu docházet tak, že mozek s nedostatkem zinku je přeplněn rtutí, a tak se stává vnímavým k ukládání hliníku, ale hliník sám o sobě tuto nemoc nezpůsobuje. Nabízí se i možnost, že hliník a rtuť v tomto ohledu spolupracují. I když je hliník všudypřítomný – ve vodě, průmyslově vyráběných pomerančových džusech, potravinách, kosmetice, lécích, deodorantech, nádobí a plechovkách s nápoji – neznamená jeho množství, kterému jsme z těchto zdrojů vystaveni, nic ve srovnání s koncentrovanými dávkami rtuti, které získáváme tím, že je nám vložena do úst a my ji vdechujeme při každém soustu.

SOUDNÍ PŘE O RTUŤ

I když stomatologické společnosti v Británii a Spojených státech veřejnost před nebezpečím amalgámu nevarují, společnosti, které amalgám vyrábějí (a kterých by se nevýhody plynoucí z reklamací mohly týkat nejvíc) musely nedávno vzít všechny ty varovné známky vážně. Nový zákon ve státě Kalifornie (Proposition 65) se snaží chránit Kalifornany před tím, aby nebyli nevědomky vystavováni chemickým látkám, o kte-

rých je známo, že způsobují rakovinu nebo vrozené vady. Jakékoli pracovní prostředí, které obsahuje takové potenciálně škodlivé látky, musí být označeno nějakým upozorněním.

Americká Nadace pro zákony o životním prostředí (Environmental Law Foundation, ELF) se rozhodla prověřit na firmě Jeneric, jednom z největších výrobců zubních amalgámů, jak se s tímto problémem vyrovnává. Soud rozhodl ve prospěch ELF a Jeneric se tak stal první společností, která se svými výrobky vydává též zdravotní varování ve formě upozornění pro zubní lékaře, stomatologický personál a pacienty v Kalifornii o možných rizikách vrozených vad, plynoucích z expozice rtuti.

Jeneric dodává upozornění se všemi bednami s amalgámem, dopravovanými po celé Kalifornii, a souhlasí s tím, že bude zásobovat zubní ordinace varujícími vývěskami, které se vystaví na nápadných místech čekáren: „Tato ordinace jako zubní materiál používá amalgám, který obsahuje rtuť, chemickou látku, jejímuž nebezpečí jste vystaveni a o kteréje ve státu Kalifornie známo, že způsobuje vrozené vývojové vady a další poškození rozmnožovacího ústrojí. O další informace prosím požádejte svého zubního lékaře." Souhlasí také s tím, že přestane prodávat rtuťové výplně zubařům, kteří nechtějí vyvěsit varující upozornění.

Po rozhodnutí Jenericu se deset dalších výrobců amalgámu spojilo a vznesla námitky. Rozhodnutí soudce amerického Federálního soudu zrušilo předchozí zákon s tím, že regulačním orgánem pro amalgám není Proposition 65, ale americký Úřad pro potraviny a léky, který samozřejmě rozhodl, že plomby s rtutí jsou bezpečné. „Po každém kroku vpřed," říká Virny, „se vrátíme o deset kroků nazpět."[47]

V létě 1996 bylo rozhodnutí nižšího soudu zrušeno odvoláním na návrh ELF. Odvolací soud rozhodl, že nižší soud udělal chybu, když připustil zrušení; Proposition 65 je zákon schválený kalifornskými voliči, takže směrnice FDA nemohou zabránit nařízení Proposition, aby byli občané v této věci varováni. Znamená to, že v době psaní této knihy musí kalifornští zubaři přiznávat svým pacientům, že plomby obsahují rtuť.

ODSTRAŇOVÁNÍ PLOMB

Ne každý by si měl nechat své plomby odstranit. Máte-li skutečně podezření, že vám vaše plomby nějak škodí, bylo by moudré to dokázat sérií testů, které ukážou, zda jste na rtuť přecitlivěli. Lékaři Don Henderson a Michele Monteilová z imunologického oddělení Chelsea and Westminster Hospital vyvinuli jednoduchý krevní test, který zjistí, zdali za vaši nemoc mohou vaše plomby.

Test, nazvaný Test na specifické paměťové T-lymfocyty (Metal Specific Memory T Cell Test – MSMT), zjišťuje, jestli si váš imunitní systém „pamatuje" zubní či jiné kovy. Když je organizmus ohrožen cizím vetřelcem (řekněme virem), postaví se na odpor a infekci zneškodní. Pokud jste příště napadeni stejným virem, organizmus zaútočí již daleko rychleji a účinněji, protože má svou imunologickou paměť – získané protilátky. Tato odpověď imunitního systému může být skutečně měřena.

Co se týče kovů, tak ačkoli všichni lidé vykáží jistou imunologickou paměť na různé kovy včetně rtuti, pouze ti, kteří mívají závažné reakce – například pacienti, kteří mají vyrážku po niklu –, budou mít silnou paměťovou odpověď. Podobný test, který měří expozici těžkým kovům v průmyslu, je dostupný již mnoho let. Doktor Henderson a doktorka Monteilová ukázali, že síla imunitní odpovědi na rtuť a jiné kovy může být také odstupňována.[48] Potenciální toxicita rtuti vám také může být stanovena na základě podrobné klinické a zubní anamnézy. Navíc může být každé jednotlivé zubní výplni změřen elektrický potenciál milivoltmetrem, neboť každá plomba je potenciální baterií. Někteří kliničtí ekologové tuto zkoušku provádějí.

Podle Levensona a Hugginse je nejdůležitější stránkou odstraňování plomb správné pořadí jejich vyvrtávání, tedy aby byly vyjmuty nejdříve ty negativně nabité.

Mnoho pacientů, kteří pospíchají s výměnou svých amalgámových plomb, ještě více onemocní, protože se nedodržuje žádný protokol, který by je ochránil před náporem uvolňovaných rtuťových par. To se stalo i Johnovi, vědci z Birminghamu, který dokonce po pečlivém odstranění všech svých zubních výplní téměř zemřel.

Po náhradních neamalgámových výplních se mohou samozřejmě vyskytnout případné zdravotní potíže, ale ty jsou naštěstí u většiny lidí velice vzácné. Nicméně pochybuji, že by se nějaký celostně zaměřený zubař podepsal pod to, že jakýkoli zubní materiál je naprosto bez možnosti rizika.

S určitostí víme, že po prvním zaplombování kompozitními výplněmi můžete mít přecitlivělé zuby. Některým pacientům však tato citlivost přetrvává, když se jim plomby „uvolňují" – a když je mezi zubem a výplní mezera. Všechny kompozitní plomby jsou založeny na pryskyřičných materiálech a vlhké prostředí slin, krve a dásní může nepříznivě ovlivnit jejich schopnost dobře v zubu držet.

Do úst se vloží směs v tekuté formě a pak musí být tato plastická látka „uzrát" neboli polymerizovat, přičemž pomocí konzervace světlem hmota ztuhne a stabilizuje se. Zralý materiál se ve výplni zmenší asi o 2 až 5 procent. Jestliže je spojení se zubem nedostatečné, tak se plomba scvrkne a vytvoří se okrajová mezírka mezi výplní a zubem, což se již nikdy nezlepší. Podle doktora Stephena Dunneho, hlavního přednášejícího a odborníka z katedry záchovné stomatologie v Královském stomatologickém institutu v Londýně, pracuje jen 60 procent konzervujících světelných zářičů podle nařízení výrobce.

U kompozitních výplní se též očekává, že vydrží o polovinu méně než amalgámové plomby. Carl Leinfelder z University of South Carolina, který provádí testování těchto materiálů na lidech, však podotýká, že „ideální" obnovující materiály, nejodolnější vůči opotřebení (dokonce i ve srovnání se zlatem, které je považováno za nejtvrdší látku) jsou určité výrobky z pryskyřičných polymerů, pokud seovšem při vkládání pečlivě navrství.

Zubaři, používající tuto metodu, většinou naleptají dutinku v zubu a zaplombují ji lepící vrstvou pryskyřice. Pak vloží měkkou, samotvrdnoucí látku ze skelného isomeru; po ní následuje další pryskyřičná lepící vrstva a potom vysoce poly-

merizující makromolekulární materiál, který musí být světelně zakonzervován. Následuje další vrstva lepidla a přes ni tenoučká vrstvička látky o vysoké tvrdosti a odolnosti.

Máte-li v úmyslu nechat si udělat plomby založené na pryskyřici, vyberte si zubaře, který má k dispozici pryžové plátky k oddělování tkáně od okolí a před vložením plomby použije pečlivé izolační postupy, a který zároveň vlastní spolehlivé konzervující světlo. Ze všeho nejvíc by měl mít velké zkušenosti a spoustu spokojených pacientů.

Nejlepší záchovnou metodou pro dětské zuby je prevence. Pokud můžete, kojte je, vyhýbejte se sladkým nápojům a velkému množství sladkosti, zajistěte jim přírodní stravu včetně spousty ovoce a zeleniny a ujistěte se, zda si pravidelně čistí zuby a po každém jídle snědí nějaké ovoce. Již v roce 1911 zjistil průzkum 1 500 školáků na Novém Zélandě, že pokud po jídle snědí alkalickou potravinu, která provokuje produkci slin, tak se neutralizuje kyselé prostředí ideální pro bakterie. To ohromně snižuje výskyt zubního kazu. Nejlépe tvorbu slin podněcuje konzumace ovoce.

V

CHIRURGIE

10

Běžné operační postupy

ZE VŠECH OBORŮ MEDICÍNY je chirurgie pravděpodobně nejméně vědecká. Většina rozhodnutí, která se týkají operací, vychází více z osobního stylu jednotlivých lékařů, svéhlavého postoje profesionálních organizací nebo čistě jen z momentální módy než ze střízlivé skutečnosti. Z pochopitelných etických důvodů nejsou operace většinou vůbec zkoušeny v kontrolovaných experimentech a místo toho vznikají na základě okamžité potřeby a pak se je učí další – včetně školících se lékařů – víceméně při práci. To znamená, že mnoho chirurgů se nadchne pro nějakou novou techniku ještě dřív, než se dovědí, co vlastně vůbec dělají nebo dokonce jestli tento postup vůbec nějak pomáhá.

Krom toho, že nevědí, kdy vlastně skalpel odložit, chirurgové jakéhokoli vyznání podceňují základní rizika všech typů operací bez ohledu na to, jak jsou tyto procedury „rutinní". University of Oxford přešetřila 225 000 operací v šesti sousedících zdravotních obvodech a zjistila, že jedna z deseti neodkladných prostatektomií (vynětí prostaty – pozn. překl.) a více než jedna z pěti neodkladných náhrad kyčelního kloubu skončila do roka po operaci úmrtím. Akutní operace mají sice daleko vyšší úmrtnost, ale i značný počet plánovaných výkonů přináší s sebou vysoké riziko. Například lidé, kteří se rozhodnou

pro operaci šedého zákalu nebo odstranění prostaty, mají šanci 1 : 20, že do roka po zákroku zemřou v důsledku operačních komplikací.[1]

Vysoký podíl úmrtnosti připadá na to, že není řádně dodržován běžný postup. Podle třetí Zprávy celostátního důvěrného průzkumu v oblasti perioperačních úmrtí – informací dobrovolně dodaných více než tisíci chirurgy z celé Británie o pooperačních úmrtích, nastalých během měsíce po zákroku – zemře po běžných operacích mnoho pacientů zbytečně. Anketa zjistila, že úmrtí následkem žilní trombózy a plicní embolie je všeobecně rozšířeným jevem, protože prostě nejsou podávány léky, které by této komplikaci zabránily. Mnohá úmrtí souvisela s předoperační přípravou nebo dokonce samotnou operací, která byla vykonána příliš ukvapeně, nebo bylo pacientovi během ní podáno velmi mnoho tekutiny, jež způsobila srdeční záchvat. *Značně velký počet úmrtí byl způsoben tím, že chirurg nebyl s operací dostatečně obeznámen.*[2]

Mnohé léčebné postupy jsou snobskou záležitostí; byly přijaty v návalu nadšení a brzy nato odloženy, aby udělaly místo další nové verzi, když se objeví důkazy o tom, že původní postup nezabírá. Vzpomeňme si jen na historii léčby bolestí zad. Na počátku tohoto století bylo za viníka mnoha případů bolestí zad považováno onemocnění sakroiliakálního kloubu (jde o spojení mezi kostí křížovou a kyčelní – pozn. překl.), které vedlo k jeho fúzi (srůstu dvou obratlů).

Následovaly takové léčebné postupy, jako je vynětí kostrče, injekce kolem vyhřezlých plotének, zdlouhavý pobyt na lůžku, trakce a dokonce i nervová stimulace – a od všech se postupně upustilo.

Poslední móda, která propadla, jsou injekce steroidů do kloubů mezi obratli (tvořených chrupavkami, pokrývajícími kostěné plošky dvou sousedních obratlů). Nedávno se přišlo na to, že injekce steroidů nejsou o nic lepší než aplikace fyziologického roztoku.[3]

Harvard Medical School kdysi provedla jednu z mála studií zabývajících se tím, zda chirurgové jednají správně, když doporučují chirurgický zákrok. Vědci z Harvardu prohlédli záznamy více než stovky lékařů, které dokumentují proces

rozhodování o jednom z nejběžnějších zákroků – odstranění nemaligních mateřských znamének. Správná diagnóza byla stanovena celkem v méně než polovině případů. Dermatologové – kterým by se to mělo povést i se zavřenýma očima – stanovili správnou diagnózu pouze ve dvou třetinách případů, kdežto lékařům jiných odborností se to podařilo jen z poloviny toho, co dermatologům. Podobně jako u diagnózy byl vhodný postup zvolen jen v polovině z celkového počtu.

Chyby chirurgů nejsou ničím novým. V Americe se každý rok provede na šest milionů zbytečných operací a invazivních vyšetření. Každoročně je zde omylem odstraněno 20 000 normálních slepých střev.[4]

Nesmírné množství chirurgických pacientů se dostává pod nůž skutečně bez opodstatnění. Operaci zbytečně podstoupí většina dětí se zánětem středouší,[5] stejně jako ženy podrobující se dilataci a kyretáži (výškrabu sliznice děložní) po dokončeném potratu,[6] hysterektomii,[7] ale i pacienti s aortokoronárním bypassem. Vytvoření bypassu může některým pacientům ulevit od jejich potíží, ale nikde není dokázáno, že tato operace je skutečně schopná prodloužit život.[8] Vědci ze 14 významných kardiologických pracovišť z celého světa v jedné své studii zjistili, že až jedna třetina všech operací bypassu je zbytečná a ještě k tomu uspíší smrt pacienta. Třetina z pacientů, již byli považováni za skupinu s nízkým rizikem, mohla žít déle, kdyby místo chirurgického zákroku dostávala léky.[9]

OPERACE BYPASSU

Operace aortokoronárního bypassu je v podstatě ze všech chirurgických zákroků jedna z nejzbytečnějších. Kardiochirurgové to vědí již od 70. let, kdy několik velkých studií odhalilo, že bypass přežívání nezlepšuje, nepočítáme-li pacienty s těžkým koronárním postižením, především levé komory. Zdá se ovšem, že pomáhá při závažné angině pectoris.[10] Americký Národní úřad zdraví odhaduje, že 90 procent amerických pacientů, kteří se podrobil operaci bypassu, z toho nemá žádný prospěch.

Aortokoronární bypass je nejvhodnější pro klinicky těžkou anginu pectoris (kdy jsou zúženy dvě třetiny všech arterií). I když se to týká pouze 10 procent všech kardiaků, zdá se, že operace bypassu přežívá lépe než pacienti. (Úmrtnost ve Spojených státech kolísá od 3 do 23 procent.) Není to nic překvapujícího, když si uvědomíte, že v Americe je to jeden z nejlépe placených chirurgických zákroků, protože chirurg si za operaci vydělá asi 40 000 dolarů (27 000 liber). Když si to předevedeme na podmínky celkového amerického rozpočtu na zdravotnictví, tak by se z jeho objemu 5 miliard dolarů (3,3 miliardy liber) takto mohlo léčit pouze 200 000 lidí ročně.

BOLESTI ZAD

Léčení bolestí zad je další výstižnou ukázkou toho, že dokazování užitečnosti operací není silnou stránkou většiny řezání*chtivých chirurgů. V mnoha případech medicína předvádí* šokující pošetilost při diagnostice a léčbě bolestí zad, kdy často tyto potíže ještě zhoršuje.

Profesor Gordon Waddell, ortoped z Western Infirmary v Glasgow, kousavě komentuje tuto otřesnou bilanci: „... vzrušující úspěch chirurgie se bohužel týká pouze asi 1 procenta pacientů s potížemi v oblasti bederní páteře. Selháváme u zbývajících 99 procent pacientů s prostou bolestí zad, u kterých se tento problém přes veškerý nový výzkum a všechna naše léčebná snažení stále zhoršuje."[11]

Ze všech pacientů s problémy s páteří, kteří podstoupí operaci, jich 15 až 20 procent skončí v kategorii „neúspěšných zad" – což je oficiální název pro pacienty s chronickou a značně velkou bolestí zad, se kterou si lékaři neví rady. Asi tak 200 tisíc až 400 000 pacientů jde každoročně ve Spojených státech na sál. Z toho snadno odvodíme, že každý rok odejde z chirurgických pracovišť 30 000–80 000 Američanů s ještě větší bolestí, než se kterou k lékaři původně přišli.

Mnoho případů nešťastných a přetrvávajících bolestí zad je způsobeno nevhodnou chirurgickou metodou léčby. Nejoblíbenějšími operacemi jsou: laminektomie, při které je odstraněna ploténka s přiléhající kostní tkání, čímž se vytvoří více prostoru pro výstup nervů z míchy a ty se mohou volně pohybovat, aniž by byly omezovány nebo stlačovány míchou; a fúze, která znamená chirurgické spojení dvou sousedních obratlů za účelem zmenšení často diagnostikované zvýšené pohyblivosti mezi obratli. Po fúzi se již vůbec nikdy nebude příslušný úsek páteře pohybovat.

Podle šesti různých studií o operacích páteře uleví vynětí ploténky od bolestí zad pouze asi u poloviny všech pacientů.[12] Ale u dvou třetin z více než stovky případů primárního odstranění ploténky, které selhaly, nebyla operace správně indikována.[13] Tři ze čtyř studií, srovnávajících výsledky chirurgických zákroků se stavem lidí, kteří se fúzi lumbální (bederní) páteře nepodrobili, nezjistily u operace žádnou výhodu; komplikace, jako třeba i chronická bolest, byly běžné.[14]

Další výzkum „syndromu neúspěšných zad" ukázal, že ve více než polovině těchto případů byla provedena chybná diagnóza nebo chirurgický zásah samotný způsobil stav zvaný „laterální spinální stenóza", což je snížení části páteře, které je pak příčinou stlačení míchy nebo abnormální ztuhlosti.[15]

Ještě podstatnější je vysoké číslo špatných diagnóz. Gordon Waddell říká, že ze všech pacientů, kteří byli k němu odesláni na kliniku v Glasgow, jich „60 procent myslelo nebo jim bylo řečeno, že mají výhřez meziobratlové ploténky, ačkoli pouze 11 procent z nich mělo nějaký příznak postižení nervových kořenů."[16]

Konečně i pooperační jizvení („epidurální fibróza") může být samo o sobě příčinou selhání operace a chronické bolesti. Americký odborník na páteř Henry La Rocca z Tulane University v Louisianě nalezl závažné důkazy, že chirurgové při oddělování nervů od vyhřezlé ploténky poraní nervový kořen, vzniká jizvení, a proto přetrvává dlouhodobá bolest a tlak na nerv. „Seznam nežádoucích účinků doplňuje poškození dury nebo caudy equiny [membrán pokrývajících míchu] špatnou operační technikou, které může mít katastrofální následky," píše.[17]

Přesně to se stalo Sáře z Wokingu. Problémy s páteří měla od hysterektomie, a tak se rozhodla pro operaci. Jemné míšní

blány (meningy) se zanítily a pak zesílily. Ztluštělé membrány nyní neustále tlačí na páteř a Sáru zneschopňují nesnesitelnou bolesti.

Gordon Waddell i další se shodují, že je-li správně rozpoznána určitá příčina – jako třeba deformita páteře, zlomenina nebo výhřez ploténky – tak může být chirurgie nápomocná. Není určena pro prostou úlevu od neurčitých bolestí zad.[18]

CHIRURGICKÁ LÉČBA RAKOVINY PRSU

Velké množství operačních postupů, které se stále užívají, je nejen zbytečných, ale nepochybně i překonaných. Nejzřetelnějším příkladem je léčba rakoviny prsu. Navzdory různorodosti operačních technik, spoustě zajišťovacích léčebných metod a mnoha sebejistým titulkům o mezníčích v léčbě rakoviny prsu je pravda taková, že chirurgická léčba rakoviny prsu se od minulého století neposunula kupředu ani o jediný krok. „Během období 100 let," říká doktor Edward F. Scanlon z Northwestern University Medical School v Illinois, který se zabýval incidencí rakoviny prsu do hloubky, „se léčení rakoviny prsu vyvíjelo od úplného opomíjení léčby k radikálním metodám a zpět ke konzervativnějšímu přístupu, aniž by to nějak ovlivnilo úmrtnost."[19]

Ačkoli vládní a většina ostatních orgánů doporučují pro včas zjištěnou rakovinu prsu opatření, která prs zachovají, trvá mnoho chirurgů na provádění zmrzačujících výkonů, propracovaných v 19. století a nikdy neprověřených, zda jsou pro dnešní pacientky ještě vhodné – a zda jsou vůbec něco platné.

Klasický postup léčby rakoviny prsu vypracoval doktor William Halsted před sto lety. (Doktor Halsted je lépe znám jako obhájce teorie, která se později stala vpravdě revoluční: že by chirurgové měli nosit sterilní rukavice.) Operaci, kterou prosazoval, zahrnuje odstranění prsu, velké části okolní kůže, hrudní stěny a lymfatických uzlin.

Krátce po druhé světové válce ukázala studie ze tří nemocnic v Illinois jen malé rozdíly v pěti- a desetiletém přežívání u pacientek po radikální mastektomii (postupu, který je popsán výše – pozn. překl.), jednoduché mastektomii a prostým vynětím tumoru. Potom, o 25 let později, prozkoumal *The Lancet* 8 000 případů a ani on nezjistil žádné rozdíly v přežívání pacientek po jakémkoli z těchto postupů.[20] Halstedova metoda se však hluboce vryla do mysli průměrného chirurga ještě na další dvě desetiletí. V některých oblastech byla pak nahrazena „modifikovanou" radikální mastektomií, která odstraní veškerou tkáň prsu, ale ponechá nedotčenou hrudní stěnu, nebo jednoduchou mastektomií, která vyjme pouze prs samotný. Ale stejně jako její předchůdce byla modifikovaná radikální mastektomie uvedena do praxe, aniž by vědecké studie dokázaly nějakou její hodnotu.

Stejně jako dřívější studie přináší nový materiál z 80. let důkazy, že mastektomie nemá ve smyslu návratnosti rakoviny nebo přežívání žádný přínos ve srovnání s konzervativním zákrokem zachovávajícím prs, jako je prostá lumpektomie (vynětí samotného tumoru) nebo kvadrantektomie (odstranění části prsu). V nejznámější studii, kterou řídil doktor Bernard Fisher a provedena byla Národním výzkumem chirurgické a adjuvantní léčby rakoviny prsu a střev v Pennsylvánii, nebyl po devíti letech nalezen u téměř 2 000 žen žádný rozdíl v přežívání mezi těmi, které podstoupily lumpektomii, lumpektomii a ozařování a těmi, kterým byla provedena úplná mastektomie.[21]

O několik let později odhalil Chicagský institut, že pennsylvánský pokus – který byl tím největším týkajícím se rakoviny prsu v Americe – byl zfalšován. Do sledování, které obsahovalo 5 000 pacientek z 485 univerzitních a obecních nemocnic, bylo zahrnuto asi 100 nevhodných probandek. Po odhalení podvodu se dva z pennsylvánských týmů s největší pozorností ke zkoumaným informacím vrátily, vyloučily nevhodné pacientky, a přesto došly ke stejným závěrům. Doktor Fisher poté, co byl zdiskreditován druhý významný americký projekt o rakovině, který sám opět vedl, rezignoval jako vedoucí výzkumného plánu. V této druhé studii, která zkoušela účinnost tamoxifenu při prevenci rakoviny prsu, byl doktor Fisher nařčen, že zatajil informace o spojitosti mezi tamoxifenem a vznikem rakoviny dělohy. Informační formuláře, které musely všechny ženy před odsouhlasením své účasti v pokusu

přečíst a podepsat, zřejmě neobsahovaly nejnovější informace o tom, že čtyři ženy po užívání tamoxifenu zemřely.[22]

Naštěstí pozdější výzkum Národního ústavu pro rakovinu (NCI) v Bethesdě v Marylandu potvrdil, že v léčení časných stadií rakoviny jsou lumpektomie a ozáření stejně účinné jako radikální mastektomie. NCI zjistil, že po lumpektomii s ozářením přežívají asi tři čtvrtiny pacientek, což je srovnatelné s počtem pacientek, přežívajících po radikální mastektomii.[23]

A v Itálii vědci zjistili podobný počet pacientek, které přežívaly či měly místní recidivu rakoviny, ať již jim byla provedena radikální mastektomie nebo zákrok zachovávající prs, známý jako kvadrantektomie (odstranění pouze čtvrtiny prsu), doplněný ozářením.[24]

V roce 1990 doporučil americký Národní úřad zdraví (NIH), aby chirurgové volili pro většinu žen s rakovinou prsu ve stadiu I nebo II místo mastektomie konzervativní postup zachovávající prs (BCS – zkratka z anglického breast-conserving surgery). Těmito stadii myslí tumory menší než 4 cm v průměru a omezené pouze na primární místo vzniku (jednotlivý prs) bez postižení svalů hrudníku nebo okolní kůže. V minulosti měli lékaři pocit, že když se rakovina nachází už i v podpažních lymfatických uzlinách, že je to důkazem jejího šíření, a v zásadě trvali na radikální mastektomii. Z prohlášení NIH vyplývá, že stav lymfatických uzlin (pokud se týče uzlin na stejné straně, kde je tumor) není v současnosti považován za podstatný.

Navzdory veškeré propagaci bezpečnosti lumpektomie si mnoho lékařů stále myslí, že čím více odříznou, tím lépe pro ženu, a většině žen s časným stadiem rakoviny odmítají nabídnout operaci, která jim zachrání prs. Studie ze Seattlu prošetřila informace z registru rakoviny z let 1983 až 1989. Méně než třetině žen byla poskytnuta BCS, ačkoli tři čtvrtiny z nich měly zcela jasně časné stadium. Praxe zachovávající nezdeformovaný prs po roce 1985 (kdy se propagace BCS poněkud odmčela) ještě dále oslábla a lékaři se vrátili k modifikované radikální mastektomii, i když neexistoval žádný důkaz, který by tuto jejich volbu podporoval.[25]

Lékaři též selhali v tom, že ženám s rakovinou po menopauze nenabízeli léčbu ozářením, a s větší pravděpodobností obětovali prs spíš starších než mladších pacientek, i když obě skupiny měly stejné stadium rakoviny. Je také pravda, že čím bohatší a vzdělanější je žena, tím má větší šanci na záchranu svého prsu.[26]

Vedle vzdělání a schopnosti platit má na ušetření vašich prsou velký vliv i to, kde žijete. V Americe se ženy setkají s nabídkou BCS pravděpodobněji na Severovýchodě nebo ve středoatlantických státech spíš než na Jihu, více v městech než na venkově, a ve větších nemocnicích s lepším zařízením. Větší míra záchovné chirurgie se též objevuje v 17 státech, kde je zavedeno právo informovaného souhlasu, které lékařům umožňuje poskytnout pacientům s rakovinou informace o jejich léčebných možnostech.[27]

Nedostatek informovanosti nebo podpory BCS ze stran lékařů může vysvětlovat nedůvěru, se kterou mnoho žen pohlíží na přístupy zachovávající prs. Mnozí z většinového mužského klanu prsních chirurgů si stále myslí, že ztráta prsu není tak velkou tragédií. Několik onkologů se pokoušelo dokázat, že ženy po mastektomii neutrpí nikterak větší psychické trauma než ty, které jsou po BCS. Skupina lékařů napsala: „Mnoho z nás pohlíží na mastektomii jako na zákrok řešící problém okamžitě a kompletně bez potřeby následné radioterapie. Přijetí a dokonce i upřednostňování mastektomie před konzervativnějšími přístupy většinou našich pacientek... naznačuje, že tyto pacientky se ochotně ztrátě prsu přizpůsobí."[28]

Význačný britský odborník na rakovinu prsu Michael Baum i další specialisté z Londýna a Manchesteru studovali psychologické následky žen po mastektomii versus žen po BCS. Studie zjistila, že asi čtvrtina žen po jakékoli z těchto operací byla depresivní nebo úzkostná. Z toho Baum a jeho kolegové vyvozují, že nemáme žádný důkaz pro to, že ženy s časnou rakovinou prsu, které podstoupí konzervativní zákrok, jsou na tom psychicky lépe než ty, kterým byla provedena mastektomie. Zdá se ovšem, že klíčovým faktorem je možnost svobodného rozhodnutí: u pacientek, kterým bylo umožněno vybrat si druh operace, byla daleko menší pravděpodobnost vzniku deprese než u těch, za něž rozhodl někdo jiný.[29]

OPERACE KÝLY

Na poli dalších oblastí chirurgie se často nikdo nemůže dohodnout na nejlepší technice, kterou by se zvládl ten který problém. Ačkoli dobře provedená repozice kýly se svou obtížností rovná té nejkomplikovanější břišní chirurgii, nechávají zkušení chirurgové tento typ operace, který považují za rutinní a nudný výkon, začínajícím lékařům, aby díky němu začali do operativy pronikat. Mladí lékaři v Anglii mohou repozici kýly provádět již po šesti asistencích u tohoto zákroku. To je také možná jedna z příčin její neúspěšnosti. Ve věku nad 65 let je až čtyřikrát nebezpečnější nechat si kýlu odoperovat, než si ji ponechat.[31] Až pětina operací musí být do pěti let opakována – po třetí operaci se recidivy vyskytují v každém druhém případě.

Odborníci se též nemohou shodnout na nejlepším postupu. Britské Ministerstvo zdravotnictví, které je znepokojeno těmito statistikami, požádalo Královskou společnost chirurgů, aby zjistila, zda by dosavadní operační techniky nepotřebovaly poněkud zdokonalit. Královská společnost odpověděla, že pro repozici hernií neexistuje žádná vyhraněná a osvědčená norma. Původní Bassiniho technika, vyvinutá v roce 1887 – velice účinný chirurgický zákrok, který zesílil oslabenou břišní stěnu tak, že se prošily její tři vrstvy a vytvořil se tak „tkáňový falok" – byla znehodnocena jednoduchým „zalátáním" překříženými stehy, které zvládne ihned každý student chirurgie. Problém tohoto šití spočívá v tom, že se může okamžitě uvolnit. Ačkoli byla Bassiniho technika vzkříšena na Shouldice Clinic v Torontu s vynikajícími výsledky (jenom 1 procento opakovaných operací), v Británii ji v současnosti praktikuje pouze pětina chirurgů.[32]

RAKOVINA PROSTATY

V případech, které vyžadují prosté pozorné vyčkávání – tedy sledování situace a pozorování, zda se nezhoršuje –, příliš často chirurgové sahají po svých skalpelech nepřiměřeně brzy. Týká se to také rakoviny prostaty. Nejběžnější forma rakoviny

(a operace) u mužů po čtyřicítce je spojena s prostatou, žlázou, která leží přímo pod základnou močového měchýře a která produkuje tekutinu, jež je součástí spermatu. Protože je umístěna tak blízko měchýře a močové trubice, způsobují problémy v této oblasti pravidelně potíže s močením. I když incidence rakoviny prostaty ve skutečnosti nevzrůstá, roste incidence agresivních metod léčení, jako je ozařování a operování – o obrovitých 36 procent.

Devět registrů nádorových onemocnění z celé Ameriky spolu s daty shromážděnými Národním centrem zdravotnické statistiky ukazují mezi lety 1983 a 1989 pouze mírný vzrůst výskytu rakoviny prostaty (související hlavně s rostoucí snahou zachytit časná stadia nemoci). Nedošlo k žádnému nárůstu výskytu těch typů rakoviny, které metastazují nebo které bývají smrtelné. Podíl prostatektomií (chirurgickéhoodstranění prostaty) se však zvýšil o 35 procent za rok a značně kolísá mezi jednotlivými oblastmi.[33]

Zdá se však, že všechno to agresivní řezání nemá sebemenší vliv na přežívání. Zásadní fakta dokazují, že konzervativní léčba časného stadia rakoviny prostaty – to znamená, že lékař zaujme bedlivý a vyčkávací postoj a využije dalších forem léčby, jako třeba hormonální terapie, a nepospíchá s operací – může být tím nejlepším východiskem, obzvláště u starších mužů, jejichž očekávaná délka života je 10 let a méně.[34] A to především proto, že rakovina prostaty je většinou pomalu rostoucím nádorem. Podle pitevních protokolů má třetina mužů západní Evropy nádor prostaty, ale pouze jedno procento na něj zemře.[35] Zejména u pacientů nad 70 let je větší pravděpodobnost, že zemřou se svou rakovinou prostaty než kvůli ní.[36]

Máme spoustu důkazů, že většina nádorů prostaty nemetastázuje. Ve dvou studiích, založených na desetiletém pozorování, vykazují tumory u dvou třetin pacientů pouze místní růst a nešíří se do jiných orgánů. U těchto pacientů byla hormonální léčba obvykle úspěšná.[37]

U mužů nad 70 let nejenže není radikální prostatektomie lepší než bdělé vyčkávání, ale může být přímo i škodlivá.[38] Dvě procenta mužů starších 75 let do třiceti dnů po operaci umírají. Přežívání bývá vyšší u skupin pacientů, se kterými se

nic nedělá (kromě sledování), než u skupin po operaci.[39] Mnoho pacientů, kteří se podrobí operaci, umírá kvůli různým závažným srdečním komplikacím během měsíce po výkonu.[40]

Náhlý rozmach radikální prostatektomie souvisí se zavedením techniky „šetřící nervová vlákna". Při této operaci jsou odstraněny jak vnitřní část prostaty, tak i její obal. Jsou však téměř stoprocentně zachována nervová vlákna, která mají údajně udržet pohlavní potenci.

Několik studií přináší vynikající čísla o přežití po této technice.[41] Pan Reginald Lloyd-Davies, urologický ordinář v St Thomas Hospital v Londýně, říká, že 80 procent pacientů může očekávat 5-10leté přežití. Pan Lloyd-Davies však podotýká, že představa o operaci, která by „zachránila" potenci, je pouhou smyšlenkou. Polovina pacientů nastálo ztratí potenci a kolem pěti procent se stává inkontinentní (stav, při kterém neudrží moč – pozn. překl.). Další slabou stránkou výkonu je, že jde o velkou břišní chirurgii, prováděnou nad stydkou kostí, a jestliže operatér není příliš zkušený, mohou vás pak postihnout mnohé komplikace.

Podstoupíte-li jakýkoli druh medicínské léčby, ať již farmakologickou či chirurgickou, nejenže nemáte lepší šanci na přežití, ale navíc to negativně ovlivní kvalitu vašeho života. Bylo zjištěno, že pacienti s rakovinou prostaty, kteří dostávají léky nebo jsou chirurgicky léčeni, dopadnou signifikantně hůře ve smyslu sexuálních, močových a střevních funkcí než ti, jejichž vývoj je jednoduše bedlivě sledován. Výskyt komplikací po léčbě je též daleko vyšší, než se všeobecně myslí.[42]

Nejdůležitější ovšem je, že radikální operace je určena jen pro velmi malý počet případů: u pacientů s velmi časným nádorem (stadium I), kdy se omezuje na žlázu samotnou a ponechává obal prostaty a lymfatické žlázy. Je též účinná pouze u onemocnění, kdy nádorem není postiženo okolí žlázy.[43]

Je-li vám sedmdesát a máte rané stadium karcinomu, bude vaše rozhodování jednoduché: zvolit si pozorné vyčkávání. Jste-li však mladší, závisí hodně na stadiu, ve kterém nádor je, a zda-li splníte kritéria pro operaci. Pro ty, jež mají v závislosti na svém věku podstatně delší statistické přežívání než 10 let, je „pozorné vyčkávání" teoreticky spojeno s vyšší pravděpodobností vzniku metastáz nebo úmrtím na rakovinu prostaty.[44]

Nejnovější materiál však přináší důkazy, že konzervativní přístup může být rozumnou volbou pro muže každého věku, který má chorobu ve stadiu I nebo II. Připouští také, že přínos agresivních léčebných metod (ve srovnání s konzervativními) ani i pro stupeň III není „jednoznačný" a že je třeba pro toto stadium vypracovat novou léčebnou strategii. Další výzkum ukazuje, že i mladší muži – po šedesátce – s pomalu rostoucím typem karcinomu prostaty budou pravděpodobně žít stejně dlouho jako muži bez tumoru. Ve studii University of Connecticut zemřelo pouze 9 procent pacientů s rakovinou v nízkém stupni vývoje, a to dokonce po 15 letech. Dříve mohou zemřít jen muži s rychle rostoucími tumory nebo s tumory v pozdních vývojových stadiích, a to o čtyři až osm let dříve, než je jejich očekávaná délka života. Ale i tito pacienti s tumory ve vyšších vývojových stupních jsou na tom lépe, když jim není provedena radikální operace, protože významné problémy spojené s léčbou nemohou převážit ztrátu těch několika let života.[45] Můžeme tedy prakticky říci, že pro mnohé pacienty není operační léčba žádným přínosem.

Kromě skutečnosti, že operace prostaty zřejmě nezlepšuje přežívání, může radikální zásah a screening vynést na světlo světa mnoho dalších tumorů, které by jinak zůstaly skryty – a neškodily by, pokud by byly ponechány neodhalené. V jistých lékařských kruzích jsou též obavy, že radikální zákroky, kterými se léčí rakovina prostaty (a prsu), mohou pouze přispívat k metastázování nádoru. Lékaři tvrdí, že špatné přežívání souvisí s děsivou schopností karcinomu prostaty metastázovat. Nyní ale bylo odhaleno, že chirurgové náhodně rozšiřují rakovinné buňky do dalších částí těla při operování. V jedné studii, která sledovala 14 operací, byly po zákroku nalezeny rakovinné buňky prostaty v krvi 12 pacientů. Pouze tři měli tyto buňky v krevním oběhu již před operací.[46] Podobné znepokojení vzrostlo i v otázce chirurgie prsu, jestli též nezpůsobuje metastázy,[47] především poté, co se zdá, že operace zvyšuje riziko recidivy nebo úmrtí v průběhu tří let po zákroku.[48]

HYSTEREKTOMIE

Hysterektomie je hned po císařském řezu na druhém místě v počtu nejběžnějších operací ve Spojených státech, a Británie je brzy dohoní. Jste-li žena žijící v Americe, máte vyhlídky jedna ku třem, že po 60 letech věku přijdete o dělohu; v Británii je tato pravděpodobnost jedna ku pěti.

Hysterektomie ovšem předčí všechny ostatní operační zákroky svou zbytečností. Tři čtvrtiny všech hysterektomií jsou prováděny ženám mladším 50 let ze značně pochybných důvodů. Ačkoli jediným životaschopným vysvětlením pro vykonání hysterektomie je karcinom dělohy nebo nezvládnutelné poporodní krvácení, čítají právě tyto příčiny pouze 10 procent ze všech provedených výkonů.[49]

Zbývajících 90 procent hysterektomií se dělá pro mnoho sporných diagnóz: myomy, endometriózu, pokles močového měchýře, změny polohy dělohy, silné menstruační krvácení nebo nevysvětlitelné potíže s cyklem, kterým gynekologové dávají bizarní pojmenování „pánevní kongesce". Jedním z měřítek pro to, jak málo je tato léčebná metoda založena na solidních důkazech nebo přísných kritériích pro doporučování operace, je obrovská variabilita v počtu hysterektomií, který se liší mezi jednotlivými lékaři nebo mezi oblastmi jednoho státu, přičemž nejvyšší frekvenci často najdeme u černých nebo chudých Američanek.[50]

Hysterektomie se často používá jako „prevence" rakoviny vaječníků u žen, které mají karcinom dělohy, i když pouze 2 z každého 1 000 žen po hysterektomii budou mít nádor vaječníků,[51] a navíc se tato nemoc samotná vyskytuje vzácně – ve Velké Británii se každý rok objeví jen 2 000 případů. Vedle preventivního odstraňování vaječníků pro nádory jiných orgánů je stejným způsobem neospravedlnitelná i hysterektomie. Méně než 2 myomy z 1 000 a méně než 3 procenta nálezů abnormálních buněk sliznice děložní se vyvinou ve zhoubný nádor.[52] Hysterektomie obnáší úmrtnost 1 promile – riziko se zvětšuje s věkem – a závažné komplikace se objevují ještě 15krát častěji, takže pravděpodobnost, že dostanete rakovinu, je daleko menší než riziko,

že zemřete nebo že budete vážně poškozena operací. U abdominálních hysterektomií (tj. břišní cestou – pozn. překl.) se vlastně nežádoucí reakce vyskytují u více než 40 procent zákroků.[53]

Mezi těmito následky jsou střevní potíže,[54] zadržování moče nebo inkontinence[55] a riziko život ohrožující trombózy, především u žen po menopauze,[56] která se vyskytuje v jednom případě na 6 000 operací. Třetina až téměř polovina všech žen, které se podrobily hysterektomii nebo odstranění vaječníků, hlásí snížení sexuální vzrušivosti.[57] Jestliže má žena vaječníky vyoperovány zároveň s dělohou, může čekat velké potíže v přechodu.[58] Ale i když jsou vaječníky ponechány, může vést hysterektomie k časnému selhání funkce vaječníků a menopauza přichází dříve než obvykle.[59]

Všechny choroby, které nejsou skutečnými indikacemi pro hysterektomii, se dají léčit šetrnějšími chirurgickými zákroky, léky, dietou, výživovými doplňky, alternativní medicínou a v případě myomů se může čekat do přechodu, kdy se nádor sám zmenší.[60]

TRANSCERVIKÁLNÍ RESEKCE DĚLOHY

Gynekologové jsou velmi nadšeni novým postupem, který ovšem zatím neobstál ve zkoušce času. V květnu 1991 se lékaři nadchli po údajný mezník ve vývoji gynekologie, transcervikální resekci endometria (TCRE) neboli odstranění sliznice děložní u žen s abnormálně silnou menstruací. Tato nová technika měla vystřídat radikálnější a původně jedinou léčbu volby: hysterektomii. Lékařské časopisy prohlašovaly, že ročně nahradí ambulantně prováděná TCRE hysterektomii u 18 000 žen. Po jedné studii – zdroji veškeré té vítězoslávy – lékaři pozorovali, že po celou dobu 2,5letého sledování se přes 90 procent všech pacientek těší zmírnění potíží při menstruaci. Objevilo se mnoho varovných signálů – z 234 pacientek jich 42 přestalo mít menstruaci, 16 z nich potřebovalo opakovat TCRE, dvě hlásily kruté periodické bolesti, 10 musela být provedena hysterektomie a většině z nich se zmenšila děloha, ve které vznikly myomy.[61]

Již o dva měsíce později uveřejňovaly časopisy, které se dříve rozplývaly nadšením nad novou průkopnickou technikou, varováni o úmrtí pěti žen, které operaci podstoupily. Ve dvou dalších případech přišla následkem zákroku jedna pacientka o nohu a druhé praskla aorta, ačkoli byla v péči velmi zkušených chirurgů. Proděravění dělohy je jedna z hlavních a závažných komplikací; zásah do sliznice děložní může stimulovat určitá nervová vlákna a způsobit tak prudké sevření pacientčiných stehen, a tak se lékař „netrefí" a proděraví dělohu.[62] Jedna pacientka s perforovanou dělohou téměř zemřela a od té doby trpí chronickou bolestí v podbřišku a průjmem. V jedné studii jedna z 20 operovaných žen musela podstoupit hysterektomii.

U čtyř zdravých žen se dva toky po zákroku, provedeném z důvodů silného menstruačního krváceni, rozvinula encefalopatie neboli zánět mozku a jedna zemřela poté, co u ní začaly epileptické záchvaty. Tyto stavy byly způsobeny „vyplachovacím roztokem", kterým je během celého laserového zákroku proplachována děloha, aby z ni odstraňoval poškozenou tkáň a buňky. V případě těchto čtyř žen se zřejmě vstřebalo tolik roztoku, že mohl způsobit encefalitidu.[63]

Přes veškerý rozruch neměla tato metoda žádný vliv na počet prováděných hysterektomií. Oblastni zdravotní úřad v Oxfordu, který se zabýval četností operačních zákroků v šesti místních obvodech, zjistil, že odstraňování sliznice děložní chirurgy dobře zajišťuje. Počet hysterektomií zůstal stejný jako v době, než se zavedla TCRE.[64] Ve skutečnosti většina žen, kterým byla sliznice dělohy odstraněna endometriální resekcí, skončí stejně s kompletní hysterektomií. Asi 87 procent si po operaci stěžuje na nepřestávající vaginální krváceni a v některých případech dochází k poměrně velkým ztrátám krve – což je jeden z problémů, který má tato metoda léčit. U žen, které se TCRE podrobí, je také daleko větší pravděpodobnost, že budou po zákroku trpět bolestmi – v 11 procentech je bolest horší než před operací, a asi u pětiny žen dojde k zhoršení premenstruačních potíží.[65]

KREVNÍ TRANSFUZE

Snad to největší riziko, kterému jste při operace vystaveni, nemá se skalpelem nic společného. Americký červený kříž nyní připouští, že dokonce i v případě mimořádně výjimečných situací je krevni transfuze často jen další komplikací a zvyšuje pravděpodobnost, že pacient zemře. Ačkoli strašidlo AIDS a krve kontaminované virem HIV nás připravuje o dárce krve a krevní transfuze (v době psaní této knihy jsou jak v Británii, tak v Americe kriticky nízké zásoby krve), je transfuze stále běžnou při většině chirurgických zákroků a neodkladných stavů – v mnoha případech bez jakéholi lékařského ospravedlnění jejího užití nebo bez jakýchkoli pravidel, usměrňujících její nezbytnost.

Jak už se to v medicině běžně praktikuje, jsou směrnice, kterými se lékaři řídí při rozhodování, zda dát či nedat transfuzi, schvalovány na základě nedostatečného počtu vědeckých důkazů. Odhadem třetina až tři čtvrtiny pacientů, kterým je podána krev, je transfuzí léčena nevhodně kvůli malému objemu krve nebo kvůli špatnému stavu výživy (tedy pro anémii). Anthony Britten z Transfuzní služby Amerického červeného kříže přiznává, že je rozšířeno „velké nadužívání krevních produktů, jako je albumin a plasma, a též plné krve nebo červených krvinek. Indikační schémata se velmi liší místo od místa, takže je jasné, že pro jejich užívání neexistují žádné všeobecně platné normy."[66]

Ve zprávě zvláštního útvaru Federálního úřadu pro vyhodnocování technologií z roku 1989 se odhaduje, že 20 až 25 procent konzerv erytrocytární masy (koncentrátů z červených krvinek – pozn. překl.), 90 procent albuminu a 95 procent dávek čerstvě mražené plazmy se pacientům podají zbytečně. „Indikátorem transfuze" je totiž obyčejně množství hemoglobinu (součásti červených krvinek, ktetá buňkám přenáší kyslík). Medicina používá tutéž hladinu „indikátoru" pro muže i ženy, ačkoli ženy mají samozřejmě nižší počet červených krvinek než muži. „Anémie z nedostatku železa stojí stále v čele diagnóz,

pro které se podává transfuze, ačkoli je to jen zřídka oprávněné," pravíse ve zprávě.[67]

Mnozí v medicíně začínají poněkud pochybovat o jedné z nejstabilněji zavedených praktik podávání krve před operací a během ní. Průzkum 1 000 amerických anesteziologů uzavírá, že mezi těmito lékaři existuje „široká variabilita v transfuzní praxi", vycházející „spíše ze zvyku než z vědeckých faktů".[68] Jedním z takových zvyků je podávání krve před operací všem pacientům, kterým klesne hladina hemoglobinu v krvi pod 100 g/l. Tato praxe se zřejmě rozšířila poté, co jeden hematolog špatně pochopil studii provedenou na psech, která byla přijata jako evangelium a byla kázána celé generaci studentů anesteziologie.[69]

Nezralé děti dostanou pravděpodobně více krve než jakákoli jiná skupina pacientů v nemocnici (kromě hemofiliků).[70] Transfuze je automatická u dětí, jejichž váha je nižší než 1 500 g, což je postup, který má jen malé opodstatnění.[71] Krevní deriváty jsou též běžně ozařovány, protože se předpokládá, že se tím sníží riziko pacientů, kteří mají problémy s imunitním systémem, že se u nich vyvine reakce proti cizí krvi. Také se běžně tvrdí, že ozáření sice škodí červeným krvinkám, ale má jen nepatrný vliv na funkci ostatních složek krve. Ale tato ozářená krev může obsahovat ve vysokých koncetracích draslík, který může být riskantní především u kojenců a těhotných žen.

Vedle špatných indikací pro podávání krve dávají lékaři často též špatnou krev. V Británii byl zaslán do 4 000 nemocničních hematologických laboratoří dotazník, na který odpovědělo 245 laboratoří a třetina z nich oznámila vícečetné příhody, při nichž byla pacientovi podána špatná krev buď na oddělení, nebo na operačním sále. Následkem 111 takových omylů šest lidí zemřelo a 23 onemocnělo.[72] Protože ale v dotazníku nebyla položena otázka týkající se vydávání špatné krve (ale laboratoře se této informace dobrovolně dotkly), musela studie připustit, že udávaný počet chyb při trasfuzích byl pravděpodobně silně podhodnocen.

Tento dotazník znamená, že v Británii byly transfuze sledovány vůbec poprvé, i když praxe krevních převodů trvá již 50 let. Příslušný podíl chyb však odpovídá i poměrům ve Spojených státech, o kterých se předpokládá, že mají pro používání krve ta nejpřísnější omezení na světě.

Po přehodnocení dotazníků studie uzavřela, že na každých 6 000 konzerv s erytrocytárními masou je podána jedna neodpovídající krev. V jiném výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce chyb vzniká, když jsou krevní vzorky nedostatečně zdokumentovány nebo když jsou k dispozici nesprávné informace o tom, která krev má být podána určitému pacientovi; ve dvou londýnských univerzitních nemocnicích, které byly nedávno zkoumány, se prokázalo, že neúplné informace o krvi mají u čtvrtiny svých pacientů.[73]

Na poslední konferenci Královské lékařské společnosti bylo oznámeno, že transfuze nebyly nikdy podrobeny žádnému vědeckému bádání – tedy randomizovanému, dvojitě slepému pokusu –, které by dokázalo, jestli jsou skutečně alespoň trochu přínosné. *Je to jako v jiných oblastech moderní medicíny – metoda, které bychom mohli věnovat pozornost snad jako užitečnému poslednímu záchytnému bodu, je beze špetky vědecké práce zavedena a přijata jako standardní léčba první linie na základě toho, že a priori předpokládáme její užitečnost.*

I když bychom se domnívali, že dávání a přijímání cizí krve je opodstatněné, může množství chorob přenášených krví, které můžeme dostat od druhých lidí, snadno náš názor změnit. Nárůst výskytu AIDS dodává tranfuzím podobu ruské rulety.

Stále nevíme, co AIDS způsobuje nebo zda je třeba ještě další spolupůsobící činitel, který přemění nosičství viru HIV na vlastní AIDS (jak dnes tvrdí spoluobjevitel viru HIV Luc Montagnier). Také nevíme, jak dlouhou inkubační dobu má virus HIV (jestli je tedy vůbec příčinou AIDS), než vznikne plně rozvinutá choroba.[74] Rozhodně ale víme, že darovaná krev s sebou nese značně velké riziko infekce hepatitidou. Hepatitida z transfuze vzniká ve Spojených státech přibližně u 7 až 10 procent příjemců krve od neplacených dárců.[75] Tato incidence se znásobuje tři- až čtyřikrát u příjemců, kteří dostanou krev od dárců placených. Znamená to 230000 nových případů hepatitidy ročně v samotné Americe. Příčinou této epidemie je, že až dosud neexistuje žádný spolehlivý nebo dostateč-

ně citlivý test na odhalení zárodku, který chorobu způsobuje. Za většinu případů hepatitidy C je skutečně zodpovědná transfuze krve nebo společná jehla intravenózních toxikomanů. Irská vláda se pokouší vystopovat asi 100 000 Rh-negativních matek, které dostaly v roce 1977 transfuzi krve, aby zjistila, jestli dostaly hepatitidu C, protože v tomto roce došlo mezi lidmi po tranfuzi k prudkému nárůstu ve výskytu této nemoci.[76]

Ačkoli americké Středisko pro kontrolu chorob a prevenci chorob tvrdí, že irská epidemie je první svého druhu, někteří odborníci z lékařských kruhů se domnívají, že kdokoli, kdo dostal krevní transfuzi před rokem 1991, má určité riziko infekce hepatitidou typu C. V Británii se skutečně nedávno zjistilo, že asi 3 000 hemofiliků dostalo hepatitidu C. Lékaři nyní uvažují, zda intravenózní imunoglobulin, protein podávaný za účelem stimulace imunitního systému, může opravdu zavinit hepatitidu C. V Americe bylo loni zaznamenáno více než 100 případů a nově byla hlášena skupina 20 nakažených v Norsku.

Od roku 1991 je rozpracován test na zjištění viru hepatitidy C, který ukazuje, že z 2 000 dárců krve je údajně jeden člověk pozitivní na protilátky proti této infekci.[77] Avšak ani tento screeningový test vás před ní nevyhnutelně neochrání. Mnoho lékařů nyní píše do British Medical Journal a stěžuje si na nepřesnost tohoto testu.[78] Lékaři z virologického oddělení City Hospital v Edinburghu a John Radcliffe Hospital z Oxfordu sdělili, že během prvních osmi měsíců screenigu viru hepatitidy C v oblasti Oxfordu bylo asi 83 000 krevních konzerv (od přibližně 70 000 dárců) podrobeno testu druhé generace ELISA (enzymem značené imunologické analýze), nejčastější zkoušce, užívané k detekci hepatitidy C.

V tomto vzorku se objevilo 358 dárců opakovaně pozitivních. Když byly všechny tyto pozitivní krve testovány znovu dvěma dalšími, ještě novějšími zkouškami, tedy rekombinantní imunologickou zkouškou druhé generace (RIBA-2) nebo Murex BCJ11 ELISA, ukázalo se, že ELISA poskytla chybné výsledky ve více než třech čtvrtinách případů.

Vedle hepatitidy je tu riziko, že z krve chytíte virus lidské T-buněčné leukémie-lymfomu (HTLV-I), které je 10krát vyšší

než riziko infekce HIV.[79] Toto riziko prudce stoupá, když si uvědomíme, že mnoho příjemců, včetně nezralých novorozenců, dostává krevní deriváty vyrobené z krve průměrně devíti dárců.

Lékařská literatura je zahlcena studiemi o operovaných pacientech, kteří mají po autotransfuzi daleko lepší vyhlídky než po podání cizí krve (při autotransfuzi dostanou svou vlastní, skladovanou nebo čerstvou, krev). Transfuze krve jsou spojovány se selháním různých orgánů, recidivou rakoviny, vysokým rizikem pooperační infekce, nemocí štěpu proti hostiteli – stavem postihujícím klouby, srdce a krevní buňky, při kterém organizmus příjemce cizí krev odmítá.

Jestliže jste prodělali rakovinu, tak vás vedle různých nemocí, které můžete dostat z krve jiného člověka, tranfuze ohrožuje snížením činnosti imunitního systému, které způsobí nebo do určité míry napomůže recidivě. Z jedné studie vyplývá, že u pacientů s rakovinou hrtanu se nemoc opakovala ve 14 procentech u těch, kteří nedostali krevní transfuzi, a více než čtyřikrát častěji u těch, kteří krev dostali. U pacientů s karcinomem dutiny ústní, hltanu a nosu docházelo k recidivě v 31 procentech ve skupině bez transfuzí, ale ve více než dvojnásobném množství u lidí po transfuzi.[80]

Zkušenosti s horšími výsledky máme i u pacientů, kteří dostali krev po operaci pro rakovinu plic[81] a pro rakovinu střev, konečníku, čípku děložního a prostaty.[82] Též se zdá, že k opakování dochází s vyšší četností v případě, že pacient dostane plnou krev, než když je mu podána pouze erytrocytární masa.

Transfuze během operace zvyšuje také riziko infekce.[83]

Musí-li pacient podstoupit větší operační zákrok v dutině břišní, je krevní transfuze nejvýznamnějším z činitelů, které přispívají k systémovému selhání orgánů.[84]

Vedle toho, že cizí krev snižuje vaše šance na přežití, přináší také vedlejší účinky, které si v ničem nezadají s těmi nejhoršími polékovými reakcemi. Běžné reakce zahrnují kopřivku, horečku nebo zimnici, ale některé pacienty postihne po některých druzích plazmy i těžké poškození plic, které může ohrozit i život a jehož riziko je vyšší, než se původně myslelo.[85] Je zde i podstatné nebezpečí vzniku generalizované infekce a život

ohrožujících alergických reakcí, stejně jako pravděpodobnost, že z krve dostanete pohlavně přenosnou chorobu, jako je třeba cytomegalovirová infekce (CMV). Dobře to ve svém závěru vystihuje jedna studie, když říká, že krev je stejně jako otisky prstů jedinečná – nepřenosná – individuální: „Neubráníme se biologicky danému (a nyní již i právně uznanému) faktu, že krev každého člověka obsahuje rozmanité protilátky, antigeny a infekční zárodky, z nichž mnohé musí vědci teprve rozpoznat a jež nám nejsou dosud známy. Pomazané hlavy konečně pochopily, že ‚čistá krev'... je pouhou fikcí."[16]

PÁNI CHIRURGOVÉ, NA MINUTKU

Než se rozhodnete pro chirurgickou léčbu, je velice důležité podrobně si pohovořit se svým chirurgem o jeho dosavadní práci. Neberte jako samozřejmost, že se chirurgickým zákrokem automaticky zlepší váš stav nebo že chirurg nemůže udělat osudovou chybu. Zeptejte se, kolik příslušných operací již provedl a jaký postup používá. Jestliže se teprve rozkoukává a nemá za sebou více než 10 až 15 výkonů, najděte si zkušenější ruce. Podstatné také je, abyste věděli, kdo operaci provádí. V mnoha případech, zejména u běžných zákroků, dohlíží zkušený chirurg nad nováčkem, který si procvičuje rutinní postup. Trvejte na tom, aby práci provedl starší chirurg, nebo vyhledejte toho, kdo to bude ochoten pro vás udělat. A vůbec nejdůležitější je, abyste měli pocit, že chirurg je příjemný a že k němu máte důvěru; koneckonců budete plně v jeho rukách.

Možná vás také uklidní znalost rizik a výhod zákroku, když si zjistíte, k jakému množství komplikací dochází. S nejrůznějšími odborníky prohovořte další možnosti léčby. Zeptejte se na vědecké důkazy podporující výsledky, kterými se pyšní. Pečlivě zvažte rizika vyplývající z odmítnutí operace a nebezpečí zákroku samotného a jeho vliv na budoucí kvalitu vašeho života.

Máte-li jakékoli pochybnosti o lékařově upřímnosti ve věci léčebných možností nebo o jeho schopnosti považovat vás za rovnocenného partnera v rozhodování o léčebném postupu,

popadněte klobouk, zavřete za sebou dveře a najděte si operatéra, který tyto vaše pohybnosti vyvrátí.

Co se týče transfuzí, nezapomeňte, že lékaři mají u všech možných větších operací, včetně aortokoronárního bypassu, operací vrozených srdečních vad nebo rakoviny, úspěchy s transfuzemi vlastní krve pacientů, darované v časovém předstihu. S touto novinkou se začalo u třináctileté Lucy Buxtonové z Anglie na počátku roku 1994, kdy se jí odebrala krev, aby byla připravená před plánovaným vytržením mandlí. Tato technika se může používat i při neodkladných stavech, jako je krvácení nebo úraz.

Lékaři mají k dispozici i hemodiluci, postup, který udrží množství cirkulující tekutiny v organizmu pomocí umělých volumoexpanderů. Studie, zahrnující asi 10 000 chirurgických pacientů, uzavřela, že dospělé může postihnout ztráta až jedné třetiny celkového objemu krve a že odpovídající hemodiluce dokáže zabránit vzniku nezvratného šoku.[17] Při akutních stavech může být kontaminovaná krev (která byla v kontaktu například s obsahem střevním) bezpečně čistěna a do oběhu zpět navrácena zařízením na promývání buněk. Objem cirkulující krve může být také udržován náhradními roztoky. Na šesti tisících pacientů, kteří se podrobili operaci na otevřeném srdci, bylo dokázáno, že výsledky jejich operací byly lepší, když se místo krevní transfuze podávaly náhražky plazmy.[18]

11

Ehle, technika:

ŠAMANI POČÍTAČOVÝCH HER A INSTALATÉŘI NEPRŮCHODNÝCH TECHNOLOGIÍ

DVACET LET po provedení první úspěšné transplantace srdce, po příchodu počítačového čipu a mnoha vysoce specializovaných léků je západní medicína bezkonkurenční v nabídce zázračných řešení případů, které byly vždy považovány za beznadějné. Medicína těchto dní vám může voperovat nové srdce nebo játra, zabudovat nový umělý kyčel nebo koleno, může vám bez sebenepatrnějšího škrábnutí skalpelem vyčistit tepny a dokonce dát dítě ženě, která je již dávno po přechodu. Lidé upoutaní na vozíček věří, že jim nějaká operace již brzy vrátí chůzi; bezdětné páry zase vidí ve zkumavce naději na své dítě. Ale stejně jako veškerá ostatní chirurgie (a většina těchto metod patří v podstatě mezi operace), byly všechny tyto nejnovější a fascinující technologie přijaty neobezřele, byť s úřední pečetí souhlasu; jsou prováděny na milionech lidí bez existence sebemenších důkazů, jestli vůbec a především dlouhodobě fungují, a jsou ponechány napospas tomu, aby samy časem ukázaly, zda mají nějaké výhody oproti technikám, které právě vytěsňují. Miliony zoufalých pacientů pospíchají

vyzkoušet nová zázračná řešení a teprve potom si začínáme uvědomovat, v čem vězí jejich potenciální problémy.

Nejzákeřnější vlastností těchto „úžasných a mezních" postupů je překypující veřejná propaganda, která je obklopuje. Tisk často nekriticky a bez výhrad vykreslí novou proceduru jako zázračný objev ještě dříve, než může obstát ve zkoušce času. 4. února 1990 provolával *Sunday Times* palcovými titulky o fetální chirurgii: „Lékaři zkouší na nenarozených dětech svou obdivuhodnou metodu." O týden později, když se pro zákrok našel jeden vhodný kandidát, zveřejnily tytéž noviny s poněkud menší slávou deprimující výsledky: „Dítě operované v děloze umírá v matčině náručí."[1]

Není pochyb o tom, že pro mnoho jednotlivců, kteří nemají jinou možnost, znamená fetální chirurgie, kloubní náhrady nebo transplantace orgánů záchranu života. Ale příliš často pomyšlení na „zázračné vyléčení" ovládne představu lékaře i pacienta a nová technika se stává prvním (a ne až posledním) útočištěm pro každého bez ohledu na to, zda pro ni je či není vhodným objektem. Ve spěchu, jakým se moderní technika využívá, a při dychtivosti lékaře ohmatat si vlastníma rukama poslední novinku kosmického věku, se přehlíží rub těchto nejrůznějších technologií, pokud není zcela ignorován. Slýcháváme, že transplantace srdce, jater, slinivky břišní, plic a střev jsou dnes běžnou záležitostí. Daleko méně slýcháváme o skutečnosti, že třetinu těchto transplantátů pacienti odhojí, nebo o pouze zdánlivě svobodném výběru, kdy jsou mnozí pacienti postaveni před rozhodnutí, zda zvolit možnost, že jejich tělo transplantovaný orgán odmítne, nebo zda podstoupit riziko vedlejších účinků silných imunosupresivních léků, jako je třeba cyklosporin, (které se musí užívat, aby nedošlo k vypuzení nového orgánu jako „cizího"). Mnoho pacientů, kteří jsou stále na cyklosporinu, udrží transplantát, ale za cenu svých vlastních ledvin, protože mohou chronicky a progresivně (a nevyléčitelně) onemocnět, případně i selhat, a to dokonce i potom, kdy jsou imunosupresiva již vysazena.[2]

OPERACE KLÍČOVOU DÍRKOU

V této chvíli je poslední chirurgickou módou, která dobyla operační sály ztečí, minimálně invazivní chirurgie neboli operace klíčovou dírkou. Tento typ zákroku je oslavován jako největší novinka století a nikdo nemůže pochybovat o tom, že je to technika úchvatná. Za použití nejnovější mikrotechniky může chirurg vykonávat velké operace bez traumat (a řezání) obyčejné otevřené chirurgie. Teoreticky by měli pacienti alespoň rychle opustit nemocnici – často ten samý den – a rekonvalescence by měla probíhat téměř bez bolestí a daleko rychleji, než je tomu u běžných operací, tedy někdy i o několik měsíců.

Operace „klíčovou dírkou" (u nás se spíše vžilo odborné označení endoskopické operace - pozn. překl.) se jako nejrychleji rostoucí odvětví celého zdravotnictví používá již u jednoho z každých pěti břišních výkonů a na konci tohoto století má představovat až 70 procent všech operací. Podle současné situace soudě by to znamenalo 2,1 milionu operací ročně jen v samotné Británii.

CHIRURGIE ALIAS POČÍTAČOVÉ HRY

Minimálně invazivní chirurgie (též známa pod zkratkou MIS) znamená, že chirurg nařízne břišní stěnu na čtyřech až pěti místech malými řezy – obvykle pouze 5 až 7 cm dlouhými – a do jednoho z nich se zasune zařízení zvané laparoskop. Laparoskop jsou takové chirurgovy „oči": maličká čočka na jeho konci přenáší obrázky vnitřních orgánů na obrazovku videa.

Pak se ostatními řezy provléknou další trubicové nástroje a operace probíhá prostřednictvím obrazovky. Má-li se odstranit tumor nebo část orgánu, tak se nejprve odřízne, pak se stlačí a vytáhne rankou ven. Technika zahrnuje také užití paprsku xenonového světla a laser.

Ačkoli gynekologové laparoskopii používají již přes 20 let, rozvinula se tato metoda až teprve nedávno natolik dostatečně, že je vhodná a připravená k použití pro vyšetřovací postupy (řekněme k zjištění stavu vaječníků) nebo pro odstraňování a provádění různých podvazů (jako je podvaz tepen nebo

vyříznutí nádorů). Celý proces může trvat až sedmkrát déle než běžná operace na otevřeném břiše.

Endoskopické techniky se dnes nejčastěji užívají na odstranění žlučníku, na kýly a různé jiné břišní operace a začínají se zkoušet i při dalších typech chirurgických zákroků. První operace rakoviny, využívající laparoskopické zařízení, byla provedena v roce 1991; k prvnímu vynětí ledviny tímto způsobem došlo o rok dříve.

Největším problémem této velice vzrušující chirurgické techniky je to, že většina chirurgů se do ní pouští bez odpovídajících zkušeností. Ilustruje to i tiché doznání jedné kliniky v Londýně, kde zemřela žena, které byla laparoskopicky vyšetřována střeva. Ačkoli bylo známo chirurgovo jméno, zakázala klinika, na které se operace prováděla, všechny laparoskopické procedury až do doby, než mohli nezávislí odborníci potvrdit, že chirurgové jsou k provádění těchto operací kvalifikovaní.

„Je to pouhé nadšení chirurgů pro cokoli nového a jejich obavy, aby nestáli stranou, jestliže nezvládnou tuto techniku, které vedlo k prudkému nárůstu popularity minimálně invazivní chirurgie," napsal doktor David Lomax v dopise adresovaném časopisu *The Lancet* a komentoval tím náhlé a často nevhodné rozšíření této techniky na snad všechny operační výkony.

Nikdo nevyvrací skutečnost, že všeobecná úroveň dovedností je nízká a někdy je až na hranici bezpečnosti. Britská vláda vyčlenila 4 miliony liber na speciální výcvik chirurgů v endoskopické technice. Školicí program vznikl na základě výsledků zprávy sestavené pracovní skupinou chirurgů v čele s novátorem v oblasti endospických přístupů, profesorem Alfredem Cushierim. Britská vláda odmítá zveřejnit závěry této práce – což ovšem může vést pouze ke spekulacím, že zjištění jsou daleko více znepokojující než obecně známá fakta.

„NEŽÁDOUCÍ PŘÍHODY"

Mluvíme o 158 hlášených „nežádoucích příhodách" doprovázejících endoskopické operace provedené mezi srpnem 1990 a květnem 1992 v samotném státu New York. 24 z nich

bylo „trvalých nebo život ohrožujících" a více než dvě třetiny vyžadovaly další chirurgický zásah, který by napravil škody.[4] Při prvních 26 laparoskopických operacích na ledvinách, vykonaných na Washingtonské univerzitě, postihly téměř třetinu pacientů komplikace. Větší komplikace musely být znovu operovány za použití otevřené chirurgie.

O laparoskopické cholecystektomii – odstranění žlučníku endoskopickou cestou – platí, že počet komplikací a opakovaných hospitalizací prudce vzrůstá s rostoucím užíváním techniky operace klíčovou dírkou. Nyní, když je endoskopický přístup uplatňován u 86 procent operací žlučníku, vzrostlo množství poškozených žlučovodů za tři roky o 305 procent. Ačkoli se z toho vždycky vinila nedostatečná zručnost chirurgů, vědci se teď domnívají, že nebezpečí tkví v technice samé, a dokonce i když se lékaři s postupem dobře seznámí, počet poškození neklesá.[5]

Podle údajů Americké společnosti pro gynekologickou laparoskopii vzniká 15 závažných komplikací na 1 000 gynekologických operací, které jsou velice oblíbenou oblastí laparoskopických zákroků; výsledkem jsou tři úmrtí na 100 000 pacientek. Dokonce ani nejrozšířenější laparoskopická technika, operace žlučníku (mezi zdravotníky známá jako cholecystektomie), se nevyhne velikému množství chyb, uvážíme-li, kolik zákroků se nyní provádí. V nedávném americkém přehledu 77 604 těchto operací byla více než polovina úmrtí, souvisící se zákrokem, přisuzována komplikacím laparoskopické techniky.[6] V Británii bylo první odškodné ve výši 22 500 liber přiznáno ženě, která po špatně provedené rutinní operaci žlučníku potřebovala bezmála transplantaci jater, protože jí chirurg náhodou poranil žlučovod, který začal propouštět žluč a způsobil žloutenku.

Lucie podstoupila cholecystektomii endoskopickou cestou v srpnu 1991:

Brzy potom jsem začala mít bolesti při chůzi. Po nejrůznějších vyšetřeních mi zjistili, že mám avaskulární nekrózu hlavice levého stehna. [To znamená odúmrť určitých buněk tkáně, která nepostihuje krevní cévy, ale je spíše způsobená nedostatečným krevním zásobením tkáně nebo poraněním.] Specialista, který dělal cholecystektomii, trval na tom, že nejde o žádnou spojitost se zákrokem, ačkoli mi nepodal vysvětlení, proč bych měla dostat avaskulární nekrózu – chorobu, která se vyskytuje u mořských potápěčů, chronických alkoholiků a lidí po zlomenině kyčle.

Lucie je nyní trvale invalidní. Protože se jedná o poměrně novou situaci, není uznána Královskou společností chirurgů jako následek operace. Neexistuje ani žádný program na vyplácení odškodného, které by pacientce vynahradilo utrpení, způsobené poškozením.

Až dodneška se chirurg, pokud zvládl svou všeobecnou kvalifikaci, mohl s nadšením vrhnout na tuto novou techniku, i když neměl ponětí, jak se dělá. V mnoha případech lékaři doslova experimentovali se svými pacienty, protože se báli, že budou vypadat staromódně.

Obzvláště gynekologové, jak se vyjádřil jeden chirurg, jsou známí svým spěchem jako „sebevražední chirurgové"; buď „tuto metodu zaženou až za hranice jejích možností", nebo se jí děsí – „jsou tak neohrabaní, jako by jim za zády někdo hrozil pěstí."[7]

Namísto obvyklého postupu, na který je chirurg zvyklý a při kterém musí své zkušenosti „dostat do rukou", nyní musí zvládnout ohratnost hráče počítačových her. Než aby se soustředil na orgán, který má před sebou, musí hodnotit tři rozměry, které mu zobrazuje endoskop, a práci, kterou normálně provádí svýma rukama, musí svěřit nástrojům. V důsledku to znamená, že operuje, aniž by vnímal dotyk, a musí si zvyknout na odlišný způsob zrakového vnímání – mikroskopický, který neposkytne ani nejzkušenějšímu chirurgovi normální, plnou viditelnost.[8]

Nejrozšířenější komplikací je probodnutí orgánů mikroskopickým zařízením, které se ve Spojených státech objevuje ve třech případech z 10 000 komplikací gynekologické operativy a z 0,05 procenta u laparoskopických cholecystektomií. V tomto případě dva pacienti následkem svého poranění zem-

řeli. Případ z Austrálie poukazuje též na použití nevhodné mikroskopické techniky. Jistému chirurgovi, který si plně neuvědomil, že zrakové pole dané laparoskopem je omezené, byla uložena pokuta za nedbalost.[9] Jelikož tedy nemohl pořádně vidět, co vlastně dělá, pronikla jehla při operaci do pacientova střeva (později se zjistilo, že lékař nic nezanedbal).

Další komplikace – obyčejně u starších lidí nebo u pacientů s nemocným srdcem – může být způsobena kysličníkem uhličitým, kterým se plní dutina břišní, přičemž se jedná o standardní postup, který laparoskopu „zviditelní" jeho prostor. Podle jedné britské studie jsou po zavedení kysličníku uhličitého hlášeny u 17 procent pacientů náhlé poruchy srdečního rytmu. Jiný výzkum zase zjistil u třetiny operovaných zpomalení srdeční frekvence.[10]

Některé americké státy nedovolují chirurgům provádět minimálně invazivní chirurgii až do doby, než projdou řádným proškolením. Jinde, jako třeba ve Velké Británii, jsou oprávněni zákrok provádět i operatéři s malou praxí či zcela nezkušení. Americká společnost pro gastrointestinální endoskopickou chirurgii navrhuje, aby chirurgové celý postup nejprve zkoušeli na zvířatech a teprve potom aby jim bylo povoleno operovat lidi.

Na počátku roku 1994 zavedl senát Královské chirurgické společnosti Velké Británie a Irska nová měřítka na zabezpečení kvality a pro získání opravňujícího certifikátu, který zajišťuje, že než budou moci chirurgové provádět endoskopickou operativu, budou muset pro to něco udělat. Školení, ohodnocení a certifikát se stane povinným a začínající lékaři, kteří nebudou mít praxi, neobdrží certifikát a nebudou moci výkony provádět.

I otevřená chirurgie znamená pro metastazování rakoviny vysoké riziko svým rozšiřováním nemocných buněk mezi zdravé. Ale toto nebezpečí se endoskopickou chirurgií zmnohonásobuje, protože operatér nemá dokonalý přehled a kontrolu, a také proto, že se rakovinou napadené orgány a buňky musí protlačit malými rankami. Tak se zvyšuje pravděpodobnost, že nemocné buňky odpadnou a „uchytí se" na zdravých orgánech. Na tento problém nedávno upozornily dva případy v Cardiffu, kde dvě ženy, které se podrobily laparoskopické operaci karcinomu žlučníku, na tuto rakovinu zemřely. Když chirurgové vytahovali maligní tkáň malým otvorem ve stěně břišní, rakovinové buňky se odtrhly a zachytily se v dutině břišní.

DELŠÍ A NEBEZPEČNĚJŠÍ

Některá rizika spojená s endoskopickou chirurgií by za to stála, kdyby se o této technice definitivně ukázalo, že pacientům přináší skutečné výhody – jako je třeba ve srovnání s běžnými operacemi opravdu daleko rychlejší uzdrava. Ale studie, ke kterým konečně došlo, ukazují, že laparoskopický přístup není vždy ten nejlepší. Jedna z prvních větších randomizovaných studií, srovnávajících odstranění slepého střeva endoskopickou technikou s konvenční otevřenou apendektomií, neukázala u pacientů žádný rozdíl v pooperační bolesti a délce zotavení. Tyto nálezy odrazují i od těch nejzákladnějších východisek, na kterých je laparoskopický přístup založen.

Studie, provedená v Prince of Wales Hospital v Hong Kongu, vychází ze srovnání 70 pacientů, kteří podstoupili otevřenou apendektomii, se 70 nemocnými, kterým byla provedena laparoskopickou cestou. Obě skupiny byly podobné co do věku, pohlaví a trvání příznaků. V ani jedné skupině nedošlo k nějaké vážnější komplikaci, ačkoli u 20 procent laparoskopovaných pacientů se muselo během zásahu přejít na otevřený přístup.

Vědecký tým nenašel mezi oběma skupinami žádný rozdíl v bolestivosti, spotřebě analgetik, dietním schématu při návratu k normální stravě nebo délce pobytu v nemocnici. Ke kontrolnímu vyšetření tři týdny po operaci se dostavil podobný počet pacientů z obou skupin a ve stejnou dobu se vrátilo do práce téměř stejné procento pacientů – 79 procent ze skupiny laparoskopovaných a 74 procent pacientů po běžné operaci.[11]

Poctivě vzato, musíme dodat, že otevřená apendektomie nyní již není tak velkým agresivním výkonem, jakým bývala, ale dělá se pomocí malé ranky, při které se neporaní svaly. Z tohoto důvodu může být rozdíl mezi laparoskopickou

a otevřenou chirurgii v tomto speciálním případě nepatrný, takže by se měly srovnávat například operace žlučníku.

Další studie, stavící laparoskopickou hysterektomii proti standardnímu vaginálnímu přístupu, uzavřela, že endoskopická operace trvala dvakrát tak dlouho. Výzkumná skupina z Royal Free Hospital v Londýně zjistila, že tradiční metoda byla nejen daleko rychlejší, ale že délka rekonvalescence byla u obou skupin podobná.[12] Výzkum, provedený Indickou lékařskou výzkumnou radou, odhalil, že komplikace při endoskopické sterilizaci byly sedmkrát častější než při minilaparotomii (obvyklý přístup, kdy se otevřenou dutinou břišní vejcovody podvážou „páskami").[13] Operace kýl jsou známy tím, že v jejich důsledku často vznikají vnitřní jizevnaté srůsty a salpingitis (zánět vejcovodů u žen).[14]

Nepochybně je třeba udělat rozsáhlé studie, jež by porovnaly laparoskopické operace s jejich konvenčními protějšky, aby se mohly posoudit diagnózy, pro které je MIS nejvhodnější. Může se stát, že tento postup bude podpořen u operací, jako je cholecystektomie, ale může se také ukázat, že pro apendektomii a odoperování rakoviny je nevhodný.[15]

Chirurgové také s nadšením zkoušejí novou techniku i tam, kde se vůbec nemusí operačně zasahovat. Nedávno provedená výzkumná práce zjistila, že od zavedení endoskopické chirurgie vzrostlo množství operací žlučníku o pětinu.[16]

KLOUBNÍ NÁHRADY

Nová chirurgická technika implantace kloubních náhrad je dalším příkladem módního pobláznění, které bylo zavedeno bez řádného testování. Náhrada kloubu znamená, že se chrupavka kyčelního nebo kolenního kloubu, poškozená osteoartritidou, vymění za umělý kloub, vyrobený ze směsi kovu a polyetylénu. Je jasné, že tato metoda, která mění životy mnoha starších lidí, když je z vozíčku vrací k normálnímu, aktivnímu životu, je právem považována za zázrak. Především kvůli opojným zkušenostem, že se pacienti po operaci zase začnou belhat, ordinují lékaři operaci příliš snadno, aniž by zvážili

důsledky či jiné alternativy, zejména u mladých lidí. Odhaduje se, že 10 procent lidí nad 65 let má umělý kyčelní kloub, což z tohoto zákroku činí nejběžnější operaci ve Velké Británii (v roce 1991 jich bylo provedeno více než 45 000). Ve Spojených státech dostalo v roce 1990 totální náhradu kolenního kloubu přibližně 141 000 pacientů.[17]

STARÉ A NOVÉ PRACOVNÍ POSTUPY

Náhrada kolenního a kyčelního kloubu má slušnou reputaci v případě, že je provedena starším typem vybavení, poměrně slušnou řadou úspěchů. Analýza 130 studií ukázala, že z operací, při kterých je umělé koleno zacementováno ke kosti, jich je 89 procent úspěšných a koleno zůstává funkční po více než čtyři roky.[18] Královská ortopedická nemocnice v Birminghamu dokázala, že Charnleyova náhrada kyčelního kloubu – původní typ, který obstál ve zkoušce času víc než jakýkoli jiný materiál – přežívá v rekordních 91 procentech i 10 let a v 82 procentech přes 20 let.[19]

Protože i ten nejvyzkoušenější materiál má omezenou životnost (10 let u kolenních náhrad), snaží se od 80. let firmy vyrábějící lékařskou techniku připevňovat umělé klouby ke kosti biologicky, a to pomocí malých kovových prstenců nebo sítěk. Tyto výrobky, nazývané „necementované porózní" kolenní náhrady, jsou nešťastným řešením, jejichž výsledkem je daleko větší potřeba „revizí" – tedy náhrad kloubních náhrad. To už nejsou žádné lehké operace, protože se při nich ztratí daleko více kosti a okolní tkáně – a jejich úspěšnost je malá. Jak to vyjádřil Mike Wroblewski z Wrightingtonské nemocnice ve Wiganu, který před více než 30 lety razil těmto operacím cestu: „Poprvé je to nejlepší. Pak už to jsou jen záchranné práce."[20]

Pouze v jedné z mnoha studií, zabývajících se vysokým podílem selhání kolenních náhrad, se ze 100 zákroků nepovedla zhruba pětina kvůli problémům s bércovou komponentou. Po sedmi letech byla více než polovina náhrad doporučena k revizi.[21] Co se týče kyčelních kloubů, tak švédská studie

zjistila, že po 10 letech přežila jenom asi čtvrtina náhrad vyrobených z těchto dvou nových zkoumaných materiálů.[22]

Jestliže se necementované druhy kyčelních náhrad ukázaly jako nevyhovující, nedopadly další cementované verze o moc lépe. Jedna studie, sledující skupinu pacientů mladších 50 let po dobu 15 let zjistila, že menší třetina jich potřebovala revizi, protože se kloub rozvolnil a kosti se infikovaly.[23] Za posledních 10 let se počet odhojení po první operaci, vyžadujících revizi, ztrojnásobil, a to na 12 procent.[24]

KOMPLIKACE

Za honosným úspěchem se skrývá i potenciálně vysoká úmrtnost. Z 11 000 případů celkové náhrady kyčelního kloubu (THR), které byly provedeny mezi lety 1976 a 1985, zemřelo 11 pacientů z každého 1 000 operací do tří měsíců po zákroku a 28 pacientů ze stejného počtu jich muselo být neodkladně znovu přijato k hospitalizaci. Jinak řečeno to znamená, že v průběhu jednoho měsíce po operaci jeden z každých 91 pacientů zemřel a jeden ze 36 se musel vrátit do nemocnice. Většina úmrtí byla způsobena srdečním infarktem; ostatní akutní příhody souvisely největší měrou s mozkovou mrtvicí.[25]

U náhrad kolena našla americká analýza celkový výskyt komplikací v počtu 18 procent, z nichž nejběžnější je infekce, plicní embolie nebo žilní trombóza.[26] Mozková mrtvice, která přichází po plicní embolii, zůstává nejčastější příčinou smrti.[27]

George, 75letý pán z Weymouthu, vypráví:

Měl jsem operovánu obě kolena, která se následkem špatně zvládnutého menšího zánětu v krku infikovala stafylokokem. Po delší léčbě flucloxacilinem [antibiotikyl mi bylo řečeno, že s tím budu muset pokračovat už po celý život.

Jinou možností, než napořád užívat antibiotika, je nechat si klouby ještě jednou vyměnit a vystavit se nebezpečí případného selhání, což je vyhlídka, o které ve svém věku jen nerad uvažuje.

Georgeovy zkušenosti nejsou tak vzácné, jak by se mohlo zdát. Při totálních kloubních náhradách jsou dávány do souvislosti infekce v dutině ústní a následné roznášení infekce krví, hlavně má-li pacient zánětlivé paradentální choboty. Nicméně jen málo lékařů myslí na předběžná opatření u pacientů před operací kloubů, tak jak se to dělá u lidí, kteří mají vady srdečních chlopní a kteří před stomatologickými zákroky dostanou antibiotika.[28]

NOVÉ A LEPŠÍ?

Nejnovější „kloubní materiály" jsou vrhány na trh bez jakéhokoli testování. Ustavičně se zavádí celá řada nových, údajně vylepšených modelů za doprovodu všemožných, nedoložených komplimentů, pak se tiše stáhnou a zůstává pár stovek nešťastných pacientů. V roce 1971 byl jediným umělým kyčelním kloubem typ podle Charnleye; o 20 let později zaplavilo trh již 34 jiných druhů.

„Dnes si můžete ve své zahradnické kůlně vymyslet umělý kloub a zítra ho můžete implantovat pacientovi," říká Chris Bulstrode, ortoped z oxfordské John Radcliffe Hospital.[29] Zvláštní problém přináší používání titanu nebo směsi titanu, vanadu a hliníku v nejnovějších umělých kloubech. Ukazuje se, že se tyto materiály chemicky rozkládají a jejich částice se dostávají do těla, přičemž o jejich dlouhodobém účinku nikdo nic neví. Objevují se důkazy, že neustálým třením umělých částí kloubu o sebe nebo i prostou korozí se vytvářejí velká množství mikroskopických kovových částeček – všechno to jsou potenciální kancerogeny – a cestují do důležitých orgánů těla.

V Británii provedla skupina, nazvaná Bristol Wear Debris Analysis Team, srovnávací studii pacientů, kteří zemřeli s kovovými implantáty, tedy s umělými klouby, a bez nich. Tým, provádějící analýzu, zjistil velká množství kovové drtě v plicích, mízních uzlinách, kostní dřeni a slezině pacientů, kteří měli implantáty z nerezové oceli a chromkobaltové slitiny. Nejvyšší počet částic však migroval u lidí, jejichž umělé klouby byly nejspíš uvolněné a opotřebované. Hlavním zdro-

jem drtě byly matové povrchy kloubu. U jednoho pacienta se našla ve srovnání s normou v kostní dřeni řádově tisícinásobná hladina kobaltu.[30]

Ačkoli se bristolským vědcům zatím nepodařilo najít souvislost mezi kovovou drtí a onemocněním, domnívají se, že hromadění kovových částeček, jako jsou tyto, vede k chronickému zánětu, onemocnění lymfatických žláz, těžkému poškození kostní dřeně, řídnutí kosti a uvolnění implantátů. „Dělá nám starosti," píší opatrně, „že kovy, které se používají na endoprotézy, mohou způsobit [rakovinu], neboť v jiných situacích se chovají jako potenciální kancerogeny."[31] I když od roku 1992 až dodnes bylo hlášeno pouze 24 tumorů, které vznikly v blízkosti implantátů, dvě studie již naznačují souvislost mezi rakovinou lymfatických uzlin nebo leukémií a kloubními náhradami.[32] To nás dost znepokojuje, protože vzrůstá tendence dávat endoprotézu i mladým lidem. Stimul tomu dala i taková hvězda, jako je Liza Minnelliová, protože si nechala implantovat umělý kloub. Toto hádání na slepo v oblasti kloubních náhrad bude pravděpodobně pokračovat, neboť se nikdo nezajímá o to, kdo po této operaci dostane rakovinu. Není vypracován žádný vhodný systém hlášení tumorů, vznikajících v souvislosti s implantáty, ačkoli vědci žádali vytvoření mezinárodního registru již do roku 1989.[33] Nejspíš kvůli přízraku hrozících soudních sporů zastavilo několik chemických společností prodej polymerů (užívaných na povrchovou úpravu kloubů) výrobcům zdravotnických implantátů.[34]

ANGIOPLASTIKA: ČISTĚNÍ POTRUBÍ

Jen v několika málo krátkých letech se koronární balonková angioplastika – neboli perkutánní transluminální koronární angioplastika (PCTA), abychom to nazvali správným jménem – roztrostla v důležitou metodu léčby různých srdečních onemocnění, především anginy pectoris. Vznikla jako odezva na epidemii: v roce 1989 zemřelo ve Spojených státech milion lidí na ischemickou chorobu srdeční a dalších 160 000 to bylo

ve Velké Británii. Medicína se na ni zaměřila v rámci svých preventivních opatření, protože ve většině případů je první infarkt často také ten poslední. Z 1,5 milionu lidí, kteří mají každý rok v Americe infarkt, jich jako očitých svědků přežívá pouze 350 000.

Koronární balonková angioplastika je na vzestupu od roku 1978 a spočívá v tom, že se ucpanou tepnou protáhne drobný balonek, který se pak rozepne a céva se tím vyčistí – obvykle se ateromatózní (tukové) nánosy zatlačí proti stěně koronární tepny.

Když se angioplastika poprvé dostala ke slovu, bylo tehdejším zázračným řešením arteriosklerózy operace aortokoronárního bypassu. Jako progresivnější metoda získala angioplastika v kardiochirurgii svůj prostor, protože představovala levnější, snadnější a méně traumatizující alternativu. Před lety vypadala jako skutečný všelék na ICHS a ordinovala se lidem s anginou pectoris, pacientům vzpamatovávajícím se po infarktu a dokonce i jako preventivní opatření u těch, které znepokojoval stav jejich artérií.

Do roku 1990, 12 let po první zmínce ve vědecké literatuře, bylo v Americe léčeno tímto způsobem 200 000 lidí a dalších 100 000 v Evropě, i když jeho účinnost stanovily vědecké prospektivní studie až dosud pouze částečně.[35] Neobyčejná úspěšnost počátečních zkoušek – pohybující se asi tak kolem 90 procent s komplikacemi u méně než 10 procent případů – vedla k podpoře nadšenců. Přispěla k tomu dokonce i Matka Tereza, které byla tato léčebná metoda aplikována v jejích 81 letech.

Jeden z nejzevrubnějších výzkumů, které byly až do té doby provedeny, zjevně potvrdil prvotní slávu. Z 5 827 pacientů, léčených angioplastikou od ledna do června 1991 ve státě New York, jich bylo 88 procent hlášeno jako úspěšných, ačkoli se nikdy nezjišťovaly komplikace, které se mohou objevit po propuštění.[36]

Ještě neskončil rok 1991 a *The Lancet* – právě ten časopis, který jako první tleskal úžasné léčbě – byl v čele těch, kteří tlumočili jisté znepokojení. Zástupce časopisu navštěvoval v roce 1991 kurz angioplastiky a na základě vlastních pozoro-

váni napsal, že má poněkud zdrženlivější postoj k výsledkům než klinici, kteří postup provádějí. „Celkově se mi zdá, že výsledky koronární angioplastiky jsou horší než ty, které jsou zveřejňovány v časopisech."[37]

V Americe bylo vydáno Americkou společností kardiologů prohlášení, které dokonce danou metodu ještě více odsuzuje: „Naše pozorování provokují otázku, zda se má kardiologie tak moc soustředit na provádění koronární angioplastiky na úkor toho, aby posuzovala, kdo ji potřebuje, jaká jsou kritéria pro její indikace a jaké jsou její výsledky. Byla angioplastika vynalezena pro kardiology, nebo pro pacienty?"

Jak nyní ukazují zkušenosti po téměř 20 letech užívání, není angioplastika zázračným všelékem, který je okamžitě každému k dispozici, ale pravda je trochu složitější. Za prvé je účinnější pro jednodušší případy. Studie z Bostonu ve státě Massachusetts zjistila, že pacienti s dvěma či třemi rizikovými faktory se po angioplastice dočkají pětiletého přežití pouze v 13 procentech.[38]

U stenózy (zúžení tepny) se ukázalo, že se během šesti měsíců po operaci vrací; podle Americké společnosti kardiologů je průměr léčené krevní cévy pouze o 16 procent větší než před léčbou. V jedné italské studii přišli na to, že k opětnému uzavření cév dochází ve třech čtvrtinách případů.[39]

Vzhledem k potřebě nepřetržité léčby a následného sledování je skutečná cena angioplastiky o mnoho vyšší než cena farmakologické léčby u diagnóz středně těžké anginy a nekomplikované ischemické choroby srdeční. Výzkum v Marylandu odhaduje, že se počet hospitalizací během 10 let, kdy se angioplastika užívá, zdvojnásobil.[40]

Po angioplastice se nedaří příliš dobře pacientům, kteří mají obstrukci tří cév – tedy u kterých jsou ucpány všechny tři hlavní koronární artérie. Italská studie referuje u těchto případů pouze 52 procentní úspěšnost. Angioplastika byla též neúspěšná u více než dvou třetin případů úplného zablokování průsvitu tepny.[41]

Tato operace má též velice špatné výsledky, když se použije k léčení ucpaných tepen v dolní části těla. Pokud se stenóza v těchto místech neléčí, může pacient skončit s amputací dolní

končetiny. Navzdory 24násobnému zvýšení užívání tohoto druhu léčby pro ucpané cévy dolní části těla od roku 1979 do 1989 v Marylandu zůstává počet amputací dolních končetin stále stejný, tedy 30 na 100 000.[42]

Máme také zásadní důkazy o tom, že mnoho angioplastických operací je zbytečných. Velice průkazná americká studie posuzovala pacienty, kteří byli odesláni na angioplastiku; studie došla k závěru, že u poloviny z nich nebylo operace vůbec třeba nebo mohla být bez nějakého hrozícího nebezpečí odložena. A ačkoli se od koronární angioplastiky původně očekávalo, že nahradí operace bypassu, ve skutečnosti se obě techniky vzmáhají jako v tandemu a žádná z nich nesnižuje četnost té druhé. „Za posledních deset let dochází zcela evidentně ke snižování hranice pro provádění bypassu i angioplastiky že nejsou vyloučeni ani asymptomatičtí pacienti (tj. bez příznaků – pozn. přeld.)," píší.[43]

Nový vědecký materiál spíše dokládá, že aortokoronární bypass může být u anginy pectoris úspěšnější léčbou než angioplastika. Z jednoho sledování vyplývá, že pacienti po angioplastice potřebovali opakovanou léčbu či operaci skoro čtyřikrát častěji než pacienti, kterým byl proveden bypass; angina byla během šesti měsíců po léčbě téměř třiktát běžnější po angioplastice než po bypassu.[44]

Další studie ukázaly, že ani jedna z těchto dvou metod nepřináší po třech letech podstatnější rozdíl ohledně záchrany života, při prevenci srdečního infarktu nebo pro zvýšení krevního průtoku tepnou.[45] Obě operace mají své závažné stinné stránky: jedna vědecká studie zjistila, že lidé léčení angioplastikou mají větší pravděpodobnost, že budou potřebovat další zásah či léky, zatímco pacienti ve skupině s bypassem měli zase větší riziko, že je během operace postihne akutní srdeční infarkt. A úplně nejnovější výzkum, který zkoumal více než 1000 pacientů z 26 kardiologických center v Evropě, ukazuje, že přežívání pacientů první rok po angioplastice je nižší než pacientů po větší operaci aortokoronárního bypassu. Po angioplastice mají také během prvního roku vyšší spotřebu léků a větší pravděpodobnost, že budou potřebovat druhou operaci.[46]

ATEREKTOMIE

Aterektomie je nová technika k uvolnění neprůchodných srdečních cév, která má být lepší než angioplastika v tom smyslu, že by měla vyřešit palčivý problém restenózy (opětného uzavření cév). Předpoklad, že angioplastiku nahradí, však vychází ze špatného srovnání. V jedné studii se zjistilo, že srdeční cévy byly po léčbě aterektomií širší než po angioplastice, ale tento úspěch je zastíněn faktem, že pravděpodobnost smrti nebo srdečního infarktu do šesti měsíců po zákrku byla vyšší ve skupině aterektomie – v podstatě téměř dvojnásobná.[47] Další dvě důležitá pozorování ukázala v otázce následného opětného zúžení tepen mezi těmito dvěma přístupy jen malý nebo žádný rozdíl.[48]

ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Louise Brownové – prvnímu „dítěti ze zkumavky" na světě – je v době psaní této knížky 18 let – a stejně tak je stará i technologie početí ve zkumavce. Tehdy malovaly sdělovací prostředky téměř idylický obrázek „asistované reprodukce", což je termín známý v lékařských kruzích, jako oslnivý mezník v řešení neplodnosti. Protože podíl neplodných párů vzrůstá – poslední odhad říká, že jedna ze sedmi dvojic v reprodukčním věku má potíže s otěhotněním – stávají se léky a různé techniky na léčení neplodnosti prvním útočištěm pro bezdětné.

Mnoho lékařů, kteří pomáhají vyšetřovat neplodné páry, se rychle vrhá na jednotlivá vyšetření, aniž by si udělali systematický přehled o tom, v čem vězí skutečný problém. Mají také tendenci dívat se poněkud mystifikovaně na ženu jako na hlavní zdroj potíží neplodné dvojice, dokonce i když se u muže zjistí nízký počet spermií.

Jsou tři hlavní cesty, po kterých od lékařů přilétá čáp:

- In vitro fertilizace (IVF), přenos embrya, je určen pro případy, kdy má žena neprůchodné vejcovody a spermie se nemohou dostat přes hlen děložního čípku, nebo pro další situace, ve kterých ze nějakých důvodů nemůže spermie spojit s vajíčkem. Tato procedura zahrnuje odběr jednoho nebo více vajíček od ženy, oplodnění vajíček spermiemi partnera mimo organizmus v laboratorní Petriho (mělké) misce a vložení embrya (oplodněného vajíčka) do ženiny dělohy.
- GIFT (přenos gamety do vejcovodů) je prostředek, kterým se přírodě dá jemný ždůchanec. Ženě jsou odebrána vajíčka, muž odevzdá své spermie a pak jsou tyto buňky odděleně přeneseny do zevní části vejcovodu. Teorie praví, že tímto způsobem to pomalé spermie nemají tak daleko k dosažení svého cíle, jako když musejí cestovat dlouhou a nejistou cestu všemi ženskými reprodukčními orgány.
- Farmakologická léčba neplodnosti, nyní užívaná již dobrých 20 let, je určena pouze ženám, které mají poruchy ovulace. Léky, jako clomifen citrát (firemní názvy Clomhexal, Clostilbegyt, Gravosan nebo Serophene), účinkují tak, že zablokují produkci estrogenu a tak spletou mozek – ten si myslí, že organizmus neoovuluje. Mozek pak produkuje větší množství folikuly stimulujícího hormonu (FSH), který způsobí ve vaječnících „nadměrnou ovulaci" – často ústící do uvolnění dvou, tří nebo více vajíček.

Ačkoli Louisa Brownová je výsledkem uhnízdění jediného oplodněného vajíčka, přišli pak průkopníci zkumavkové metody Patrick Steptoe a profesor Bob Edwards s nápadem, jak vylepšit postup, který byl obyčejně jen málo úspěšný. Bylo logické, že se ženiny šance na těhotenskou „výhru" zlepší, když jí vrátí více než jen jedno vajíčko. Začali nabízet ženám léky proti neplodnosti, aby u nich došlo k „super-ovulaci" a aby jim během cyklu uzrálo více vajíček, které jim pak všechny najednou vrátí. Léky jako Pergonal a Metrodin, které jsou ještě silnější než Clomhexal, mohou podnítit vaječníky k produkci tří až třiceti vajíček najednou.

V praxi je mnoho těchto účinnějších léků podáváno jako samozřejmost hned při prvním náznaku, že dvojice má nějaký

problém, a to dokonce ještě dříve, než se zjistí podstata neplodnosti. A to i přesto, že podle názoru zkušeného odborníka na IVF Michaela Ah-Moyea, ředitele Holly House Hospital, význačné kliniky pro léčbu neplodnosti, nevykazují léky (jako třeba Gravosan) příliš velkou úspěšnost v jiných situacích, než jsou tak jasně vymezené případy, kdy žena neovuluje. Stejně tak i výrobce Serophenu, jednoho z těchto léků, říká, že po třech cyklech je již méně účinný a neměl by být užíván neomezeně.[49]

Ah-Moye uvádí, že se léky na neplodnost často dávají i mužům s nízkým počtem spermií, ačkoli většina studií ukazuje, že zde mají jen velmi malý význam.

O těchto lécích je známo, že mají závažné vedlejší účinky, z nichž jich mnoho ovlivní i těhotenství nebo vývoj dítěte, pakliže žena otěhotní v průběhu jejich užívání. Lékaři záměrně tají nežádoucí reakce s tím, že mezi ně patří pouze návaly horka nebo žaludeční nevolnost, ale jeden z výrobců, švýcarská farmaceutická firma Serono, upozorňuje, že Serophene způsobuje zvětšení vaječníků (u asi 14 procent pacientek) a zamlžené vidění (z neznámých příčin). To bude mít odezvu především v případě, že máte endometriózu nebo cystu vaječníku, protože se tím zhorší vaše potíže a možná i navždy nepříznivě ovlivní plodnost. Navíc se toto zvětšení nedá zjistit okamžitě: „maximální zvětšení ovária (tj. vaječníku – pozn. překl.)... se objeví až několik dní" po vysazení léku.

Vedle zvětšení vaječníků způsobují super-ovulační léky, jako je Metrodin, také ovariální hyperstimulační syndrom (OHS), závažný zdravotní problém, při kterém dochází k rychlému hromadění tekutiny v dutině břišní, hrudní a dokonce i ve vaku obklopujícím srdce a který vyžaduje bezodkladnou hospitalizaci. Situace je o to horší, když je pacientka ještě k tomu těhotná. „Při OHS se zvyšuje riziko poškození vaječníků", praví Serono v americké lékové bibli, *Physician's Desk Reference*. „Vyšetření pánve může vést k prasknutí cysty na vaječníku." Pakliže k tomu opravdu dojde, většinou nezbývá nic jiného, než vaječník odstranit chirurgicky.

Sedm let poté, co více než dva miliony žen v samotných Spojených státech braly některý z léků proti neplodnosti, byla konečně završena první souhrnná studie, prošetřující všechna dostupná fakta. Došla k deprimujícímu závěru, že léky na neplodnost, jako clomifen, po více než ročním užívání zdvojnásobují až ztrojnásobují riziko vzniku rakoviny vaječníků. Studie, která sledovala záznamy o bezmála 4 000 neplodných Američanek v Seattlu ve státě Washington mezi lety 1974 až 1985, odhalila, že oproti očekávanému průměru 4,4 byla u 11 z nich zpráva o invazivním nebo hraničně malignim tumoru vaječníku. Devět těchto žen užívalo clomifen, pět z nich déle než jeden rok.[50]

Americká sdružená skupina pro rakovinu vaječníků ze Stanford University v Kalifornii, která rozebrala 12 studií, též uzavřela, že neplodné ženy, užívající na své potíže léky, čelí trojnásobnému riziku vzniku karcinomu vaječníků ve srovnání s bezdětnými ženami, které tyto léky neužívají.[51] Tyto nálezy pobídly americký Úřad pro potraviny a léky, aby na výrobcích léků proti neplodnosti vyžadoval, že mají na seznam možných vedlejších účinků připojit i informaci o tomto riziku.

Jestli vám ani toto nestačí k tomu, abyste si dvakrát rozmyslela, než budete jeden z těchto léků užívat, tak vězte, že Serono dále varuje před plicními a cévními komplikacemi, jako je trombóza žil nebo tepen, která může vyústit v srdeční infarkt, mozkovou mrtvici nebo ztrátu končetiny. Je zde i nebezpečí mimoděložního těhotenství (ve vejcovodu), které se samozřejmě musí řešit odstraněním vaječníku, což dále snižuje vaši plodnost.

Sdělovací prostředky publikují hromadu fotografií rozdováděných trojčat s roztomilým textem o tom, jak léky proti neplodnosti zvyšují porodnost dvojčat, trojčat a čtyřčat a že původně bezdětné páry se musí náhle vypořádat s životem plným dětí. Rozhodně se nedá pochybovat o tom, že vaše šance na dvojčata až paterčata užíváním těchto léků stoupá. Firma Serono zveřejnila, že v klinické zkoušce s Metrodinem se vyskytly porody vícečetných plodů v 17 procentech všech těhotenství; u Serophenu bylo 10 procent dvojčat a méně než 1 procento trojčat a vícerčat. Toto procento vzrůstá v závislosti

na počtu vajíček, umístěných do dělohy. V roce 1988 byla souhrnná četnost vícečetných těhotenství u IVF 24 procent a 19,9 procenta u GIFT. Podíl vícečetných těhotenství u GIFT vzrůstá na 31,2 procenta, pokud je přemístěno pět vajíček a více.

Problém však nespočívá v nadílce domu plného dětí, ale v první řadě v nejistotě, zda některé z nich přežije. Podle desetileté studie, publikované v roce 1990 pracovní skupinou britské Vědecké lékařské rady, přinášejí porody vícečetných plodů, ať jsou již výsledkem přírody či asistované reprodukce, větší rizika než porod jediného dítěte. Z 1 000 dětí narozených z vícečetných těhotenství bylo 25 procent nezralých (ve srovnání s běžně se vyskytujícími 6 procenty u normálních porodů v Anglii a Walesu) a téměř 33 procent vážilo méně než 2,2 kg (přičemž z celkového počtu porodů je to pouze 7 procent takto vážících dětí). 25 z 1 000 dětí počatých metodou IVF v této studii zemřelo v období kolem porodu, přičemž celostátní průměr novorozenecké úmrtnosti je 9,8 promile.[52]

Pracovní skupina tvrdí, že když jsou u těchto úchylek brány v úvahu věk žen a vícečetná těhotenství, je úmrtnost podobná běžné novorozenecké úmrtnosti, což vás ovšem příliš neuklidní, pokud jde o vaše dítě. I když se děti ze zkumavky narodí živé, je u nich pak vyšší výskyt vrozených vývojových vad.

Léky proti neplodnosti mohou zvýšit nebezpečí vzniku vrozených vad, jako je třeba rozštěp páteře, téměř šestkrát (ačkoli některé zprávy tvrdí, že riziko je pouze dvojnásobné, a jiné navíc hájí názor, že vůbec neexistuje).[53] Jedna studie zjistila, že po clomifenu je riziko nižší, protože je asi jen ze tří čtvrtin tak nebezpečný jako silnější léky. Po prozkoumání všech vícečetných porodů v Austrálii v 80. letech se vypočítalo, že u trojčat bylo osmkrát více dětí s mozkovou obrnou než u dvojčat a 47krát více než u dětí z normálních těhotenství. Asi 86 procent případů mozkové obrny u dětí narozených z vícečetných těhotenství se objevilo u dvojčat. I když dvojčata měla normální porodní váhu, stále měla větší riziko vzniku dětské mozkové obrny než děti narozené jednotlivě.[54] U dětí ze zkumavky je také nebezpečí anencefalie (porucha vývoje mozku a lebky, kdy jsou mozkové hemisféry malé nebo úplně chybí).

Vícečetné těhotenství matku někdy přivádí k nutnosti šalamounského rozhodování – zabití jednoho nebo více plodů, aby ostatní mohly žít. Kvůli větším rizikům vícečetných těhotenství, především u tří a více embryí, se některá centra v Británii i na kontinentu tiše zaplétají do provádění zákroků, které se eufemisticky označují jako „redukce embryí" nebo vědečtěji a neutrálněji jako „redukce produktů početí". Což se rovná „selektivní interrupci" jednoho či více zdravých embryí injekcí fyziologického roztoku, aby se snížilo riziko, že zemřou všechna.

Pravděpodobnost, že se toto dilema bude řešit, je tím vyšší, čím větší počet vajíček se umístí do ženiny dělohy.

V pokuse předejít tomuto problému doporučuje Prozatímní licenční úřad, aby se přenášela pouze tři vajíčka – a za mimořádných okolností, jako je třeba pokročilý věk matky, čtyři vajíčka. Tato čísla ale platí pouze pro akreditovaná pracoviště. Pracoviště bez licence mohou uhnízdit tolik embryí, kolik chtějí.

Nedávno se též objevily důkazy, že redukce embryí může poškodit i sousední plod. „Porod po redukci těhotenství v prvním trimestru bývá často komplikovaný," praví zpráva Licenčního úřadu, která cituje případ, kdy trojčata byla o jedno „zredukována". Ultrazvukové vyšetření zjistilo, že jedno ze zbývajících dvojčat má malformaci podobnou anancefalii, takže dostalo také injekci. Zbylé dítě se narodilo zdravé a normální v 39. týdnu. Totéž se stalo čtyřčetnému těhotenství, které bylo „redukováno" na dvojčata – nebo, jak se formuluje ve zprávě, „jako v prvním případě jsme vytvořili dvojčata." (Všimněte si, jak se přísně vyhýbají citově zabarvenému jazyku.) O jednom z těchto přežívajících dvojčat se zjistilo, že má malformaci ve smyslu anencefalie; bylo tedy „zredukováno" a jediné zbývající dítě bylo porozeno nezralé v 32. týdnu.[55] Australští vědci též zjistili, že když jedno z dvojčat zemře v děloze, pak to přežívající má větší riziko dětské mozkové obrny.

Vzhledem k tomu, že GIFT a IVF mají stále malou úspěšnost (jenom asi 20 procent), jsou indikovány pouze pro asi 20 procent neplodných párů. A protože s sebou nesou tak vysoká

rizika, měl by o nich každý, kdo zápolí s bezdětností, uvažovat jako až o poslední možnosti. Kromě toho organizace, jako třeba Foresight, Sdružení pro prekoncepční péči, a lékaři, kteří s nimi spolupracují, tvrdí, že velký počet „nevysvětlitelných" sterilit a dokonce i neprůchodnost vejcovodů nebo malý počet spermií, tedy nedostatečností, u kterých se má za to, že jsou neléčitelné, se dají řešit tím, že se vylepší stav výživy jednotlivých dvojic a rozluští se veškeré jejich alergie. Přes 80 procent párů s předchozí anamnézou potratů nebo neplodnosti, které začaly držet dietu a program výživových doplňků organizace Foresight, dalo později život zdravým dětem.[58]

LITOTRIPSE

Vedle pokusů ve zkumavkách lékaři experimentují se všemi možnými světelnými a zvukovými vlnami. Poslední chirurgickou hračkou minulého desetiletí byl vynález na vysoké technické úrovni, metoda s nepraktickým názvem „extrakorporální litotripse rázovými vlnami" (ESWL), která znamenala zásadní převrat v léčebném řešení problematiky močových kamenů. Při ESWL vytváří litotriptor rázové vlny, které jsou pomocí rentgenových paprsků zaměřeny na močový kámen a rozdrtí jej. Za použití ultrazvuku je litotriptor teoreticky schopen rozpoznat ledvinový kámen od tkáně tělu vlastní.

Urologové na celém světě si velice rychle osvojili litotripsi, aniž by ji podrobili řádnému klinickému zkoušení, protože se na první pohled zdá, že je lepší než klasická chirurgie (běžná metoda odstranění kamenů při operaci). Navíc první zprávy neuvádějí žádná akutní či dlouhodobá poškození ledviny nebo okolní tkáně. Litotripse se nyní doporučuje na tři čtvrtiny všech potíží, spojených s kaménky.

Množství studií (které se až nyní začaly provádět) vrhá na počáteční růžové vyhlídky trochu stín. Už se zdá být zřejmé, že litotripse ve značném počtu případů určitě poškozuje ledviny. Většina pacientů má zkušenosti s vnitřním krvácením, které se projevuje od nepatrné příměsi krve v moči až po masivní krvácení, vyžadující transfuzi.

Krvácení zřejmě také mění až u 8 procent pacientů dynamiku krevního oběhu v ledvinách za vzniku ledvinové hypertenze (abnormálně vysokého krevního tlaku v ledvinách).[59] Výzkum poukazuje na nezvratné selhání ledvin,[60] čtvrtinové snížení filtrace, pomocí které ledviny odstraňují nečistoty[61] a zvýšení krevního tlaku[62] a srdeční frekvence.[63] Vzácně může dojít i k protržení ledviny.[64] Rozsah poškození nejspíš souvisí s intenzitou použitých rázových vln, ale v každém případě téměř pětina pacientů v důsledku ESWL utrpí nějaké poškození.[65]

Počítačová tomografie (CT), které byla provedena skupině francouzských pacientů, jež podstoupili litotripsi, ukázala, že 40 procentům se kameny vrátily; 25 procent mělo srůsty.[66] Některým pacientům, kteří byli po čase vyšetřeni, se vytvořily na ledvinách chronické změny.[67] Nehledě na nebezpečí vzniku septického šoku[68] se další obavy týkají bakterií, přítomných uvnitř kamenů, které se uvolní, když se kaménky rozpadnou, a to může způsobit zánět.[69]

Rázové vlny mohou u mužů poškodit také spermie. V experimentech s ESWL na samcích potkanů začala po pěti týdnech léčby jejich varlata atrofovat a přestala produkovat spermie. U mužů je pohyb spermií nekoordinovaný a zvyšuje se procento jejich abnormalit.[70] O proceduře je též známo, že způsobuje krvácení v šourku.[71]

Nedostatek rozbíjení močových kamenů rázovými vlnami je ten, že se v prvé řadě nezaměřuje na důvody, proč se v organizmu kameny tvoří. Jedna z hlavních příčin jsou předepisované léky: vznik kaménků bývá spojován s inhibitory karbo-anhydrázy (acetazolamidem nebo methazolamidem), kterými se léčí zelený zákal;[72] s furosemidem u kojenců, podávaným na srdeční selhávání při vrozených vadách;[73] s některými antiepileptiky;[74] s triamterenem (užívaným v boji s vysokým krevním tlakem);[75] s antacidy s obsahem trisilikátu (na bolesti žaludku a páleni žáhy);[76] s ceftriaxonem (který chrání organizmus před odvržením transplantátů);[77] a dokonce i s thiazidovými diuretiky u pacientů s vysokým krevním tlakem.[78]

Četné studie našly souvislost mezi ledvinovými kameny a užíváním sulfasalazinu, zejména u pacientů s AIDS, kterým

je dlouhodobě podáván lék Septrin, aby byli „preventivně" zajištěni proti pneumocystovému zápalu plic.[77] Močové kameny vám může přivodit i nadužívání léků proti zácpě.

DLOUHODOBÁ ANTIKONCEPCE

Po katastrofálních následcích silikonových implantátů prsu, které vyústily do jednoho z největších a nejúspěšnějších skupinových soudních procesů všech dob, si neohrožená medicína nepřestává s novým typem silikonových implantátů pohrávat dál. Norplant, vyráběný firmou Roussel, má být novou dlouhotrvající antikoncepcí. Tato antikoncepce, obsahující pouze progestagen, se v podobě šesti polysiloxonových měkkých tyčinek velikosti sirky zavede malou chirurgickou rankou pod kůži a potom můžete na starosti s kontracepcí zapomenout až na čtyři roky. Kapsle se pod kůži paže umístí vějířovitě při operaci v místním znecitlivění. Z nich by se pak měl postupně po dobu od dvou do pěti let v závislosti na zvolené síle implantátu uvolňovat levonorgestreal, hlavní látka antikoncepčních pilulek.

Norplant byl zaveden ve Velké Británii v říjnu roku 1995 a od té doby ho mají po celém světě voperovány dobré tři miliony žen. V Americe je užíván od roku 1990, kdy získal úřední schválení od Úřadu pro potraviny a léky; Británie mu udělila licenci v říjnu 1993. V Americe se mu dostalo nechtěné publicity, když sdělovací prostředky odhalily, že se využívá jako forma nedobrovolné kontracepce u nezletilých matek jako podmínka k získávání jakýchsi výhod. Nicméně Norplant byl po éře antikoncepčních pilulek uvítán jako tak veliký zázrak, že žádosti o zavedení zdaleka předčily jeho nabídku.[78]

Vzhledem k nepřetržitému uvolňování hormonu stačí k dosažení jeho účinku nižší hladiny, než jaké působí při užívání běžných pilulek. Lékaři, kteří Norplant vychvalují, tvrdí, že klinické zkoušky na 55 000 žen ukázaly, že má stejnou účinnost jako sterilizace a že je „čtyřikrát" účinnější než antikoncepční pilulky. Také tvrdí, že riziko hluboké žilní trombózy nebo plicní embolie je u něj menší než u pilulek, protože tento lék neprochází játry.

Po rozbíhajícím se slibném začátku se zdá, že se věci začínají pro Roussel a Wyeth-Ayerst Laboratories, americké dodavatele Norplantu, odvíjet poněkud nešťastně. Minimálně 400 žen ve Spojených státech žaluje Wyeth-Ayerst proto, že jim po odstranění silikonových kapsli zůstalo trvalé poškození. Jewel Klein, chicagský právník, zastupující několik těchto žen, říká, že tyto žaloby jsou pouhým začátkem, a že až si nechají i další ženy Norplant vyndat, bude následovat mnoho dalších soudních sporů: říká, že žena musí při odstraňování tyčinek podstoupit dlouhý a opakovaný zákrok a mívá při něm kruté bolesti.

Ve Velké Británii vyhledalo 475 žen právní pomoc při vznášení požadavků na odškodnění, protože trpí nejrůznějšími vedlejšími účinky, hlavně těžkým krvácením, a měly problémy při implantaci nebo odstraňování Norplantu. Dosud nebyla vydána žádná nařízení.

Po celém světě mají pod kůží umístěno šest kapslí asi tři miliony žen včetně 900 000 v samotné Americe. Wyeth-Ayerst věří, že odstraňování je jednoduchá, půlhodinová záležitost. Nyní se spíše počítá, že až polovinu žen postihnou při této proceduře komplikace; znamená to, že kolem 180 000 žen bude mít trvalé následky.

Některé z žen, které si nyní chtějí nechat kapsle odstranit, si přejí otěhotnět; další trpí závažnými vedlejšími účinky. Doslova všechny ženy, které byly vybaveny Norplantem, si nyní stěžují na některé z vedlejších účinků.[80] Ve skupině bezmála 200 žen jich polovina uvažovala o tom, že si nechá implantáty kvůli nežádoucím reakcím vyjmout. Vedlejšími účinky, které postihují až 10 procent žen, jsou nepravidelné krvácení, přibývání na váze, citlivost prsou, akné, nutkání na zvracení nebo závratě, růst vousů nebo padání vlasů a výkyvy nálad. Z jedné studie vyplývá, že téměř všechny ženy zažily alespoň jeden nežádoucí účinek. Nejběžnější vedlejší reakcí je nepravidelné krvácení, se kterým má nějakou zkušenost 50 až 80 procent žen. Čtvrtina ažpolovina všech žen si stěžuje na

bolesti hlavy. Přerušení ovulace může též přivodit vznik cyst na vaječnících.[41]

Ačkoli je těhotenství u žen na Norplantu vzácné, objeví se často u těch, kterým se to stane, mimoděložní těhotenství ve vejcovodu, z čehož vyplývá nutnost jeho odstranění, a tudíž i nepříznivé ovlivnění ženiny plodnosti do budoucna.

Zdá se, že největší poškození nastává, když se kapsle mají vyjmout. Jsou obvykle odstraňovány v místním znecitlivění, i když některé z Američanek, které podávaly žalobu, musely mít celkovou anestezii, aby jim mohly být vyjmuty všechny tyčinky. Stěžují si na trvalé jizvy po opakovaných pokusech lékařů odstranit kapsle. Právníci se obávají, že lékaři dosud nezískali při odstraňování Norplantu dost zkušeností, ale v tomto okamžiku je příliš brzy na to, aby se stanovila výše náhrady škody. Do této chvíle bylo Norplantu zbaveno pouze 15 procent žen.

Tyto zkušenosti jsou v protikladu s nálezy jiných výzkumů, které proklamují, že Norplant je ve srovnání s antikoncepčními pilulkami daleko bezpečnější, protože se z něj uvolňují mnohem nižší hladiny hormonu.

Poslední výtky se týkají toho, že upravená verze se změnou ve složení byla zavedena s relativně malým množstvím údajů.[42] Chybí také informace o dlouhodobých účincích přítomnosti silikonu v paži; 5 procent žen má podrážděnou kůži a asi 1 procento si musí nechat pro bolest paže implantát odstranit. Některé ženy hlásí ztmavnutí kůže kolem tyčinek nebo zbytnění vazivové tkáně, které po nějakou dobu přetrvává i po jejich vyjmutí.

Janeta z Nottinghamu se rozhodla, že si nechá Norplant všít pod kůži paže svým rodinným lékařem, protože se se svým manželem dohodla, že už nebudou mít další děti. Zapůsobila na ně příručka pro pacienty vydaná výrobcem, která je ujišťovala, že Norplant může být kdykoli během příslušných pěti let odstraněn. „Stačí se domluvit se svým lékařem nebo klinikou."

Jakmile však byl Norplant Janetě implantován, začala mít čím dál těžší menstruaci a někdy krvácela až 30 dní s malou čtyřdenní přestávkou. V jedné chvíli měla tak obrovskou ztrátu krve, že omdlela a musela být převezena do nemocnice. Tam se jednomu odborníkovi stačilo na ni jen podívat a konstatoval, že praktický lékař musí dát Norplant pryč.

„Když se ale doktor pokoušel Norplant vyndat, nemohl ho najít," líčí Janeta. Když se spojili s firmou Roussel, tak její zástupce Janetinu lékaři přiznal, že pokud to není schopen odstranit on, tak z farmaceutické společnosti to nezvládne nikdo. Zástupce doporučil doktora Wallinga z Bostonu (Massachusetts), který se na odstraňování tohoto vynálezu speciálně vyškolil. Roussel zároveň zaplatil doktoru Wallingovi cestu do Anglie, aby Janetu osvobodil od Norplantu. Firma Janetě naznačila, že si ho pozvali i proto, aby ukázal i dalším, jak se to dělá.

V ordinaci našeho lékaře se doktoru Wallingovi podařilo v místním znecitlivění vyndat čtyři kapsle [tyčinky], ale pátá se rozlomila, takže z ní mohla být odstraněna pouze půlka. Šestou [tyčinku] nemohl najít. Od té doby mám po čtyřech malých řezech na paži pěticentimetrovou jizvu.

Nyní to vypadá tak, že se Janeta bude muset pravděpodobně podrobit většímu operačnímu zákroku v celkové anestezii, při kterém by se měly vypátrat a odstranit zbývající kapsle, a navíc plastické operaci, která se pokusí zahladit jizvu. A přesto celých těch asi šest měsíců několik lékařů trvalo na tom, že se jí má Norplant odstranit „okamžitě".

Budoucnost Norplantu nyní vypadá pochmurně. Předepisování této antikoncepce kleslo z obrovského počtu 5 000 receptů za měsíc během prvního roku na asi 20 měsíčně, což je zásluha soudních procesů a pozornosti sdělovacích prostředků. Firma Hoechst Roussel říká, že předepisování této pomůcky je o 100 procent nižší, než bylo v tomtéž období předchozího roku. Mluvčí pravil, že výrobek, který byl „dobře přijat lékařskou veřejností a převážnou většinou spotřebitelek", byl „vyštván skandálním spojenectvím sdělovacích prostředků, právníků a vládní byrokracie". Problémy byly „nafouknuty do ohromných rozměrů" a to v ženách „zanechalo pocit, že se děje něco ‚nepřistojného', řekl.[43]

VI

PŘEVZETÍ ODPOVĚDNOSTI

12

Převzetí odpovědnosti

MOJE BABIČKA STELLA, babička z matčiny strany, která v 15 letech emigrovala z Itálie do Spojených států, porodila obě své děti doma. Nebylo to ani tak proto, že by byla nějakou velkou zastánkyní domácích porodů, jako spíše proto, že se naučila na lékařský pokrok nahlížet s jistou dávkou podezíravosti. *„Nechoď do nemocnice; vymění ti dítě!"* připomínala jí její vlastní matka lámanou angličtinou. Moje babička jako hodná dcera poslechla bez reptání, protože ani nemohla jinak: v její rodné zemi vědí matky ve všech ohledech všechno nejlépe.

Jak se ukázalo, nejen domov poskytoval útočiště, které vytušily Stella a její matka. Stellin manžel – můj dědeček – tyto „babské pověry" povolil jen v případě, že bude bona fide u obou porodů přítomen lékař. O mnoho let později babička nejednou bědovala nad svým druhým a posledním porodem. „Ten doktor – ten mě zničil!" neustále lamentovala. Její zlost nad tou příhodou byla ještě i po uplynutí půlstoletí tak silná, že nám ji předkládala v hrůzostrašných detailech, které mi nedovolily se v nich probírat, ale domnívala jsem se, že hovoří o zfušované epiziotomii.

Během dětství mi byly důvody pro narození mé matky v domácích podmínkách popisovány vždy s úsměškem – jako příklad jakéhosi pokusu neznalých přivandrovalců. *Dovedeš*

si představit, že by tě takoví odborníci, jako jsou lékaři, poslali domů s cizím dítětem? Čím více jsem však o tom postupem času přemítala, tím více jsem si uvědomovala moudrost, skrytou v jádru prababiččina varování. Od té doby bylo dokázáno, že porod dítěte doma je pro neriziková těhotenství bezpečnější než v nemocnici.[1] Miminka porozená v porodnici jsou nejen mezi sebou pomíchána, ale maminky si je neužijí více než jen pár okamžiků. Navíc můžeme v tom střízlivém výroku najít poněkud hlubší filosofii o medicině všeobecně: abychom na jakýkoli ultramodemí pokrok v lékařství pohlíželi se zdravou nedůvěrou; abychom se k nemocnici přibližovali jen v případě, kdy jsme skutečně nemocní; abychom věřili především svému vlastnímu zdravému tělu, které nepotřebuje až tak velkou pomoc; abychom věděli, že i lékaři jsou schopni dělat ty nejzákladnější a nejnešťastnější chyby.

Jediná noc, kterou babička za celý svůj život strávila sama v nemocnici, ukázala, že její obavy byly prozíravé. Ve svých 90 letech byla spěšně převezena na jednotku intenzivní péče v chybném domnění, že má srdeční záchvat, aby zde strávila noc „k observaci". Vyšlo najevo, že jejím problémem byl zkažený žaludek, ale byla celou tou zkušeností tak strašlivě vyplašená, tak odhodlaná vzdorovat celé té přehlídce podivných rýpalů, kteří vpadli do jejího soukromí, že když jsme si ji přišli následující ráno vyzvednout, našli jsme ji svázanou ve svěrací kazajce – to byl jediný způsob, kterým se nemocniční personál pokusil zvládnout její vzpurnost.

Mí italští předci správně vydedukovali, co i vám by už nyní mělo být jasné: že lékař často neví, co dělá – ne proto, že to není hodný člověk s dobrými úmysly, ale proto, že mu vybavení jeho černého kufříku není nijak zvlášť moc platné. Pravda je taková, že nejčastěji si organizmus se svými problémy poradí lépe než jakýkoli doktor.

Vedle rozhodně nekvalitních pracovních pomůcek je další podstatná chyba ve způsobu, jak lékař vnímá objekt své práce. Jak je v mnoha ohledech medicína důmyslná, tak má na druhou stranu totální nedostatky v chápání něčeho takového, jako je mimořádná dynamičnost lidského organizmu. Přitom jak lpí na nápravě procesů tělu vlastních a na boji proti nim, nepočítala medicína nikdy s obdivuhodnými mechanizmy, kterými se organizmus sám dává do pořádku, nebo s mimořádným a nad veškeré lidské chápání ohromným výkonnostním potenciálem. Zahrnuje to i sílu víry, naděje a vůli žít – což nyní medicína objevuje jako „psychoneuroimunologii" –, které zcela elementárně vysvětlují takzvaná „zázračná" vyléčení a případy spontánního uzdravení.[2] Tím, že lékaři omezují procesy, kterými tělo samo odpovídá na zátěž – snižováním horečky, nejlepšího způsobu boje organizmu proti vnějšímu nepříteli –, nakonec trvale oslabují schopnost organizmu se bránit.

Bez správného porozumění těmto skvělým schopnostem je medicína necítlivým a nemotorným nástrojem, zbytečným šťourou, primitivem povolaným k opravě sálového počítače, na nějž si bere palici a kladivo. Ale i tato metafora je hrubě nepřesná, protože i ten nejsložitější počítačový systém se nemůže byť v nejmenším přiblížit tajemné schopnosti organizmu dostat se z naprostého zmatku do klidu, tedy možnosti se uzdravit.

Každé lékařské řešení se jeví jako neohrabané a naivní ve světle vlastních, vysoce rafinovaných a chytrých zařízení organizmu: schopnosti mateřského mléka vytvářet protilátky proti infekci dětátka. Také víme, že určitá složka mateřského mléka napomáhá vývoji mozku a po celý první rok života ovlivňuje například zrakovou ostrost.[3] Dále například víme, že v mozku jsou přítomny hormony, které jsou produkovány vždy, když je nutné snížit úzkost. Nově se vyskytují důkazy, že riziko vysokého krevního tlaku v těhotenství se zmenšuje tím více, čím déle je žena se svým partnerem.[4] To by mohlo znamenat, že ve spermatu je něco, co udržuje ženu a její těhotenství zdravé. Nejsložitější lék na světě nesahá takové delikátnosti ani po paty.

VITAMIN K

Medicína často vychází z předpokladu, že příroda je nedokonalá. V domnění, že vše, co člověk potřebuje, spočívá v opravě toho či onoho, hrubě narušuje znamenitou rovnováhu organizmu a tím na nás nakládá nové problémy, mnohdy daleko

horší než ty, které se měly řešit v prvé řadě. Je to přesně i případ injekcí vitaminu K, které se v dobré víře dávají preventivně dětem, aby nezemřely na vzácnou krvácivou chorobu v novorozeneckém období. Nedávno zjistil Institut dětského zdraví v Bristolu, že tato praxe může hrát roli v 2,5násobném zvýšení rizika vzniku dětské rakoviny.[5] Ačkoli se těchto výsledků již nikde jinde nedosáhlo, přesto se setkáte se zcela soukromými názory, že v této oblasti medicína skutečně neví, co dělá.[6] Když se tento postup v 50. letech zaváděl, podával se novorozencům vitamin K3 – než bylo objeveno, že vitamin K3 vede k vysokým hladinám bilirubinu v krvi, které poškozují mozek a způsobují hluchotu, opožděný psychický vývoj a vznik bezděčných pohybů. Dává se také do souvislosti s hemolýzou – při které dochází k rozpadu červených krvinek. Medicína se tedy rychle přeorientovala na vitamin K1, který již tato rizika nepřináší.[7] Účinek injekční i orální formy nicméně netrvá příliš dlouho a mnoho miminek s malými zásobami vitaminu K se musí se svým problémem vypořádat vlastními silami.[8]

Další oblastí, kde vědci zjistili, že příroda koneckonců příliš nechybuje, je nedostatek železa v těhotenství. Nové výzkumy ukazují, že nízká hladina železa zde není příznakem choroby, ale zdraví, protože upozorňuje na řádné zvětšení krevního objemu a vývoj velkého dítěte. Všechny ty tabletky a transfuze, které se celá léta podávají anemickým budoucím maminkám, mohou přispívat k mnoha předčasným porodům a velkému počtu nedonošených novorozenců.[9]

CHYBNÉ PARADIGMA

Moderní medicína nemůže fungovat, protože základní paradigma, ze kterého vychází, je mylné – že za onemocnění jsou zodpovědné pouze mikroby nebo geny a že naše těla jsou podobná komplikovaným strojům. Lékařství je založeno hlavně na „teorii mikroorganizmů", která tvrdí, že většina chorob závisí výhradně na průniku bakterií a virů. Podle této teorie je nemoc náhodná a nevyzpytatelná věc, která může zachvátit kohokoli

v jakýkoli okamžik bez ohledu na jeho stav výživy, tělesnou a duševní kondici a podmínky vnějšího prostředí. To by znamenalo, že podvyživené dítě z gheta má stejnou šanci, že zemře na spalničky, jako dobře živené dítě ze středních vrstev.

Toto dědictví Louise Pasteura přetrvává, i když jsou si vědci dobře vědomi, že ve zdravém těle žije bakterií přemíra a buď nám prokazují dobrou službu, nebo tam jsou spíše jako následek, a ne příčina choroby. Přibývá též důkazů, že vnímavost organizmu k onemocnění – jeho emoce, fyzická kondice a jeho reakce na zevní prostředí – předurčuje, zda pacient nemoci podlehne.

Obviňování zevních činitelů z odpovědnosti za všechny moderní choroby nasazuje lékařům klapky na oči a odvrací je od těch nejjednodušších řešení. Když vědci přišli na to, že kojenci z jeslí mívali častěji bolesti uší a onemocnění dýchacích cest než kojená nemluvňata, která byla se svými matkami doma, vymysleli lék z extraktu osmi druhů bakterií, aby se u hlídaných dětí zabránilo opakovaným infekcím. Výzkum se soustředil na ideu, že bacily působí izolovaně. Nepřemýšleli již o takových možných faktorech, jako je umělá výživa, o tom, že batolatům chybí blízkost maminky, nebo o vlivu předčasného umístění dětí v kolektivním zařízení. Není divu, že očkování dětem proti vlivům institucionalizace nepomohlo.[10]

Nesmíme také pouštět ze zřetele, že to, co považujeme za dlouhou a důležitou medicínskou tradici, je staré pouhých 50 let. Rozkvět lékové terapie, jak ho známe my, nastal hned po velkých objevech ve 40. letech. O co více působí medicína dojmem vědy kosmického věku, o to více je mezi ostatními vědeckými disciplínami osamocená a zůstala dobrá čtyři staletí pozadu. Karteziánské pojetí fyziky, že všechno má svou příčinu, má své ohraničení, a je tudíž měřitelné, které stále tvoří základ moderní medicíny, je již dávno překonáno příklonem k relativitě a nedávno i objevem velkého množství teorií, jež chápou svět a způsob, jakým funguje, ne tak mechanisticky a rozkouskovaně, jak jsme byli zvyklí. Lékařská věda však stále lpí na statickém a mechanistickém modelu světa, v němž se na lidské bytosti pohlíží zásadně jako na stroje a na jejich duši jako na systém, který pracuje odděleně od těla.

Genová terapie je novou, z větší části neprozkoumanou oblastí medicíny. Vědci z celého světa, kteří pracují na Projektu lidského genomu, počítají, že v roce 2005 budou mít rozluštěnou třímiliardovou kombinaci znaků, které tvoří naši genetickou výbavu; badatelé věří, že až budou schopni manipulovat tímto genetickým základem, budou daleko snáze zdolávat spoustu chorob. Současnou módou je vinit z většiny onemocnění geny – s ideou, že jednoho dne lékaři budou mít tu moc vystřihnout „špatná" místa DNA a místo nich vlepit nějaké lepší genetické instrukce. Vědci nyní zkoumají možnosti zásahů, které by měnily DNA za účelem diagnózy, prevence nebo léčby genetických postižení.

Jednou z oblastí, na které se to v současné době důkladně testuje, je Parkinsonova choroba, předpokládající ovšem nepravděpodobné řešení: herpes virus (způsobuje opar – pozn. překl.). Jelikož herpes virus přežívá v těle nosičů napořád, často ve stavu tichého spánku v nervových buňkách, usoudili vědci z King's College, že kdyby se mohli povrtat v genetickém kódu viru a přimět ho k výrobě dopaminu, snad by mohl přenést tuto genetickou informaci do mozkových buněk hostitele.

Vše, co nato potřebovali, bylo vyseknout pár špalíků „špatné" virové DNA, které jsou příčinou všech těch škodlivých vlastností viru, jako je reprodukce a infekce, a zasunout nějaké nové špalíky s genetickými pokyny pro výrobu dopaminu, a už je to tady: Frankensteinovo monstrum se proměnilo v krásného prince ze Sněhurky.

V praxi se však vědci museli vrátit zpět ke svým rýsovacím prknům, protože zjistili, že zkonstruovaný virus je potenciálně smrtící. Záměr medicíny, že nás „upraví" a vyžene z nás všechny choroby, se ukázal být iluzí.

Největší slabinou teorie moderní medicíny je to, že se domnívá, že jsme všichni nemocní stejným způsobem – že všechny nemoci pramení ze stejných příčin, že všechny mají podobný průběh a že pro ně existuje jen jediná metoda léčení. Ale doktor Leon Eisenberg z katedry sociálního lékařství na Harvard Medical School ve své přednášce lékařům vysvětluje:

Vycházíme z toho, že proniknou-li naše znalosti celou škálou od organizmu přes orgány, tkáně, buňky a organely až k molekulám, bude naše chápání hlubší a hlubší. Člověk, jehož organizmus vidíme jako komplex aberantních molekul nebo náhodného hostitele, si samozřejmě zasluhuje lékařovy sympatie, ale to je v zásadě nevýznamné. Co nás „skutečně" trápí, je patofyziologie nemoci.

Jak absurdní! Mezi genotypem a fenotypem je celý život individua, jehož zkušenosti přetvoří původní náčrt náhodných pravděpodobností v jedinečnou osobnost: pacienta, který stojí před námi. V klinické praxi jsou zvláštnosti a charakteristické osobní vlastnosti každého jedinečného pacienta těmi podněty, jež lékaře rozvíjí. Táž choroba se nikdy u jednotlivých pacientů nevyskytuje ve stejné podobě. Různé jsou stížnosti; různý je i stupeň postižení; liší se odpověď na léčbu... Molekulární biologie do medicíny patří, ale nemůže být na molekulární biologii redukována.[11]

Teorie, že všechny nemoci (a tudíž i všichni pacienti) jsou stejné, vyžaduje, aby každá nemoc měla svou nálepku. Aby lékaři skryli svou nevědomost (a z ní vyplývající strach), pojmenovávají to, čemu nerozumí, „syndromem". Toto označení budí zdání, že si se vším poradí a že mají vše pod kontrolou. Nedávno se například záležitost zcela zjevně spojená se střevními potížemi stala „syndromem těsného hrudníku"; kojenci, kteří byli svými rodiči špatně živeni, trpěli „citronádovým syndromem"; dokonce i svědění, na jehož příčinu se dosud nepřišlo, bylo nazváno „syndromem úporného škrábání". A všechno, co se nevejde do známých šablon, je považováno za „nemocnou pacientovu duši".

JÍDLO JAKO PREVENCE

Jestliže se ukázalo, že kromě akutních případů je velký podíl intervenčního farmakologického a chirurgického přístupu k léčbě zbytečný nebo nebezpečný, týká se v této chvíli nej-

úchvatnější a nejslibnější výzkum metod, které by organizmu poskytly vhodnou výzbroj k samoléčení, především úlohou potravy a živin při prevenci a vzniku chorob. Studie, prokazující ochrannou hodnotu antioxidačních vitaminů a minerálů (vitaminu A a beta-karotenu, B2 [riboflavinu], B3 [kyseliny nikotinové], vitaminu C, E a selenu) proti rakovině a spoustě dalších onemocnění, nyní zaplňují, ač se s nimi nesetkáte na každém rohu, lékařskou literaturu. Antioxidanty chrání organizmus před poškozením, které způsobují škodlivé molekuly zvané volné radikály, jež vznikají působením kyslíku. Kromě dýchání využívají buňky kyslík i k metabolizmu (doslova „spálení") potravy, kterým se získává energie a jímž se při imunitních pochodech ničí choroboplodné zárodky a toxiny. Volné radikály vznikají z mnoha zdrojů – z ultrafialového záření, kouřových zplodin, těžkých kovů a z přepálených olejů, tedy například i z rychlého občerstvení. Mají pro nás katastrofální následky v podobě poničených buněčných membrán, genetického poškození, oslabení imunitních funkcí, kornatění tepen a narušení hormonálních regulací; přispívají ke vzniku cukrovky a dalších systémových onemocnění a samozřejmě hrají svou roli při růstu a šíření rakoviny.

Nyní se ale dovídáme, že poškození z volných radikálů se dá předejít a dokonce i zvrátit, jestliže je organizmus vybaven dostatečně silnou úklidovou četou pro odstraňování volných radikálů čili antioxidanty.

Největší a nejnovější studie prevence zhoubného bujení, výzkum 30 000 Číňanů z oblasti s historicky známým vysokým rizikem výskytu jistého typu rakoviny, dokázala, že určité antioxidanty mohou před vznikem rakoviny ochránit až pětinu lidí. Stejná studie zjistila 38procentní snížení úmrtnosti na mozkovou mrtvici u lidí, kteří dodržovali doporučenou dietu.[12]

Ukázalo se, že antioxidanty chrání před některými očními chorobami, jako třeba degeneraci žluté skvrny, která je hlavní příčinou nevyléčitelné slepoty u dospělých, a před ischemickou chorobou srdeční.[13] Lidé, trpící anginou pectoris, mají signifikantně nižší hladiny vitaminů C, E a karotenu než zdraví jedinci.

Kromě antioxidačních vitaminů má dokonce ještě mocnější ochranný účinek zelenina, která je obsahuje. Výzkum z Darmouth Medical School v New Hampshire prokázal, že při snižování rizika vzniku karcinomu tlustého střeva je zelenina lepší než potravinové doplňky.[14] Možná, že musíme najít ještě další faktory, které hrají svou důležitou roli v dietě s vysokým obsahem zeleniny a ovoce.

Ve srovnání s dietou s velkým množstvím tuků, která může zvýšit riziko vzniku několika druhů nádorů, olivový olej mezi tyto provinilce očividně nepatří. Zdá se totiž, že populace, které konzumují hodně olivového oleje, trpí méně rakovinou. V Řecku, kde je průměrná spotřeba olivového oleje 80 g denně, se velmi nízký výskyt rakoviny prsu. Složky olivového oleje mají zřejmě ochranný účinek.

Vše, co v současné době počítáme ke zdravé stravě – maso spíše jako „koření" než jako hlavní součást jídel, stejně tak i omezení saturovaných tuků, velká nabídka ovoce a zeleniny, olivový olej a ryby –, najdeme ve středozemské dietě. Vědci odhalili, že dvě skupiny obyvatelstva, které mají jednu z nejnižších incidencí srdečního infarktu, žijí na Krétě a na ostrově Kohama v Japonsku. Lidé na těchto ostrovech mají vysoký příjem esenciálních mastných kyselin, jídelníček orientovaný převážně na ryby a značný přísun přirozených antioxidantů. Badatelé Lyonské studie srdeční diety zjistili, že pokud jste již prodělali jeden srdeční infarkt, může vás středozemní strava ochránit před druhým. Z celkového počtu 302 pacientů, kteří dodržovali středozemní režim, jich na druhý záchvat zemřelo pouze osm, kdežto z podobné skupiny, která byla na tradiční dietě s nízkým obsahem tuku, to bylo 20 zemřelých. Ve skupině se středozemní stravou se našly též vyšší hladiny vitaminů E a C.[15] Dieta Středozemí má svůj význam i v prevenci mozkové mrtvice, tak jak je to známo i o omega-3 esenciálních mastných kyselinách.[16] Toto je zcela nepochybně oblast, ve které by měl lékařský výzkum napřít své úsilí.

Navzdory přibývajícím důkazům jen málo z toho proniklo mezi řadové lékaře. Průměrný lékař hledí na jídlo a potravinové doplňky stále ještě s nedůvěrou a pochybnostmi nebo v nejlepším případě jako na pouhý doplněk „pořádného" léčení –

léky a chirurgickými zákroky. I když jich už mnoho uznává, že těhotné ženy potřebují kyselinu listovou, o které je dokázáno, že chrání plod před vznikem rozštěpu páteře, pořád ještě jen málo porodníků někdy napadne, že zdravý způsob života může předejít i dalším vrozeným vývojovým vadám.

Státní úřady dokonce považují nutriční medicínu za něco doopravdy trestuhodného. 15. května 1993 obklíčili agenti amerického Úřadu pro potraviny a léky v ochranných vestách spolu s baterií krajských policajtů s nabitými pistolemi kliniku význačného nutričního terapeuta doktora Jonathana Wrighta v Kentu ve státě Washington. Místo zaklepání kopli ve stylu přepadových oddílů do dveří a násilím vyrvali zámky ze tří dalších zadních a postranních vchodů, aby ozbrojená policie a agenti mohli vniknout na kliniku ze všech stran. S pistolemi namířenými proti členům vystrašeného personálu doktora Wrighta naplnila tato jednotka rychlého nasazení celé nákladní auto všlm, co bylo pro praxi doktora Wrighta důležité.

Zdá se, že zločin doktora Wrighta spočíval v podávání injekčních vitaminů. Absolvent Harvardu, doktor mediciny Wright se nyní věnuje naturopatickým metodám. Dováží čisté vitaminy z Německa, protože ty americké nemůže nadále používat: americké vitaminy obsahují konzervační prostředky, které u jeho pacientů způsobují alergické reakce. V očích FDA se doktor Wright se provinil pašováním.[17]

Kromě znalostí o významu, který vitaminy a potraviny mají pro prevenci, vzrůstají důkazy i o úloze potravy při vzniku chorob. Řada průkopníků medicíny zjišťuje, že alergie na potraviny nebo chemikálie moderní doby najdeme za mnoha chronickými, takzvaně „nevyléčitelnými" nemocemi, jako je artritis, ekzém, astma, hyperaktivita, a dokonce i za epilepsií a duševními chorobami, například schizofrenií. Probíhá bohatá výzkumná práce, dokumentovaná v uznávaných lékařských časopisech, která potvrzuje význam alergií nebo nedostatků ve výživě při vzniku chorob.[18] Úctyhodný počet lidí, pohybujících se na poli ortodoxní medicíny, se například domnívá, že přecitlivělost na lepek může být jednou z hlavních příčin epilepsie. Až dosud největší studie na toto téma, provedená v Itálii, zjistila, že tři čtvrtiny epileptiků mělo pozitivní test na celiakii – biopsie z tenkého střeva prokázala charakteristickou atrofii klků (mikroskopických výtrůstků na sliznici střev).[19]

Sharon, jejíž manžel Gary tiskne náš bulletin, je jedna z mnoha pacientů, jimž toto pojetí pomohlo. Tato dvacetiletá žena byla doslova zmrzačená revmatoidní artritidou a doživotně odkázaná na léky. Nepodařilo se jí ani přijít do jiného stavu. Když se nám Gary o ní zmínil, navrhli jsme jí setkání s jedním ze členů našeho poradního sboru, který se celá léta věnoval výzkumu úlohy alergií při vzniku chorob, především u migrény a artritidy. Sharon ho bez váhání navštívila a on jako příčinu jejího problému vystopoval alergii na brambory, velice běžnou u artritiků. Jakmile Sharon ze své stravy vyloučila brambory, zmizel její zánět kloubů. Po několika měsících otěhotněla.

Samozřejmě, že „nepřátelské potraviny" nejsou jediným problémem. Musíme si dát pozor i na přibližně 25 000 chemických látek – pesticidů, umělých hmot, odpadových látek – v samotné Británii dnes běžně používaných, z nichž většině jsou lidé vystaveni až v období po druhé světové válce. Přibývá vědeckých důkazů o úloze pesticidů při neplodnosti a rakovině.[20] Někteří vědci razí cestu důležitému výzkumu plíživého vlivu těchto chemikálií na lidský organizmus a jejich schopnosti způsobovat mnoho chronických nemocí, se kterými si nepřestáváme lámat hlavu, jako je třeba zrovna artritis.

Jedna Švýcarka, která se jmenovala Irena, trpěla bolestmi a otoky různých kloubů a musela na ně užívat kortikoidy. Když ze své diety vyloučila určité potraviny, poněkud se zlepšila, ale pořád jí přetrvávala mírná bolestivost – až do doby, než jela navštívit svou matku do Zürichu, kde se jí bolest a otok ztratily úplně. Jakmile se však vrátila domů do Surrey, úplně se vyděsila, protože jí opět klouby začaly bolet. Když vyhledala lékaře, velice šikovného v oboru přecitlivělosti na potraviny a chemikálie, pojal podezření, že by mohla reagovat na plyn v domácnosti; celý byt její matky v Zürichu byl na elektřinu, kdežto ona sama měla doma v Surrey plynový sporák a plynové ústřední topení. Zkušebně na určitou dobu vypnula plyn a za pár dní byly její klouby stejně zdravé, jako když byla ve Švýcarsku. Kotel plynového ústředního topení

byl přemístěn mimo obytnou budovu a již pět let má Irena od jakýchkoli artritických potíží pokoj.[21]

Přesné roli, kterou hraje cvičení při prevenci chorob všeho druhu, začínáme teprve rozumět. Poslední zpráva Společnosti absolventů Harvardu, která byla založena na počátku 60. let, aby sledovala více než 17 000 bývalých studentů (o průměrném věku 46 let v době prvního náboru), praví, že fyzickou námahou se snížila veškerá úmrtnost. Význam ochranného účinku úsilovného cvičení oproti zanedbávání fyzické činnosti je srovnatelný s rozdílem v úmrtnosti mezi nekuřáky a těmi, kteří kouří 20 cigaret denně.[22]

Mnoho lékařů dochází k názoru, že budoucnost medicíny závisí na lepším pochopení toho, jak pozvednout mechanizmy, kterými náš organizmus disponuje v boji proti nemocem. Michael Baum, nejlepší britský onkolog, s odvahou veřejně vystoupil v dopise časopisu Times, kde argumentuje, že se v léčbě zhoubného bujení nedá jít dál cestou vysokých dávek chemoterapie a transplantací kostní dřeně, které podle jeho názoru „odráží agonii tradičního věroučného systému". Pokračuje:

> *Mnozí z nás věří, že její budoucnost nespočívá v marném pokusu eradikovat všechny rakovinové buňky, které nacházíme v době stanovení diagnózy, ale v důmyslnějším přístupu, jak zachovat dynamickou rovnováhu, která udrží přizpůsobením přirozených obranných mechanizmů organizmu nemoc pod kontrolou.*[23]

Medicína úplně zoufale potřebuje získat nový a objektivní poměr k mnoha chorobám a pustit z hlavy jakoukoli léčbu, která se nezakládá na faktech. Poslední dobou jsou různé články plné „medicíny založené na důkazech" – což prostě znamená glorifikaci toho, co bylo v lékařském výzkumu ověřeno předtím, než se to začalo používat na pacientech.[24] Cochrane Collaboration – nazvaná podle epidemiologa Archie Cochrana, jenž strávil většinu svého života tím, že poukazoval na slabé stránky prací, které měly dokazovat platnost většiny konvenčních lékařských metod – byla založena proto, aby vytvořila a doplňovala registr všech randomizovaných kontrolovaných zkoušek na poli biochemického výzkumu. V této chvíli je ale tento neotřelý přístup – z kterého bychom zcela zřetelně těžili my všichni – pouze předmětem diskuzí a hlubokomyslných úvah v lékařské literatuře. Jestli ho přijmou řadoví lékaři za své, to se teprve uvidí.

NEDŮVĚRA K ALTERNATIVÁM

Lékaři se vám nepochlubí ani svými předsudky vůči jiným medicínským systémům. Ortodoxní medicína se vždy nad alternativní léčebné metody povyšovala a odsuzovala je jako nevyzkoušené a nedokázané. Královská lékařská společnost a Královská společnost patologů loni kritizovala alternativní postupy léčení alergií jako nevědecké a upozornila, že „dokud tyto metody nebudou zhodnoceny v uznávaných, randomizovaných, dvojitě slepých a placebem kontrolovaných klinických zkouškách, nemohou se stát součástí rutinní klinické praxe".[25] A jestliže jsou alternativní nebo komplementární přístupy vůbec uznávány, tak jen jako doplněk té „pravé" medicíny – protože se to „nosí".

Některé takzvaně vědecké metody léčení jsou v podstatě daleko méně dokázané než mnohé jiné léčebné systémy, mezi něž patří například homeopatie nebo akupunktura, které mají k nějakému šarlatánství velmi daleko. Účinnost těchto dvou oborů – spolu s léčením bylinkami a dokonce i s daleko tajemnější římskou medicínou – byla dokázána v řádných vědeckých zkouškách u mnoha poruch.[26] A to se neberou v úvahu zkušenosti ověřené staletími, především když to srovnáte s nicotnými několika lety nebo desetiletími, kdy se užívá většina „ortodoxních" léků. Mnoho alternativních metod má také velkou výhodu v tom, že umí diagnostikovat a léčit lidi jako skutečné individuality; mohou připravovat léky speciálně pro každého jednotlivce zvlášť a dívat se na jeho tělo, duši, emoce a prostředí jako na něco provázaného.

Není to tak dávno, co se jeden doktor pokusil diskreditovat alternativní medicínu tím způsobem, že navrhl akupunkturi-

stoví, abyse sešli nad pacientem na operačním stole, který měl podstoupit nějaký chirurgický zákrok. Kdyby chirurgicky otevřené pacientovo tělo odkrylo existenci meridiánů a fyzický důkaz teorií, na kterých je založena čínská medicina, měl lékař uznat porážku a vzít akupunkturistu na oběd. Na druhé straně doktor nadutě usoudil, že jestli skalpel odhalí soubor orgánů jako je srdce, játra a ledviny, jídlo bude platit akupunkturista.

Zkušenosti existenci meridiánů opravdu dokazují, ale ne v tom přísně vizuálním smyslu, na kterém trval onen lékař. Výzkum prokázal, že mnoho akupunkturních bodů na těle vykazuje elektrický odpor, který je ve srovnání s body na okolní kůži výrazně snížen (10 kiloohmů v centru akupunkturního bodu oproti 3 megaohmům na ostatní kůži).[27] Také se ukázalo, že mírná stimulace těchto bodů uvolňuje steroid kortizol a endorfiny, které působí proti bolesti, a intenzivní dráždění uvolňuje zase důležité, náladu ovlivňující neurotransmitery, jako je serotonin a norepinefrin. Po stimulaci okolní kůže se nic takového neobjevuje.[28] Je rovněž známo, že akupunktura dokáže uvolnit krevní cévy a zvýšit průtok krve dokonce i vzdálenými tělesnými orgány.[29]

V devíti z deseti případů obyčejné horečky, nachlazení a chřipky, bolestí ucha nebo dětských nemocí se dokáže organizmus s nemocí sám vypořádat, stačí jen počkat a nespěchat k lékaři. Při mnohých infekcích je kuřecí polévka – takzvaný židovský penicilin – pro vás lepší než skutečné antibiotikum.

Jistě, ať už je váš organizmus jak chce mazaný a zdatný v procesu vlastního hojení, jsou situace, kdy potřebuje profesionální pomoc. Ale když doktor vždy dostdobře neví, co vlastně dělá, a nikdy vám neřekne, co dělá, kam vás to dovede? Protože je toho v medicíně jen velmi málo opravdu dokázáno, musí každý z nás pohlížet na lékařství jako na něco užitečného, ale zároveň i potenciálně nebezpečného; a než budete souhlasit s léčbou, musíme udělat pořádný kus detektivní práce. Je tedy potřeba odložit všechny naše předsudky o funkcích a úzdravných schopnostech našeho organizmu a přijmout ostatní prokázané léčebné systémy, pokud nám mohou poskytnout více než běžný konvenční přístup.

Z nějakých důvodů přetrvává názor, že je špatné, když pacient přesně ví, co se s ním děje. Všichni udržujeme lékaře v domnění, že se na vyptávání díváme jako na něco velezrádného nebo naprosto neslušného, jako na něco, co by zničilo ten vzácný vztah mezi ním a námi. Kdyby vám váš známý řekl, že se bál zeptat zedníka nebo instalatéra na to, co bude dělat na jeho domě, protože to považoval za nevychované, mysleli byste si o něm, že je trapný. Ale i ten nejsebevědomější člověk se tváří jako svatoušek, pokud má požádat lékaře o jednoduché vysvětlení postupu, který mu navrhuje ve věci jeho bytí či nebytí.

LÉKAŘŮV KLIENT

Ať už za vás platí zdravotní pojištění stát nebo kupujete na Harley Street, vždy máte absolutní právo vědět všechno, co se o zamýšleném léčebném plánu vědět dá. Auto nebo videokameru si taky nikdy nekoupíte bez pečlivého uvážení všech pro a proti. Proč by tedy něco tak životně důležitého, jako je vaše zdraví nebo zdraví vašich blízkých, mělo být něco jiného? Je nezbytné, abyste se na sebe dívali jako na platícího klienta a na rady svého lékaře jako na služby, které si kupujete. Kladení otázek nejenže nenabourá důvěru, ale navíc pozvedne vztah mezi vámi a lékařem (je-li ovšem dobrým lékařem) na vztah vzájemné zodpovědnosti sdílené dvěma dospělými osobami (na rozdíl od komunikace mezi vševědoucím dospělým a dítětem, které je naplněno posvátnou hrůzou). I když si medicína, ostatně jako většina profesí, to své chrání užíváním zapeklitého jazyka, mohou být všechny odborné postupy vysvětleny způsobem, kterému může každý porozumět. Vždyť ten odborník se svými složitými iniciálami před jménem byl taky kdysi laikem, který začal od nuly.

Stejnou ostražitost je nutné uplatnit i v případě alternativní medicíny. Ačkoli vyzkoušená a otestovaná alternativní medicína, praktikovaná zkušenými a kvalifikovanými jedinci, je většinou příznivější než ortodoxní medicína, může ve špatných rukách též vážně poškodit zdraví. Před několika lety mi

krátká kúra čínských bylin zpackala menstruační cyklus na celý rok. Když jsem si nechala složení bylin zanalyzovat na Toxikologickém oddělení Guy's Hospital, zjistili, že obsahují 11 různých estrogenů – dobrá konkurence hormonální substituční terapii. Jiná alternativní léčba, léčba srdečních potíží – oblíbená u filmových hvězd Hollywoodu – je zodpovědná za nejméně pět úmrtí. V nesprávných rukách může akupunktura přivodit migrény nebo i mozkovou mrtvici. Mnoho praktiků alternativní medicíny dostane licenci pro vykonávání své praxe již po několika víkendových kurzech a pak mohou pracovat i s vysoce účinnými látkami, jako jsou třeba právě čínské byliny. „Přírodní" neznamená vždy „lepší". Nikdy neopomeňte podrobit svého přírodního léčitele, ale i svého praktického lékaře, křížovému výslechu o jeho zkušenostech, počtu provedených výkonů a o znalostech, které má o vaší chorobě, a okamžitě odejděte, jestliže se vám jeho odpovědi nelíbí.

Vědecké údaje o mnoha léčebných metodách alternativní medicíny skutečně existují, i když jsou jen obtížně dostupné. Probádejte se svým praktikem informace o léčebném postupu nebo si zavolejte na akreditační pracoviště nebo řídicí orgán, aby vás dále nasměrovali. Prozkoumejte Medline na počítači nebo navštivte lékařskou knihovnu. Kromě opravdu neodkladných situací vám nic neuteče, když tomu věnujete jeden nebo dva dny práce.

Není též žádný důvod pro to, abyste se ptali na stále stejné věci podle jedné zásady. Přizpůsobte se jednou, dvakrát i vícekrát a uvažujte až do doby, než budete plně důvěřovat a než budete spokojeni s navrhovaným způsobem léčení, ale na všechny své léčitele se dívejte jen jako na řemeslníky a u všech rozhodnutí si zachovejte chladnou hlavu.

Především ale odmítněte přijmout ortel smrti. V současné době je moderní, že lékaři řeší problém, zda se pacienti vyrovnají s mezní diagnózou. Je pravda, že to zřejmě lidé znát chtějí: Harris Poll v roce 1982 zjistil, že 96 procent Američanů říká, že kdyby onemocněli rakovinou, chtěli by se dovědět diagnózu, a 85 procent chce znát „realistický odhad" očekávané délky života v případě, že jejich nádor je jedním z těch, na který se do roka umírá.[30]

Jak ale ukázalo mnoho případů, může pravda řečená na rovinu jen uspíšit pacientovu smrt. Jeden Brit byl po padesátce odeslán na hematologické oddělení v Royal Gwent Hospital s anamnézou naprosto benigní formy leukémie, na kterou potřeboval pouze občas malé dávky steroidů. Nikdy mu nebyl vyřčen pravý název této jeho choroby a hezkých pár let se cítil dobře a jeho krevní obraz byl stabilní. Ačkoli obvykle puntičkářsky docházel na ambulantní kontroly, jednoho dne se už neukázal a až později nečekaně dorazil na chirurgické oddělení ve velmi zuboženém stavu. Došlo k tomu tak, že jednou nahlédl přes rameno svého praktického lékaře do dokumentace a tam uviděl slovo „leukémie". Od té doby to s ním šlo rapidně z kopce a do tří týdnů byl mrtev, ačkoli se jeho krevní obraz nezměnil. Nikdo z lékařů a dokonce ani patologové, kteří dělali pitvu, nedokázali najít žádnou organickou příčinu jeho rychlého konce.[31]

Něco podobného se stalo i u nás doma. Před třemi lety byla diagnostikována mé 78leté tchyni Edie rakovina prsu v posledním stadiu. Lékař nám soukromě řekl: „Být vámi, dám do pořádku její věci." Když ji vyšetřoval, byl šokován; řekl mi, že její prso vypadalo jako syrové maso. Karcinom byl skutečně tak pokročilý, že bylo již příliš pozdě zkoušet chemoterapii nebo nějaký jiný zásah. Bylo nám řečeno, že v nejzazším případě má tři měsíce života.

Praktický lékař jí předepsal dva léky: tamoxifen na zpomalení růstu rakoviny a metronidazol (Flagyl) na hojení otevřených ran na prsu.

O dva dny později jsme se od tchána dozvěděli, že Edie v městě téměř zkolabovala.

Potom začal doktor Edie pichat morfin, neboť, jak nám řekl, prosila o něco proti bolestem. „Abych byl upřímný," dodal, „co nejdříve bych se poohlédl po nějaké domácí ošetřovatelské péči."

Za dva dny už nebyla Edie schopná dostat se sama z vany a tak hrozně zvracela, že se nemohla najíst.

Jedním z vedlejších účinků metronizalu je náhlý pokles krevního tlaku, zejména ve stáří, čemuž můžeme přičíst Edienu ztrátu vědomí a pády. Tamoxifen může být příčinou bolestí

a jak Flagyl, tak i morfin způsobují nutkání na zvracení. Jinými slovy všechny příznaky, které se u ní projevovaly – kromě prsního nádoru samotného –, mohly být způsobeny hlavně léky – a také snad i slovem „terminální", které se objevovalo na nejrůznějších formulářích, které jsme museli vyplňovat.

Řekli jsme jí, aby léky vyhodila do popelnice. Zanedlouho se nám podařilo zbavit její tělo všech těch léků, ale ne už té skličující prognózy praktického lékaře.

Naštěstí jsme se díky své práci znali s lékařem dr. Patrickem Kingsleyem, průkopníkem v Leicestershire, který již pomohl lidem s různými chorobami. Nevěděli jsme, jaký bude mít v případě terminálního stavu úspěch, ale byli jsme povzbuzeni zprávami o tamní skupině lidí s rakovinou, která se skládala z mnohých jiných ztracených případů, kteří z ničeho nic zvítězili nad nepřízní osudu.

Spojili jsme se s ním a on Edie vyšetřil. Byla jsem s nimi v místnosti a nehnul ani brvou, když viděl její prsa. „Myslím, že to zvládneme," řekl s nepokrytou sebedůvěrou.

Navrhl léčebný režim, který se skládal především z modifikované zdravé diety a vitaminových doplňků, přizpůsobený peněžence a chuti člověka, který vyrostl na standardní britské stravě, vynechal jídla, u kterých zjistil alergii, a podával jí dvakrát týdně vysoké dávky vitaminu C do žíly. Po několika měsících přišel Edie vyšetřit praktický lékař, který ji jako první svou diagnózou odsoudil na smrt. Úplně oněměl. Rakovina, která ji ničila prsa, o které si byl tak jist, že je mimo dosah jakékoli naděje či léčby, kompletně zmizela.

Až dodneška drobná, 45kilogramová Edie nad rakovinou vítězí, a my si nejsme jisti tím, co vlastně bylo v jejím léčení to podstatné. Do značné míry to může souviset s optimismem mé tchyně, že ji Patrick vyléčí, což zase mohlo být způsobeno jeho naprostým klidem během prvního setkání, s tím, že se nenechal rakovinou zastrašit, nebo tím, že nedal znát žádné pochybnosti. Anebo to byla blízkost rodiny a odvaha této obyčejné penzistky k tomu, že se rozhodla vyzkoušet cestu, která se mohla zdát bizarním a radikálním řešením. Někteří praktici považují podporu rodiny a věrnost blízkého člověka za klíčové faktory při uzdravování se z nemoci.

I když má Patrickova léčebná metoda určité vědecké opodstatnění, mám neustále pocit, že úspěch jeho postupu souvisel i se skutečností, že toto léčebné pojetí podpořil můj manžel. Nejmladší syn Edie řekl, že to určitě zabere, a to bylo pro ni dostatečným důkazem.

Dalším zásadním faktorem bylo Patrickovo vytrvalé odmítání odhadovat pravděpodobný vývoj Edieiny choroby – vyřknout rozsudek o tom, „jak dlouho" se nemoc potáhne nebo jak dlouho bude ještě žít. Ať už mělo Edieino vyléčení jakoukoli příčinu, nechyběla mu jedna základní součást, na kterou většina lékařů při podávání léku jasně zapomíná: na naději. Naděje je ta nejdůležitější medicína na světě. Víra lidí kolem Edie jí dala naději a naděje byla to, co jí zachránilo život.

Naděje je to, co musí doktoři vyjádřit, než se odváží přesně určit, kolik měsíců zůstane někdo naživu. Jen velmi málo lékařů má dostatek pokory, aby si uvědomili, že žádný vědec, ať je jakkoli vzdělaný, nemůže předpovědět, jak příslušný pacient odpoví na výzvu, kterou nám dává nemoc a uzdravení, nebo s jistotou říci, kdo bude žít a kdo zemře.

Odkazy na literaturu

KAPITOLA 1

1. *British Medical Journal*, 1980; 280: 1-2.
2. *Times*, 1. listopadu 1994.
3. „Rakovina na křižovatce", Národní poradní sbor pro rakovinu, 1994; poznamenává, že výskyt rakoviny se od roku 1991 zvýšil o 18 procent a úmrtnost vzrostla o 7 procent. Viz též *Journal of the American Medical Association*, 1990; 264 (24): 3178-83.
4. Doktor Vernon Coleman, „Zrada víry", *European Medical Journal*, 1994: 4.
5. Údaje z první studie o bezpečnosti nemocnic na světě, provedené australským Ministerstvem zdravotnictví, červen 1995.
6. Journal of the American Medical Association, 1995, 274 (1): 29-34.
7. Edgar A. Suter, korespondence, The Lancet, 1993; 342: 112.
8. New Scientist, 17. září 1994: 23.
9. What Doctors Don't Tell You, 1992; 3 (12): 4.
10. Robert S. Mendelsohn, MD, Confessions of a Medical Heretic (Chicago: Contemporary Books, 1979): XIII-XIV.
11. Viz I. Chalmers, M. Enkin a M. Keirse (vydavatelé). Effective Care in Pregnancy and Childbirth (Oxford: Oxford University Press, 1989).
12. New England Journal of Medicine, 1995; 332 (5): 328-9.
13. New England Journal of Medicine, 1992; 326: 501-6; též 560-1. Viz též Adverse Drug Reaction Bulletin, červen 1992 a The Lancet, 1993; 342: 818-19.
14. The Lancet, 1994; 344: 844-51.
15. The Daily Telegraph, 23. září 1994.
16. Journal of The American Medical Association, 1993; 269: 873-7, 878-82.
17. Rozhovor s Normanem Beggem, prosinec 1989.

18. The Lancet, 1993; 341: 343-5.
19. The Lancet, 1994; 344: 1601-6.
20. The Lancet, 1994; 344: 1585.

KAPITOLA 2

1. Stephen Fulder, Haw to Be a Healthy Patient (Hodder and Stoughton, 1991): 26.
2. The Lancet, 1989; II: 1190-1.
3. The Lancet, 1994; 344: 1339-43.
4. The Lancet, 1994; 344: 1309-11.
5. Mark Brown a kol., korespondence, British Medical Journal, 1991; 303: 120-1.
6. British Medical Journal, 1992; 305: 1062-6.
7. Journal of Hypertension, 1994; 12: 857-66.
8. Barnabus N. Panayiotou, korespondence, Journal of the American Medical Association, 1995; 274 (17): 1343.
9. M. J. Quinn, korespondence, The Lancet, 1991; 338: 130.
10. The Lancet, 1996; 347: 139-42.
11. Robert Mendelsohn, Confessions of Medical Heretic (Chicago: Contemporary Books, 1979): 2.
12. Dr. Edward D. Folland, korespondence, New England Journal of Medicine, 1992; 327 (25): 1819; New England Journal of Medicine, 1992; 327: 458-62.
13. Mendelsohn, Confessions: 3.
14. Fulder, Healthy Patient: 26.
15. The Lancet, 1994; 344: 1190-2.
16. Journal of the American Medical Association, 1992; 268: 2537-40.
17. J. Isner, Circulation, 1981; 63 (5), citováno z knížky S. Fuldera How to Survive Medical Treatment (Century Hutchinson, 1987): 24, 27.
18. R. Wooton a kol., Radiation Protection of Patients (Cambridge: Cambridge University Press, 1993): 16.
19. Tamtéž.
20. Citováno z Which?, leden 1991: 41.
21. Journal of the American Medical Association, 1991; 265 (10): 1290.
22. R. Wootton, *již citovaná práce*.
23. Journal of American Medical Association, 1991; 265 (10): 1290.

24. International Journal of Cancer, 1990:46: 362-5.
25. British Journal of Cancer, 1990; 62 (1): 152-68.
26. New Scientist, 1979; 82: 18, citován výňatek z Fulderova Medical Treatment: 35.
27. New England Journal of Medicine, 1993; 328 (2): 87-94
28. Journal of the American Medical Association, 1994; 272 (15): 1160.
29. Fulder, Medical Treatment: 29.
30. British Medical Journal, 1991; 303: 813-15.
31. The Lancet, 1989; II: 1190-1.
32. British Medical Journal, 1991; 303: 811-12.
33. British Medical Journal, 1991; 303: 813-15.
34. FDA Consumer, leden 1980, citováno z Fulderova Medical Treatment: 30.
35. Královská společnost rentgenologů a Národní výbor radiologické ochrany, „Snížení dávek pacientů v diagnostické radiologii" (HMSO, 1990), otištěno v British Medical Journal, 1991; 303: 812.
36. Journal of the American Medical Association, 1991; 265 (10): 1290.
37. J. G. B. Russell, primář rentgenologie, prohlášení „Reakce na doporučení Královské společnosti rentgenologů": 1.
38. Russell, „Reakce": 2.
39. British Medical Journal, 1991; 303:809-12.
40. Which?, již citovaná práce.
41. British Medical Journal, 1992; 304: 1411.
42. British Journal of Cancer, 1990; 62 (1): 152-68.
43. Otištěno v The Independent 27. dubna 1990.
44. British Medical Journal, 1991; 303: 1497.
45. Radiology, 1977; 123: 523-7.
46. New England Journal of Medicine, 1991; 331 (21): 1449-50.
47. Mount Sinai Journal of Medicine, 1991; 58 (2): 183-7.
48. Charles V. Burton, „Lumbosakrální adhesivní arachnoiditis: moderní novoguinejský syndrom". Prohlášení: 9.
49. P. G. Bain a A. C. F. Colchester, korespondence, The Lancet, 1991: 338: 252-3.
50. K. Noda a kol., korespondence, The Lancet, 1991; 337: 681.
51. Mount Sinai Journal of Medicine, 1991; 58 (2): 185-6.
52. Susan M. Ottová, redakční článek, British Medical Journal, 1994; 308: 931-2.
53. Tamtéž.

54. David M. Reid a kol., korespondence, British Medical Journal, 1994:308: 1567.
55. British Medical Journal, 1996; 312: 296-7.
56. Angela Raffeová a Cyrus Cooper, korespondence, The Lancet, 1990; 336: 242; Albert M. Van Hemert, korespondence, The Lancet, 1990; 336: 818.
57. British Medical Journal, 1996; 312: 1254-8.
58. Wootton, Radiation Protection: 2; též The Lancet, 1992; 340: 299.
59. The Lancet, 1992; 340: 299.
60. The Lancet, 1976; I: 847-8. Viz též Joseph K. Lee (redakce), Computed Body Tomography with MRI Correlation (New York: Raven Press, 1989): 1117-8.
61. British Medical Journal, 1993; 306: 953-5.
62. British Medical Journal, 1994; 309: 986-9.
63. New England Journal of Medicine, 1994; 330: 25-30.
64. Americal Journal of Public Health, 1993; 83: (4): 588-90.
65. Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr, 1992; 156 (2): 189-92.
66. Radiology, 1991; 178: 447-51.
67. Joseph Lee, Computed Body: 1119.
68. New England Journal of Medicine, 1993; 328 (12): 879-80.
69. New England Journal of Medicine, 1990; 323 (10): 621-6.
70. British Medical Journal, 1991; 303: 205.
71. Chicago Tribune, 13. května 1984, citováno z The People's Doctor, 10 (11).
72. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology, 1993; 76 (5): 655-60.
73. Acta Oto-Laryngologica, 1993; 133 (4): 483-8.
74. British Medical Journal, 1991; 303: 205.
75. Karl Dantendorfer a kol., korespondence, The Lancet, 1991; 338: 761-2.
76. IEEE Transaction on Biomedical Engineering, 1993; 40 (12): 1324-7; Americal Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 1993; 72 (3): 166-7.
77. Americal Journal of Roentgenology, 1994; 162 (1): 189-94.
78. American Journal of Roentgenology, 1990; 154 (6): 1229-32.
79. Journal of Magnetic Resonance Imaging, 1992; 2 (6): 721-8.
80. American Journal of Roengenology, 1990; 154 (6): 1229-32.
81. Stephen Fulder, Medical Treatment: 24.
82. The Lancet, 1989; II: 1190-1.

83. British Medical Journal, 1979; II: 21-4.
84. British Medical Journal, 1994; 309: 983-6.
85. Medical Hypotheses, 1988; 25: 151-62.
86. Nature, 1985; 317: 395-403; The Lancet, 1989; II: 1023-5.
87. New England Journal of Medicine, 1988; 318: 448-9.
88. Abstrakta ze VII. mezinárodní konference o AIDS; Florencie, Itálie 1991; 1: 326.
89. Publikováno v Sunday Times, 22. května 1994.
90. New England Journal of Medicine, 1986; 314: 647.
91. The Lancet, 1986; I: 1090-2.
92. AIDS, 1988; 2: 405-6.
93. Gut, 1995; 36: 462-7.
94. What Doctors Don't Tell You, 1991; 2 (10): 4.
95. Charles Williams a Norman Frost, korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1086-7.
96. British Medical Journal, 1993; 306: 953-5.

KAPITOLA 3

1. Dr. Christopher R. B. Merritt, úvodník, Radiology, 1989; 173 (2):304-6.
2. Journal of the American Medical Association, 1982; 247 (16): 2196.
3. Mother & Baby, květen 1990: 20-2.
4. Tamtéž.
5. Americká společnost porodníků a gynekologů, Tech. Bull. No. 63, říjen 1981, jak citováno v Journal of Nurse-Midwifery, 1984; 29 (4): 241-4.
6. Zpráva Doris Haireové, předsedkyně Výboru zdraví matky a dítěte Ženské národní zdravotní sítě na Vzdělávacím soustředění v diagnostické ultrasonografii, 26.- 28. dubna 1990, Baltimore, Maryland.
7. British Medical Journal, 1993; 307: 13-17.
8. New England Journal of Medicine, 1993; 329 (12): 821-7.
9. Dr. Richard Berkowitz, úvodník, New England Journal of Medicine, 1993; 329 (12): 874-5.
10. The Lancet, 1992; 340: 1299-1303.
11. British Medical Journal, 1993; 307: 159-64.
12. The Lancet, 1993; 342: 887-91.

13. Canadian Medical Association Journal, 1993; 149 (10): 1435-40.
14. Marc J. N. C. Keirse, úvodník, The Lancet, 1993; 342: 878-9.
15. Prohlášení Mezinárodní porodnické vzdělávací asociace (ICEA): Ultrazvuk v porodnické ultrasonografii, Mezinárodní porodnická vzdělávací asociace, březen 1983.
16. Tamtéž.
17. Obstetrics and Gynaecology, 1984; 63: 194-200.
18. British Medical Journal, 1975; 2: 62-4.
19. Journal of Nurse-Midwifery, 1984; 29 (4): 241-6.
20. Rober Base, korespondence, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1988; 95: 730.
21. Journal of the American Medical Association, 1982; 247 (16): 2195-7.
22. Tamtéž.
23. Prohlášení ICEA, již citováno.
24. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1982; 89: 694-700.
25. Obstetrics and Gynaecology, 1983;62: 7-10.
26. HHS publikace FDA 82-8190, červenec 1982, Kancelář pro ochranu zdraví při radiaci, Úřad pro potraviny a léky, citováno v prohlášení ICEA, viz tam.
27. Obstetrics and Gynaecology, 1984; 64 (1): 101-7.
28. The People's Doctor, 11 (1): 7.
29. British Medical Journal, 1993; 307: 13-17.
30. Daily Mirror, 3. června 1994.
31. Radiology, 1989; 173: 304-6.
32. Contemporary Obstetrics and Gynaecology, 1980; 6: 75-80.
33. New England Journal of Medicine, 1990; 322: 588-93.
34. New England Journal of Medicine, 1996; 34-34 (10): 613-18.
35. Viz British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1982: 89: 716-22; British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1982; 89: 427-33; British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1983; 90: 1018-26 a British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1985; 92: 1156-9.
36. What Doctors Don't Tell You, 1990; 1 (6): 6.
37. Pan Chalmers doporučuje, aby čtenáři nahlédli do Journal of Perinatal Medicine, 1984; 12: 227-33 a P. Mohide a M. Keirse, „Biophysical Assessment of fetal wellbeing" v knize I. Chalmerse a kol. Effective Care in Pregnancy and Childbirth (Oxford: Oxford University Press, 1989).

38. Helen Klein Rossová, Mothering Magazine, léto 1990.
39. British Medical Journal, 1981; 282: 1416-18, jak je citováno v knize Belindy Barnesové a Suzanne Gail Bradleyové, Planning for a Healthy Baby (Vermilion, 1990): 164.
40. Roger Williams a kol., korespondence, The Lancet, 1986; II: 757, citováno z The People's Doctor, 11 (1): 3.
41. Rossová, již citováno.
42. Leták vydaný porodnickým oddělením St John's & St Elizabeth's Hospital v Londýně, 1993.
43. The Lancet, 1991; 337: 1491-9.
44. Froas J. Los a kol., korespondence, The Lancet, 1993: 342: 1559.
45. TheLancet, 1991; 337: 1491-9.
46. Karin Sundbergová a Steen Smidt-Jensenová, korespondence, The Lancet, 1991; 337: 1233-4.
47. M. J. Bris, korespondence, The Lancet, 1994; 344: 556.
48. The Lancet, 1991; 337: 762-3.
49. The Lancet, 1991: 337: 1091.
50. The Lancet, 1994; 343: 1096-71.
51. Tamtéž.
52. The Lancet, 1994; 344: 435-9.
53. F. P. H. A. Vandenbussche a kol., korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1032.
54. The Lancet, 1994; 344: 1134-6.
55. Barking, Essex, The Spectator, 8. července 1995.
56. Robert Mendelsohn, Male Practice: How Doctors Manipulate Women (Chicago: Contemporary Books, 1981): 54.
57. British Medical Journal, 1994; 309: 158-62.
58. Journal of Epidemiology and Community Health, 1995; 49: 164-70.
59. The Lancet, 1990; 353: 7467-70.
60. Mortality and Morbidity Weekly Report, 1994; 43: 617-22.
61. Janet Carr, Down's Syndrome (Cambridge: Cambridge University Press, 1995).
62. Viz Barnesová a Bradleyová, již citováno.

KAPITOLA 4

1. British Medical Journal, 1992; 304: 463.
2. The Lancet, 1993; 341: 343.

3. Johannes Schmidt, korespondence, The Lancet, 1992; 39: 810.
4. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1941; 42: 193-205.
5. J. McCormick a P. Skrabanek, Follies and Fallacies in Medicine (Glasgow: The Tarragon Press, 1989): 103-4.
6. J. Mc.Cormick, „Dogma Disputed", The Lancet, 1989; II: 207-9.
7. The Lancet, 1990; 335: 97-9.
8. J. McCormick, již citováno.
9. Vernon Coleman, The Health Scandal: Your Health in Crisis (Sidgwick & Jackson, 1988): 171.
10. The Lancet, 1993; 342: 91-6.
11. A. B. Miller, „Evaluation of Screening for carcinoma of the cervix", Modern Medicine Canada, 1973; 28: 1067-9.
12. McCormick a Skrabanek, Follies: 104.
13. Tamtéž.
14. Tom Bell, korespondence, The Lancet, 1990; 336: 1260-1.
15. British Medical Journal, 1990; 301: 907-10. British Medical Journal, 1994; 308: 357-8.
16. British Medical Journal, 1990; 301: 907-10.
17. Tamtéž.
18. British Medical Journal, 1994; 308: 357-8.
19. The Lancet, 1995; 345: 1469-73.
20. Tamtéž.
21. McCormick, „Dogma": 208.
22. British Medical Journal, 1988; 297: 18-21.
23. The Lancet, 1992; 339: 828.
24. British Medical Journal, 1993; 306: 1173.
25. British Medical Journal, 1986; 293: 659-63, citováno z The Lancet, 1990; 335: 97-9.
26. McCormick, již citováno.
27. Zpráva Národního auditorského úřadu Screening rakoviny cervixu a prsu v Anglii, 1992.
28. Daily Telegraph, 29. dubna 1993.
29. Coleman, The Health Scandal: 172.
30. Robert Mendelsohn, MD, Male Practice: How Doctors Manipulate Women (Chicago: Contemporary books, 1981): 42-3.
31. Zpráva Národního auditorského úřadu, již citováno.
32. The Lancet, 1993; 342: 91-6.
33. British Medical Journal, 1994; 308: 79.
34. Journal of the American Medical Association, 1994; 271 (10): 733-4.

35. British Medical Journal, 1995; 311: 1391-5.
36. M. Baum, korespondence, The Lancet, 1995; 346: 436; viz též korespondence, New England Journal of Medicine, 1994; 331: 402-3.
37. The Lancet, 1993; 341: 1509-11.
38. Tamtéž.
39. Journal of the American Medical Association, 1994; 271 (2): 96.
40. The Lancet, 1994; 343: 1091.
41. British Medical Journal, 1993; 336: 1481-3.
42. Journal of the American Medical Association, 1994; 271 (2): 96.
43. The Lancet, 1995; 345: 1629.
44. Minerva, British Medical Journal, 1993; 306: 1280.
45. J. A. Muir Gray a kol., korespondence, British Medical Journal, 1991; 302: 1084.
46. Petr Skrabanek a James McCormick, korespondence, British Medical Journal, 1991; 302: 1401.
47. N. Wald a kol., korespondence, British Medical Journal, 1991; 302: 845.
48. Skrabanek a McCormick, již citováno.
49. The Lancet, 1995; 346: 29-32.
50. Tamtéž.
51. Tamtéž.
52. British Medical Journal, 1996; 312: 273-6.
53. Johannes G. Schmidt, korespondence, The Lancet, 1992; 339: 810.
54. Canadian Journal of Public Health, 1993; 84: 14-16.
55. Michael Swift, korespondence, The Lancet, 1992; 340: 1538.
56. J. Mark Elwood, Brian Cos a Ann K. Richardsonová, korespondence, The Lancet, 1993; 341: 1531.
57. British Medical Journal, 1988; 297: 943-8.
58. Rob Boer a kol., korespondence, The Lancet, 1994; 343: 979.
59. Schmidt, již citováno.
60. Journal of the American Medical Association, 1990; 263: 2341-3.
61. Journal of the American Medical Association, 1996; 275: 913-18. Viz též Cecily Quinnová a Julian Ostrowski, korespondence, The Lancet, 1996; 347: 1259.
62. Osobní rozhovor s dr. Jamesem McCormickem, 12. června 1996; viz také The Lancet, 1994; 343: 969.
63. Mendelsohn, Male Practice: 110.

64. Královská společnost rentgenologů, „Optimální využívání oddělení klinické rentgenologie", Londýn 1993: 33-7.
65. Glamour, říjen 1992; viz též Daily Telegraph, 28. prosince 1991.
66. D. J. Watmough a K. M. Quan, korespondence, The Lancet, 1992; 340: 122.
67. E. J. Roebuck, korespondence, The Lancet, 1992; 340: 366.
68. J. P. van Netten a kol., korepondence, The Lancet, 1994; 343: 978-9.
69. Ultrasound Med Biol, 1979; 5: 45-9.
70. J. Michael Dixon a T. G. John, korespondence, The Lancet, 1992; 339: 128.
71. J. Stevenson, korespondence, British Medical Journal, 1991; 303: 924.
72. Nicholas E. Day a Stephen W. Duffy, korespondence, The Lancet, 1991; 338: 113-14.
73. What Doctors Don't Tell You, 1990; 1 (2): 4.
74. British Medical Journal, 1994; 308: 79.
75. D. Sienko a kol., korespondence, New England Journal of Medicine, 1989; 320: 941.
76. Journal of the American Medical Association; 1993; 269 (20): 2616-17.
77. Graham Curtis Jenkins, korespondence, British Medical Journal, 1992; 305: 718.
78. British Medical Journal, 1994; 308.
79. Tamtéž.
80. Syed Bilgrami a Bernard Greenberg, komentář, The Lancet, 1994; 344: 700-1.
81. Journal of the American Medical Association, 1995; 273: 289-94.
82. Urology, 1996; 47: 511-16.
83. British Medical Journal, 1992; 304: 543.
84. Dr. Joan Austoker, poradce britského ministra zdravotnictví, vyšlo v Sunday Times, 6. října 1991.
85. Daniel Kopans, korespondence, The Lancet, 1991; 338: 447.
86. Radiation Medicine, 1994; 12 (5): 201-8.
87. Anticancer Research, 1994; 14 (5B): 2249-51.
88. Geburt und Frau, 1994; 54 (8): 432-6.
89. Geburt und Frau, 1994; 54 (10): 539-44.
90. Ultraschall in der Medizin, 1994; 15 (1): 20-3.
91. Journal of Clinical Pathology, 1949; 2: 197-208, jak je citováno v The Lancet, 1993; 341: 91.

KAPITOLA 5

1. British Medical Journal, 1993; 306: 1367-73.
2. British Medical Journal, 1994; 309: 11-15.
3. The Lancet, 1994; 344: 1182-6.
4. Journal of the American Medical Association, 1995; 274 (2): 131-6.
5. The Lancet, 1994; 344: 963-4.
6. The Lancet, 1995; 345: 882.
7. The Lancet, 1995; 345: 1408.
8. Journal of the American Medical Association, 1995; 273 (24): 1926-32.
9. Journal of the American Medical Association, 1994; 272 (17): 1335-40.
10. Daily Telegraph, 16. dubna 1993.
11. Tamtéž.
12. The Lancet, 1994; 344: 633-8.
13. Michael F. Oliver, úvodník, British Medical Journal, 1992; 304: 393-4; také dr. George Davey Smith a dr. Julia Pekkanenová, rozhovor, 304: 431-4.
14. The Lancet, 1994; 344: 1383-9.
15. Monitor Weekly, 30. listopadu 1994: 17.
16. New England Journal of Medicine, 1995; 333: 1301-7.
17. Circulation, 1995; 92: 2419-25; též J American College of Cardiology, 1995; 26: 1133-9.
18. Jan P. Vandenbroucke, Rudi G. J. Westendorp, korespondence, The Lancet, 1996; 347: 1267-8.
19. Robert J. MacFadyen a kol., korepondence, The Lancet, 1996; 347: 551-2.
20. R. Fey a N. Pearson, esej, The Lancet, 1996; 347: 1389-90.
21. William E. Stehbens, korespondence, The Lancet, 1995; 345: 264.
22. Vandenbroucke a Westendorp, již citováno.
23. Journal Watch, 1995; 15 (24): 190 a 15 (23): 181-2.
24. Dr. Nilesh J. Samani a David P. De Bono, korespondence, New England Journal of Medicine, 1996; 334 (20): 1333-4.
25. Fey a Pearson, již citováno.
26. Journal Watch, 1996; 16 (10): 83-4.
27. Donald R. Davis, Ph.D., korespondence, New England Journal of Medicine, 1996; 334 (20): 1334.

28. Journal of the American Medical Association, 1995; 274 (14): 1152-8.
29. Rodney Jackson a Robert Beaglehole, komentář, The Lancet, 1995; 346: 1440-1.
30. British Medical Journal, 1994; 308: 373-9.
31. Všechny výpočty provedl dr. Steward Rogers, korepondence, New England Journal of Medicine, 1996; 334 (20). 1333.
32. Vandenbroucke a Westendorp, již citováno.
33. Dr. George Davey Smith a dr. Julia Pekkanenová, rozhovor, British Medical Journal, 1992; 304: 431-3.
34. British Medical Journal, 1995; 310: 1632-6.
35. The Lancet, 1993; 341: 75-9.
36. Bruno Bertozzi a kol., korespondence, British Medical Journal, 1996; 312; 1298-9.
37. The Lancet, 1993; 341: 75-9.
38. Psychol Med, 1990; 20; 785-91.
39. Dr. Melvyn Werbach, Nutritional Influences on Mental Illness (Tarzana, CA: Third Line Press, 1991): 145-9.
40. Arch Intern Med, 1995; 155: 695-700.
41. M. R. Law a N. J. Wald, korepondence, British Medical Journal, 1995; 311: 807.
42. *Am J Clin Nutri, 1995; 62: 1-9. Viz též What Doctors Don't Tell You*, 1995;(6): 1-3.
43. British Heart Journal, 1978; 40: 1069-1118.
44. Physicians' Desk Reference (Montvale, NJ: Medical Economics Data Production Company, 1995): 710-12.
45. Physicians' Desk Reference: 1851-4.
46. Journal of the American Medical Association, 1996; 275. Viz též Journal Watch, 1996; 16 (10): 83-4.
47. Newman a Hulley, korepondence, Journal of the American Medical Association, 1996; 275: 1481-2.
48. The Lancet, 1994; 344: 1195-6.
49. Petr Skrabanek a James McCormick, Follies and Fallacies in Medicine (Glasgow: Tarragon Press, 1990): 95.
50. The Lancet, 1990; 336: 129-33.
51. Journal of the American Medical Association, 1995; 274: 894-901.
52. The Lancet, 1992; 339: 563-9.
53. New England Journal of Medicine, 1996; 334 (20): 1298-1303.
54. Circulation, 1996; 93: 1346-53.

55. Dr. Edward Siguel a kol. a K. Lance Gould, korespondence. Journal of the American Medical Association, 1996; 275 (18): 1402-3.
56. Dr. K. Lance Gould a dr. Dean Ornish, korespondence, Journal of the American Medical Association, 1996; 275 (18): 1402-3.
57. Dr. Edward Siguel a kol., korespondence. Journal of the American Medical Association, 1996; 275 (10): 759.
58. The Lancet, 1994; 343: 1268-71.
59. Tamtéž.
60. J Lipid Res, 1992; 33: 399-410.
61. Br J Preven Soc Med, 1975; 29: 82-90.
62. The Lancet, 1993; 341: 581-5.
63. Townsend Letter for Doctors, 1995; 139/40: 68-70.
64. The Lancet, 1995; 345: 273-8.
65. Journal of Nutritional Medicine, 1991; 2: 227-47.
66. New England Journal of Medicine, 1985; 312 (5): 283-9, citováno v Journal of Nutritional Medicine, 1991; 2: 227-47.
67. Journal of Nutritional Medicine, 1991; 2: 227-47.

KAPITOLA 6

1. Zpráva Národního vakcinačního informačního centra, srpen 1994, citováno v Campaign Against Fraudulent Medical Research Newsletter, Jaro / Léto 1994; 2 (2): 10.
2. Korespondence mezi Ministerstvem zdravotnictví a Národním imunizačním programem v únoru 1994 potvrzená rozhovorem s Markem Papania z amerického Národního imunizačního programu, Říjen 1994.
3. The Lancet, 1995; 345: 567-9.
4. Gordon Stewart, World Medicine, září 1994: 17-20.
5. Osobní rozhovor s dr. J. Anthony Morrisem, prosinec 1989.
6. J Pediatrics, 1973; 82: 798-801.
7. The Lancet, 1995; 345: 963-5.
8. Campaign Against Fraudulent Medical Research Newsletter, 1995; (3): 5-13, která uvádí statistiku z Londýnského soupisu úmrtností z let 1760-1834 a hlášení z Registrar General 1838-96, jenž najdete v práci Alfreda Wallace The Wonderful Century, 1898.
9. Bulletin of the World Health Organization, 1975; 52: 209-22.

10. Derrick Baxby, korespondence, British Medical Journal, 1995; 310: 62.
11. Walene James, Immunization: The Reality Behind the Myth (Massachusetts: Bergin & Garvey, 1988): 26-7.
12. Neil Z. Miller, Vaccines: Are They Really Safe and Effective? (Santa Fe, NM: New Atlantean Press, 1992): 20.
13. James, Immunization: 27-8.
14. James, Immunization: 32.
15. Health Freedom News, leden 1983: 26, jak bylo citováno v Jamesově Immunization: 28.
16. The Herbalist New Health, červenec 1981: 61, jako bylo citováno v Jamesově Immunization: 28.
17. Richard Moskowitz, „Immunization: The Other Side" v Vaccinations: The Rest of the Story (Santa Fe, NM: Mothering, 1992): 89.
18. Science, 1978; 200: 905, citováno v Miller, Vaccines: 32.
19. Miller, Vaccines: 24, 33.
20. Michael Alderson, International Mortality Statistics: Facts on File (Washington, DC, 1981): 182-3, citováno v Miller, Vaccines: 25.
21. Zpráva Úřadu pro sčítání lidu, 1993, vydáno v The Independent, 10. Srpna 1993.
22. Journal of the American Medical Association, 1993; 269 (2): 227-31; též 269 (2): 264-6.
23. Osobní rozhovor s Normanem Beggem, prosinec 1989.
24. Journal of the American Medical Association, 1972; 220: 959-62.
25. American Journal of Epidemiology, 1980, III (4): 415-24.
26. The Lancet, 1986; I: 1169-73; British Medical Journal, 1932; 2: 708-11, citováno v Townsend Letter for Doctors, leden 1996: 29. Též New England Journal of Medicine, 1990; 323: 160-4.
27. World Medicine, září 1984: 20.
28. Tamtéž.
29. Moskowitz, Vaccinations: 92.
30. The Lancet, 1977; I: 234-7.
31. World Medicine, září 1984: 20.
32. Gordon Stewart, korespondence, British Medical Journal, 1983; 287: 278-8.
33. New England Journal of Medicine, 1994; 331: 16-21.
34. Osobní rozhovor s dr. J. Anthony Morrisem, duben 1992.
35. World Medicine, září 1984: 19.

36. Dr. J. Anthony Morris, svědectví před Podvýborem pro vyšetřování a všeobecný dozor, květen 1982.
37. Journal of the American Medical Association, 1995; 274(6): 446-7.
38. New England Journal of Medicine, 1995;333: 1045-50.
39. The Lancet, 1996; 347: 209-10.
40. Zápis z 15. schůze Panel of Review of Bacterial Vaccines and Toxoids with Standards and Potency 20.- 21. listopadu 1975 (Výbor biologů a Úřad pro potraviny a léky), který cituje Robert Mendelsohn v But Doctor ... About that Shot (Evanston, IL: The People's Doctor, Inc., 1988): 6.
41. The Lancet, 1995; 345: 963-5.
42. Mendelsohn, jižcitováno.
43. Centers for Disease Control Mortality and Morbity Weekly Report, 6. června 1986, jak cituje Mendelsohn v But Doctor: 81.
44. Annals of Internal Medicine, 1979; 90 (6): 978-80.
45. New England Journal of Medicine, 1987; 316: 771-4.
46. Centers for Disease Control Mortality and Morbidity Weekly Report, 6. června 1986, jak cituje Mendelsohn v But Doctor: 81.
47. New England Journal of Medicine, 1989; 320 (2): 75-81.
48. Pediatric Infectious Diesease Journal, 1994; 13: 34-8.
49. Dr. Stanley Plotkin, profesor pediatrie na University of Pennsylvania School of Medicine, jak cituje Mendelsohn v But Doctor: 12.
50. M. G. Cusi a kol., korespondence, The Lancet, 1990; 336: 1071.
51. Citát minnestoského epidemiologa Michuela Ostenholma uvedený v St. Paul Pioneer Press Despatch, převzato Mendelsohnem v But Doctor: 87.
52. Kathleen Strattonová a kol., Adverse Events Associated with Childhood Vaccine: Evidence Bearing on Causality (Washington DC: National Academy Press, 1993): 261.
53. New England Journal of Medicine, 1986; 315: 1584-90.
54. The Lancet 1991; 338: 395-8.
55. New England Journal of Medicine, 1991; 324 (25): 1767-72.
56. Journal of the American Medical Association, 1993; 269 (19): 2491.
57. The Lancet, 1991; 338: 395-8.
58. Journal of the American Medical Association, 1995; 273: 888-9; čísla dodaná americkým Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí.
59. AJDC, 1991; 145: 742.

60. The Lancet, 1994; 344: 630-1.
61. Tamtéž.
62. James, jižcitováno.
63. S. O. Cameron a kol., korespondence, British Medical Journal, 1992; 304: 52.
64. British Medical Journal, 1992; 302: 495-8.
65. Medical Monitor, 5. června 1992.
66. The Lancet, 1992; 339: 636-9.
67. The Lancet, 1995; 346: 1339-45.
68. Profesor David Baum a dr. Susanna Graham-Jonesová, Child Health: The Complete Guide (Penguin: 1991): 89.
69. Dr. Bob Chen a dr. John Glasser, Vaccine Safety Datalink, the National Immunization Program's Large-Linked Databased Study, Poradní komise pro očkování dětí, prezentováno 28. září 1994.
70. The Lancet, 1995; 345: 567-9.
71. Acta Paediatrica, 1993; 82 (3): 267-70.
72. Informace dodané Národním vakcinačním informačním centrem ve Vienně, Virginie.
73. Harris L. Coulter a Barbara Loe Fisherová, A Shot in the Dark (New York: Avery Publishing Group, 1985): 8-9.
74. World Medicine, září 1984: 17.
75. The Lancet, 1996; 347: 209-10.
76. Coulter a Fisherová, A Shot in the Dark: 13-14.
77. Strattonová a kol., Adverse Events: 309-19.
78. Coulter a Fisherová, A Shot in the Dark: 32.
79. Strattonová a kol., jižcitováno.
80. Kathleen Strattonová a kol., „DPT vaccine and chronic nervous system dysfunction: a new analysis", Oddělení podpory zdraví a prevence chorob, Institute of Medicine (Washington, DC: National Academy Press, 1994).
81. Gordon Stewart a John Wilson, korespondence, British Medical Journal, 1981; 282: 1968-9.
82. Gordon Stewart, korespondence, British Medical Journal, 1983; 287: 287-8.
83. Sněmovna poslanců, protokol o jednání, 3. prosince 1980: sb. 262, uvedeno v Stewartově a Wilsonově korespondenci, British Medical Journal 1981; 282: 1968-9.
84. Mendelsohn, But Doctor: 19.
85. Paediatric Infectious Disease Journal, leden 1983, jak uvádí Mendelsohn v But Doctor: 42.

86. Tamtéž.
87. A. Kalokerinos, Every Second Child (New Cannan, CT: Keats, 1981), jak je citováno v Coulter a Fisherové, A Shot in the Dark: 131.
88. Stratonová a kol., Adverse Events: 67-117.
89. New England Journal of Medicine, 1981; 305: 1307-13.
90. Physicians' Desk Reference (Montvale, NJ: Medical Economics Data Production Company, 1995): 1288.
91. Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví, 3. října 1988.
92. Rozhovor s Národním vakcinačním informačním centrem, srpen 1994.
93. International Symposium on Immunization: Benefit Versus Risk Factors, Brussel, 1978. Dev Biol Standard, 432: 259-64 (S. Kurger, Basilej, 1979).
94. The Lancet, 1989; II: 1015-16.
95. Annals of Internal Medicine, 1979; 90 (6): 978-80.
96. The Lancet, 1995; 345: 1071-3; The Lancet, 1995; 345: 1062-3.
97. The Lancet, 1994; 343: 105; též Kohji Heda a kol., korespondence, The Lancet, 1995; 346: 701-2.
98. Stratonová a kol., Adverse Events: 118-86.
99. American Dis Child, 1965; 109: 232-7.
100. The Lancet, 1985; O: 1-5.
101. W. Ehrengut, korespondence, The Lancet, 1989; II: 751.
102. Paediatric Infectious Disease Journal, 1989; 8 (11): 751-5.
103. Can Dis Weekly Report, 1987; 13-35: 156-7, citováno v The Lancet, 1989; II: 1015-16.
104. Paediatric Infectious Disease Journal, 1989; 8 (5): 302-8.
105. Paediatric Infectious Disease Journal, březen 1991.
106. The Lancet, 1993; 341: 979-82.
107. Tamtéž.
108. The Lancet, 1993; 341: 46.
109. Physicians' Destk Reference: 1575.
110. The WDDTY Vaccination Handbook: A Guide to the Dangers of Childhood Immunization (The Wallace Press, 1991): 7.
111. MacLean's, 8. února 1982, uvedeno v Mendelsohnovi, But Doctor: 30.
112. The Washington Star, 12. února 1981.
113. ASM News, 1988; 54 (10): 560-2.
114. Journal of the American Medical Association, 1995; 247 (1): 12-13.
115. British Medical Journal, 1992; 305: 79-81.

116. T. Mertens a H. Eggers, korespondence, The Lancet, 1984; II: 1390.
117. American Journal of Clinical Nutrition, 1977; 30: 592-8.
118. Yan Shen a Guohua Xia, korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1026.
119. M. Uhari a kol., korepondence, The Lancet, 1989; II: 440-1.
120. A. C. Langmuir, „Bezpečnost a účinnost vakcíny při prevenci poliomyelitidy", přednáška určená Výboru pro studium vakcíny proti poliomyelitidě na Lékařském institutu Národní akademie věd 14.- 15. března 1977.
121. Rozhovor s dr. J. Anthony Morrisem, duben 1991.
122. Danish Medical Bulletin, 1960; 7: 142-4.
123. US Medicine, duben 1993, uvedeno v Mendelsohnově But Doctor: 60.
124. The Lancet, 1992; 339: 1060.
125. Všechny informace o novozélandských zkušenostech s vakcínou proti hepatitidě B pochází ze zprávy autorizované dr. Anthony Morrisem a Hilary Butlerovou „Povaha a frekvence vedlejších reakcí po injekcích vakcíny proti hepatitidě B u dětí na Novém Zélandě 1985-1988". Předloženo 4. května 1992 Výboru bezpečnosti očkovacích látek Lékařského institutu Národní akademie věd, Washington DC.
126. Journal of Infectious Disease, 1992; 165: 777-8.
127. Rodiče z Ohia za bezpečnost očkování, Vaccine News, Léto 1995.
128. The Lancet, 190; 336; 325-9.
129. Tamtéž.
130. Gastroenterology, 1992; 102: 538-43.
131. A. J. Zuckerman a kol., korespondence, The Lancet, 1994; 343: 737-8.
132. Paediatric Infectious Disease Journal, 1992; 18: 6.
133. The Lancet, 1993; 341: 851-4.
134. Viz Harold S. Ginsberg, The Adenoviruses (New York: Plenum Press).
135. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1985; 79: 355-58 a 1989; 83: 545-9.
136. Mertens a Eggens, již citováno.
137. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1985; 79: 355-58 a 1989; 83: 545-9.
138. New England Journal of Medicine, 1995; 332 (8): 500-7.
139. What Doctors Don't Tell You, 1994; 5 (9): 12.

140. Tamtéž.
141. Michel Odent, Journal of the American Medical Association, 1994; 272(8): 592-3.
142. J Pediatrics, 1986; 108(1): 671-6.
143. Pediatric Infectious Disease Journal, 1992; 11: 955-9, jak je uvedeno v Journal of the American Medical Association, 1994; 271 (1): 13.
144. American Dis Child, 1992; 146: 182-6.
145. TheLancet, 1986; I: 1169-73.
146. New EnglandJournal of Medicine, 1990; 323: 160-4.
147. British Medical Journal, 1987; 294: 294-6.
148. What Doctors Don't Tell You, 1996; 7(2):8.
149. Pediatrics (Supplement), červen 1986: 963.
150. American Journal of Public Health, 1990: 80.
151. Viz „Alternatives" Haralda Gaiera, What Doctors Don't Tell You, 1995; 5(11): 9.
152. British Medical Journal, 1987; 294: 294-6.

KAPITOLA 7

1. Journal of the Royal Society of Medicine, 1992; 85: 376-9.
2. Times, 11. listopadu 1994.
3. New England Journal of Medicine, 1993; 329 (16): 1141-6.
4. New England Journal of Medicine, 1993; 329 (16): 1192-3.
5. American Journal of Medicine, 1988; 85: 874-50.
6. Annals of Internal Medicine, 1995; 122: 9-16.
7. Anne Szarewska a kol., British Medical Journal, 1994; 308: 717.
8. Viz Kitty Littleová, Bone Behaviour (Academic Press, 1973); též dr. Ellen Grantová, Sexual Chemistry (Cedar, 1994).
9. Dr. John McLaren Howard, Current Research in Osteoporosis and Bone Mineral Measurement II, jednání na třetí Konferenci o měření kostních minerálů při osteoporóze v Bathu, 23.–26. června 1992 (Britský rentgenologický institut, 1992).
10. New England Journal of Medicine, 1993; 328: (15): 1069-75.
11. British Medical Journal, 1994; 308: 1268-9.
12. New England Journal of Medicine, 1993; 328 (15): 1115-17.
13. The Lancet, 1991; 337: 833-4.
14. British Medical Journal, 1994; 308: 1268-9.
15. The Lancet, 1991; 337: 833-4.
16. F. M. Ward Posthume a kol., korespondence, British Medical Journal, 1994; 309: 191-2.

17. New England Journal of Medicine, 1985; 313: 1038-43.
18. New England Journal of Medicine, 1985; 313: 1044-9, jak je uvedeno v The Lancet, 1991; 337: 833-4.
19. Ann J Epidemiol, 1988; 128: 606-14; Circulation, 1987; 79: 1102-9, jak je uvedeno v The Lancet, 1991; 337: 833-4.
20. American Journal of Medicine, 1991; 90: 584-9; New England Journal of Medicine, 1993; 328 (15): 1115-17.
21. New Englane Journal of Medicine, 1991; 325 (11): 800-2.
22. Tamtéž.
23. Journal of the American Medical Association, 1995; 273 (3): 199-208.
24. M. Riedel a A. Mugge, korespondence, The Lancet, 1993; 342: 871-2.
25. British Medical Journal, 1995; 311: 1193-6.
26. P. Y. Scarabin a kol., korespondence, The Lancet, 1996; 347: 122.
27. New England Journal of Medicine, 1985; 313: 1038-43; a 1991; 325; 765-62.
28. Journal of the American Medical Association, 1993; 269 (20): 2637-41.
29. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1990; 97: 917--21.
30. The Lancet, 1992; 339: 290-1.
31. The Lancet, 1992; 339: 506.
32. Times 1. února 1992.
33. British Medical Journal, 1992; 305: 1403-8.
34. Viz dr. Ellen Grantová, The Bitter Pill (Corgi Books, 1985) a Sexual Chemistry (Cedar, 1994).
35. British Medical Journal, 1990; 300: 436-8.
36. Journal of the Royal Society of Medicine, 1992; 85: 376-9.
37. Obstetrics and Gynaecology, 1992; 79 (2): 286-94.
38. Journal of the American Medical Association, 1991; 265 (15): 1986-90.
39. New England Journal of Medicine, 1989; 321: 293-7.
40. The Lancet, 1991; 338: 274-7.
41. New England Journal of Medicine, 1995; 332 (24): 1589-93.
42. Obstetrics and Gynaecology, 1993; 81 (2): 265-71; Annals of Internal Medicine, 1992; 177 (12): 1016-37.
43. Rozhovor s Klimem McPhersonem, únor 1995.
44. American Journal of Epidemiology, květen 1995.
45. British Medical Journal, 1992; 305: 1403-8.

46. Obstetrics and Gynaecology, 1991; 78: 1008-10.
47. British Medical Journal, 1992; 305: 1403-8.
48. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1990; 97: 939-44.
49. Clinical Therapeutics, 1990; 12 (5): 447-55.
50. Journal of the American Geriatrics Society, 1992; 40 (8): 817-20.
51. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1992; 32 (4): 384-5.
52. Journal of Neurology, 1993; 240(3): 195-6.
53. The Lancet, 1979; I: 581-2.
54. Obstetrics and Gynaecology, 1994; 83: 5-11.
55. Ellen Grantová, Sexual Chemistry (Cedar, 1994): 144-5.
56. American Journal of Clinical Nutrition, 1991; 54: 1093-1100.
57. Gillian Walker (vyd.), ABPI Data Sheet Compendium, 1993.4 (Datapharm Publications Ltd, 1993). Viz také What Doctors Don't Tell You, 1995; 6 (8): 8-9 a 6 (11): 8-9.
58. Klim McPherson a kol., korespondence, British Medical Journal, 1995; 310: 598. Viz též dr. David Grimes, úvodník, Fertility and Sterility, 1992; 57 (3): 492-3.
59. De Boever a kol., „Změny koncentrace progesteronu, 20β alfa dihydroprogesteronu a estradiolu v humánní prsní žláze a krvi po lokálním podávání progesteronu", v P. Amuvai's-Jarvis a kol., Percutaneous Absorption of Steroids (Academic Press, 1980): 259-65.
60. Melvyn Werbach, Nutritional Influences on Illness (Tarzana, CA: ThirdLine Press, 1993.
61. McLaren Howard, již citováno.
62. Journal of Nutritional Medicine, 1991; 2: 165-78.
63. British Medical Journal, 5. prosince 1992. Viz též Journal of the American Medical Association, 1994; 272 (24): 1909-14.
64. Tamtéž.
65. Here's Health, březen 1991: 13.
66. Viz Harald Gaier, „Alternatives", What Doctors Don't Tell You, 1995; 6 (9): 9.

KAPITOLA 8

1. John Mansfield a David Freed, „Chodingon Medicine", What Doctors Don't Tell You, 1993; 4 (6): 12.

2. Dr. Sidney M. Wolfe a Rose Ellen Hopeová, Worse Pills, Best Pills, II (Washington, DC: Public Citizens' Health Research Group, 1993): 10.
3. The Lancet, 1994; 343: 871-81.
4. Science, 1994; 264: 1538-41, jak je uvedeno v Minervě, British Medical Journal, 1994; 308: 1726.
5. British Medical Journal, 1994; 308: 283-4.
6. Tamtéž.
7. Viz Journal of the American Medical Association, 1994; 271 (15): 1205-7; The Lancet, 1994; 343: 784; British Medical Journal, 1994; 308: 809-10.
8. Oba příklady převzaty z The Honorable John D. Dingell, Shattuck Lecture – Chybně vedený lékařský výzkum, New England Journal of Medicine, 1993; 328: 1610-15.
9. Science, 1994: 263: 317-8, jak je uvedeno v Minervě, British Medical Journal, 1994; 308: 484.
10. What Doctors Don't Tell You, 1994; 5 (2): 3.
11. Charles Medawar, The Wrong Kind of Medicine? (Consumers' Association and Hodder & Stoughton, 1984): 79.
12. Osobní rozhovor s Geoffrey Cannonem, leden 1991.
13. The Lancet, 1981; 2: 883-7; Arch Otol, 1974; 100: 226-32; Clin Otol, 1981; 6: -13, jak je uvedeno v Harald Gaierově „Alternatives", What Doctors Don't Tell You, 1994; 5 (12): 9.
14. T. T. K. Jung a kol. v K. J. Lim a kol. (vyd.), Recent Advances in Otitis Media with Effusion (Philadelphia: B. C. Decker, 1984), jak uvádí Harald Gaier, „Alternatives", What Doctor Don't Tell You, 1994; 5 (12): 9.
15. Mims, 1991; 18 (3): 32.
16. Osobní rozhovor s profesorem Ianem Phillipsem, leden 1991.
17. Viz William Crook, Solving the Puzzle of Your Hard-to-Raise Child (New York: Random House, 1981).
18. Townsend Letter for Doctors, říjen 1995: 9.
19. Viz dr. Lise Landymore-Limová, Poisonous Prescriptions (Subiaco, Western Australia: PODD, 1994).
20. Journal of Hospital Infections, únor 1988.
21. Mortality and Morbidity Weekly Report, 1995; 43: 952-3, jak je uvedeno v Journal of the American Medical Association, 1995; 273 (6): 451.
22. New England Journal of Medicine, 1992; 326 (8): 501-6.
23. Adverse Drug Reaction Bulletin, červen 1992.
24. The Lancet, 1995; 345: 2-3.

25. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 1987; 80: 415-16, jak je uvedeno v Mansfieldově a Freedově již citované práci.
26. Adverse Drug Reaction Bulletin, červen 1992.
27. The Lancet, 1990; 36: 1391-6.
28. British Medical Journal, 1991; 303: 1426-31.
29. Gillian Walker (vyd.), ABPI Data Sheet Compendium, 1993-4 (Datapharm Publications Ltd, 1993): 45-6.
30. Viz The Lancet, 1990;336: 436-7.
31. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, březen 1994.
32. Annals of Internal Medicine, 15, 1993; 936-8.
33. S. Teelucksingh, korespondence, The Lancet, 1991; 338: 60-1.
34. Arch Dis Child, 1982: 57: 204-7.
35. Acta Ped, 1993; 82; 636-40.
36. Science, 1990; 250; 1196-8.
37. V. D. Ramirez, komentář, The Lancet, 1996; 347: 630-1.
38. European Respiratory Journal Supplement, 1989; 347: 630-1.
39. British Medical Journal, 1996;312: 542-3.
40. J. K. H. Wales, korespondence, The Lancet, 1991; 338: 1535.
41. The Lancet, 1966; II: 569-72.
42. Clin & Exp Rheum, 1991; 9 Suppl. 6: 37-40.
43. J. K. H. Wales a kol., korespondence, The Lancet, 1991; 338: 1535.
44. Asthma, 1986; 23 (6): 291-6.
45. Faruque Ghanchi, korespondence, The Lancet, 1993; 342: 1306-7.
46. Pediatric Nephr, 1994; 8 (6): 667-70.
47. Clinical Pharma, 1993: 25 (2): 126-35.
48. Arthro, 1985; 1 (1): 68-72.
49. Journal of Rheumatology, 1994; 21: 1207-13.
50. British Journal of Dermatology, 1993: 129: 431-6; New England Journal of Medicine, 1990; 322: 1093-7.
51. Journal of Dermatology, 1991: 18 (8): 454-64. Skin Pharmacology, 1992; 5 (2): 77-80.
52. Dermatological Clinics, 1992; 10 (3): 505-12; Graefes Archive for Clinical Experimental Ophthalmology, 1988; 226 (4): 337-40; C. J. McLean a kol., korespondence, The Lancet, 1995; 345: 330.
53. Zeitschrift für Hautkrankheiten, 1988; 63 (4): 302-8.
54. Arch Dis Child, 1982; 57: 204-7.
55. Arch Dis Child, 1987; 62 (9): 867-8; J. K. H. Wales, již citováno.

56. Journal of the American Medical Association, 1980; 244: 813-14.
57. C. J. McLean a kol., korespondence, The Lancet, 1995; 345: 330; British Dermatology, 1989; 120: 472-3; Eye, 1993; 7: 664-6; dr. Evan Benjamin Dreyer, korespondence, New England Journal of Medicine, 1993; 329: 1822.
58. R. H. Meyboom, korespondence, Ann Int Med, 1988; 109 (8): 683.
59. Dr. Peter M. Brooks adr. Richard O. Day, New England Journal of Medicine, 1992; 327 (II): 749-54; The Lancet, 1984; II: 1171-4.
60. Dr. Peter M. Brooks a dr. Richard O. Day, New England Journal of Medicine, 1991; 324 (24): 1716-25.
61. Viz Physicians' Desk Reference (Montvale, NJ: Medical Economics Data Production Company, 1995).
62. J. Hollingworth, korespondence, British Medical Journal, 1991; 302: 51; British Journal of Rheum, 1987; 26: 103-7.
63. Journal of the American Medical Association, 28. listopad 1990.
64. L. Theilmann a kol., korespondence, The Lancet, 1990; 335: 1346.
65. Journal of the American Medical Association, 14. září 1994.
66. Michael Gleeson a kol., korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1028.
67. New England Journal of Medicine, 1991; 325: 87-91.
68. Drugs and Therapeutics Bulletin, 1993; 31: 18.
69. Journal of Clinical Epidemiol, 1993;46 (3): 315-21.
70. Drugs and Therapeutics Bulletin, 1993; 31: 18.
71. Arthritis Rheum, 1990; 33: 1449-61.
72. Annals of Rheumatism Disease, 1986; 45: 705-11.
73. Arthritis Rheum, 1990; 33: 1449-61.
74. New England Journal of Medicine, 1994; 330: 1368-75.
75. Physicians' Desk Reference (Montvale, NJ: Medical Economics Data Production Company, 1995): 1165-9.
76. Eur J Rheumatol Inflamm, 1991; 11: 148-61.
77. Annals of Rheumatism Disease, 1990; 49: 25-7.
78. Drugs and Therapeutics Bulletin, 1993; 31: 18.
79. Viz G. W. Cannon a J. R. Ward, Arthritis and Allied Conditions (Philadelphia: Lea & Febiger, 1989).
80. P. Sever, korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1019-20.
81. Arch Intern Med, 1993; 153: 154-83.
82. Blood Pressure, 1993; 2 (suppl.): 5-9.

83. Wolfe a Hope, již citováno.
84. Peter T. Sawick, korespondence, British Medical Journal, 1994; 308: 855.
85. British Medical Journal, 1993; 306: 609-11.
86. Journal of Internal Medicine, 1992; 232: 493-8, jak je uvedeno v Journal of the American Medical Association, 1993; 269 (13): 1692.
87. New England Journal of Medicine, 1992; 327: 678-84.
88. The Lancet, 1993; 341: 967.
89. British Medical Journal, 1992; 304: 946-9.
90. Journa of the American Medical Association, 20. květen 1992.
91. Larry Cahill a kol., korespondence, Nature, 1994; 371: 702-4.
92. New England Journal of Medicine, 1989; 320: 709-18.
93. Tamtéž.
94. The Lancet, 1995; 346: 767-70 a 346: 586.
95. The Observer, prosinec 1992.
96. British Medical Journal, 1994; 310: 177-8.
97. Epilepsia, 1988; 29: 590-600.
98. British Medical Journal, 1993; 307: 483.
99. The Lancet, 1991; 337: 406-9; Epilepsy Research, 1993; 14: 237-44.
100. Neurology, 1996; 46: 41-4.
101. New England Journal of Medicine, 1990; 323: 497-502.
102. Neurology, 1993; 43: 478-83.
103. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1995; 310: 215-8.
104. The Lancet, 1996; 347: 706-13.
105. Townsend Letter for Doctors, říjen 1990: 100.
106. British Medical Journal, 1995; 310: 215-8.
107. Harold Silverman, The Pill Book: A Guide to Safe Drug Use (New York: Bantam Books, 1989): 278.
108. Tamtéž.
109. Journal of Clinical Psychiatry, 1995; 56:3.
110. New England Journal of Medicine, 1991; 325: 316-21; Journal of the American Medical Association, 1991; 265: 2831-5.
111. The Lancet, 1994; 344: 985-6.
112. S. Hooda kol., korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1500-1.
113. New England Journal of Medicine, 1993; 329: 1476-83.
114. The Lancet, 1993; 341: 1564-5.
115. British Medical Journal, 1993; 307: 1185.
116. The Lancet, 1993; 341: 861-2.

117. Theresa Curtinová a kol., korespondence, British Medical Journal, 1992; 305: 713-4.
118. New England Journal of Medicine, 1993; 329: 1476-83.
119. Carl Dahlof, korespondence, The Lancet, 1992; 340: 909.
120. British Medical Journal, 1994; 308: 113.
121. The Lancet, 1993; 341: 221-4.
122. British Medical Journal, 1996; 312: 657.
123. Physicians' Desk Reference, již citováno: 897-8.
124. Citováno v Peter Breggin, Toxic Psychiatry (HarperCollins, 1991): 384-5.
125. Journal of American Acad Child Adol Psych, 1987; 26 (1): 56-64.
126. Breggin, Toxic Psychiatry: 380.
127. Breggin, Toxic Psychiatry: 382.
128. Dr. Gerald B. Dermer, The Immortal Cell (Garden City Park, NY: Avery Publishing Group, 1994): 107.
129. Viz Ralph Moss, Questioning Chemotherapy (New York: Equinox Press, 1995).
130. Tamtéž. Viz též dr. Ulrich Abel, Der Spiegel, 1990; 33; 174-6.
131. New England Journal of Medicine, 1992; 326 (8): 563.
132. The Lancet, 1996; 347: 1066-71.
133. Current Op Onc, 1995; 7 (5): 457-65.
134. Moss, Questioning Chemotherapy: 104.
135. Viz Moss, již citováno.
136. Physicians' Desk Reference, 1995: 637.
137. British Medical Journal, 1996; 312: 886.
138. International Herald Tribune, 9. květen 1994.
139. Cur Op Onc, 1995; 7 (4): 320-4.
140. New England Journal of Medicine, 1996; 334: 745-51.
141. Journal of the National Cancer Institute, 1996; 88: 270-8.
142. New England Journal of Medicine, 1989; 320: 69-75.
143. Data Sheet Compendium dostupné v Datapharm Publication, 12 Whitehall, Londýn SW1; tel. 0171-930 3477.
144. Ačkoli je vyčerpávající diskuze o alternativních možnostech léčení různých chorob mimo rámec této knihy, je k dispozici množství jiných publikací (včetně mého bulletinu What Doctors Don't Tell You), které se touto problematikou detailně zabývají. Při artritidě nahlédněte do knihy Johna Mansfielda, Arthritis: the Allergy Connection (Thorson, 1990). O astmatu a ekzému píše dr. Jonathan Brostoff a Linda Gamlinová v The Complete Guide to Food Allergy and Intolerance (Bloomsbury,

1992). Také v What Doctors Don't Tell You, 1991: 2 (12) a 1994: (5). O mechanismech účinku všech možných přírodních metod léčení se dočtete v Proof!: What Works in Alternative Medicine, měsíčníku vydávaným Wallace Press.
145. Viz What Doctors Don't Tell You, 1995: 6 (6): adr. Melvyn Werbach, Healing Through Nutrition (Thorsons, 1993) a jeho zásadní práce Nutritional Influences on Illness a Nutritional Influences on Mental Illness (Tarzana, CA: Third Line Press, 1994 a 1991).
146. Epilepsia, 1992: 33 (6): 1132-6. Viz též What Doctors Don't Tell You, 1996, 6 (11): 12 a Werbach v již citované práci.
147. O názorech na vědecké důkazy alternativních metod léčení rakoviny viz dr. Ralph Moss, Cancer Therapy: The Independent Consumer's Guide to Non-Toxic Treatment & Prevention (New York: Equinox Press, 1995) a dr. Ross Pelton a dr. Lee Overholser, Alternatives in Cancer Therapy (New York: Simon & Schuster, 1994). Také What Doctors Don't Tell You, 1996; 7 (3) a 7 (4) a WDDTY Guide to Cancer (The Wallace Press), 1994.
148. Viz dr. Richard Evans, Making the Right Choice (Garden City Park, NY: Avery Publishing, 195).

KAPITOLA 9

1. O historii amalgámu se dočtete u dr. Hal Hugginse, It's All in Your Head: The Link Between Mercury Amalgams and Illness (Garden City Park, NY: Avery Publishing Group, 1993): 59-61.
2. Dr. Murray J. Vimy, sympozium, „Rtuť zdentálního amalgámu", Britská stomatologická společnost, 14. dubna 1992.
3. Journal of the American Medical Association, 1993; 296: 2491.
4. Journal of the American Medical Association, 1991; 265; 2934.
5. The Lancet, 1992: 339: 419.
6. Bio-probe Newsletter, 194; 10 (3): 3.
7. Panorama, „Poison in the Mouth", vysíláno 11. června 1994.
8. Kritéria pro zdravé životní prostředí 118: Anorganická rtuť (Světová zdravotnická organizace, Ženeva, 1991).
9. Panorama, již citováno.
10. M. Nylander, korespondence, The Lancet, 1986; 1: 442; též British Journal of Industrial Medicine, 1991; 48: 729-34.
11. Polski Tygodnik Lekarski, 1987; 59: 551-7.

12. Swedish Dental Journal, 1989; 13: 235-43. Adv Dent Res, 1992; 6: 110-13.
13. British Journal of Industrial Medicine, 1992; 49: 782-90.
14. Dr. Diana Echeverria v rozhovoru pro Panorama v „Poison in the Mouth", jak již citováno.
15. British Medical Journal, 1991: 302: 488 a British Medical Journal, 1994; 309: 621-2.
16. Journal of Dental Research, 1985: 64 (8): 1072-5.
17. Profesor P. Soremark, Katedra stomatologické protetiky – Karolinska Institute, Švédsko, „Rtuť v zubním lékařství – I", pojednání přednesené 15.–16. června 1985 na „Nebezpečí v zubním lékařství: Diskuze o rtuti", Kings College, Cambridge.
18. Prof. J. V. Masi, PhD, „Koroze záchovných materiálů: problém a naděje". Nezveřejněná přednáška.
19. FASEB Journal, 1989: 3: 2641-6.
20. Tamtéž.
21. Dr. Murray J. Vimy, sympozium, již citováno.
22. Tamtéž.
23. Tamtéž.
24. Tamtéž.
25. FASEB Journal, 1992; 6: 2472-6; Clinical Toxicology, 1992: 30: (4): 505-28.
26. American Journal of Physiology, 1990; 258: R938-45.
27. Vimy, sympozium, již citováno.
28. The Journal of Prosthetic Dentistry, 1984; 51: 617-23.
29. Hal Huggins, osobní rozhovor, duben 1990.
30. Hal Huggins, All in Your Head: 126.
31. The Journal of Epidemiology and Community Health, 1978; 32: 155. Swedish Journal of Biological Medicine, leden 1989: 6-7.
32. International Journal of Risk and Safety Medicine, 1994; 4: 229-
36. Jak je uvedeno v Bio-Probe Newsletter, 1994; 10 (3): 6.
33. American Journal of Physiology, 1990; 258: R939-45.
34. European Journal of Pediatrics, 1994; 153: 607-10.
35. Zentralblatt für Gynäkologie, 1992; 14: 593-602.
36. Klinisches Labor, 1992; 38: 469-76.
37. International Journal of Risk and Safety Medicine, 1994; 4: 229-36.
38. Bio-Probe, březen 1993.
39. Huggins, rozhovor, již citováno.
40. Annual Review of Microbiology, 1986; 40: 607-34; Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 1993; 37 (4): 825-34.

41. Journal of Prosthetic Dentistry, 1987: 58: 704-7.
42. P. Störtebecker, korespondence, The Lancet, 1989; I: 1207.
43. Brain Research, 1990; 553: 125-31.
44. Duhr a kol., 75. výroční schůze FASEB, Atlanta, Georgia, 21.–
25. dubna 1991. Abstraktum 493.
45. Journal of Neurochemistry, 1994: 62: 2049-52.
46. The Lancet, 1994; 343: 993-7; 343: 989. Viz také studie otištěné ve What Doctors Don't Tell You, 1995; 5 (12): 1-3.
47. Osobní rozhovor s dr. M. Vimy, 13. říjen 1994.
48. Chcete-li získat více informací o tomto testu, spojte se s The British Society for Mercury-Free Dentistry (tel. 0171-486 3127). Londýnský naturopat Harald Gaier si osvojil jednoduchý test, který vyvinul Max Dauderer v Mnichově a který může váš zubní lékař použít ke zjištění, jestli se vám „neuvolňují" nadměrná množství rtuti. Vše, co k tomu potřebujete, je plátek žvýkačky bez cukru, vatový tampon bez zinku, dvě stříkačky a dvě sterilní nádobky. Nejméně dvě hodiny před začátkem testu určitě nic nejezte. Pak si na chvilku do úst vložte dva malé tampony, aby nasákly slinami. Nežvýkejte je. Vyndejte píst ze stříkačky a dejte do ní vatu promočenou slinami. Vraťte píst a vymáčkněte sliny ze stříkačky do sterilní nádobky označené „Před". Pevně ji uzavřete. Nyní začněte intenzivně žvýkat žvýkačku (soustřeďte se na ty oblasti, kde máte amalgámové plomby). Žvýkačku vyplivněte. Odeberte vzorek slin stejným způsobem jako poprvé a použijte na to druhý vatový tampon a druhou stříkačku. Vytlačte sliny do druhé sterilní nádobky označené „Potom". Dobře ji uzavřete. Odešleteoba vzorky do laboratoře, která v nich zjistí obsah rtuti. Podle zkušeností doktora Gaiera mají lidé s mnoha amalgámovými plombami daleko vyšší koncentraci rtuti ve vzorku „Potom". Například u 40 z jeho pacientů, kteří byli vyšetřováni pro podezření z otravy rtutí, vzrostlo množství rtuti v jejich slinách po žvýkání žvýkačky v průměru o 415 procent. Pacienti s příznaky, které naznačují otravu rtutí, jako je třeba roztroušená skleróza, měli pravidelně zvýšené skóre rtuti po žvýkání – často až o 1800 procent.

KAPITOLA 10

1. British Medical Journal, 1994; 309: 361-5.
2. E. A. Campling a kol., The Report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths, 1990 (National CEPOD, 1992). Viz též novější vydání CEPOD.

3. New England Journal of Medicine, 1991: 325: 1002-7.
4. Citováno v Drugs and Therapeutic Bulletin, 1980; 18: 7-8, stejně jako ve Stephen Fulderově How to Survive Medical Treatment (Century Hutchinson, 1987): 90.
5. Effective Health Care, listopad 1992.
6. GP, 6. srpna 1993.
7. Viz studie zmíněné v The Lancet, 1994:344: 1652-3.
8. John G. F. Cleland, korespondence, The Lancet, 1994; 344: 1222-4.
9. The Lancet, 1994; 344: 563-70.
10. New England Journal of Medicine, 1992; 326: 10-6.
11. Gordon Waddell, „A New Clinical Model for the Treatment of Low Back Pain" v The Lumbar Spine Jamese Weinsteina a Sama Wiesela (vyd.) (Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1990): 38-56.
12. Viz Henry La Rocca, „Failed Lumbar Surgery: Principles of Management", ve Weinstein a Wiesel, Spine: 872-81.
13. Spine, 1980; 5: 87-94.
14. Journal of the American Medical Association, 1992; 268 (7): 907-11.
15. The Mount Sinai Journal of Medicine, 1991: 58 (2): 183-7.
16. Waddell, již citováno.
17. La Rocca, již citováno.
18. Spine, 1986; 11: 712-9.
19. The Journal of the American Medical Association, 1991: 266: 1280-2.
20. The Lancet, 1994; 344: 1496-7.
21. New England Journal of Medicine, 1989; 320: 822-8.
22. British Medical Journal, 1994; 308: 809-10. New England Journal of Medicine, 1994;330: 1460 a 330: 1448-50; The Lancet, 1994;343: 1094-50 a 343: 1496-7.
23. New England Journal of Medicine, 1995; 332 (14): 907-11.
24. New England Journal of Medicine, 1981; 305. 6-11; European Journal of Cancer Clin Oncol, 1986; 22: 1085-9; European Journal of Cancer, 1990;26: 668-70.
25. British Medical Journal, 1991; 303: 1431-5.
26. Tamtéž.
27. Oboje z New England Journal of Medicine, 1992; 326: 1102-7.
28. Journal of the American Medical Association, 1992; 268 (7): 869.
29. British Medical Journal, 1990; 301: 575-80.
30. Rozhovor s chirurgem Andrew Kingsnorthem, říjen 1994: viz též British Journal of Surgery, 1992; 79: 1068-70.

31. New England Journal of Medicine, 1973; 289: 1224-9.
32. Kingsnorth, již citováno.
33. The Lancet, 1994: 343: 251-4.
34. Cherald Chodak. New England Journal of Medicine, 1994; 330: 242-8.
35. J Pathol Bacteriol, 1954; 68: 603-16, jak je uvedeno v British Medical Journal, 1993; 306: 407-8.
36. The Lancet, 1993; 341: 91.
37. Journal of the American Medical Association, 1992; 267: 2191-6; New England Journal of Medicine, 1994; 330: 242-8.
38. Journal of the American Medical Association, 1993; 270: 948-54.
39. Arch Fam Med, 1993; 2; 487-93, jak je uvedeno v Journal of the American Medical Association, 1993; 269 (20): 2676-7.
40. Journal of the American Medical Association, 1993; 269: 2633-6.
41. National Cancer Institute Monogr, 1988; 7: 117-26.
42. Journal of the American Medical Association, 1995; 273 (2): 129-35.
43. Rozhovor s Reginaldem Lloyd Daviesem, červenec 1995; viz též The Lancet, 1994; 344: 700-1.
44. New England Journal of Medicine, 1994; 330: 242-8.
45. Journal of the American Medical Association, 1995; 274 (8): 626-31.
46. The Lancet, 1995; 346: 1528-30.
47. The Lancet, 1995; 346: 1334-5.
48. M. Baum, korespondence, The Lancet, 1996; 347: 260.
49. Statistika nemocničních příhod 1993-4 (HMSO), jak je citováno ve What Doctors Don't Tell You, 1996; 7 (1): 1-3.
50. Obstetrics and Gynaecology, 1993; 82; 757-64. Viz též The Hysterectomy Hoax (New York: Doubleday, 1994).
51. Fertility and Sterility, 1984; 42: 510-14.
52. New England Journal of Medicine, 1993; 328: 856-60; Cancer, 1985; 56: 403-12.
53. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1982; 144: 841-8.
54. The Pulse, 14. srpna 1993.
55. British Journal of Urology, 1989; 64: 594-9.
56. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1994; 101: 468-70.
57. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1981; 140: 725-9.

58. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1993; 168: 765-71.
59. Fertility and Sterility, 1987; 47: 94-100.
60. O jiných řešeních, než je hysterektomie, viz What Doctors Don't Tell You, 1996; 7 (1): 3.
61. The Lancet, 1991; 337: 1074-8.
62. Ruditer Pittrof a kol., The Lancet, 1991; 338: 197-8.
63. Journal of the American Medical Association, 1993; 270 (10): 1230-2.
64. Angela Coulterová, korepondence, The Lancet, 1994; 344: 1367.
65. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1996; 103: 142-9.
66. World Journal of Surgery, 1987; 11: 82-3.
67. Technologie, služby a problematika krevních transfuzí, US Office of Technology Assessment Task Force, Kongres, 1988; 22/23: 121-9.
68. Vox Sanguinis: the International Journal of Transfusion Medicine, 1987; 52: 60-2.
69. Tamtéž.
70. Transfusion Medical Reviews, 1989; 3 (1): 39-54.
71. Tamtéž.
72. British Medical Journal, 1994; 308: 1205-6; též 308: 1180-1.
73. Tamtéž.
74. Viz Luc Montagnier, AIDS: The Safety of Blood and Blood Products (John Wiley & Sons, 1987).
75. Gastroenterology, 1988; 95: 530-1.
76. Monitor Weekly, 7. dubna 1988.
77. British Medical Journal, 1994; 308: 695-6.
78. N. Hallama kol., korespondence, British Medical Journal, 1994; 308: 856.
79. New England Journal of Medicine, 1989; 320: 1172-5.
80. Annals Otology, Rhinology & Laryngology, 1989; 98: 171-3.
81. Annals of Thoracic Surgery, 1989; 47: 346-9.
82. British Medical Journal, 1986; 293: 530-2.
83. Transfusion, 1989; 29: 456-8. British Journal of Surgery, 1988; 75: 789-91.
84. Annals of Surgery, 1986; 203: 275-9.
85. Vox Sanguinis, 1989; 57 (1): 63-5.
86. Journal of the American Medical Association, 1986; 256: 2242-3.

87. Journal of Bloodless Medicine and Surgery, jaro 1986; 15-17.
88. Journal of the American Medical Association, 1973; 226: 1230. Viz též Journal of the American Medical Association, 1977; 238: 1256-8.

KAPITOLA 11

1. Times, 11. února 1990.
2. Ajay K. Singhová a kol., korespondence, New England Journal of Medicine, 1994; 331 (26): 1777-8; New England Journal of Medicine, 194; 331 (17): 1110-15.
3. Dr. David Lomax, korespondence, The Lancet, 1993; 342: 1247.
4. Times, 21. září 1993.
5. The Lancet, 1996; 347: 527.
6. American Journal of Surgery, 1993; 165: 9-14.
7. Journal of Gynaecological Surgery, 1989; 5: 131-2.
8. The Lancet, 1994; 344: 596-7.
9. The Lancet, 1993; 342: 674.
10. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1993; 31: 171-3.
11. The Lancet, 1993; 342: 633-7.
12. The Lancet, 1995: 345: 36-40.
13. The Lancet, 1994; 344: 596-7.
14. Tamtéž,
15. David Lomax, korespondence, The Lancet, 1993; 342: 1247.
16. Journal of the American Medical Association, 1995; 273 (20): 1581-5.
17. The Lancet, 1993; 341: 1057-8.
18. Journal of the American Medical Association, 1994; 271 (17): 1349-57.
19. R. Treacy a kol., korespondence, British Medical Journal, 1992; 304: 317.
20. The Guardian, 23. února 1993.
21. Journal of Bone and Joint Surgery, červenec 1991.
22. Acta Orth Scand (Supplement), 1990; 61: 1-26.
23. Journal of Bone and Joint Surgery, 1994; 76A: 959-64; jak uvádí Minerva, British Medical Journal, 1994; 309: 888.
24. The Guardian, již citováno.
25. British Medical Journal, 1992; 303: 1431-5
26. Journal of the American Medical Association, 1994: 271 (17): 1349-57.

27. The Lancet, 1993; 341: 1057-8.
28. British Medical Journal, 1994; 309: 880.
29. The Guardian, již citováno.
30. The Journal of Bone and Joint Surgery, 1994; 76B (5): 701-12.
31. Tamtéž.
32. Journal of Bone and Joint Surgery, 1992; 76B: 539-42; Journal of Biomedical Materials Research, 1977; 11: 157-64, jak je uvedeno v Journal of Bone and Joint Surgery, 1994; 76B (5): 701-12.
33. Fundamental and Applied Toxicology, 1989; 13: 205-16.
34. Science, 1994; 266: 726-7, jak je uvedeno v Minervě, British Medical Journal, 1994; 309: 1382.
35. New England Journal of Medicine, 1992; 326 (1): 57-8.
36. Journal of the American Medical Association, 1992; 268 (21): 3092-7.
37. The Lancet, 1992; 340: 1202-5.
38. New England Journal of Medicine, 1992; 327; 1329-35.
39. Journal of the American College of Cardiologists, 1992; 19: 946-7; New England Journal of Medicine, 1991; 326: 1053-7.
40. New England Journal of Medicine, 1992; 326 (1): 10-16.
41. Chest, 1992; 102: 375-9.
42. New England Journal of Medicine, 1991; 325: 556-62.
43. Journal of the American Medical Association, 1992; 268: 2537-40.
44. The Lancet, 1993; 341: 573-80 a 341: 599-600.
45. New England Journal of Medicine, 1994; 331 (16): 1044-9.
46. New England Journal of Medicine, 1994; 331 (16): 1037-43; The Lancet, 1995; 346: 1179-84.
47. New England Journal of Medicine, 1993; 329: 221-7.
48. Tamtéž.
49. Physicians' Destk Reference (Montvale, NJ: Medical Economics Data Production Company, 1995): 2340.
50. New England Journal of Medicine, 1994; 331: 771-6.
51. The Lancet, 1993; 341: 234.
52. Zpráva Prozatímního licenčního úřadu zaštítěná Lékařskou výzkumnou radou a Královskou společností porodníků a gynekologů, 1990.
53. The Lancet, 13. srpna 1994; Teratology, 1990: 42: 467; Les White a kol., korepondence, The Lancet, 1990; 386: 1577; Lyn Chitty a kol., korepondence, British Medical Journal, 1990; 300: 1726.

54. British Medical Journal, 1993; 307: 1239-43.
55. P. Boulot, korespondence, The Lancet, 1990; 335: 1155-6.
56. What Doctors Don't Tell You, 1994; 5 (6): 7.
57. Robert H. Heptinstall, Pathology of the Kidney (Boston: Little, Brown and Company, 1992): 1592.
58. Nephron, 1993; 63 (2): 242-3.
59. Journal of Endourology, 1994; 8 (1): 15-19.
60. Journal of Urology, 1993; 150(6): 1765-7.
61. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1993; 89 (5): 394-9.
62. British Journal of Urology, 1991; 68 (6): 657-8.
63. Japanese Journal of Clinical Radiology, 1990; 35 (9): 1015-20.
64. Nephrologie, 1993; 14 (6): 305-7.
65. Rofo Fortschr Geb Röntgenstr Neuen Bildgeb Verfahr, 1993; 158 (2): 121-6.
66. Acta Urologica Japonica, 1993; 39 (12): 1119-24.
67. Acta Urologica Japonica, 1992; 38 (9): 999-1003.
68. Urologica Internationalist, 1993; 51 (3): 152-7.
69. Journal of Urology, 1993; 150: 481-2.
70. Journal of Urology, 1991; 145 (5): 942-8.
71. Journal of Pediatrics, 1994; 125 (1): 149-51.
72. Journal of the Assocation of Physicians of India, 1993; 41 (11): 748-9.
73. Journal of Urology, 1990; 144 (6): 1339-40.
74. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 1993; 27 (2): 267-9.
75. Nephrology, Dialysis, Transplantation, 1990; 5 (11): 974-6.
76. Acta Urologica Belgica, 1994; 62 (2): 25-9.
77. Journal of Urology, 1994; 151 (6): 1605-6.
78. E. S. Searle, korespondence, British Medical Journal, 1994; 309: 270.
79. The Independent, 3. července 1996.
80. Rozhovor s Paulem Balenem, právním zástupcem případů z Velké Británie, říjen 1994.
81. Drugs and Therapeutics Bulletin, 1994; 32 (3): 17-19.
82. Tamtéž.
83. The Independent, 3. července 1996.

KAPITOLA 12

1. The Netherlands 1986 Monthly Bulletin of Population of Health Statistics.

2. Norman Cousins, Deepak Chopra a Andrew Weil, to jsou jen někteří z autorů, kteří popularizují vztah mezi duší a tělem. Viz též The Lancet, 1995; 345: 99-103 a The Lancet, 1994; 344: 995-8.
3. The Lancet, 1994; 344: 1319-22.
4. The Lancet, 1994; 344: 973-5.
5. British Medical Journal, 1992; 305: 341-6.
6. What Doctors Don't Tell You, 1995; 6 (4): 8-10.
7. British Medical Journal, 1991; 303: 1105-9; též 303: 1109-10.
8. Tamtéž. Viz též British Medical Journal, 1991; 303: 1105-9.
9. British Medical Journal, 1995; 301: 489-91.
10. American Journal of Public Health, 1993; 83: 1321-5, jak je uvedeno v Journal of the American Medical Association, 1993; 270 (18): 2170.
11. Leon Eisenberg, MD, Special Communication, Journal of the American Medical Association, 1995; 274 (4): 331-4.
12. Journal of the National Cancer Institute, 1993; 85 (15): 1483-92.
13. Journal of the American Medical Association, 1994; 272 (18): 1413-20.
14. New England Journal of Medicine, 1994; 331: 141-7.
15. The Lancet, 1994; 343: 1454-9.
16. Journal of the American Medical Association, 1995; 273 (20): 1563.
17. Rozhovor s dr. Jonathanem Wrightem, květen 1996.
18. Viz, Melvyn Werbach, Nutrition Influences on Illness (Tarzana, CA: Third Line Press, 1993) a Nutritional Influences on Mental Illness (Third Line Press, 1991), kde najdete rozsáhlý přehled lékařské literatury a vědeckých studií o roli výživy při vzniku a léčení chorob. Viz také Journal of Nutritional and Environmental Medicine, americkém vědeckém měsíčníku, a American Journal of Clinical Nutrition, dva výborné souhrny vědeckých pojednání na toto téma.
19. The Lancet, 1992; 340: 439-43.
20. Natural Resources Defence Council „Intolerance Risk: Pestidices in our Children's Food" (Washington, DC: NRDC, 1989). Viz též What Doctors Don't Tell You, 1995; 6(3): 1-3.
21. Dr. John Mansfield, „Chemical Crippling", What Doctros Don't Tell You, 1995; 6 (7): 12. Viz také práci profesora Williama Reaea, jenž stojí v čele Centra ekologické mediciny v Dallasu, Texas.
22. Journal of the American Medical Association, 1995; 273: 1179-84.

23. Times, 28. března 1995.
24. British Medical Journal, 1995; 310: 1122-5.
25. Times, 1. listopadu 1994.
26. Viz Melvyn Werbach a Michael T. Murray, Botanical Influences on Illness (Tarzana, CA: Third Line Press, 1994) a sloupek „Alternatives" ve What Doctors Don't Tell You a Proof! (oba bulletiny vychází v The Wallace Press), které obsahují ohromné množství vědeckých důkazů o účinnosti alternativní medicíny.
27. Medical Biology, 1977; 55: 88-94, ze kterého cituje New England Journal of Medicine, 1995; 333 (4): 263.
28. Viz B. Pomeranz a G. Stu, Scientific Bases of Acupuncture (New York: Springer-Verlag, 1989), jak je citováno v New England Journal of Medicine, 1995; 333 (4): 263.
29. New England Journal of Medicine, 1995; 333 (4): 263.
30. New England Journal of Medicine, 1994; 330 (3): 223.
31. C. Hewlett, korespondence, The Lancet, 1994; 344: 695. Viz též What Doctors Don't Tell You, 1996; 7 (3): 5.

Rejstřík

5-HT, lék 246
5-HT agonist 248
Abraham, dr. Guy 209
albuterol 226
AFP test 69–71, 80–82
afrodiziaka, účinek kombinace oxytocinu a progesteronu 205
agresivita 127
Ah-Moye, Michael 328
AIDS:
a krevní transfuze 305
nespolehlivost HIV testu 62–64, 180
příčina 178, 179
vedlejší účinky lékové terapie 239
vztah k HIV infekci 305
akupunktura 353–4, 356
akutní lymfocytární leukémie 253
akutní nelymfocytární leukémie 254
alergické reakce,
na krevní transfuzi 308
alergie, na rtuť 276–7, 278
alkalická fosfatáza 193
ALS - amyotrofická laterální skleróza 273
alternativní metody léčení 26, 263
místo imunizace 186–8
vědecké informace 353-4, 356–7
Altman, Douglas G. 218
Alzheimerova choroba:
a HST 191, 197
hladiny tubulinu 279
a rtuť 278–80
amalgám gamma 2 266
amalgámové výplně 264–72
Amarant Trust 197
amniocentéza 69, 80, 82, 86–8
anémie 303
anestézie,
úmrtí při nedostatečném sledování 64
angina pectoris 241, 325, 348
angiografie 45
angioplastika 45, 322–5
antibiotika: 213–214
nadužívání 214, 220–225
a operace kloubních náhrad 320
rezistence,
a amalgámové výplně 277, 278
antidepresiva 246–248, 128
antikoncepce:
Norplant 334–337
pilulky:
a osteoporóza 192
příčina rakoviny děložního čípku 33
příčina rakoviny prsu 32–33, 114
vzestup rizika mozkové mrtvice 196
antioxidanty:
ochrana proti rakovině 348–349
prevence srdečního infarktu 349
aortokoronární bypass 289–290, 309, 323–325
apendektomie 317
Aposhian, prof. H. Vasken 271
arachnoiditis 52–3
artritis:
léčba léky 234–9
pomalu působící antirevmatické léky 237–8
toxiny životního prostředí 351
aseptická meningitis 148
aspirace tenkou jehlou 108, 110
Asscher, Sir William 219–20
astma:
a amalgámové výplně 276
homeopatika 37
inhalační steroidy 234
léčba léky 226–7
očkování jako příčina 185
rezistence na steroidy 232
ateroektomie 326
ateroskleróza 124–125, 132
autotransfuze 307, 309
AZT 217
Bactrim 239
baryová kaše, rentgenování 50
Bases, Robert 76
Baum, Michael 102, 103, 295, 352
BCG vakcína 161–162
beclomethason dipropionat 231

Begg, dr. Norman 34, 151, 170
Berkowitz, dr. Richard 74
beta-(mimetika) 226–7
Bewley, dr. Thomas 198
Bewleyová, dr. Susan 198
bezpečnost, očkování 34, 35, 144, 145
bifázická rentgen-absorpční denzitometrie 54
bílkoviny, ve stravě,
a osteoporóza 210
biopsie 65, 66, 100
„rychlá" průbojníkem 114
biopsie choriových klků 83
blokátory kalciového kanálu 239–242
bolesti zad, léčba 288, 290–292
Brandt, Edward 168
Breggin, Peter 252
Breuning, dr. Stephen E. 219
Britten, Anthony 303
bronchoskopie 64
Brown, Michael 124
Bulstrode, Chris 321
Bundayová, Sally 224
Burton, dr. Charles 52–54
bypass 289–290, 309, 323–325
Calman, dr. Kenneth 95
candida albicans:
a amalgámové výplně 277
přemnožení 206
užívání antibiotik jako příčina 223
Cannon, Geoffrey 223
carboplatina 254
Carr, Janet 89
celiakie 350–351
cisplatina 254, 250
Clifford-Rose, dr. Frank 249
Clomheral 327
clomifen citrát 327, 329, 330
co-trimoxazol 239
Cochrane, Archie 352
Coleman, dr. Vernon 94
Crohnova choroba:
a nadužívání antibiotik 224
spojitost s NSAID 236
Crook, dr. William 224
CT - počítač. tomografie 46, 56–57
cukrovka:
a nadužívání antibiotik 225
testy 61
vzestup hladiny triglyceridů, při HST 195
Cushieri, prof. Alfred 313
Cushingův syndrom 229, 233
cyklofosfamid 256
cyklosporin 233, 311
cytomegalovirus 308
černý kašel 144, 148, 149, 152, 153–155
viz též DPT vakcína
čínská medicína 356
Darsee, dr. John 219
Davies, dr. Stephen 136, 137, 207
dávivý kašel viz černý kašel
degenerace žluté skvrny 348
děloha,
transcervikální resekce 301–302
deprese: 128, 197
lékyvyvolaná 257
a operace rakoviny prsu 295
riziko sebevraždy
přílékové terapii 127–128
děti:
rakovina u dětí 253
užívání steroidů 231–233
dětskáobrna 147–149, 153, 182–183
očkování 160–161, 182–183, 187–188
Deltman, Glen 169
diagnostické testy 41–68
diethylstilbestrol 72, 114
diklofenak 236–237
doba přežívání,
a chemoterapie 254–255
doplňování železa,
během těhotenství 344
Downův syndrom:
radiační expozice 88–90
testy pro jeho zjištění 69, 70, 80, 81, 82, 83, 87
DPT vakcína 35, 153–155, 159, 177, 183, 184–185
Drasch, prof. Guslav 275
dráždivý tračník (IBS),
a užívání antibiotik 224
duktální karcinom in situ (DCIS) 107
Dunne, dr. Stephen 283
dyslexie, a ultrazvuk 75
Eaton, S. Boyd 136

Edwards, prof. Bob 327
Eggleston, David 272–3, 278
echokardiografie 45
Echeverriaová, dr. Diana 268
ekzém: a amalgámové výplně 276
zhoršení předepisovanými léky 231, 233–234
elektrokardiogram (EKG) 44–45
elektromagnetické pole,
expozice, při MRI 58–59
ELISA test 62–63
encefalitis, příčina v očkování 166
endometrióza 203
endoskopie 64–65
Enigová, dr. Mary 135
epilepsie:
léčení léky 243–246
léčení pomocí dietních opatření 262–263
přecitlivělost na lepek
jako příčina 350
záchvaty po očkování 35, 140, 163–164
epileptický záchvat,
a očkování 35, 140
Epilim 246
esenciální mastné kyseliny 114, 121
Essex, dr. Max 63
estrogen:
hladiny, po přechodu 195–197, 205–207
nedostatek, a ICHS 190–191, 192–196
vliv na hladinu cholesterolu 195
farmakologická léčba
neplodnosti 326
farmakologické společnosti,
provádění lékařského výzkumu 36
Federální úřad pro potraviny a léky 261–262
fenobarbital 245–246
fenoterol 226, 227
fenytoin 246
fibrinogen,
a srdeční onemocnění 122
Fisher, dr. Bernard 293
fluoxetin (Prozac) 128, 245–248
Foresight - dietní program s potravinovými doplňky 90, 332
fotochemoterapie s psoralenem (orální PUVA) 233
Fox, prof. Herold 72
Freiberg, dr. Lars 267
Fulder, Stephen 45
fúze 291
fytoestroly 207
Galland, dr. Leo 134, 206–207
Gallo, dr. Robert 63
gemfibrozil 129–131
genová terapie 346
Gestone 208
Goldman, dr. Lee 36, 195
Goldstein, Joseph 124
Grantová, dr. Ellen 12, 199, 206
Green, dr. Herbert 195
Greenberg, dr. Bernard 147
Grieg, David 36, 222
Grubbová, dr. Chandra 99
gynekologické operace, použití endoskopie 314
H-2 blokátory 257–258
Haireová, Doris 76
Haley, prof. Boyd 279
Helicobacter pylori 258
hemodiluce 309
hemofilici, a krevní transfuze 304
hemolytická nemoc u kojenců,
a amniocentéza 87
Henderson, dr. Don 262
hepatitis C,
a krevní transfuze 305–306
HIB meningitis 151, 157, 159, 182
Hib vakcína 157–158, 159
HIV viz AIDS
hliník,
a Alzheimerova choroba 278, 280
hluboká žilní trombóza 288, 320, 334
Hodgkinova choroba 253, 255, 256
homeopatie:
alternativa k imunizaci 187
léčba astmatu 37
při přechodu 207
hormonální substituční terapie 114, 189–191, 203, 207, 209, 356
Howard, dr. John McLaren 193, 209–210
hrb 190
Huggins, Hal 273, 274, 277, 282
Hulley, dr. Stephen 130
hydrokortizon 228, 234
hygienická opatření 147

hyperaktivita: léčba léky 251–252
a užívání antibiotik 224
hysterektomie 194, 222, 300–301
laparoskopická v. vaginální 301
Chadwick, prof. David 244
Chalmers, Ian 79
Chatzová, Vera 12, 187
chemoterapie 252, 263
chirurgická léčba 287–309
operace klíčovou dírkou 312–318
používání neověřených postupů 35
užívání antibiotik 222
chirurgové:
potřeba školení 288, 313–315, 316
výběr 308
chloramfenikol 223, 277
cholesterol 119–134, 137, 193, 196, 247–248
cholestyramin 129
chorioka rcinom 253
chronické onemocnění:
incidence 127, 172, 193
léčba léky 234
potravinová alergie 139
ibuprofen 234, 236, 237
implantály:
estrogeny 335
a poškození při MR 60
imunita, nedostatečná, budoucích generací 136–137, 144
imunitní systém:
poškození ultrazvukem 76
a tuť 272–273
účinky antibiotik 223
imunizace viz očkování
in vitro fertilizace 326
indomepacin 236
infekce, z krevní tranfuze, během operace 305, 307
inhibitory serotoninu 128, 246–248
intelektový výkon:
a HST 191, 197
a steroidy 231
iophendylat 52
iopamidol 53
ischemická choroba srdeční:
angioplastika 323
hladiny fibrinogenu 122
hladiny homocysteinu 122
a hladiny cholesterolu v krvi 120–121, 122
hladiny melatoninu 122
kombinace léků
na její léčení 241–243
nedostatek estrogenu 194
rizika nevhodné
nízkotučné diety 122–123
středozemní strava 135
isoprenalin 226
itohexol 54
Jamesová, Welena 149
Jatoi, Ismail 103
Kalokerinos, dr. Archie 169
karanténa (izolace) 147
karbamazepin 245–248
ketoprofen 236
Keusch, D. T. 186
Kingsley, dr. Patrick 206–207, 274, 358
klinické zkoušky:
angioplastiky 323
krevních tranfuzí 305
mamografie 103–105
podvody v nich 217
registr klinických zkoušek 353
vakcíny MMR 143
vědecké důkazy 130, 194, 217, 229, 241, 353
klofibrát 129
kloubní náhrady, operace 232, 311
kojenci:
malí, a ultrazvuk 75
nenarození viz plod
nezralí, krevní tranfuze 304
novorozenci, antibiotická léčba 223
kojení 205
prevence zubního kazu 284
úloha při poruchách imunity 184, 187, 188, 343, 345
kolposkopie 99–100
komplikace:
chirurgické léčby 308
a operace klíčovou dírkou 315–317
operací kloubních náhrad 320
proděravění dělohy 302
prostatektomie 297–298
kompozitní zubní výplně 266, 283–284
končetiny:
rentgen 51
vrozené vývojové vady, příčina CVS 85

konjugovaná vakcína HIB 158–159
Kornner, Melvin 136
kontrastní látky, na MR 56
konzervativní zákrok, zachovávající prs 293–295
kostní dřeň:
aspirace 65
účinky hormonů 192
účinky léčby zlatem 238
kouření:
a CHS 121–122
přechod/vliv na osteoporózu 203
krev, špatná 304–305
krevní sraženiny:
a HST 203
v plicích 288, 320
krevní testy 61
a amalgámové výplně 282
krevní tlak, měření 42–44
krevní tranfuze 63, 303–308
krvácení z prúniku 203
krvácení ze spádu 202
Kuhner, dr. Matthias 267
kůže, poškození rentgenem 48
kvadranteklomie 293, 294
kýla:
chirurgická léčba 296, 318
kyselina valproová 246
kysličník uhličitý, využití při endoskopické chirurgii 316
La Rocca, Henry 291
laboratorní vyšetření 37, 42, 61–62
laminektomie 290
Landymore-Limová, dr. Lisa 225
laparoskopie viz též operace klíčovou dírkou 64
Lawson, Dominic 87
léčení, zbytečné 20, 92, 96, 105,
ledviny, odstranění,
užití endoskopie 313
Lees, prof. Wiliam 113
Leinfelder, Carl 283
lékařské postupy,
nevyzkoušené 219
léková závislost 247
léky:
informace o nich 259–262
jako příčina ledvinových kamenů 233–234
kombinace 260
rizika 31–36
léky snižující cholesterol 120, 123–124, 126–129
leukémie: 253, 254
krevní tranfuze a HTLV-1 306
spojitost s rentgenem 47
levorukost, a ultrazvuk 74
Liebeskindová, dr. Doreen 76
litotripse 332–334
Littleová, dr. Kitty 192
Lloyd-Davies, Reginald 298
Lomax, dr. David 313
Lopid 130
lovastatin 131
lubmosakrální adhezivní arachnoiditis (LSAA) 52–53
lumbální punkce 65
lumbální punkce,
poškození z ní 65
lupénka, léčení 215, 220, 233
malobuněčný plicní karcinom 254
mamografie 27, 36, 68, 92, 101–110, 112–114
Mann, George V. 134, 136
Mansfield, dr. John 1, 12, 206, 221, 223
margaríny 133–135, 139
Markesbery, W. R. 278
Masi, prof. J. V. 269
máslo 133, 135, 139
maso, intenzivní chov dobytka 137
McCormick, dr. James 94–98, 104, 107, 111, 132
McPherson, prof. Klim 201
Medawar, Charles 220
melanamová kyselina 237
mechlorelamin 256
melatonin,
a srdeční onemocnění 122
Mendelsohn, dr. R. 13, 18, 30–31, 44, 81, 88, 99, 149, 187
meningitis viz též HIB meningitis
metotrexát 35, 65, 148, 151, 157
Metrodin 327–329
migréna:
a HST 203, 206, 208
léčba léky 248–250
mícha, a MR 58
mikroskopické kovové částečky, při operacích kloubních náhrad 321, 132
minilaparotomie 318

minimálně invazivní chirurgie viz operace klíčovou dírkou
MMR vakcína 34, 140-141, 143, 157
mnohočetný myelom, vztah k rentgenování 47
močové kameny, léčba rázovými vlnami 332–333
Montagnier, Luc 305
Monteilová, dr. Michèle 282
Morris, dr. Anthony 12, 144, 154, 163
Moskowitz, dr. Richard 153
Moss, dr. Ralph 254
mozek, a MR 58–61
mozková mrtvice:
a HST 191
léky snižující cholesterol 120, 126
mozková obma 141
MR 57–60
muži, léky na neplodnost 328
myalgická encefalomyelitis (ME):
a stuť 273
a očkování 183
myelografie 51–54
myom 300–301, 302
naděje 343, 358–359
Nader, Ralph 257
nadledviny:
produkce estrogenů 206
a steroidy 227, 229, 230, 231, 233
náhlá smrt (SIDS) 168–169
náhrada kolenního kloubu 318–319
náhrada kyčelního kloubu 287, 318–321
náplast, při HST 190, 197–198
naproxen 236
návaly horka 189–190, 202, 205–208
nedostatek živin, příčina nemocí 17, 137
nehodgkinské lymfomy 253, 254
nemoci:
periodický charakter 151
eliminace (mýtus) 150
nové, z očkování 181–185
ochrana očkováním (mýtus) 153–182
potřeba kategorizace 347
rizikoúmrtí 65, 122, 124, 168, 186, 200, 226, 243
záměna jmen 148
neodkladná léčba 66, 170
neplodnost:
a amalgámové výplně 274–275
asistované početí 326–332
léčení dietou 332
poškození MR 60
vlivy prostředí 350
nervový systém, a MR 58
nesteroidní protizánětlivé léky (NSAID) 234–237, 258
neštovice 141, 146–148, 151, 233
Newman, dr. Thomas 126, 130, 131
nifedipin 243
nízký krevní tlak 242
Norplant 334–337
nukleární skleróza, způsobená CT 57
očkování viz též názvy speciálních vakcín 140–188
Odent, dr. Michel 184
odstranění prsního nádoru 253
odstranění prsu 292
olivový olej 135, 139, 349
olověné štíty, při rentgenování 50
omyly:
při AFP 82
a laboratorní testy 61–64
nekvalifikovaní lékaři 27–28, 51, 288–289
a ultrazvuk 77
operace klíčovou dírkou 312–314
operace viz chirurgická léčba
operace žlučníku (cholecystektomie) 313, 314, 318
operační zákrok 37, 49, 299, 300, 302, 307, 337
opětné uzavření 324, 326
Opren 217
orgány, probodnuté, při endoskopických operacích 315
ortel smrti, odvrátitelný 356
osteoporóza:
a HST 190–194
nedostatek hořčíku, na vápníku 209–210
a prednison 230
vyšetření kostí 54
otázky, než budete souhlasit s vyšetřením 67
Ottová, prof. Susan M. 54

ovariální hyperstimulační syndrom 328
ovoce 114, 138, 210, 284, 349
oxytocin 205
ozáření složek krve 304
pacemaker, poškození MR 59
pacienti:
pooperační úzdrava 312, 317–318
právo na informace 259–262, 354–355
padání vlasů, a amalgámové výplně 276
paměť:
účinky betablokátorů 240
ztráta, MR 60
Pantopaque 52–53
Pap test 92–93, 98
Papanicolaou, dr. George 92
Parkinsonova nemoc 236, 346
Pergonal 327
Phillips, prof. Ian 222
placebo 123, 125, 221, 245, 252
Platinol 256
plodnost viz neplodnost
plody:
biopsie choriových klků (CVS) 82–86
fetální monitorování při porodu 30, 31
poškození při redukci embryí 331
účinky amniocentézy 69, 80, 82, 86–88
účinky doplňků železa 344
účinky matčiných amalgámových výplní 274–275
účinky rentgenu 47, 48
účinky ultrazvuku 72–75
plomby, zubní, odstraňování 282
pneumokoková meningitis rezistentní na penicilin 182
počet spermií 326, 328, 332
početí:
asistované 326–332
důležitost zdraví matky 90
problémy 351
podvod, v lékařském výzkumu 218–219
pohlavně přenosné choroby, z krevních transfuzí 308
pohlavní orgány, poškození rentgenem 50
pohlavní život, pravidelný, a přechod 190, 207
pohyb a cvičení:
a ischémie
a osteoporóza
úloha při prevenci nemocí 352
Poisson, dr. Roger 218
pokusy na zvířatech, použitelnost pro humánní účely 216, 265
pomalu působící antirevmatické léky (SAARD) 237–238
Ponstan 237
porod doma 341
porucha pozornosti 168, 251
poruchy pohlavního života, a Prozac 248
poškození buněk, a ultrazvuk 76
poškození mozku:
při redukci embryí 331
z očkování 152–154, 168
z rentgenu 48
a ultrazvuk 74
poškození nervů, a ultrazvuk 75
potrat:
a amniocentéza 70, 82, 86–87
a CVS 82–84, 86
a ultrazvuk 70, 77
potravinové alergie, příčina chronického onemocnění 139, 263
potravinové doplňky, a přechod 206, 210
Pottenger, dr. Francis M. 138
pravastatin 124–125, 127
prednison 228–229, 232
premenstruační syndrom (PMS) 15, 198, 202, 216, 247, 259
Prendergast, dr. Michael 243
preventivní medicína 119, 189, 191, 195
očkování 145–146
Price, dr. Weston 138
progestagen, účinky 190, 192, 194–195, 200–203
progesteron, vedlejší účinky 208
progesteronový krém 208–209
prostaglandiny, potlačení syntézy 235–236
Prozac 128, 246–248
prsa, běžné vyšetření 110
pryskyřičné materiály 283–284
přechod:

alternativy k HST 205–210
časný, a hysterektomie 301
viz též HST
přenos gamety do vejcovodu (GIFT) 327, 330–331
přenosová rezistence, a antibiotika 225, 277
přírodní strava 136, 206, 210, 284
příušnice viz MMR vakcína
příznaky, zlepšené léky 227
Pseudomonas aeruginosa 65
psychiatrické problémy, u žen, potřeba estrogenů 198
psychoneuroimunologie 343
Questran 129
radioterapie, jako léčba rakoviny 66
rakovina:
dieta bohatá na zeleninu 349
endoskopické operace 313, 316
hladiny cholesterolu, bez souvislosti 122
hojení 357–359
chemoterapie 252–257, 263
ochrana antioxidanty 348
opakování, a krevní transfuze 307
po operacích kloubních náhrad 322
preventivní hysterektomie 300
příčina v těcích snižujících cholesterol 129, 130–131
přírodní léčení 352
riziko vitaminu K 344
samotná chirurgická léčba 256, 263
screening 91–115
šíření, lékařskými zákroky 66, 107–108
účinek rentgenu 47–48
životní prostředí 352
viz též specifické typy rakoviny
rakovina dělohy:
rizika HST 195, 199–201, 202
rizika tamoxifenu 293
rakovina děložního čípku: 33
screening mikroskopickým vyšetřením 91–100
varovné příznaky 111–112
rakovina genitálu 233
rakovina prostaty:
a MR 59
operace 296–299
screening 110, 115
spojitost s vasektomií 33–34
zvládnutí 115
rakovina prsu:
hormonální antikoncepce 32–33
mamografie 36, 68, 92, 101–110, 112–113
olivový olej 349
operace 392–395
prevence 114
riziko, zvýšené HST 191–192, 200–201
účinek chemoterapie 255
ultrazvukové vyšetření 113–114
užívání tamoxifenu 102, 293
rakovina tlustého střeva, přínos zeleniny 349
rakovina vaječníků:
a HST 201
chemoterapie 254
léky na neplodnost 329
preventivní hysterektomie 300
screening 110, 114
rakovina varlat 131, 253
ranitidin 257
Reid, David, M. 55
rentgen:
a Downův syndrom 88
a riziko rakoviny prsu 103
rentgen hrudníku 49, 51
rentgenové kontrastní barvy 51, 33
resekce endometria 301–302
restenóza 326
revmatoidní artritis:
léčba steroidy 232
potravinová alergie jako příčina 351
Ritalin (metylfenidat) 252
rizika:
CT zobrazování 56
CVS 85–86
diagnostických testů 46, 67, 77, 80, způsobu života 119
léčby prekancerozních stavů děložního čípku 96, 99, 100, 103
léků na snižování hladin cholesterolu 124, 126, 136
nových operačních technik 42, 300, 301, 303
opakovaných antibiotických kúr 221
operace zad 288, 290–292
operaci klíčovou dírkou 316
roční preventivní vyšetření 91, 104

rodiče, rozhodnutí o očkování 142
Rossová, Helen Klien 81
roztroušená skleróza:
a MR 58, 61
a rtuť 272, 273, 277
rtuť:
v amalgámových výplních 264–267
dietní zdroje 267
testování 269–270, 274–275
růst viz vývoj
řeč:
problémy, a ultrazvuk 74–75
ztráta 224
salbutamol 226–227
salmeterol 227
screening 68, 91–115, 299
sebevražda:
spojitost s Prozacem 247
vztah k hladinám cholesterolu 127–129
Septrin 239
Serevent 227
Serophene 327–328
serotonin 127, 128, 246–249, 354
Shen, Yan 176
Schmid, Ronald F. 138
silikonové prsní implantáty 334
simvastatin 123–124, 129
Skrabanek, Petr 95, 104, 132
snížená hustota kostní tkáně 55, 190, 192, 228, 232
Soremark, prof. R. 266
spatřičky rizika artritidy 171, 173–174
viz též MMR vakcína
specialista, kvalifikace 44, 67, 78
Spelling, dr. Karl 89
sperma, vliv litotripse 333
srdeční tep, měření 44
stafylokoková infekce 52, 225
Stehbens, William 125
Stephenson, dr. John 244
Stoptoe, Patrick 327
stereidy 175, 184–185, 215, 227–223
Stewart, prof. Gordon 144, 152–155, 168
Stirling, John 227
stomatologie:
plomby 264–284
rentgen 49, 51, 68
Störtebecker, Patrick 278
strava:
doporučená 138–139
Foresight 90, 332
a ICHS 120
tuk v ní 128–129, 131–132
západní 120, 136–138
zelenina a ovoce v ní 114, 349
změny 128–129
středozemní strava 135, 349
Sludd, John 191, 198–199
sulfasalazin 237, 239, 333
sumatriptan 248–250
Summersová, dr. Anne O. 277
supervakcína DNA 141
syndrom Guillain-Barre 169, 177, 180
šedý zákal 57, 230, 232, 234, 248, 288
tachyfylaxe 198
těhotenství:
a amalgámové výplně 266, 274–276
a MR 60
a Norplant 336
rentgen 47, 50
a ultrazvukové vyšetření 71–75, 77–78
technika, neznalost, jak se užívá zařízení 41–42
teofylin 226
teorie mikroorganizmů v medicíně 344
Test na specifické paměťové T-lymfocyty 282
testy viz diagnostické testy
tetanus viz též DPT vakcína 149, 155
tetracyklin 223, 277
Tetramune 159
Tingle, dr. Aubrey 174
Tostesonová, dr. Anna 195
toxiny životního prostředí
transizomery mastných kyselin 134
trojitý test 82
tryptofan 128
tuberkulóza 63, 141, 149, 161–162
tuk, v dietě 120, 121–122, 128–129
účinnost, imunizace 143, 147, 155
ultrazvuk 70, 71–80, 86, 110–114
úmrtí:

a léčba astmat u 226–227
a léčba steroidy 233
a mamografie 36, 101–109
a operace klíčovou dírkou 314
a operace rakoviny prsu 292–295
pooperační 287–288
a prostatektomie 297–299
a rakovina prostaty 297
a screening rakoviny děložního čípku 92 94, 95
uzavření cévy,
po angioplastice 324
uzdravení 13, 17, 343, 359
vajíčka (ženská), stará, a Downův syndrom 60, 68
vajíčka (slepičí) 27, 120
vakcína proti hepatitidě B 178–181
valproát sodný 246
Vandenbroucke, prof. Jan 194
Vandenbussche, dr. F. 67
vasektomie, souvislost s rakovinou prostaty 33–34
vedlejší účinky:
antibiotik 223
beta-blokátorů 240–241
cyklosporinu 215
estrogenů 203
H2-inhibitorů 258
HST 197–206
hysterektomie 301
chemoterapie 256–257
krevních transfuzí 307–308
léků 31–36, 216, 219–220, 260, 261
léků na artritidu 234–239
léků na epilepsii 244–246
léků na neplodnost 328–329
léků na vysoký krevní tlak 239–240
léků snižujících hladinu cholesterolu 129–130
Norplantu 335–337
NSAID 235–237
očkování 162–181
očkování proti dětské obrně 174–178
očkování proti tetanu 169–170
progesteronu 208
Prozacu 247–248
resekce endometria 301–302
Ritalinu 262
rutí, u zubaře
steroidů 229, 230–231, 232, 234
sumatriptanu 249–250
vakcíny DPT 158, 162–169
vakcíny MMR 142, 162, 170–174, 183–185
vegetariánská dieta, nízkotučná 132, 133
Ventolin 148, 227
vícečetné těhotenství/porod 74, 329–331
Virny, dr. Murray J. 265, 269–72, 278, 279
virová infekce, a antibiotika 221
virová meningitis 148
virus coxsackie 148
virus SV 40 177–178
viry, mutace 181–182
vitamin A 152, 186
vitamin K 206, 343–344
vitaminy 273, 350
volné radikály 47, 348
Voltaren 236
vraždu, souvislost s Prozacem 247
vrozené vývojové vady:
a léčba neplodnosti 330
příčina v CVS 83–84
vředy 235–236, 257–258
vysoký krevní tlak (hypertenze):
během těhotenství 43–44
léčba léky 239–242
rizika, NSAID 236
vystavení záření:
příčina Downova syndromu 68
riziko rakoviny prsu 103
vyšetření moče 61, 71
vyšetřování v těhotenství 69–87
vývoj:
opožděný růst, a steroidy 229, 231, 234
problémy, a nadužívání antibiotik 224–225
účinek ultrazvuku 75
Waddell, prof. Gordon 290–292
Walling, dr. 337
Werbach, dr. Melvyn 12, 209
Western Blot 62–63
Wilmsův nádor 253
Wootton, prof. R. 46
Wright, dr. Jonathan 350
Wróblewski, Mike 319
Wyatt, H. V. 182–183
Xi, Guohua 176

záda, rentgenování 51
myelografie 51–54
zahřívání, místní, poškození MR 60
zánět močového měchýře 15, 221, 222
zánět středního ucha,
léčba léky 185
zánět tlustého střeva, způsobený ibuprofenem 235, 236
zánětlivé onemocnění střev, a HST 191
zarděnky:
riziko artritidy 157, 173
viz též MMR vakcína
zařízení celodenní péče, předčasné 187
zařízení, jeho sta v 43, 51, 65, 67, 109, 111
zášklt, viz též DPT vakcína 141, 146, 149, 156
zelený zákal 230, 232, 234, 248, 333
zlato:
léčba artritidy 238–239
materiál zubních výplní 265
zlomeniny, a osteoporóza 55, 190, 209–210
zobrazování kostí 54–57
Zocor 123
zpracované potraviny 120, 133, 134, 139
ztužené rostlinné tuky 134–135, 139
zubní kaz 264
zuby, čištění 264
zvládání stresu, a ischemická choroba srdeční 132
ženy:
hladiny cholesterolu a cvičení 132
léky na snížení hladin cholesterolu 124, 125, 126, 129
nízkocholesterolová dieta 120
žlučovod, poškození endoskopickou operací 314
žvýkání, a uvolňování rtuťových par 268–269, 271, 275

DŮKAZY O ÚČINNOSTI ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY

„Co je pro léčení astmatu lepší, homeopatie nebo akupunktura?" „Funguje opravdu kraniální osteopatie?" „Kde máte důkazy, že květinová terapie pomáhá?"

Proof! je nová publikace o alternativní medicíně, která poskytuje přesné vědecké údaje a využívá informace z celého světa, aby ukázala, co skutečně zabírá a co nezabírá – a jestli to může pomoci právě vám.

Proof! čerpá z obsáhlých a dokonalých informačních zdrojů, uvádí rady význačných alternativních praktiků, a tak vás dokáže provést všemi důležitými možnostmi alternativní medicíny, které vám stavu mohou pomoci. Seznámí vás s jejími výhodami, ale i léčkami. V Proof! najdete odpověď na své zdravotní problémy a návrhy na alternativní možnosti léčení. Proof! vám dá tipy, jak prožít zaručeně delší a zdravější život.

Další informace vám dodá:
Proof!
4 Wallace Road
London N1 2PG

JDĚTE S DOBOU

Téměř každý týden spatří světlo světa nový lék, přibližně každých pár dní jsou zveřejněny informace o důležitém úseku lékařského výzkumu.

I vy můžete být svědky neustálých proměn a podnětů, které nám nabízí moderní medicína, když se přidáte k tisícům lidí, kteří každý měsíc čtou What Doctors Don't Tell You, bulletin, ze kterého vychází tato kniha.

Bulletin What Doctors Don't Tell You (Co vám lékaři neřeknou) vydává Lynne McTaggartová, autorka této knížky. Každý měsíc si vyhlédne nějakou nemoc nebo lék a rozpitvá ji na svém vlastním redakčním operačním stole! Jaká léčba je nejlepší? Která z nich je ta nejnebezpečnější? A co v terapii vlastně zabere? Každý měsíc se do hloubky rozebírají starosti, které mají čtenáři o své zdraví, a najdete zde i aktualizované zprávy o nejdůležitějších medicínských událostech, o nichž byste měli vědět.

Trápení a zdravotní obtíže členů rychle se rozrůstajícího klubu čtenářů bulletinu mohou být též projednávány soukromě naším poradním sborem předních lékařů a terapeutů z celého světa.

Máte-li zájem o další informace, stačí napsat na naši adresu:
WDDTY
4 Wallace Road

Lynne McTaggartová

CO VÁM LÉKAŘI NEŘEKNOU

Pravda o nebezpečích moderní medicíny

Autorka je americká novinářka, jejíž životní krize se citelně dotkla i jejího zdraví. Na základě bohatých zkušeností se zdravotnictvím, lékaři i alternativní medicínou nám odhaluje tajemství, která se skrývají za běžnými lékařskými postupy. Tvrdí, že současná moderní medicína není vždy postavena na vědeckém pokroku, ale poltřichu na víře v medicínu a její moc. Spousta diagnostických testů, kterými každý z nás prochází, je zbytečná, nesmyslná a kupodivu i škodlivá a bezpočet léků, mnohá očkování a řada chirurgických zákroků je neúčinná, nebezpečná a život ohrožující. Autorka nastiňuje nové možnosti a alternativní postupy, ale především poskytuje obrovský námět k zamyšlení a podněcuje nás k aktivní odpovědnosti za vlastní zdraví a rozhodování se v případě nemoci.

Setkáme se s výsledky studií a jejich interpretací, názory lékařů a obrovským výčtem prostudované literatury.

ISBN 80-7218-153-X

9 788072 181537