

**Jerzy Zięba**

# **Ukryte Terapie**

**Czego ci lekarz nie powie**

**Część 2**

Dla pacjentów

Dla rodziców

Dla lekarzy

Dla dbających o zdrowie...

*Dla jednych jest to szokujące, bulwersujące, niedopuszczalne, a dla innych zaskakujące, emocjonujące i otwierające nowe perspektywy. Jedno jest pewne – Autor budzi emocje u czytelnika i pewne jest, że nie da się przejść obok tej książki obojętnie. Znajdujemy tu ocean informacji przydatnych w podejściu do leczenia wielu chorób przewlekłych i degeneracyjnych stanowiących problem populacyjny. Warto podkreślić, że swoim przeciwnikom Autor wyznaczył trudne zadanie, ponieważ wszystko, o czym pisze, bardzo precyzyjnie dokumentuje cytatami z piśmiennictwa. Zwolennikom „naturalnego” podejścia do leczenia daje kolejną solidną dawkę wiadomości i bezcennych, a czasem jednocześnie prostych, sposobów terapii.*

**Dr n. med. Włodzimierz Morawski**

**Jerzy Zięba**

# **Ukryte Terapie**

**„Czego ci lekarz nie powie”**

**Część 2**

**Kto prawdę mówi,  
ten niepokój wszczyna.**

*Cyprian Kamil Norwid*

(z książki „Poezje”)

**Uwaga, będę teraz wszczynał niepokój...**

|  |     |
|--|-----|
| Recenzja .....   | 11  |
| Zamiast Wstępu .....   | 13  |
| O witaminie C ciąg dalszy .....                              | 25  |
| • Syntetyczna czy naturalna? .....                           | 26  |
| • Jak oszukuje się klienta .....                             | 28  |
| • Witamina C na wszystko? .....                              | 30  |
| • Witamina C i SEPSA .....                                   | 36  |
| • Podawanie dożywionej witaminy C .....                      | 45  |
| • Witamina C i chemioterapia .....                           | 56  |
| • Witamina C i antyangiogeneza .....                         | 65  |
| • Mało znane mechanizmy działania witaminy C .....           | 66  |
| O witaminie D .....  | 75  |
| O cholesterolowym kłamstwie .....                            | 81  |
| Norma na cholesterol – naukowe oszustwo .....                | 107 |
| O „Jekach” obniżających poziom cholesterolu .....            | 113 |
| O tak zwanym „leczeniu” nowotworów .....                     | 143 |
| • Nowotwór jako choroba genetyczna? .....                    | 150 |
| • Mammografia – więcej szkody niż pożytku? .....             | 157 |
| • Skuteczność chemioterapii czy oszukiwanie pacjentów? ..... | 162 |
| • Witamina C – co jeszcze? .....                             | 175 |
| Szczepionki – wielkie oszustwo .....                         | 301 |
| Żle się dzieje w państwie polskim .....                      | 327 |
| • O absurdach w polskim świecie medycznym .....              | 338 |
| • Urzędnik zgodę na leczenie Ci da, albo i nie da .....      | 355 |
| • Lekarskie „ sądy kapturowe” .....                          | 357 |
| • Jak naprawić to co jest zepsute? .....                     | 381 |

|  |     |
|--|-----|
| • Czy mamy do czynienia z eksperymentami medycznymi na polskich dzieciach? ..... | 402 |
| • O homeopatiї .....   | 404 |
| • Margaryna – pasza dla ludzi czy żywność .....                                  | 407 |
| • Czy polscy pacjenci to mięso armatnie? .....                                   | 417 |
| • Badania kliniczne czy następne oszustwo?.....                                  | 418 |
| Do studentów medycyny .....  | 427 |
| Jak pomóc dzieciom z lekooporną padaczką?.....                                   | 431 |
| Mój sklepik – marka VISANTO.....   | 439 |
| Co dalej? .....  | 445 |

Jerzy Zięba w drugiej części „Ukrytych Terapii” zabiera czytelnika we „wszechświat równoległy”, w którym obowiązują jakby nieco zmienione prawa fizyki. Znajdujemy się w innym otoczeniu, gdzie wszystko, do czego byliśmy przyzwyczajeni, wygląda trochę inaczej. Wynika to z całkowicie zmienionego sposobu spojrzenia na to, czym jest choroba i jakie są możliwości jej leczenia.

Dla jednych jest to szokujące, bulwersujące, niedopuszczalne, a dla innych zaskakujące, emocjonujące i otwierające nowe perspektywy. Jedno jest pewne – Autor budzi emocje u czytelnika i pewne jest, że nie da się przejść obok tej książki obojętnie. Znajdujemy tu ocean informacji przydatnych w podejściu do leczenia wielu chorób przewlekłych i degeneracyjnych stanowiących problem populacyjny. Warto podkreślić, że swoim przeciwnikom Autor wyznaczył trudne zadanie, ponieważ wszystko, o czym pisze, bardzo precyzyjnie dokumentuje cytatami z piśmiennictwa. Zwolennikom „naturalnego” podejścia do leczenia daje kolejną solidną dawkę wiadomości i bezcennych, a czasem jednocześnie prostych, sposobów terapii. Równie ważna jest nadzieję, którą Autor daje ludziom chorym będącym bardzo często osamotnionymi ze swoją chorobą.

Niemniej ważne jest to, że Jerzy Zięba budzi w czytelniku „świadomość obywatelską”. Wielokrotnie powtarza, że to my – czyli obywatele – jesteśmy rzeczywistymi pracodawcami urzędników i funkcjonariuszy publicznych, w związku z czym mamy prawo wymagać od nich pracy na rzecz naszego dobra.

Książka Jerzego Zięby jest warta polecenia każdemu, ale w szczególności tym, którzy niezłomnie nie ustają w zadawaniu sobie pytań i nie przestają się dziwić.

*Dr n. med. Włodzimierz Morawski*

Rozpoczne od rzeczy najważniejszej: od podziękowań.

Książka ta nigdy nie ujrzałaby światła dziennego, gdyby nie stworzenie mi warunków do jej pisania, zapewnienie spokoju, ciepła, miłości oraz każdej innej możliwej do wyobrażenia formy wsparcia, jakiego udzieliła mi moja żona Halina. Dlatego książkę tę jej dedykuję.

Doktorowi Włodzimierzowi Morawskiemu dziękuję nie tylko za przychylną recenzję, ale też za wiele wskazówek merytorycznych.

Przy tej okazji dziękuję wszystkim lekarzom, którzy udzielali mi wielu wskazówek dotyczących szczegółów medycznych, jak też zawartości związanych z byciem lekarzem.

Wielkie podziękowania składam również farmaceucie Januszowi Nawolskiemu, którego pomoc merytoryczna czy w wyszukiwaniu źródeł była po prostu bezcenna.

Dziękuję wszystkim Czytelnikom pierwszej części „Ukrytych terapii” za komentarze, opinie, za dopingowanie mnie do dalszego pisania, za sugestie i... za wyrozumiałość z powodu niedociągnięć technicznych. Jeszcze raz dziękuję i chętnie czola z wdzięczności za wykazane zainteresowanie oraz za popularyzowanie treści książki. Bardzo dziękuję za niekończące się e-maile, a jednocześnie bardzo przepraszam za brak odpowiedzi wynikający z ich ogromniej liczby (czasami dostaję nawet 1000 e-maili tygodniowo!).

Mając na względzie niezliczone pytania dotyczące części pierwszej, chciałbym poświęcić chwilę na kilka komentarzy i wyjaśnień. Wiele z treści w części drugiej jest wynikiem spotkań, jakie odbyłem z tysiącami osób, w Polsce i poza Polską.

Poprawnym politycznie malkontentom bez poczucia humoru mówię: tak, nadal będę stosował emotikony, np. ☺, ;), ☻, po to, żeby w pewnych momentach podkreślić, że coś mówię żartem lub z przymrużeniem oka, czy

też że coś bardzo mnie smuci. Z doświadczenia już wiem, że wielu osobom trzeba wręcz graficznie pokazać, że coś jest żartem, a coś innego jest powiedziane właśnie z przymrużeniem oka. Jak się okazało, bywają osoby, które nie są w stanie tych subtelności wychwycić.

Tak, nadal będzie tu panował luźny styl, bez niepotrzebnej bufonady i nadęcia naukowością. Niektórym ten luźny, prosty styl przeszkadzał, bo był „mało naukowy i mało poważny”. Wszystkim tym czterem (! ☺) osobom odpowiadam: niczego w tym zakresie nie zamierzam zmienić. To ma być nienormalne „rozmowa przy kawie”, z humorem, bez sienia się na naukowość... tak jak często ze sobą prywatnie rozmawiamy.

Otrzymałem sporo e-maili typu: nic nie ma na temat leczenia stawów, nic nie napisano na temat łupieżu, a dlaczego nie ma nic o leczeniu stwardnienia rozsianego, itd. Otóż część pierwsza nie jest podręcznikiem leczenia żadnej konkretnej choroby. Nigdy nie robilem takiego założenia, nie było moim założeniem napisanie książki o tym, jak leczyć jakiekolwiek konkretne choroby.

Nie wiedząc jeszcze, czy ktoś zechce tę książkę kupić, napisałem ją tylko po to, żeby przeciętnemu człowiekowi powiedzieć to, czego nigdy nie usłyszy z ust lekarza. Jednocześnie poprzez podanie bardzo dużej liczby odnośników do literatury medycznej miałem nadzieję na to, że zainspiruje ona lekarzy do dalszych poszukiwań możliwości wyleczenia człowieka.że zainspiruje ich do tego, żeby poszukiwać każdej możliwej drogi, aby móc leczyć pacjenta znacznie bardziej efektywnie i znacznie bardziej bezpiecznie. Ku moemu wielkiemu zdziwieniu wiele osób zaczęło leczyć się, korzystając z informacji, jakie przekazałem w pierwszej książce. Otrzymałem tysiące e-maili z podziękowaniami, wielokrotnie z dużymi szczegółami opisywano w nich bardzo poważne schorzenia, z których ci Czytelnicy się wyleczyli.

Szczególnie jedno takie doniesienie zapamiętam do końca mojego życia:

Kiedy wracalem z USA do Polski, zadzwoniła do mnie jedna z uczestniczek wykładów i seminariów, jakie miałem niezwykłą przyjemność prowadzić w Chicago 4 miesiące wcześniej. Po kilku wstępnych zdaniach pani ta powiedziała tak: „Dzwonię, żeby panu powiedzieć, że mam trzy koleżanki: jedna z nowotworem piersi, druga też z nowotworem piersi, ale już z wieloma przerzutami i trzecia z nowotworem szyjki macicy z przerzutami do

kości, wątroby i płuc. Wszystkie trzy przeczytały pana książkę, nasłuchały się tego, co pan mówi i wszystko to wprowadziły w życie. Dzisiaj dzwonię do pana, żeby powiedzieć, że żadna z nich już nie ma raka i w ich imieniu chcieliby panu za to podziękować".

Nie ukrywam, że moje serce zatrzymało się na kilka minut i z trudem mogłem zaczerpnąć następnego oddechu, aby zapytać: „A skąd wiadomo, że już nie mają raka?". Moja rozmówczyni odpowiedziała: „Wszystkie porobiły kompleksowe badania w szpitalu uniwersyteckim Loyola w Chicago, łącznie z badaniami obrazowymi, nie ma nawet śladu po komórkach nowotworowych, jeszcze raz w ich imieniu bardzo dziękuję". Ciągle usiłując złapać „psychiczny pion", odpowiedziałem: „Przecież to nie ja je wyleczyłem, one wyleczyły się same". W czasie mojego następnego pobytu w USA miałem niezwykłą przyjemność osobiście poznać więcej takich osób, które zgodnie z kanonami medycyny akademickiej miały już nie żyć, a jednak żyły – i to jeszcze jak!

Następnie zaczęły się działać niezwykle ciekawe rzeczy. Kiedy w czasie wykładów robię przerwę, podchodzi do mnie wiele osób, zadają pytania, a ja staram się na nie odpowiadać. Na jednym z wykładów opowiedziałem powyższą historię. W przerwie podeszła do mnie jedna z pań i powiedziała: „Ja panu dodam jeszcze dwa takie przypadki". Oczywiście w czasie takich przerw nie ma możliwości poproszenia o kontakt, o namiary na te osoby. Najważniejsze jest zawsze dla mnie to, że wyzdrowiały. Do dzisiaj (wrzesień 2016) otrzymałem już ponad 60 tego typu zgłoszeń. I zastanawiam się: przecież są jeszcze inni ludzie, u których wystąpił ten sam efekt terapeutyczny, ale którzy nie byli na moich wykładach lub nie korzystają z Internetu...

A jednak nie tak dawno temu zostałem publicznie zaatakowany przez jednego ze znanych profesorów medycyny, określonego jako „wybitny onkolog", że opowiadam bzdury i że nie ma takiej możliwości, żeby człowieka można było wyleczyć z choroby nowotworowej bez stosowania chemioterapii lub radioterapii. To się jednak jeszcze okaże.

Kiedy pierwszy raz usłyszałem, że jest to wybitny onkolog, nie dawało mi spokoju, na czym ta wybitność polega. Przecież statystyki dotyczące choroby nowotworowej wskazują na to, że wojna z nowotworami została przegrana, że metody stosowane przez wybitnych onkologów zupełnie się nie sprawdzają. Coraz więcej ludzi umiera, coraz więcej cierpi i, jak opisałem

w części pierwszej, średnia skuteczność chemioterapii to zaledwie niewiele powyżej 2%. Co w takim razie oznacza „być wybitnym onkologiem”? Czy ta wybitność polega na tym, że pan profesor wie lepiej niż inni, ile i jakiego środka chemioterapeutycznego należy wlać w człowieka? Czy też chodzi o to, że napisał więcej niż inni artykułów naukowych na temat chemioterapii? A co ze skutecznością? Bo pacjenta interesuje tylko skuteczność. No tak... tutaj jest już znacznie gorzej. Ja mam swoją własną definicję „wybitnego onkologa”. Moim zdaniem jest to ktoś (nie musi być lekarz), kto wyleczył trwale pacjenta nowotworowego bez korzystania z chemioterapii, radioterapii czy zabiegu chirurgicznego. Znam takich terapeutów, to właśnie oni według mnie są wybitni, jedynie oni zasługują na takie miano. Szczegóły właśnie takich terapii opisuję w następnych rozdziałach.

\* \* \*

Los Angeles, rok 2012, konferencja dotycząca leczenia nowotworów metodami innymi niż metody medycyny akademickiej. Rozmawiam z doktorem Janem Lubeckim i mówię: „Nowotwory mózgu zdarzają się coraz częściej, a one stanowią największe wyzwanie, bo tego się nie da wyleczyć”. Pan Jan, lekko schylony, od niechcenia macha ręką i mówi: „Nowotwory mózgu są nowotworami najłatwiejszymi do wyleczenia, tylko lekarze nie wiedzą, jak to robić”. OSŁUPIAŁEM! I już wiedziałem, że muszę z nim na ten temat porozmawiać. Pan doktor Lubecki nalegał, abym prosto z Los Angeles pojechał do niego, do Sacramento, a on mi wszystko wy tłumaczy i pokaże. Niestety, w tamtym czasie mój wyjazd do pana Jana był niemożliwy. Ale nie miałem wątpliwości, że wcześniej czy później to się stanie. Że muszę to zrobić. Wizytę taką przez całe lata tworzyłem w mojej wyobraźni, nie chciałem tego odpuścić. I w końcu stało się... 5 lat później wszedłem do gabinetu pana doktora Jana Lubeckiego z planem pozostańia na następne dwa tygodnie. I rzeczywiście, przez dwa tygodnie, dzień po dniu, 7 dni w tygodniu, pacjent po pacjencie, zapoznawałem się z metodami jego leczenia. Wiedziałem, jak leczył ludzi między innymi z nowotworu mózgu... bez chemioterapii, bez radioterapii. Widziałem kartoteki pacjentów z okresu ostatnich 25 lat. Nie mogłem uwierzyć w to, co tam przeczytałem! A przecież to byli prawdziwi ludzie, wielu z nich miało ogromną przyjemność poznać osobiste, usłyszeć z ich własnych ust, jak dochodzili do zdrowia, czasami już ze stanów agonalnych lub im bliskich. Usłyszałem i na własne oczy zobaczy-

tem, że człowieka tak strasznie chorego, jak chory z nowotworem mózgu, często da się efektywnie, prosto i tanio wyleczyć BEZ chemioterapii, bez radioterapii i bez zabiegu chirurgicznego. Niemożliwe stało się możliwe.

Doświadczenia te opisałem na moim blogu tak:

„Od około 2 tygodni jestem w Sacramento (USA). Nie jestem tutaj przypadkowo. Od ponad 5 lat obserwuję działalność pana Jana Lubeckiego. Kiedy 5 lat temu spotkałem go na jednej z konferencji dotyczących leczenia nowotworów i chorób przewlekłych, zaintrygował mnie stwierdzeniem, że nowotwory mózgu są najłatwiej wyleczalnymi nowotworami. Wtedy dla mnie takie stwierdzenie graniczyło z szarłataństwem, a teraz miałem możliwość na własne oczy widzieć coś, co wiele osób określa medycznym cudem.

Przychodnia Pana Jana Lubeckiego mieści się przy ulicy San Juan (świętego Jana), ale jego pacjenci twierdzą, że ulica ta powinna nazywać się ulicą Świętego Jana Lubeckiego z Polski.

Leczeniu bardzo ciężko chorych ludzi poświęcił całe swoje życie, z życiem osobistym włącznie. Pacjentom bardzo ciężko chorym, z leczenia których medycyna akademicka zrezygnowała, wielokrotnie uratował życie.

Pan Jan ma już 84 lata, ale jak mówi polskie przysłowie, szewc w dzjurawych butach chodzi. Pan Jan przez całe swoje życie dbał tylko o pacjentów, pracując 7 dni w tygodniu!!! Nie zadbał tylko o własne zdrowie, bo, jak twierdzi, nie miał na to czasu. Pomimo to nadal bardzo efektywnie pomaga ludziom niezwykle schorowanym, a bywa też, że nawet w stanie agonalnym. Pracę na ogół kończy około godziny 22:00, ale to tylko dlatego, że wtedy już jest naprawdę niesamowicie zmęczony. Zawsze niezwykle skromny, pokorny, widać w nim prawdziwą miłość do pacjenta.

Pan Jan nie stosuje żadnych środków chemicznych. Żadnych farmaceutyków. Jest tak zwanym Doktorem Chiropraktem (nie wiem, jak to przetłumaczyć) z formalnym wykształceniem,

jakie nabył w USA, ale... metody, jakie stosuje, w zasadzie nie mają niczego wspólnego z tym, czego uczy się w szkołach chiropaktyki. Nie manipuluje kręgosłupem i – jak sam mówi – „nie strzela kościąmi”, a nastawienia kręgosłupa, czyli tak zwanego atlasa, dokonuje prawie bez dotykania pacjenta(!), po prostu magicznie... inaczej tego nazwać nie mogę.

To, co miałem okazję zobaczyć tam przez ostatnie 2 tygodnie, stawia pod wielkim znakiem zapytania obecną wiedzę medyczną. Kiedy 5 lat temu miałem wielki honor poznać Pana Jana, starszą wiekiem Amerykankę, która mnie mu przedstawiła, powiedziała: „Jan Lubecki wyprzedził medycynę akademicką o 50 lat”. I po tym, co miałem możliwość tutaj zobaczyć, zgadzam się z nią.

Aha... W dzisiejszym zakłamanym świecie sceptycznie podchodzi się do jakichkolwiek oświadczeń pacjentów. Jednakże to, co można zobaczyć na Pana Jana stronie w zakładce TESTIMONIALS, potwierdzam, że jest prawdą.

Dzisiaj, kiedy piszę te słowa, wiem, że pan Jan jest już bardzo, bardzo schorowanym człowiekiem i teraz to on sam potrzebuje pomocy. Nie dorobił się kilku willi w różnych krajach, nie ma żadnych luksusów ani nawet banalnej floty ekskluzywnych samochodów. Strona finansowa zupełnie go nie obchodziła, tym się nie zajmował, on tylko leczył nieuleczalne, a lekarzem medycyny akademickiej nie był. Pozostała mu tylko głodowa emerytura rządowa, a zasłużył na wszystko co najlepsze na tej ziemi.

\* \* \*

W wielu miejscach w tej książce będę się zwracał do lekarzy. Dlaczego? Dlatego, że leczenie jakiegokolwiek schorzenia, szczególnie przewlekłego, metodami opisanymi w tego typu książce może być nieskuteczne, jeśli chorego nie poprowadzi się tak, jak to normalnie robi (a w każdym razie powinien robić) lekarz. Osoby chore trzeba obserwować, monitorować, czasami w terapii trzeba coś zmienić, coś dodać czy ująć. Czasami ktoś zareaguje źle na jakiś suplement, na jakąś substancję. Temu się trzeba przyjrzeć. Był może ten ktoś źle zareagował np. na składnik kapsułki, a nie na jej za-

wartość. Bywa, że ktoś może być po prostu uczulony chociażby na witaminę D albo na jod. Dlatego przekazywanie tego rodzaju porad przez telefon czy e-mail bez możliwości monitorowania osoby chorej jest bez sensu, a nawet może być niebezpieczne.

Na ile niebezpieczne? Jedna z Czytelniczek napisała mi w e-mailu, że czuje się zawiedziona, bo przeczytała, że zalecam jeść żółtka, a ona w ciągu dwóch dni zjadła trzy żółtka i miała biegunkę. A na koniec pisze: „Jestem naprawdę na Pana zła, bo uwierzyłam, a teraz muszę cierpieć”. Brzmi śmiesznie, ale... wskazuje to właśnie na to, że czasami leczenie się poprzez zastosowanie metod, o których przeczytało się w książce, niekoniecznie jest najlepszą metodą pomożenia sobie. Pani ta miała poważne problemy ze śluzówką żołądka i jelit, czego oczywiście nie mogłem wcześniej wiedzieć – gdybym wiedział, może bym ją uchronił przed niepotrzebnym cierpieniem ☺.

Jedna z Czytelniczek wysłała mi dość agresywnego e-maila, żebym uważał, co mówię na temat statyn (toksyny zwane „lekiem na cholesterol”), bo jej one uratowały zdrowie. Powiem krótko: zamurowało mnie, bo działanie tych „leków” wielokrotnie kończy się poważnymi skutkami ubocznymi, o czym jeszcze będę mówić w kilku rozdziałach. W późniejszej wymianie korespondencji pani ta twierdziła, że gdy tylko przestaje brać statyny, natychmiast zaczynają ją boleć stawy! Ale tego mi wcześniej nie powiedziała: kiedyś bardzo bolały ją stawy, a po rozpoczęciu zażywania statyn boleć przestały. A, skoro tak, to już wiedziałem, o co chodzi: statyny dają efekt przeciwzapalny. Ale ja znam bardzo wiele substancji NATURALNYCH, które działają przeciwzapalnie, ale nie mają takich skutków ubocznych jak statyny! Jak widać, kontakt osobisty, monitorowanie reakcji osoby chorej, są konieczne. Każdy z nas jest inny. Każdy może inaczej reagować.

Otrzymałem sporo e-maili, w których Czytelnicy mówili, że pozbyli się wielu problemów zdrowotnych jedynie po zastosowaniu opisanych przeze mnie substancji. Niektórzy wręcz napisali, że w ten sposób uratowali sobie życie. Właśnie to chciałem wykazać w pierwszej części książki: że zwykłe witaminy odpowiednio zastosowane tak bardzo mogą nam pomóc. Dlaczego jednak nam się o tym nie mówi? Dlaczego lekarze nam o tym nie mówią? Często straszą nas, że witaminy i minerały są niebezpieczne. Pomimo że oficjalne dane, jakie pokazałem w części pierwszej, wskazują, że w ciągu ostatnich 30 lat ok. 3 miliony Amerykanów zmarły z powodu zastosowa-

nnych leków, a z powodu zażycia witamin i minerałów w tym trzydziestoletnim okresie nie zmarł nikt. Trzeba ludziom mówić prawdę – nie tylko w polityce czy historii, w medycynie też.

Najwięcej e-maili otrzymałem oczywiście w sprawie rozwiniętej już choroby nowotworowej. Najbardziej wstrząsające było to, że tak wiele z nich dotyczyło sytuacji, gdy medycyna akademicka całkowicie zawiodła, leczением doprowadziła do zupełnego wyniszczenia organizmu, a potem rozłożone ręce i... „nic więcej nie możemy już zrobić”. To jest przerażające, bo tak wiele więcej można by jeszcze zrobić, gdyby tylko lekarzom na to pozwolono tak, jak się im nie pozwala. Wielu jest takich, którzy chcą pomóc, ale się boją. Boją się wyizolowania ze środowiska, boją się różnego rodzaju złośliwości czy przemyślnego dręczenia ich przez tzw. Medycynę Korporacyjną. W obronie takich lekarzy staję. Co w tym zlego? Czy z tego powodu będę skrytykowany? Zobaczmy.

Mam nadzieję, że w tym tekście nie popełnię błędu w nazwie jakiejś substancji chemicznej. Wtedy dopiero posypałby się na mnie gromy. Tak zwanych hejterów nie interesuje, że przeciętny człowiek ma to po prostu gdzieś. Nie interesuje ich też skuteczność tego, o czym piszę. Ważne są dla nich błędy. Kiedyś na przykład powiedziałem, że, mieszkając w Australii, dostałem szczepionkę na cholerę. Cholera to oczywiście nie jest wirus. Mieszkając tam 21 lat, w kontekście cholery ciągle słyszałem słowa *vaccine*, *vaccination*. Te słowa po angielsku oznaczają szczepionkę, szczepienie. Dlatego w jakieś wypowiedzi, mówiąc o cholercie, po prostu się przejęzyzczyłem, bo podświadomość błądziła mi po czasach australijskich. No i się zaczęło... że cholera to nie wirus, że szczepionki są na wirusy lub przeciwko nim, itd.

Były też momenty całkiem śmieszne. Po wydaniu książki założyłem bloga, na którym po kilku miesiącach otrzymałem następujący komentarz:

„...zanim zacząłem czytać książkę »Ukryte terapie«, przejrzałem sobie powyższe komentarze i pomyślałem, że to jakaś sekta osób wyznających tę książkę:). Po przeczytaniu jednak tejże pozycji sam dołączyłem do jej fanów”.

Panu Krzysztofowi, kimkolwiek jest, bardzo dziękuję za dołączenie do sekty. ☺

\* \* \*

W pierwszej części „Ukrytych terapii” napisałem, że jeśli książka ta spotka się z zainteresowaniem Czytelników, to napiszę następną, w której poruszę wiele innych tematów, skrzelnie przed lekarzami i przed pacjentami ukrywanych. Teraz właśnie to czynię, ale z pewnymi modyfikacjami w stosunku do pierwotnego planu. Wynikają one z komentarzy, jakie otrzymałem zarówno od Czytelników, jak również od uczestników moich wykładów i seminariów. Największym problemem, jaki przebiął się bezustannie w komentarzach czy bezpośrednich rozmowach, były oczywiście choroby nowotworowe. Zapoznałem się z dosłownie setkami opisów ludzkich tragedii związanych z tą chorobą. We wszystkich opisach wstrząsające było jedno: **przerażający brak skuteczności medycyny akademickiej w leczeniu tej choroby**. W kontekście lawinowo niemalże wzrastającej liczby zachorowań ma to znaczenie szczególne. Z tego właśnie powodu postanowiłem, że teraz na temat leczenia choroby nowotworowej napiszę znacznie więcej, niż wcześniej zamierzałem.

Zamieszanie, jakie stworzono wokół tłuszczów zwierzęcych, spowodowało lawinę pytań z prośbą o wyjaśnienie. Co prawda w pierwszej części był rozdział o tłuszczach, ale ogromna liczba zapytań dotyczyła szerzącej się dezinformacji odnośnie do tłuszczów i choroby wieńcowej serca. Dlatego w tej części wyjaśniam to znacznie dokładniej, wskazując na klamstwa, jakie temu zagadnieniu towarzyszą od dziesiątków lat.

W pierwszej części obiecałem również, że napiszę coś więcej na temat cholesterolu. Tutaj zamieszanie i – znowu – oklamywanie społeczeństwa, również lekarzy (!), wydaje się nie mieć granic. Przeraża mnie niski poziom wiedzy i wysoki poziom zwykłej głupoty w tym zakresie. Z tego powodu również ten temat potraktowałem znacznie szerzej, niż to planowałem wcześniej. Wiele osób nadal boi się cholesterolu, a lekarze dopuszczają się absolutnie skandalicznych według mnie praktyk dotyczących jego obniżania. Stosowanie środków obniżających poziom cholesterolu, czyli tak zwanych statyn, wywołuje lawinę niepotrzebnych kontrowersji. Ponieważ choroba wieńcowa serca i związane z nią śmiertelnie niebezpieczne zawały mięśnia sercowego wywołują tak wielkie zainteresowanie w społeczeństwie, o niej też napiszę w sposób dużo bardziej dokładny.

No i tutaj napotkałem problem, o którym muszę teraz wspomnieć. Otóż książka zaczęła „puchnąć”, rozrastać się tak bardzo, że nie mógłbym jej skończyć w czasie, jaki mam na jej napisanie. Jestem związany kontraktem, który w określonym czasie muszę wypełnić. Aby umożliwić publikację tej części na czas, dalsze jej pisanie musiałem zakończyć. Wcale to jednak nie oznacza, że pisać przestałem ☺. Niemalże z marszu biorę się za następną, już trzecią część.

Część ta będzie poświęcona niektórym tematom, jakie poruszałem w czasie seminariów: będzie opisywać konkretne sposoby leczenia konkretnych chorób, jak np. cukrzycy, miażdżycy, osteoporozy, reumatoidalnego zapalenia stawów, tarczycy, luszczyicy, policystycznych jajników, endometriozy, mięśniaków, astmy, atopowego zapalenia skóry, itd. Napiszę też o dietach oraz o poważnych zagrożeniach, jakie wynikają ze wszechobecności pól elektromagnetycznych. Trzecia część będzie najprawdopodobniej objętościowo mniejsza i zrobię wszystko, żeby ją również jak najszybciej skończyć.

Gdybym tutaj chciał poruszyć wszystkie tematy, jakie uznaję za warte omówienia, druga część miałaby z pewnością ponad 500 stron. Kiedy o tym gdzieś w Internecie zaledwie wspomniałem, otrzymałem bardzo ciekawe komentarze od pań: prosili, żądały wręcz, aby ta druga część miała taką samą wielkość jak pierwsza, bo... taki wymiar książki łatwo im się mieści w torbejkach! ☺ ☺ Większa książka byłaby za ciężka i niewygodna do czytania. Pisały to jak najbardziej poważnie! Czy miałem to zignorować? Oczywiście, że nie! Tak jakoś się składa, że to najczęściej właśnie kobiety w naszych rodzinach spełniają rolę „ministra zdrowia”. Musiałem ich posłuchać ☺.

Pewna lekarka, komentując część pierwszą, napisała, że „książka jest świetna, tylko zbyt prowokacyjnie napisana. Gdyby była mniej prowokacyjna, miałaby większą wartość”. Po pierwsze, myślę, że wartość książki przede wszystkim leży w jej treści. Po drugie, gdybym ją napisał w sposób mniej prowokacyjny, nie poruszając emocji Czytelników, byłaby to książka jak wiele innych, odebrana jako takie sobie „bla, bla, bla”. A ja nie piszę tych książek po to, żeby sobie je ludzie przeczytali i odłożyli do kąta. Piszę po to, żeby w końcu coś się stało w tej naszej medycynie. Tak... piszę też po to, żeby poruszyć w Czytelnikach emocje. Czasami będą to emocje negatywne, graniczące z wściekłością, szczególnie kiedy będą to czytać pacjenci.

Być może gdzieś w tej książce, w jakimś szczególe medycznym się po prostu pomyliłem. Być może coś źle określiłem lub źle zinterpretowałem, albo też w sposób niezbyt jasny dla jakiegoś Czytelnika coś przekazałem. Nie twierdzę, że książka ta jest książką idealną. Chodzi mi w niej bardziej o spojrzenie makro niż mikro, chodzi mi bardziej o strategię niż o taktykę. Chodzi mi o to, aby zauważyc katastrofalne błędy systemowe, a nie mało istotne szczegółoliki.

Będę starał się wykazać, że poprzez integrację metod medycyny akademickiej i medycyny naturalnej można nie tylko doprowadzić do znacznie bardziej skutecznego leczenia pacjenta, ale też do uzyskania wielomiliardowych oszczędności w budżecie, jaki mamy przeznaczony na leczenie osób chorych.

Chciałbym, żeby czytający tę książkę lekarze nie skupiali się na wytykaniu mi błędów technicznych, bo pewnie takie gdzieś popełnię. Z doświadczenia i bezlitosnej wręcz krytyki, jakiej poddano mnie w ciągu ostatnich 2 lat, wiem, że w takich przypadkach, w celu zdyskredytowania kogoś, szuka się przysłowiowych „haków” dosłownie wszędzie. Jeśli ktoś zniży się do tego poziomu, żeby tego typu haków szukać, życzę powodzenia, pewnie takie znajdzie, tylko co z tego? Na ile to będzie konstruktywne w świetle całości, którą za chwilę przedstawię?

Lekarze również bywają pacjentami. Zdaję sobie sprawę z tego, że silne, może nawet bardzo silne emocje pojawią się wśród czytających tę książkę lekarzy. Wiem o tym. Ja naprawdę wiem, że prawda powiedziana wprost czasami zaboli. A czasami wręcz rozwścieczy. Tak, szczególnie choć emocjonalnie poruszyć lekarzy. Jestem całkowicie świadom tego, że wielu lekarzy odbierze to niemalże jako atak personalny. **Nie takie są jednak moje intencje**, chociaż, jak się okaże, w wielu przypadkach może należało by tak zrobić i ataku takiego dokonać przy pomocy łomu, noża czy siekiery.

Jeśli pierwsza część „Ukrytych terapii” niektórych zbulwersowała, zaskoczyła, zaszokowała, to wydaje mi się, że część druga jeszcze bardziej zbulwersuje, zaskoczy i zaszokuje. Jest to książka między innymi dla lekarzy pełnych pokory, zdających sobie sprawę z wielu niedoskonałości współczesnej medycyny, ale dopuszczających możliwość zmiany opartej na wiedzy i podejściu zdroworozsądkowym.

**Chciałbym na samym początku podkreślić, że wiedza, jaką tutaj przedstawię, nie jest moja. Jeśli ktokolwiek ma jakiekolwiek zastrzeżenia, to bardzo proszę o podjęcie polemiki bezpośrednio z autorami cytowanych prac czy publikacji, nie ze mną.**

Po wydaniu pierwszej części zostałem w sposób nieoczekiwany wsparty przez wielu, wielu lekarzy. Przy kilku okazjach powiedziano mi też, że członkowie medycznych środowisk akademickich również mnie bardzo wspierają, ale z powodów oczywistych nie robią tego publicznie. Serce mi z dumy rośnie i mówię otwarcie, że powstaje coraz większa grupa lekarzy, którzy doskonale rozumieją, jakie są moje prawdziwe intencje, którzy w żadnym przypadku mojej krytyki dotyczącej części lekarzy nie odbierają jako ataku na siebie. To oni sami bardzo często są krytyczni w stosunku do swych kolegów po fachu.

Jest coraz więcej lekarzy, którzy w sposób niemalże desperacki poszukują innych, lepszych, bardziej skutecznych i tańszych rozwiązań terapeutycznych dla swoich pacjentów. **Przed nimi wszystkimi tutaj i teraz, i jak najbardziej publicznie chylę czoła oraz wyrażam mój najgłębszy, największy do wyobrażenia respekt i szacunek.**

Wielu pacjentów często nie zdaje sobie sprawy z tego, jak mocno się mylą, gdy krytykują lekarzy i nazywają ich konowałami. To również za chwilę wyjaśnię. Już teraz, zanim przejdziemy do konkretów, chcę otwarcie powiedzieć, że mamy wielu prawdziwych, w całości poświęconych pacjentowi lekarzy. Wielu z nich mam ogromną przyjemność znać osobiste. Wielu z nich to w tej chwili moi serdeczni przyjaciele. To wszystko są lekarze, wielu z nich z różnej długości tytułami naukowymi przed nazwiskiem. Oni tego, co mówię czy piszę, nie ośmieszają, bo naszym wspólnym celem jest jedno: znacznie bardziej skuteczne, bezpieczne i tańsze leczenie przewlekle chorego pacjenta. Żaden z nich nie wyśmiewa tego, że ja lekarzem nie jestem.

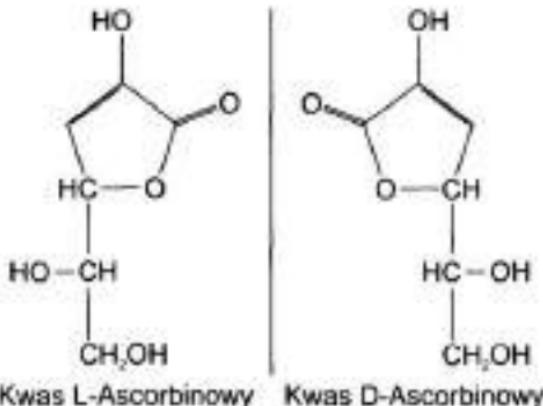
## O witaminie C ciąg dalszy...

Temat witaminy C wywołał największą i myślę, że zupełnie niepotrzebną „burzę”. No więc teraz zajmę się nim bardziej szczegółowo. Chciałbym, aby ten rozdział był uzupełnieniem tego, co napisalem w części pierwszej „Ukrytych Terapii”.

Zaczniemy od stwierdzenia, że nie ma żadnej wątpliwości co do tego, że najlepszą formą witaminy C jest ta występująca w przyrodzie, na przykład w owocach. Nigdy niczego innego nie twierdziłem. Ponieważ sprawa witaminy C spowodowała potężną reakcję (szczególnie w Internecie) i wywołała wiele kontrowersji, chciałbym wyjaśnić, co następuje: przy każdej okazji, kiedy mowa jest o witaminie C, mowa jest również o jej skrętności. Odnośnie do tej kwestii znalazłem pewien wpis na Facebooku, który pokazuje, jak to wygląda naprawdę (sam kiedyś byłem przekonany, że jest inaczej, ale, zgodnie ze znanim powiedzeniem, mylić się jest rzeczą ludzką).

Kierunek skręcania płaszczyzny światła spolaryzowanego czyli tzw. lewo skrętność lub prawoskrętność (stwierdzana doświadczalnie za pomocą polarymetru) nie ma nic wspólnego z przynależnością enancjomeru do szeregu konfiguracyjnego L lub D. Istnieją izomery optyczne L, które są lewo skrętnne, jak i cała masa izomerów L prawoskrętnych. Podobnie enancjomery D mogą skręcać płaszczyznę światła spolaryzowanego zarówno w lewo, jak i w prawo. Przynależność do szeregu D lub L ustala się wg tzw. projekcji Fischera, natomiast kierunek skręcania płaszczyzny światła można ustalić tylko doświadczalnie. Samochód ma kierownicę po lewej stronie, patrząc z perspektywy kierowcy. Czy to oznacza, że może on skręcać tylko w lewo? Przecież ten problem jest wyjaśniony w podręcznikach chemii do liceum...

Bardzo dziękuję za ten wpis, ja go tylko przetłumaczyłem teraz na język polski. Patrzmy jeszcze na wzór pokazujący dwie formy molekuły witaminy C:



Forma **L**, jak widać, jest lustrzanym odbiciem formy **D**. Dla człowieka przyzwajalna jest forma **L**. Innymi słowy, literka **L** nie oznacza skrętności, lecz formę molekuły. W przyrodzie forma **L** występuje też w wersji prawo-skrętnej. Jak widać, to, o czym najczęściej mówimy, jest to „prawoskrętny kwas L-askorbinowy”. Dla nas ważne jest to, że jest to forma **L**, (a nie **D**), a nie to, czy jest to postać prawo- czy lewośkrętna.

## Syntetyczna czy naturalna?

Trzeba zacząć od tego, w jaki sposób produkowany jest kwas askorbinowy. Na całym świecie jest około 5 producentów kwasu askorbinowego. W przeszłości do produkcji stosowano metodę opracowaną w roku 1934 przez Reichsteina i Grüssnera. Chińscy naukowcy opatentowali nowy system produkcji kwasu askorbinowego, który jest prostszy, tańszy i bardziej wydajny. Ok. 80% kwasu askorbinowego pochodzi z Chin, ale ponieważ niektóre firmy zachodnie kupiły od Chińczyków licencję, obecnie prawie cała produkcja kwasu askorbinowego jest oparta na technologii chińskiej.

Dla nas najważniejszą rzeczą jest jakość produktu końcowego. I tutaj już słyszę głosy dotyczące wykorzystania genetycznie zmodyfikowanej kukurydzy. Przebadaliśmy kwas askorbinowy w Instytucie Genetyki Polskiej Akademii Nauk, gdzie stwierdzono, że kwas przekazany do testów nie zawierał w ogóle jakiegokolwiek elementu GMO. No bo też jak mógł zawierać? Proces produkcyjny kwasu askorbinowego wygląda tak, że z genetycznie zmodyfikowanej kukurydzy wytwarzane są cukry, takie jak glukoza

i sorbitol. Następnie sorbitol na drodze fermentacji bakteryjnej jest przetwarzany w sorbozę. Nie ma więc mowy o jakimkolwiek elemencie GMO, który mógłby się tutaj znaleźć. Mało tego, sorboza jest po raz drugi fermentowana i dopiero wtedy otrzymywany jest kwas askorbinowy. Niemożliwością jest więc, żeby produkt końcowy zawierał jakikolwiek element GMO.

Dla nieprzekonanych mam takie porównanie: przecież mamy genetycznie modyfikowane ziemniaki czy żyto, z których wytwarzamy wódkę lub spirytus, i nikogo jakoś nie martwi zawartość GMO w tych napojach ☺.

Jak więc widać, kwas askorbinowy nie jest typowym syntetykiem, ponieważ powstaje w reakcji biosyntezy. Straszenie ludzi syntetyczną witaminą C jest nieuzasadnione. Co wcale oczywiście nie oznacza, że jest to najlepsza forma witaminy C, tak jak wspomniałem na samym początku. Jest to ten sam związek chemiczny, który występuje w naturze, ale pozbawiony wielu innych substancji, które wraz z kwasem askorbinowym znajdują się owocach. Z chemicznego punktu widzenia witamina C wyprodukowana w procesie biosyntezy i ta z owocu są identyczne. Nawet autorzy podręczników biochemii człowieka uważają, że nie ma żadnej różnicy. Wydają się to potwierdzać przeprowadzone badania naukowe:

*Carr AC, Vissers MC. Synthetic or Food-Derived Vitamin C – Are They Equally Bioavailable? Nutrients 2013; 5(11): 4284–4304.*

Oczywiście, najlepiej by było, gdyby z owoców wyizolować wszystkie formy kwasu askorbinowego (bo występuje tam więcej niż tylko ta jedna) łącznie z setkami, a może i tysiącem innych substancji, które znajdują się w owocu. To się da zrobić, ale problem polega na tym, że tak wytworzona witamina jest niezwykle droga. Na polskim rynku spotkałem już sprzedawaną w kapsułkach naturalną witaminę C, której cena, w przeliczeniu na 1 kg kwasu askorbinowego, wynosiła od 1000 aż do nawet 14 000 zł. Nie każdego w Polsce jest stać na to, żeby taką kwotę wydać na nawet najlepszej jakości witaminę C. Dlatego właśnie sprzedaje się również o wiele tańszy czysty kwas askorbinowy. Nie ma w nim, jak wiemy, tych substancji naturalnych, które znajdują się w owocach. Jest jednak prosty sposób, który przynajmniej do pewnego stopnia pozwoli te niedobory uzupełnić. Można to zrobić tak, że wyciskamy sok np. z jednego czy dwóch jabłek i dodajemy do niego 1/3 czy 1/4 łyżeczki kwasu askorbinowego. W ten sposób uzysku-

jeremy napój składający się z kwasu askorbinowego w otoczeniu substancji znajdujących się w jabłku. Nie jest to może rozwiązanie najlepsze (ja to nazywam rozwiązaniem typu „wytrych”), ale jednak jest lepsze, niż wypicie wody tylko z samym kwasem askorbinowym.

## Jak oszukuje się klienta

Robi się to bardzo prosto. Wystarczy wziąć czysty kwas askorbinowy jakiegokolwiek pochodzenia, dodać do niego np. mielonej aceroli i taki produkt sprzedawać pod nazwą „Acerola”. Należy uważnie czytać etykiety, bo w sprzedawanych witaminach tzw. naturalnych znajdują się różne ilości elementów naturalnych, np. właśnie aceroli czy dzikiej róży. Możemy mieć np. naturalną witaminę C w kapsułkach, gdzie w jednej kapsułce będzie 1000 mg kwasu i zaledwie 30 mg sproszkowanej aceroli czy dzikiej róży, podczas gdy w innym produkcie będzie 60, 100, a nawet 300 mg! A więc nie patrzmy tylko na cenę, ale przede wszystkim na to, co za daną kwotę kupujemy. Kiedy to sobie przeliczymy, może się okazać, że pozornie tani-szy produkt kupujemy bardzo, bardzo drogo!

Często na etykiecie tzw. naturalnej witaminy C będzie napisane np. że „zawiera 1000 mg witaminy C, lub też: „zawiera witaminę C w postaci kwasu askorbinowego”. Pytanie jest: z czego jest ta witamina? Skąd jest ten kwas askorbinowy? Czy jest to zwykły kwas askorbinowy z domieszką np. 100 mg proszku z aceroli czy dzikiej róży? Czy też, tak jak to powinno być, jest to kwas askorbinowy pozyskany np. z owocu dzikiej róży, z określoną zawartością proszku z dzikiej róży? To zawsze trzeba sprawdzić, ale niewielu osobom się chce. Cena ani nawet marka czy kraj pochodzenia niczego jeszcze nie mówią.

Bywa też tak, że są sprzedawane produkty zawierające tylko proszek z aceroli. Trzeba wtedy policzyć, ile w tym proszku jest kwasu askorbinowego czyli czystej witaminy C. Na ogół w 100 g proszku z aceroli będzie około 17 g witaminy C w postaci kwasu askorbinowego (czyli 1 g zawiera ok. 170 mg witaminy C). Cena 100 g proszku z czystej aceroli wynosi np. 35 zł. Wygląda tanio, ale pamiętajmy, że za tę cenę dostajemy tylko 17 g witaminy C. Ile w takim razie kosztuje nas jeden kilogram witaminy C w tym produkcie? 1 kg aceroli (1000 g) podzielmy przez 17 g kwasu askor-

binowego w 100 g proszku, a otrzymany wynik (ok. 59) pomnożmy przez cenę 100 g proszku – niech to będzie „tylko”  $35 \text{ zł} : 59 \times 35 \text{ zł} = 2\,065 \text{ zł}$ . Tyle kosztuje nas 1 kilogram witaminy C. Tanio?

Jeszcze jedna ważna kwestia: jeśli mamy do czynienia tylko i wyłącznie ze sproszkowaną acerolą czy dziką różą, to uzyskanie zawsze takiej samej ilości witaminy C jest bardzo trudne. Żeby się przekonać, ile tak naprawdę tej witaminy C jest, należałoby dokonywać badań jej zawartości w każdej partii po zebraniu, wysuszeniu i zmieleniu owocu. Dla uzyskania dokładnej i zawsze powtarzającej się ilości witaminy C uprawa owoców musi przebiegać w bardzo stabilnych warunkach. Wystarczy, że tymczasowo zmienią się warunki pogodowe i już może dojść do bardzo dużej zmiany ilości zawartych w owocach substancji. To samo dzieje się z ziołami: w zależności nawet od pory dnia zbioru już występuje zmienność ilości różnych składników zawartych w roślinie. Dlatego są w sprzedaży witaminy naturalne, gdzie w specjalny sposób jakby zagęszcza się naturalnie występujący kwas askorbinowy – wtedy w opisie najczęściej występuje informacja, że dokonano tzw. standaryzacji.

W takich wypadkach przeliczamy to podobnie. Na przykład w 100 g produktu mamy 50 g witaminy C (lub 50 000 mg, co zawsze wygląda lepiej ☺). Często na etykiecie jest napisane, że zawartość kwasu askorbinowego standaryzowano do 50%. To znaczy, że w tym produkcie zawsze będzie tyle samo witaminy C, czyli będzie ona stanowić zawsze 50% wagi produktu. Jeśli 100 g produktu (czyli 50 g witaminy C) kosztuje np. 45 zł, to przeliczamy to tak: w 1000 g mamy  $1000 / 50 = 20$  porcji po 50 g, ale ponieważ 50 g witaminy kosztuje nas 45 zł, to 1 kg (czyli 20 takich porcji) będzie kosztować:  $20 \times 45 \text{ zł} = 900 \text{ zł}$ .

Oczywiście, naturalnie występująca w owocach witamina C składa się też z wielu różnych form. Dlatego tutaj posłużyłem się przykładami dotyczącymi samego kwasu askorbinowego.

Na co jeszcze należy zwracać uwagę? Szczególnie jeśli mamy do czynienia z produktami znajdującymi się w kapsulkach, należy zwrócić uwagę, czy czasami nie zawierają szkodliwych dla zdrowia dodatków, jakim są np. stearynian magnezu czy dwutlenek tytanu (czasami opisywany jako  $\text{TiO}_2$ ). Obie substancje co prawda są legalnie dopuszczone do stosowania, ale...

Dwutlenek tytanu jest po prostu białym pigmentem stosowanym m.in. w farbach do ścian. Producentowi suplementu zależy, żeby jego produkt po prostu ładnie wyglądał. Dla mnie akurat suplement nie musi być piękny, byle był wysokiej jakości.

Kiedy zachodzi potrzeba zapakowania produktu sproszkowanego w kapsułki, wąskie kanaliki w urządzeniach pakujących po prostu się zapychają. Żeby ułatwić pakowanie takiego produktu, czyli spowodować jego płynność, dodaje się stearynianu magnezu jako substancji „smarującej”. Stanowi on również doskonały wypełniacz, zmniejszając przy okazji pylistość w otoczeniu maszyny pakującej. W żadnym przypadku nie stanowi on źródła magnezu dla człowieka, dodawany jest wyłącznie z powodów technologicznych. Żeby tę substancję jakoś przed kupującym ukryć i nie nazywać jej stearynianem magnezu, przebiegli producenci, jak opisalem powyżej, stosują nazwę taką jak np. „stearynian roślinny” czy też „sól magnezowa kwasu stearynowego” bądź „sól magnezowa kwasu tłuszczyowego” i wtedy już nazwy „stearynian magnezu” nie ma.

## Witamina C na wszystko?

Innym zagadnieniem związanym z witaminą C jest jej sposób działania. Żeby temat ten przybliżyć, muszę zacząć od kilku informacji, o których wcześniej nie pisalem lub które opisałem w mniejszym zakresie.

Każdy proces chorobowy związany jest ze stanami zapalnymi. W każdym stanie zapalnym są wytwarzane ogromne ilości wolnych rodników, niezwykle agresywnych molekuł, które niszczą błony komórkowe, DNA i mDNA (mitochondrialne DNA), cholesterol czy białka, ponadto przyspieszają procesy starzenia, przyczyniają się do powstania nowotworów itd. W końcu doprowadza to do katastrofy zdrowotnej. Bez wyjątku każda infekcja bakteryjna czy wirusowa, każde zatrucie (czymkolwiek) powoduje powstanie takiej ilości wolnych rodników, że zawsze jest to dla naszego organizmu groźne. Czasami śmiertelnie groźne!

Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ każda substancja toksyczna zatrzymująca nasz organizm jest UTLENIACZEM. Utlenianie oznacza, że toksyna ODEBRAŁA komuś jeden elektron i już go nie chce oddać. Jeśli tlen lub

azot, które normalnie mają elektrony w PARACH, utracą jeden elektron, stają się wolnymi rodnikami. Taki wolny rodnik szuka innej molekuły, której może zabrać brakujący mu elektron. Kiedy taką molekulkę znajdzie – NISZCZY JĄ NIEODWRACALNIE i... to jest całkiem normalny proces zachodzący w naszym organizmie. A co w tym jest normalnego? Ano to, że wolne rodniki są nam bardzo przydatne, bez nich nasz żywot nie trwałby długo. Nasz organizm musi je sam tworzyć, bo to one są odpowiedzialne za CHRONIENIE nas przed np. bakteriami czy wirusami, biorą one także udział w procesach komunikacji między komórkami.

Tak się jednak dzieje tylko wtedy, gdy nasz organizm w sposób bardzo precyzyjny kontroluje ilość wolnych rodników. Jak jest ona kontrolowana? Ano tak, że mamy specjalny układ składający się z substancji, które nazywamy przeciwdziałaczami. Przeciwdziałaczem jest taka substancja, która jest w stanie wolnemu rodnikowi dać brakujący mu elektron, żeby miał ich już parę, ale sama nie staje się przez to wolnym rodnikiem. Takimi substancjami w naszym organizmie są np. glutation, dysmutaza ponadtlenikowa, melatonina, kwas alfa-liponowy, koenzym Q10, katalaza czy peroksydaza glutationowa.

Kiedy jednak z jakiegokolwiek powodu w naszym organizmie powstaną tak wielkie ilości wolnych rodników, że nasz naturalny system, używając nawet wiele przeciwdziałaczy, nie daje sobie z nimi rady, wtedy mamy do czynienia z tak zwanym stresem oksydacyjnym. Inaczej mówiąc, nasz własny układ przeciwdziałający nie radzi sobie ze zbyt dużą ilością wolnych rodników. Wtedy chorujemy, a jeśli dalsze wytwarzanie wolnych rodników nie będzie opanowane, wtedy może nawet dojść do śmierci! I tak też się dzieje.

Słynna SEPSA to właśnie nic innego, jak stan pacjenta, w którego organizmie w wyniku działania bakterii powstała potężna ilość wolnych rodników. Jeśli się tego nie opanuje, pacjent umrze. Wielokrotnie co bardziej agresywne toksyny nie tylko powodują stres oksydacyjny, niszcząc molekule po molekule, ale wywołują wręcz reakcję łańcuchową, w której tworzone są wolne rodniki! Zupełnie jak w reaktorze atomowym. Najprawdopodobniej właśnie tak dzieje się w przypadku sepsy.

Wiadomo, że do tego typu zakażeń nie dochodzi w domu. Zakażenia takimi bakteriami występują w zasadzie tylko w szpitalach. Nie idziemy do szpita-

la, żeby się zakazić bakterią, która może spowodować naszą śmierć. Udamy się tam, żeby odzyskać zdrowie, a nie je stracić. A to właśnie szpital jest siedliskiem najgroźniejszych dla chorego człowieka bakterii. Polscy pacjenci wielokrotnie nie umierają z powodu swojej choroby, z którą zgłosili się do szpitala, lecz z powodu choroby, którą im właśnie tam zaserwowało. Czy nie należałoby się nad tym jak najszybciej zastanowić i błyskawicznie coś zrobić? Dzisiaj tylko o tym czytamy, ale jutro to my sami możemy się znaleźć w takiej sytuacji. Albo nasze dzieci czy wnuki. I wtedy nikt z nas nie chciałby usłyszeć tego, co najczęściej się słyszy od lekarzy: „Nic więcej nie możemy zrobić”.

## CZYŻBY?

Ponieważ jest to temat tak niezwykle ważny dla życia każdego Polaka, przyjrzymy mu się troszkę bliżej. Pomińmy teraz sprawę, skąd w ogóle tego typu bakteria znalazła się w szpitalu i dlaczego nie potrafi się jej wyeliminować, żeby nie zagrażała przyjętym do szpitala pacjentom. Kto odpowiada za śmierć pacjenta, która została spowodowana przez środowisko szpitala? Czy ktoś kiedyś dostał jakiekolwiek odszkodowanie za to, że członek rodziny stracił życie w szpitalu, ale nie z powodu choroby, z którą do szpitala poszedł? Czy ktoś za to odpowiada? To zupełnie inny temat.

Popatrzmy, jak to działa. Mamy przypadek sepsy. Po zbadaniu przez lekarzy, jaki konkretnie rodzaj bakterii spowodował sepse, podawany jest najczęściej określony antybiotyk. Ale każda bakteria może uodpornić się na działanie każdego antybiotyku. Bez względu na to, czy jest to antybiotyk mający działanie cytostatyczne, czy też bakteriobójcze. Pacjentowi podaje się czasami kilka antybiotyków i to w bardzo dużych ilościach. Niestety, żaden z nich nie działa. Bakterie, będąc wywołującym chorobę patogenem, powodują powstanie tak dużej ilości wolnych rodników, że organizm pacjenta nie może sobie z nimi poradzić. W końcu te szalejące wolne rodniki doprowadzają do takiego wyniszczenia organizmu, że chory umiera.

Przy okazji: silne antybiotyki również prowadzą do katastrofalnego wyniszczenia flory bakteryjnej pacjenta. Jak wiadomo, flora bakteryjna jest odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego. Tak więc mamy tu do czynienia z przykładem leczenia, które prowadzi do znacznego osłabienia układu odpornościowego pacjenta, a przecież to wła-

śnie ten niszczony system odpornościowy jest mu tak bardzo potrzebny. Nie ulega wątpliwości, że często podanie antybiotyku może komuś uratować życie. Dzieje się tak, bo antybiotyk szybciej niszczy bakterie szkodliwe niż te nam potrzebne. W tym przypadku szkodliwe dla nas bakterie nie dają rady oprzeć się antybiotykowi.

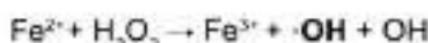
Jednakże bakterie, które wywołują sepsę, zupełnie na antybiotyk nie reagują. Produkcja wolnych rodników odbywa się w postępie geometrycznym. Pacjentowi grozi śmierć. Co zrobić? Podać więcej antybiotyków? Bez sensu, bo antybiotyki nie usuwają wolnych rodników. A co w takich razach się najczęściej robi? Podaje się więcej antybiotyków! Łom, nóż czy siekiera?

Każdy już chyba teraz widzi, że logika nakazywałaby, żeby w takim przypadku choremu bezzwłocznie podać jakąś substancję, która szybko zneutralizowałaby nadmierną ilość wolnych rodników. A najlepiej byłoby zastosować coś, co może wykonać to zadanie natychmiastowo, ale w taki sposób, żeby nie zniszczyć pacjentowi zdrowia. No i... dobrze by było, gdyby to była jakaś substancja bardzo łatwo osiągalna i bardzo tania.

### **Taką substancją jest właśnie witamina C!**

Dlaczego właśnie witamina C ma takie działanie? Niemalże wszystkie patogeny wymagają do swojego funkcjonowania i mnożenia się dużej ilości żelaza. Wiele antybiotyków działa właśnie w ten sposób, że wiąże i usuwa jony żelaza, spowalniając lub całkiem wręcz zatrzymując rozwój bakterii. Jeśli to się uda uzyskać, wtedy system odpornościowy włącza się do akcji i już sam dokańcza ten proces. Patogeny są wręcz „nasycone” żelazem. Spora część tego żelaza jest w stanie niezwiązanym, a więc bardzo reaktywnym. Fakt ten jest niezwykle ważny, aby wyjaśnić selektywne działanie witaminy C. Będzie trochę technicznie i TEORETYCZNIE, ale tylko przez chwilę.

Z pewnością każdemu lekarzowi znana jest reakcja Fentona ;-) opisana ponad 100 lat temu:



Jakkolwiek wydaje się to proste, przebieg tej reakcji, a szczególnie dalsza część, ciągle nie jest do końca wyjaśniona. Natomiast jeśli chodzi o jej zastosowanie, powyższe równanie nam wystarczy. Reakcja ta zachodzi wtedy, kiedy w tym samym miejscu znajdzie się wystarczająca ilość wcześniejszej wspomnianego niezwiązanego żelaza oraz nadtlenku wodoru – czyli wody utlenionej. Jak widać, w wyniku tej reakcji powstaje niezwykle reaktywny wolny rodnik hydroksylowy. Molekuła ta nie tylko jest wolnym rodnikiem sama w sobie, ale również wyzwała dalsze reakcje, w wyniku których powstaje jeszcze więcej wolnych rodników. Stąd też jest ona niezwykle szkodliwa dla naszego zdrowia, szkodliwa dla każdej komórki, o ile powstaje w nadmiernych ilościach. Nie ma żadnego enzymu ani żadnej reakcji, które mogłyby ten wolny rodnik zneutralizować. Jedyną drogą do jego neutralizacji jest natychmiastowe zniszczenie innej substancji w celu odebrania jej jednego elektronu (jedyną substancją znaną z selektywnego niszczenia rodnika hydroksylowego jest wodor w postaci molekularnej czyli  $H_2$ , ale nie jako jon  $H^+$ .)

Tak się jednak składa, że żelazo zawarte w komórkach patogenów jest trójwartościowe ( $Fe^{3+}$ ). Przy udziale witaminy C dochodzi do jego konwersji w żelazo dwuwartościowe ( $Fe^{2+}$ ), a wtedy reakcja Fentona może już być rozpoczęta z lawinowo narastającą ilością śmiertelnie szkodliwych rodników hydroksylowych. Efektem tej reakcji jest potężny stres oksydacyjny. Zaraz, zaraz, o co tu chodzi? Przecież właśnie za wszelką cenę staramy się przez zastosowanie przeciwtłocznicy ten stres oksydacyjny zmniejszyć!

Rzeczywiście, nasz organizm usiłuje utrzymać w równowadze produkcję wolnych rodników tak, żeby nie było ich więcej niż potrzeba. Największą rolę odgrywają tutaj trzy endogenne przeciwtłocznice: dysmutaza ponadtlenkowa, katalaza i peroksydaza glutationowa. Dysmutaza zapobiega przekazywaniu elektronów w reakcji Fentona, podczas gdy katalaza i peroksydaza utrzymują najwyższy z możliwych poziom nadtlenku wodoru.

Może to wyglądać na pewien paradoks, ale rzeczywiście w pewnych warunkach witamina C może wywołać silny stres oksydacyjny! To z tego właśnie powodu istnieją teorie mówiące, że witamina C może zniszczyć materiał biologiczny, spowodować uszkodzenia na poziomie genetycznym, a nawet może sprzyjać rozwojowi nowotworów. Na szczęście są to tylko

teorie, które nigdy nie zostały potwierdzone w praktyce przez żaden ośrodek naukowy.

Zauważmy, że w pierwszym kroku, czyli w konwersji  $\text{Fe}^{3+}$  do  $\text{Fe}^{2+}$ , witamina C zadziałała jako przeciutleniacz, oddając elektron, a następnie nastąpił wręcz wybuch produkcji najgroźniejszego ze znanych wolnych rodników i to w takich ilościach, jak w reaktorze atomowym, powodując niesamowicie silne procesy utleniania! Dobrze to w końcu czy źle? To zależy od tego, gdzie ma miejsce ta reakcja.

W części pierwszej „Ukrytych terapii” napisałem, że w pewnych warunkach witamina C może sprzyjać powstaniu reakcji Fentona, ale... przy podaniu jej w zbyt niskiej dawce. To jest widoczne w praktyce, rzeczywiście ma miejsce. Czasami jeśli ktoś weźmie 200 czy 300 mg witaminy C, a zdarzy się tak, że w jego organizmie będą gdzieś sobie przebywać WOLNE, niewiązane jony żelaza lub miedzi, to do reakcji Fentona dojdzie. Powstanie wtedy dużo rodników hydroksylowych i taka osoba rzeczywiście będzie czuć się bardzo źle. Jej źle, a czasami bardzo źle samopoczucie będzie spowodowane właśnie wyprodukowaniem sporej ilości wolnych rodników. Wtedy czasem słyszymy, że pacjent źle się czuje po przepisanej mu „zwykłej witaminie C” i w świat idzie wiadomość, że witamina C jest szkodliwa.

Zwrócmy jednak uwagę na jedną rzecz. Źle samopoczucie pacjenta w tym przypadku, jak już wiemy, jest spowodowane wolnymi rodnikami. Co zatem takiemu pacjentowi należy podać? Oczywiście jakiś przeciutleniacz! Jaki jest najłatwiej osiągalny i najtańszy? Witamina C oczywiście! Chwila... STOP! Podać mu witaminę C – tę samą, która spowodowała, że się źle czuje?

### TAK!

Rozwiązaniem jest podanie jeszcze większej ilości witaminy C! Problem znika natychmiast, ponieważ neutralizowanie wolnych rodników przebiega znacznie szybciej niż ich tworzenie. Na ogół ilość wolnych jonów żelaza czy miedzi jest stosunkowo mała i cały proces nie trwa dłużej niż kilka godzin.

W przypadkach krytycznych należy oczywiście witaminę C podawać dożylnie w postaci askorbinianu sodu, co wystarczająco obszernie opisałem

w części pierwszej „Ukrytych terapii”. Natychmiastowe podanie pacjentowi witaminy C spowoduje błyskawiczną redukcję ilości wolnych rodników. To czasami dzieje się dosłownie w ciągu minut!

## Witamina C i SEPSA

Jakieś dwa lata temu otrzymuję wczesnym rankiem e-maila od pewnego lekarza, który właśnie skończył nocny dyżur. W e-mailu tym pan doktor opisuje, że w szpitalu, w którym pracuje, na jego dyżurze umierała kobieta. Do szpitala zgłosiła się z ostrym zapaleniem trzustki. Następnie doszła sepsa. Sepsa spowodowana przez bakterie, które nie reagowały na żadne antybiotyki. Pacjentka przeżyła po podaniu witaminy C w postaci askorbinianu sodu. Natychmiast poprosiłem pana doktora o jego numer telefonu. Po minucie zaczęliśmy rozmawiać. Cytuję tutaj słowa tego lekarza:

„Mam ponad 20 lat doświadczenia, jestem wyposażony w sprzęt o wielomilionowej wartości, jestem wyposażony również w potężny arsenał środków farmaceutycznych. Zastosowałem wszystko, co tylko mogłem. Z mojego doświadczenia wiadziałem, że kobiecie tej pozostała tylko godzina życia, najwyżej dwie. Wiem, że pacjentka za chwilę mi umrze, a ja jestem bezradny. W szafce miałem askorbinian sodu, który zostawili mi pacjenci. Tak naprawdę nie wiedziałem, co mam z tym zrobić. Kilka dni wcześniej wpadła mi w ręce pana książka i zrobiłem tak, jak pan to tam opisał. Po godzinie już z tą pacjentką rozmawiałem. Przeżyła. Wszystko przeszło, jak ręką odjął. Tragiczne jest to, że gdybym zastosował się do obowiązujących mnie procedur, kobieta by już nie żyła. Dzisiaj uratowałem komuś życie i zrobiłem to... nielegalnie!”

Pytam: „Czy pielęgniarki widziały co pan robił?”

– „Nie, wysłałem je do pacjentów leżących w pokojach znajdujących się na drugim końcu korytarza”.

Pytam dalej: „Czy pacjentka wie, co pan zastosował?”

– „Nie”.

Pytam: „Czy rodzina pacjentki wie?”

– „Nie”.

Pytam jeszcze: „A kto o tym wie?”

– „Tylko pan i ja”.

Mówię na to: „To już niech tak zostanie”.

To był pierwszy taki przypadek. Od tamtej pory miałem już sporo telefonów od wielu lekarzy pytających mnie o szczegóły zastosowania wlewów dożylnych z askorbinianu sodu. Za każdym razem, bez wyjątku, rozmawiałem z nimi tak długo, jak było potrzeba. Każdemu cierpliwie tłumaczyłem, jak to robić. Wspólnie tworzyliśmy „podziemie medyczne” w Polsce, z czego jestem niezwykle dumny, bo wiem już teraz na 100%, że dzięki temu medycznemu podziemiowi, dzięki tym lekarzom, wiele osób żyje, nie umarło.

Wielu z takich lekarzy kontaktowało się później ze mną, przekazując mi nie tylko swoje podziękowania, ale też wyrazy ogromnego podziwu dla tak prostego środka, jakim jest witamina C. Często mówili mi: „U mnie już nie ma sepsy”. A wszyscy okazywali swoją wściekłość, że nie wiedzieli o tym wcześniej, że w pierwszym rzędzie właśnie tego powinno się uczyć studentów medycyny, a przecież na ten temat nie mówi się im nawet jednego słowa.

Współcześnie kształcony lekarz jest znacznie mniej skuteczny, niż mógłby być. Współcześnie kształcony lekarz nie wie o tym, że w sposób łatwy i tani, a przede wszystkim bezpieczny, mógłby ludziom ratować życie. Przecież tego typu sytuacje to chleb powszedni każdego lekarza pracującego np. na oddziale ratunkowym. To są sytuacje, które zdarzają się cały czas. Nawet teraz, kiedy czytacie tę książkę, ktoś umiera, bo lekarz nie wie, jak go uratować, bo nikt go nie nauczył, jak w takim przypadku podać askorbinian sodu. Kto chciałby być na miejscu takiego pacjenta? Nikt z nas jednak nie wie, czy np. jutro w takiej roli nie wystąpi. A może będzie to nasz ojciec, matka, a może nasze dziecko?

Jeden z lekarzy medycznego podziemia, powiedział mi wprost: „Jest mi tak wstydu za tych wiele poprzednich lat, bo gdybym tylko wiedział wtedy to, czego się dowiedziałem od pana, mógłbym uratować tyle ludzkich istnienia, złagodzić przebieg tylu potwornych chorób. Do dziś nie mogę się z tym pogodzić”.

Bywa też tak, że po podaniu askorbinianu sodu nagle bakteria zaczyna reagować na antybiotyk, na który wcześniej nie reagowała! **Kluczem tutaj jest jak najszybsze pozbycie się niszczących pacjenta wolnych rodynków! I wtedy nagle chory, który już był skazany na śmierć, odzyskuje życie!** A substancja, która tego dokonała, to zwykły, wszędzie dostępny i tani jak przysłowiowy barszcz, askorbinian sodu. Dlaczego więc tej substancji nie stosuje się w żadnym polskim szpitalu, a Polacy jak umierali, tak umierają?

Opisywane były przypadki wyleczenia ostrego stanu neurologicznego spowodowanego boreliozą, gdzie do całkowitego wyleczenia doszło w ciągu 3 dni. Czy można by uzyskać powtarzalność? Nie wiem, ale z pewnością warto spróbować, bo zakażenie boreliozą i problemy z tym związane stanowią w tej chwili niemalże problem społeczny w Polsce.

Ostatnio nasze media informowały, że w wielu polskich szpitalach dochodzi do zakażeń spowodowanych bakteriami, które nie reagują na żadne antybiotyki, co często kończy się śmiercią pacjentów. Jak widzimy, tym zgonom można było zapobiec. Czy to zrobiono? Czy natychmiast zastosowano askorbinian sodu? Oczywiście, że nie! Media powiadomiły nas natomiast o tym, że związku z tym problemem odbędzie się spotkanie bakteriologów. Umierającemu na sepsę pacjentowi takie spotkanie nie jest potrzebne, wystarczy go tylko o to zapytać. Nie trzeba się spotykać, tylko trzeba coś koniecznie robić! Już, teraz, bo pacjent kona!

Móże należało zaproponować rodzinie, że ponieważ pacjent umiera, choć lekarze zastosowali już wszystko, co było dla nich dostępne, to może by spróbować jeszcze czegoś, czego co prawda nigdy wcześniej tutaj nie robiono, ale wiadomo, że może pomóc? A skąd to wiadomo? Wystarczy tylko sięgnąć do publikacji medycznych, który te tematy opisują, w szczególności poczytać o zastosowaniu witaminy C w przypadkach sepsy. Chociażby do tych prac:

Wilson JX. **Mechanism of action of vitamin C in sepsis: Ascorbate modulates redox signaling in endothelium.** Biofactors. 2009 Jan–Feb; 35(1): 5–13.

Ichim TE, Minev B, Braciak T, Luna B, Hunninghake R, Mikirova NA, Jackson JA, Gonzalez MJ, Miranda-Massari JR, Alexandrescu DT, Dasanu CA, Bogin V, Ancans J, Stevens RB, Markosian B, Koropatnick J, Chen C-S, Riordan NH. **Intravenous ascorbic acid to prevent and treat cancer-associated sepsis?** J Transl Med. 2011 Mar 4; 9: 25.

Wilson JX, Wu F. **Vitamin C in sepsis.** Subcell Biochem. 2012; 56: 67–83.

Wilson JX. **Evaluation of Vitamin C for Adjuvant Sepsis Therapy.** Antioxid Redox Signal. 2013 Dec 10; 19(17): 2129–2140.

Carr AC, Shaw GM, Fowler AA, Natarajan R. **Ascorbate-dependent vasopressor synthesis: a rationale for vitamin C administration in severe sepsis and septic shock?** Crit Care. 2015 Nov 27; 19: 418.

Fowler AA 3rd<sup>1</sup>, Syed AA, Knowlson S, Sculthorpe R, Farthing D, DeWilde C, Farthing CA, Larus TL, Martin E, Brophy DF, Gupta S; Medical Respiratory Intensive Care Unit Nursing, Fisher BJ, Natarajan R. **Phase I safety trial of intravenous ascorbic acid in patients with severe sepsis;** J Transl Med. 2014; 12: 32.

(Jeden z autorów tej pracy ma ponad 30 lat doświadczenia dotyczącego sepsy i przypadków ostrych schorzeń płuc. Jest on niemal chodzącą encyklopedią dożylnego zastosowania witaminy C w takich przypadkach. Może o tych sprawach mówić godzinami.)

Berger MM, Oudemans-van Straaten HM. **Vitamin C supplementation in the critically ill patient.** Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2015 Mar; 18(2): 193–201.

Oczywiście, takich prac jest znacznie więcej. Dlaczego w Polsce nikt na to nie zwrócił uwagi? Żaden z uniwersytetów medycznych. Żaden ze szpitali klinicznych. Nikt.

Już w części pierwszej podałem wiele źródeł wskazujących na niesamowitą skuteczność dożylnie podawanego askorbinianu sodu przy niespotykanyem wręcz stopniu bezpieczeństwa tej substancji. Główę swoją daję za to! To znaczy: chciałem dać. Kiedy poinformowano nas, że w sprawie sepsy w polskich szpitalach coś usiłuje zrobić SANEPID, do dyrektora tej instytucji napisałem e-maila o następującej treści:

Główny Inspektor Sanitarny – Marek Posobkiewicz  
Główny Inspektorat Sanitarny  
ul. Targowa 65  
03-729 Warszawa

Data: 02.05.2016

Szanowni Państwo,

W związku z ostatnim doniesieniem, jakie ukazało się w mediach informuję że:

Istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo opanowania, zredukowania czy nawet całkowitego zlikwidowania tego problemu we wszystkich szpitalach w Polsce.

Wiąże się to z podaniem dożylnym dużej ilości, tzn. ok. 100 do 200 g. askorbinianu sodu (co w pewnym zakresie opisałem w mojej książce).

Bezpieczeństwo tej metody jest tak wysokie, że niniejszym oświadczam, iż zgłaszać się ochotniczo na podanie mi askorbinianu sodu w wyżej wymienionej ilości, z zachowaniem wszelkich obwarowań prawnych, jakich będzie Państwo ode mnie wymagali.

Informuję również, że metoda ta jest już w Polsce stosowana w przypadkach sepsy (niestety nielegalnie), gdzie pacjenci nie utracili życia, pomimo tego, że metoda ta była zastosowana, kiedy byli oni już w stanie agonalnym.

Rozumiem, że ta metodologia nie jest znana w Polsce, jednakże w obecnej sytuacji jakiekolwiek zwlekanie ze zrobieniem czegoś bardzo konkretnego spowoduje niepotrzebną śmierć wielu pacjentów, zwłaszcza że standardowe podejście się nie sprawdza.

W przypadku zainteresowania Państwa rozwiązaniem tego niezwykle poważnego problemu bardzo proszę o natychmiastowy kontakt.

Z wyrazami szacunku,  
Jerzy Zięba

Autor: „Ukryte terapie – czego Ci lekarz nie powie”

Jak można było się spodziewać: kamień w wodę! Tak prawdę mówiąc, konstruktywnej odpowiedzi nie oczekowałem. Byłoby jednak miło otrzymać jakąkolwiek odpowiedź, choćby np.: „Nie, poradzimy sobie”. Napisałem wyraźnie: „W przypadku zainteresowania Państwa rozwiązaniem tego niezwykle poważnego problemu, bardzo proszę o natychmiastowy kontakt”. Jak widać... zainteresowania nie było. Szkoda, bo to takie proste rozwiązanie, bo KAŻDY proces chorobowy to właśnie wielka, zalewająca nas lawina wolnych rodników. Jak już wspomniałem, chodzi tutaj nie tylko o sepsę, ale o prawie każdą chorobę!

Znana piosenkarka i aktorka Cher od ponad 36 lat cierpi podobno na syndrom ciągłego zmęczenia spowodowany wirusem (wirus Epsteina-Barr). Kiedy opublikowałem na Facebooku tę informację, cytując badania naukowe dotyczące zastosowania witaminy C w takim przypadku, natychmiast ukazał się, ironiczny oczywiście, wpis: „Po 36 latach od zakażenia to rzeczywiście każda minuta się liczy. Szybka reakcja wskazana ☺”. Pomyślałem: „Co za głupek, mam tylko nadzieję, że nie jest lekarzem”.

Brak zrozumienia, jak działa witamina C, jest chyba bardziej niż widoczny. Jakie ma znaczenie, kiedy doszło do zakażenia wirusem? Znaczenie ma to, że organizm tej kobiety jest zalany wolnymi rodnikami i natychmiastowe zastosowanie czegoś, co mogłoby je zneutralizować, z pewnością przyniosłoby pozytywny efekt. Naturalnie, nie oznacza to, że można byłoby zastosować tylko samą witaminę C. Wsparcie innymi substancjami naturalnymi najprawdopodobniej przyniosłoby jeszcze lepszy skutek.

Po ukazaniu się części pierwszej „Ukrytych terapii” powstały w Polsce dziesiątki miejsc, w których zaczęto podawać witaminę C, szczególnie pacjentom z chorobą nowotworową. Media wypisywały wyssane z palca bzdury, że ja leczę nowotwory witaminą C, że podobno namawiam ludzi, żeby nie stosowali chemioterapii, a stosowały tylko witaminę C i będą wyleczeni z raka.

Jak było widać, czasami wielu redaktorom poważnych wydawałoby się mediów nie brakuje fantazji, natomiast brakuje zwykłej uczciwości, rzetelności i etyki dziennikarskiej. Żadna redakcja nie pokusiła się, aby tego typu tezy zweryfikować u źródła czyli u mnie. Przecież zawsze byłem do dyspozycji. Żadna z tych redakcji z tego nie skorzystała, wolała zanurzyć się w bagno kłamstwa, które sama stworzyła i sama propagowała w polskim społeczeństwie. Żadna z tych redakcji nigdy nie wysłała swojego przedstawiciela na którekolwiek z moich spotkań, żeby otwarcie o tym podyskutować czy zadać pytania. Tutaj odwagi już im zabrakło. Pełno jej natomiast mieli, wypisując kompletne bzdury o mnie i o tym, co mówię, mnie nie dając możliwości żadnej reakcji. Czyli opluć i się schować.

Przecież ci, którzy na spotkaniach ze mną bywali, wiedzą doskonale o tym, że nigdy nie powiedziałem, że witamina C jest lekiem na raka! W części pierwszej „Ukrytych terapii” opisałem przypadki, gdzie rzeczywiście podanie tylko samej witaminy C spowodowało, że rak po prostu zniknął. Osobiście również spotkałem osoby, u których to wystąpiło. Ale to wcale nie oznacza, że witamina C jest lekiem na raka!

Nigdy nie zapomnę przypadku pięcioletniej Kasi z nieoperowalnym nowotworem mózgu. Kasę usiłowano operować, miała stosowaną chemioterapię, próbowało również radioterapię. Dziecko usiłowano leczyć w klinikach w Niemczech, Szwajcarii, Szwecji, no i w Polsce. Matka Kasi zadzwoni-

ła do mnie, kiedy powiedziano jej, że Kasia umrze w ciągu następnego tygodnia, może dwóch. Dziewczynka leżała wtedy w jednej z bardzo znanych polskich klinik onkologicznych. Była już sparalizowana, straciła mowę i słuch. Matka Kasi zadzwoniła do mnie, płacząc i błagając o pomoc dla swojego umierającego dziecka. Przewidując efekt, zasugerowałem, żeby porozmawiać z panią profesor, ordynator oddziału, na którym przebywała Kasia, żeby dziecku natychmiast podano wlew z askorbinianu sodu. Słowa pani ordynator, profesora medycyny, były takie: „Ja w to nie wierzę, Kasi już nic nie jest w stanie pomóc”.

Czas uciekał, dziecko było w agonii. Ponownie zasugerowałem rozmowę z panią profesor, pytając, oczywiście zupełnie teoretycznie, czy zgodzi się na to, że rodzice sami to Kasi podadzą (ja bym dokładnie powiedział jak), ale żeby w szpitalu można było monitorować parametry życiowe dziecka. Wiedziałem oczywiście, że jest to mrzonka, ale... tonący brzytwy się chwyta. Naturalnie, odpowiedź była, że nie. Wiadomo: procedury, przepisy, itd. Przerażał mnie wtedy i wciąż przeraża dzisiaj całkowity brak zainteresowania osoby z tytułem profesora medycyny tym, że przecież oferowałem całą masę informacji naukowych na ten temat! Jak mi powiedzieli rodzice Kasi, podejście było: „Nie, bo nie”. Rodzice na własne ryzyko wpisali umierającą córkę do domu.

Ktoś zasugerował, żeby Kasi podawać dożylnie askorbinian sodu. W firmie sprzedającej odczynniki chemiczne rodzice jeszcze tego samego dnia zakupili askorbinian sodu w proszku. Sprowadzili też z zagranicy wiele innych suplementów. Na szczęście Kasię wypisano do domu z nieusuniętym wkłuciem centralnym (w uproszczeniu: jest to cienka rurka, przez którą można podać lek niemalże bezpośrednio do serca, co ma bardzo wiele zalet). Mama Kasi powiedziała mi, że jest gotowa podać Kasi askorbinian sodu sama. Ostrzegłem ją jednak, że robi coś bardzo ryzykownego. Nie dlatego, że jest to askorbinian sodu, ale ze względu na brak jakiegokolwiek monitorowania stanu Kasi. Mieliśmy tylko kontakt telefoniczny i tak pozostało do końca. Długo wyjaśniałem, jakie są potencjalnie zagrożenia. Że może dojść na przykład do obrzęku mózgu, jeśli komórki nowotworowe zaczną się gwałtownie rozkładać i nie będzie możliwe odpowiednio szybkie usunięcie ich metabolitów z mózgu. Odpowiedź mamy Kasi była taka: „Dziecko mi za chwilę umrze, żaden lekarz nie jest już nam w stanie pomóc, mam tylko czekać na śmierć mojego dziecka. No więc czym ryzykuję? Zwłaszc-

caż że kilka godzin temu dostała już szczękościsk! Ona za chwilę umrze na moich rękach!".

Znacznie już później dowiedziałem się, że wlew został przygotowany na stole w kuchni i natychmiast podany. Już po kilku godzinach szczękościsk ustąpił całkowicie. Długą historię i wiele szczegółów pominię, ale poprawa w stanie Kasi następowała z dnia na dzień. Po dwóch miesiącach rodzice zabierali Kasię np. do restauracji. Pozostał ciągle jednak pewien paraliż kończyn prawej strony. Kasia już mówiła, odzyskała słuch, zaczęła się w miarę normalnie rozwijać. Pięć miesięcy później wystąpił obrzęk mózgu, który opanowano w szpitalu sterydami. Cały proces był kontynuowany, ale wszystkie dawki zostały zredukowane do 1/3. Ponieważ to mama Kasi zawsze dzwoniła do mnie, a jej numer nigdy mi się nie wyświetlał, nie mogłem się z nią kontaktować. Założyłem, że wszystko było OK. Nie było. Mama Kasi była tak załaszczywana sterydami, że zaczęła podawać je dziecku sama. Zupełnym przypadkiem dowiedziałem się, że Kasia zmarła, będąc na sterydach, co spowodowało poważny konflikt w tej rodzinie. Szkoda... Dlaczego nie można było leczyć tego dziecka normalnie, pod kontrolą lekarza, w szpitalu, monitorując wszystkie parametry? Może Kasia by żyła do dziś?

Zawsze mówię, że chociaż nie można traktować witaminy C jako leku na raka, bo czegoś takiego po prostu nie ma i nigdy nie będzie, to niepodważalną prawdą jest, że zastosowanie witaminy C w chorobie nowotworowej przynosi całą gamę niezwykle ważnych korzyści terapeutycznych – właściwie bez jakichkolwiek istotnych skutków ubocznych.

**Dzieje się to jednak tylko wtedy,  
kiedy jest ona stosowana we właściwy sposób!**

Zawsze i wszędzie mówiłem to samo i nigdy nie zmieniłem zdania, nigdy: **na podstawie dostępnej w tym zakresie wiedzy uważam, że należy stosować witaminę C w każdej ciężkiej chorobie z nowotworem włącznie.** Oczywiście są wyjątki, o których już pisalem w poprzedniej części. Dlatego otwarcie również mówilem i mówię nadal, że:

**Wielkim skandalem jest to, że askorbinian sodu podawany dożylnie nie jest używany przez polską medycynę.**

A przecież w wielu innych krajach jest to środek terapeutyczny numer 1! Czy naprawdę chcemy być gorsi? Czy naprawdę nie stać jest nas na to, żeby robić to, co robi się chociażby w Chinach? W niektórych chińskich szpitalach są ogromne sale, gdzie pacjenci dostają wlewy z witaminą C – czasami jeszcze zanim zostanie postawiona diagnoza. Dlaczego Chińcy rozumieją, jak to działa, a my w Polsce nie?

Mam, i niniejszym je wyrażam, ogromne, potężne zastrzeżenia w stosunku do wszystkich tych, którzy są odpowiedzialni za stan medycyny w Polsce. Nie chodzi mi tylko o ministra zdrowia, poszczególne rządy i prezydentów Polski, ale przede wszystkim o środowisko medyczne. W szczególności zaś w imieniu tych, którzy niepotrzebnie cierpią, jak też tych, którzy niepotrzebnie umarli, mam ogromne pretensje do władz uczelni medycznych w Polsce. Przecież tysiące pacjentów w Polsce zupełnie niepotrzebnie cierpi, zupełnie niepotrzebnie umiera tylko dlatego, że lekarzy nie nauczono, jak można chorym pomóc odzyskać zdrowie, a nawet uratować życie. Dlaczego się tego nie uczy? Dlaczego, jak to się mówi, „odwalana jest taka fuszerka?”. W imię czego? Przecież to, o czym piszę, jest od wielu lat ZNANE na świecie!

Kiedy ja mówię o dobrym odżywianiu, o zwyczajach żywieniowych, o używaniu produktów ekologicznych, o witaminach, minerałach, dobrych tłuszczech, o stosowaniu w leczeniu człowieka naturalnych substancji, co przynosi niespotykane efekty terapeutyczne w chorobach przewlekłych, wtedy jestem uznawany za znachora i szarlatana. Kiedy medycyna akademicka do leczenia chorób przewlekłych używa sztucznych, nienaturalnych dla człowieka substancji powodujących dewastujące zdrowie skutki uboczne przy braku skuteczności, nazywa się to naukowym podejściem do leczenia człowieka.

Inną oczywiście kwestią są szkodliwe w wielu przypadkach procedury medyczne, które również, uważam, powinny być bezzwłocznie zmienione.

## Podawanie dożywionej witaminy C

Poniższy opis jest skierowany do lekarzy.

Na każdym moim spotkaniu w Polsce czy też za granicą byli obecni lekarze. Często padało pytanie dotyczące stosowania askorbinianu sodu.

szczególnie w przypadku choroby nowotworowej. Opisałem to co prawda w części pierwszej, ale proszono mnie o dokładniejszy opis. Oczywiście było to niemożliwe do przekazania w parę minut, ale w późniejszych kontaktach wszystkim zainteresowanym lekarzom przekazywałem szczegółowo. Ale dotarły one tylko do znikomej części wszystkich polskich lekarzy, biorąc pod uwagę, ilu ich w Polsce mamy. Dlatego postanowiłem, że w tej książce opiszę to znacznie bardziej dokładnie.

Dlaczego witamina C w przypadku nowotworów może być tak skuteczna? Wynika to z kilku powodów, o których niewiele się mówi, a przynajmniej niewiele się mówi w sposób otwarty. Oto one.

Po pierwsze, komórki nowotworowe często „cierpią” na niedobory przeciwwutleniaczy, takich jak peroksydaza glutationowa czy też dysmutaza po-nadtlenkowa. Niezwykle niskie poziomy katalazy powodują, że w cytoplazmie komórki nowotworowej dochodzi do nadmiaru nadtlenku wodoru czyli wody utlenionej.

Po drugie, namnażające się komórki nowotworowe, tak jak każdy inny patogen, wymagają bardzo dużej ilości żelaza, niezbędnego w procesach po-działu. Stąd właśnie stosunkowo spore ilości niezwiązanego żelaza znajdują się w cytoplazmie komórek nowotworowych.

W sumie niski poziom endogennych przeciwwutleniaczy – w obecności witaminy C (konwersja  $Fe^{3+}$  do  $Fe^{2+}$ ) oraz wolnych jonów żelaza, tak jak to wyżej opisałem – prowadzi do gwałtownej produkcji rodników hydroksylo-wych o niesamowicie wysokiej sile niszczącej. Ale... dzieje się to tylko we-wnątrz komórki nowotworowej. W komórce zdrowej poziomy samej katala-zy są na tyle wysokie, że nie może dojść do reakcji Fentona. Stąd właśnie wynika selektywne działanie witaminy C na komórki nowotworowe, ale nie na komórki zdrowe.

Widomo też, że im słabsza budowa struktury kolagenowej płynu między-komórkowego, tym łatwiej dochodzi do rozprzestrzenienia się komórek nowotworowych. Struktura ta z kolei w bardzo dużym stopniu zależy od obecności dużej ilości witaminy C, która jest absolutnie niezbędna do pra-widłowej syntezy kolagenu.

Poza tym duże dawki askorbinianu sodu działają antyangiogenicznie, co zostało już potwierdzone:

*Mikirova NA, Ichim TE, Riordan NH. Anti-angiogenic effect of high doses of ascorbic acid. J Transl Med. 2008 Sep 12; 6: 50.*

Praktyka to potwierdza, choć niektóre badania na myszach wskazują na zjawisko odwrotne:

*Telang S, Clem AL, Eaton JW, Chesney J. Depletion of ascorbic acid restricts angiogenesis and retards tumor growth in a mouse model. Neoplasia. 2007 Jan; 9(1): 47–56.*

Ja jednak jestem bardziej skłonny trzymać się tego, co mówią praktycy klinicyści. Ich wieloletnie doświadczenia w stosowaniu witaminy C w dużych ilościach u ludzi nie potwierdzają tego, co zauważono u myszy. Wręcz przeciwnie. To jest właśnie przewaga praktyki nad teorią.

Chciałem tu podkreślić, że opisane przeze mnie powyżej mechanizmy to również teoria. Uporczywie również nawołuję do tego, aby władze uniwersytetów medycznych skorzystały z wiedzy praktycznej i opracowały teoretyczne mechanizmy działania witaminy C.

Gdy komórka nowotworowa jest poddana atakowi wolnych rodników, których powstanie zainicjowała witamina C, jednocześnie bardzo silnie jest wzmacniany cały układ odpornościowy pacjenta. Podanie askorbinianu sodu w przypadkach ostrzych, takich jak sepsa, różnego rodzaju zatrucia, ostre infekcje bakteryjne czy wirusowe, ostre stanły zapalne trzustki czy wątroby (wszystkie typy) jest proste, co wcześniej opisalem. Jednak należy pacjentowi wykonać wszystkie badania, które wcześniej opisalem.

Natomiast w przypadku nowotworów jest to bardziej skomplikowane. Po analizie badań i dojściu do wniosku, że można pacjentowi podać askorbinian sodu, należy zgodnie z wcześniej podanym opisem przygotować wlew infuzyjny. Nie ma jakiejś jednej konkretnej procedury podawania wlewu. Najczęszym sposobem jest procedura, jaką przez wiele lat stosował dr Riordan (w wielu ośrodkach stosuje się ją do dziś). Ogólnym celem jest uzyska-

nie stężenia witaminy C we krwi na poziomie co najmniej 350–400 mg/dl. W skrócie wygląda to tak:

1. Pierwszy wlew robiony jest przy użyciu 15 g (dodać należy 1 cm<sup>3</sup> MgCl<sub>2</sub>) w 250 ml wody do wstrzyknięć lub soli fizjologicznej przy prędkości podawania ok. 0,5–1,0 g na minutę. Następnie dokonuje się pomiaru poziomu witaminy C we krwi. Poziom poniżej 100 mg/dl wskazuje na duże obciążenie stresem oksydacyjnym, naprawdopodobnie spowodowanym przez użyte środki chemioterapeutyczne lub radioterapię, ukrytą infekcję czy też np. palenie przez pacjenta papierosów.
2. Drugi wlew można padać, stosując od 25 (250 ml wody plus 1 cm<sup>3</sup> MgCl<sub>2</sub>) do 50 g (500 ml wody plus 2 cm<sup>3</sup> MgCl<sub>2</sub>). Prędkość podawania jak wyżej. Częstotliwość wlewów: dwa razy w tygodniu. Jeśli uzyska się poziom witaminy C we krwi w zakresie 350–400 mg/dl, należy kontynuować dwa razy w tygodniu, ponownie sprawdzając poziom witaminy C.
3. Jeśli po mniej więcej miesiącu nie uda się takiego poziomu uzyskać, wtedy należy zwiększyć dawkę do 75 g (750 ml wody plus 2 cm<sup>3</sup> MgCl<sub>2</sub>). Jeśli po następnych czterech wlewach właściwy poziom ciągle nie jest osiągnięty, wtedy należy zwiększyć ilość podawanego askorbinianu sodu do 100 g (1000 ml wody plus 2 cm<sup>3</sup> MgCl<sub>2</sub>). Przy powyżej podanej prędkości wlew będzie trwał ok. 3,5 godziny.
4. Jeśli po następnych czterech wlewach właściwy poziom nadal nie jest osiągnięty, należy zwiększyć częstotliwość wlewów do trzech razy w tygodniu.
5. Przy podawaniu askorbinianu sodu w ilości ponad 100 g należy zwrócić uwagę na osmolalność.
6. Izotoniczny z osoczem krwi roztwór askorbinianu sodu wynosi 3,1%.
7. Jeśli z jakiegokolwiek powodu wyższe dawki nie są tolerowane lub też jeśli pomimo wszystko występuje wzrost guza nowotworowego, należy podać dawki niższe, aby wspomóc inne pozytywne efekty.

działania askorbinianu sodu np. wzmacnienie funkcji układu immunologicznego, zmniejszenie bólu, zwiększenie apetytu czy polepszenie ogólnego samopoczucia pacjenta. Chodzi o to, że w niektórych przypadkach dalsze zwiększanie dawki może nie mieć sensu.

6. Dzieci o wadze poniżej 50 kg, bez infekcji i przy malej objętości guza nowotworowego mogą wymagać tylko 25 g dwa razy w tygodniu. Osoby o wadze powyżej 100 kg lub też pacjenci z infekcją lub dużą objętością guza nowotworowego mogą wymagać podawania 100 g trzy razy w tygodniu.
9. Z doświadczenia wynika, że większość pacjentów dla utrzymania wymaganego poziomu witaminy C we krwi wymaga 50 g askorbinianu sodu podawanego dwa do trzech razy w tygodniu. U pacjentów, u których osiągnięto wymagany poziom, należy ciągle ten poziom monitorować.
10. Zaleca się podawanie doustne witaminy C w ilości co najmniej 4 g dziennie, szczególnie w te dni, kiedy nie podaje się wlewów.
11. Pomimo tego, że nie stwierdzono jakichkolwiek zaburzeń dotyczących poziomów buforów kwasowo-zasadowych, zalecane jest monitorowanie stanu tych buforów poprzez regularne pomiary gazometryczne.
12. Poleca się również stosowanie kwasu alfa-liponowego.

Szczegóły można znaleźć w tej w publikacji:

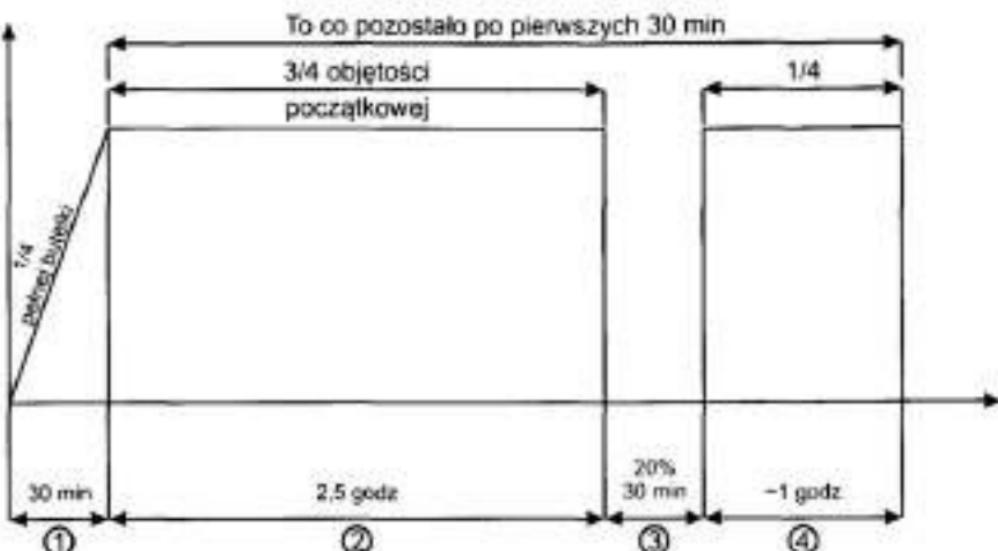
Mikirova NA, Casciaro JJ, Hunninghake RE, Riordan NH. *Intravenous ascorbic acid protocol for cancer patients: scientific rationale, pharmacology, and clinical experience*. Functional Foods in Health and Disease 2013; 3(8):344–366.

Nie jest to jedyny sposób czy też jedyna procedura. Istnieje jeszcze troszkę inny sposób, moim zdaniem chyba lepszy.

Przed wszystkim uważam, że w pierwszym wlewie nie powinno się podawać więcej niż 5 g askorbinianu sodu. Jak informował dr Klenner, podanie

15 g przy dużej objętości guza nowotworowego doprowadziło do śmierci kobiety (miała ona bardzo dużego guza w jamie brzusznej). Stało się to prawie 60 lat temu, gdy dr Klenner jako pierwszy eksperymentował z podawaniem dużych ilości askorbinianu sodu osobom z nowotworami. Przeprowadził gruntowną autopsję ciała tej kobiety, w czasie której stwierdził znaczne zmniejszenie się objętości tego dużego guza. Tak, ta kobieta zmarła, jej stan i tak był beznadziejny. Tragiczna to lekcja, ale stanowiła ona niezwykły postęp w tej terapii, która później, jak wiadomo, uratowała i nadal ratuje życie milionom ludzi na świecie. Dzisiaj z pewnością bardzo ochoczo odebrane by Klennerowi prawo wykonywania zawodu.

Stosowanie askorbinianu sodu w przypadku nowotworów musi więc być robione ostrożnie. Szczególnie na samym początku, szczególnie tam, gdzie guz nowotworowy jest duży. Tkanka nowotworowa na ogół jest słaba biologicznie. Jej stabilność jednak nigdy nie jest możliwa do łatwego określania.



#### Krok 1.

1/4 przygotowanej objętości wlewu powinni być podana w ciągu pierwszych 30 minut.

#### Krok 2.

Objętość, która pozostała po pierwszych 30 minutach, traktowana jest teraz jako całość. 3/4 tej całości podaje się na zmniejszonej prędkości przez około 2,5 godzin.

#### Krok 3.

Wlew należy zatrzymać na około 20–30 minut, kiedy pozostaje około 1/4 objętości.

#### Krok 4.

Po tej przerwie pozostałą 1/4 objętości należy podać w przeciągu około 1 godziny.

Praktycy wskazują na to, że w tym przypadku istotne jest to pulsowanie, czyli początkowo szybki wlew (30 min), stabilizacja (2,5 do 3 godzin), zatrzymanie na 20–30 min, a następnie ponownie uruchomienie wlewu aż do jego zakończenia.

To wszystko oczywiście wymaga czasu i pewnego poświęcenia, ale jeśli mamy pacjentowi takie wlewy zrobić, to róbmy to właściwie i uczciwie.

**Niezuwykłe dobre skutki daje podawanie w ten sposób witaminy C w godzinach porannych i podanie wody utlenionej w godzinach południowych** (o tym drugim będzie w następnych rozdziałach). Jak wiadomo z wiedzy o mechanizmach działania witaminy C, ma ona korzystny wpływ w każdej podanej ilości.

Bez względu na to, którą z wyżej wymienionych procedur zastosujemy, należy zwrócić uwagę na mogące wystąpić niegroźne skutki uboczne.

1. Może dojść do niewielkiej hipoglikemii. Prawdopodobnie jest to spowodowane tym, że ze względu na podobieństwo pomiędzy molekulą glukozy i molekulą witaminy C trzustka początkowo zareaguje wydzieleniem większej ilości insuliny (ogólnie rzecz biorąc, zjawisko to jest pozytywne, co opiszę w rozdziale o potencjonowaniu insuliny). W większości przypadków wystarcza podanie niewielkiej ilości osłodzonej wody lub spożycie lekkiego posiłku w czasie trwania wlewu. Jeśli zajdzie potrzeba, stan ten należy opanować poprzez podanie glukozy (czasami nawet 50%). Pomiaru poziomu glukozy we krwi nie należy wykonywać zwykłym glucometrem (na paseczki), ponieważ metoda ta może dać błędne wskazania. Trzeba skorzystać z metody analitycznej poprzez pobranie krwi. Zjawisko to występuje w tym większym stopniu i tym częściej, im poważniejszy jest stan pacjenta.
2. W niektórych przypadkach, szczególnie przy większej ilości zastosowanego askorbinianu sodu, może dojść do pewnego wychelatowania wapnia, a co za tym idzie, do wystąpienia lekkiej tężyczki. Podanie do wlewu jakiegokolwiek preparatu z wapniem usuwa ten objaw natychmiast.
3. Jeśli zajdzie potrzeba, należy podać szklankę wody z sodą dla wyrownania buforów zasadowych.
4. W czasie wlewu należy się upewnić, że pacjent jest odpowiednio nawadniany. Ponieważ witamina C ma lekkie działanie moczopędne,

należy zapewnić pacjentowi możliwość skorzystania z toalety bez konieczności odłączania wlewu.

5. Przy zbyt szybko podawanym wlewie może dojść do lokalnego stanu zapalnego żyły. Jeżeli pacjent odczuwa wyraźny dyskomfort, należy zmniejszyć prędkość infuzji. Najlepszym rozwiązaniem jest, jeśli to możliwe, założenie wklucia centralnego, co całkowicie usuwa tego typu problem.
6. Jeśli pojawiają się bóle na wysokości nerek, wlew należy przerwać i podać np. Furosemid czy jakikolwiek inny diuretyk. Po pewnym czasie można powrócić do kontynuowania wlewów z mniejszą na ogół prędkością.

(**Uwaga anestezjologa:** w Wielkiej Brytanii są już otwierane przez anestezjologów prywatne ośrodki, gdzie można dokonać założenia wklucia centralnego. Dobrze by było, aby takie usługi były wykonywane również i w Polsce).

Cały czas należy obserwować pacjenta, ponieważ były przypadki wystąpienia krwawienia z guza nowotworowego lub też silnej reakcji Herxheimera. W przypadku wystąpienia reakcji Herxheimera lekarze praktycy stosują lewatywy z kawy, co bardzo dokładnie opisał dr Gerson. Zdaję sobie sprawę z tego, że temat ten w środowisku medycznym wzbudza niedowierzanie czy wręcz śmiech, lecz jak zawsze liczy się tylko praktyka. Dr Gerson nie był szarlatanem, miał potężne doświadczenie kliniczne. Dlatego nie wolno tego ignorować.

Jeśli nie mamy możliwości zbadania poziomu witaminy C w sposób analityczny, można posłużyć się metodą uproszczoną. Można zbadać pacjentowi poziom glukozy paseczkami i glukometrem, a następnie zbadać ten poziom ponownie po wykonaniu wlewu. Nie chodzi tutaj bowiem o precyzyjne określenie poziomu glukozy, lecz o wychwycenie jego różnicy. Pomiary takie zadziwiająco dobrze korelowały z pomiarami spektrometrycznymi. Więcej szczegółów znajduje się tutaj:

Ma Y, Sullivan GG, Schrick E, Choi IY, He Z, Lierman J, Lee P, Drisko JA, Chen Q. *A convenient method for measuring blood ascorbate concentrations in patients receiving high-dose intravenous ascorbate*. J Am Coll Nutr. 2013; 32(3): 187–193.

Można korzystać z gotowych preparatów do wlewów dożylnych, jak np. często stosowany niemiecki Pascorbin. Trzeba zwrócić uwagę na to, że opis na tych preparatach jest często bardzo mylący. Na etykiecie tych środków lub na pierwszej stronie opakowania jest napisane, że jest to kwas askorbinowy, co oczywiście nie jest prawdziwe! Należy uważnie czytać dodatkowe informacje, żeby stwierdzić, czy jest to czysty kwas askorbinowy czy askorbinian sodu. Z nieznanego mi powodu producenci piszą, że jest to kwas askorbinowy, a jednocześnie w składzie środka podają, że jako substancję pomocniczą zawiera wodę i wodorowęglan sodu (czyli zwykłą sódę oczyszczoną). Oczywiście w zakupionym tego typu roztworze nie ma ani kwasu askorbinowego ani wodorowęglanu sodu. W roztworze tym znajduje się askorbinian sodu. Nie ma tam kwasu askorbinowego ani wodorowęglanu sodu, jak to jest napisane na opakowaniu, ponieważ obie te substancje przereagowały ze sobą i utworzyły askorbinian sodu. To tak, jakby na opakowaniu roztworu soli fizjologicznej napisać, że zawiera sód i kwas solny, a nie sól! Środek ten jest bardzo drogi, chyba tylko dlatego, że w ciągu ostatnich 2 lat w Polsce znacznie wzrosło zapotrzebowanie na askorbinian sodu podawany dożylnie. Na stronach internetowych widać cenę ok. 60 zł za 7,5 g askorbinianu sodu w tym preparacie. Co oznacza, że 1 kg kosztuje [1000 g / 7,5 g = 133 × 60 zł] 7980 zł za 1 kg!

Co zrobić w sytuacji, kiedy nie mamy gotowego płynu infuzyjnego, jak np. Pascorbin, czy innych tego typu preparatów? Co ma zrobić lekarz, który chce pacjentowi pomóc, wiedząc o tym, że takich wlewów trzeba będzie zrobić naprawdę wiele, ale przeszkodą dla pacjenta jest horrendalny koszt takiej terapii? Wielu lekarzy w takim przypadku robi to według następującej procedury:

1. Zakupić askorbinian sodu w jakości farmaceutycznej. Koszt 50 do 80 zł za JEDEN KILOGRAM.
2. Zakupić zestaw do wlewów dożylnych: wodę sterylną do wstrzyknięć w woreczkach czy butelkach i komplety z wenflonem. Można użyć zestawu z tzw. filtrem biologicznym.

3. Kiedyś ktoś podsunął pomysł, aby wysterylizować zwykłą szklankę (np. w kuchence mikrofalowej).
4. Strzykawką pobrać z woreczka odpowiednią ilość wody, np. 100 ml i wlać do wysterylizowanej szklanki.
5. Wsypać wymaganą ilość askorbinian sodu (askorbinian bardzo dobrze rozpuszcza się w wodzie. W przypadku zastosowania askorbinianu sodu powyżej 40 g ilość wody można odpowiednio zmniejszyć. Chodzi o to, żeby uzyskać roztwór o najwyższym możliwym stężeniu).
6. Dobrze wymieszać, aż cały askorbinian się rozpuści.
7. Przy pomocy strzykawki roztwór ten wstrzyknąć z powrotem do woreczka, z którego pobrana była woda.
8. Można również dodać 1 g EDTA  w celu wychelatowania wolnych jonów żelaza i miedzi.

Tak przygotowany roztwór jest gotowy do podania. ☺ Tak, wiem... szokujące. A gdzie sterylność itd.? Przypominam, że w części pierwszej książki opisałem dokładnie, jak robił to dr Klenner, który był, można powiedzieć, „ojcem” dożylnego podawania askorbinianu sodu. Opis ten zawiera dokładne ilości askorbinianu sodu i wody w celu otrzymania roztworu o konkretnym stężeniu. Natomiast sposób przygotowania jest dokładnie taki sam, z tą tylko różnicą, że w tamtych czasach dr Klenner nie dysponował kuchenką mikrofalową. Wlewy przygotowywał sam w swoim laboratorium. Nigdy nie miał żadnych problemów związanych ze sterylnością tak przygotowywanych wlewów. Nie mają też polscy lekarze, którzy robią to w sposób taki, jak opisałem powyżej. Przy takich stężeniach prawdopodobieństwo przełrwania jakiegokolwiek patogenu jest praktycznie rzeczą biującą zerowe.

Oczywiście, byłoby idealnie, gdyby tak jak w innych krajach, również w Polsce lekarz mógł po prostu najnormalniej w świecie kupić „za grosze” gotowy roztwór w najbliższej aptece. Koszt askorbinianu sodu potrzebnego do wytworzenia roztworu z zawartością 50 g to 3,50–4 zł!

Taka apteka, jak już wspomniałem, kiedyś w Polsce była. Robiła doskonały produkt, tani i osiągalny w zasadzie dla każdego. Mało tego, roztwory takie robiła NA RECEPTE od lekarza, od Doktora Krasickiego. Komuś to jednak musiało przeszkadzać, apteka została zamknięta. Polacy zostali zmuszeni do zakupu askorbinianu sodu do wlewów dożylnych w Niemczech i całkiem spora struga pieniędzy za ten banalnie prosty produkt płynie sobie do Niemiec. Dlaczego tak jest? Bo tam już wolno. Wolno produkować, wolno sprzedawać. Tam jest to zarejestrowane. Ale zaraz... chyba coś tu nie gra! Bo skoro produkt ten zarejestrowany jest w Niemczech, to dlaczego „z automatu” nie jest zarejestrowany w Polsce? Przecież jesteśmy w Unii (przynajmniej w momencie pisania tych słów Polska ciągle w Unii była). Dlaczego do państw Unii musimy się dopasowywać pod względem prawa, gospodarki, a szczególnie podatków, a pod względem spraw zdrowotnych nie? Czy nie jest tak, że produkt zarejestrowany w jednym z krajów unijnych może być wytworzony, sprzedawany i stosowany również w Polsce? Czy też w tej sprawie przepisy unijne Polski nie dotyczą? Dlaczego do tej pory nasi posłowie nie wzięli się za to, żeby polskim lekarzom ułatwić ratowanie zdrowia i życia Polaków? A może w końcu Naczelna Izba Lekarska spowoduje, że polscy lekarze i pacjenci będą mieli ułatwione życie? A może spowoduje to któryś minister zdrowia, wykazując się znajomością rzeczy i chęcią niesienia pomocy polskiemu pacjentowi? Czekamy.

## **Witamina C i chemioterapia**

Zastosowanie witaminy C jednocześnie z wlewem chemioterapeutycznym może nie mieć sensu. Prawie każdy środek chemioterapeutyczny wywołuje niezwykle silny stres oksydacyjny. Zastosowanie witaminy C mogłoby natychmiastowo zneutralizować powstające wolne rodniki. Natomiast, znając mechanizm działania witaminy C, nietrudno jest się domyśleć, że podanie jej we wlewie dożylnym kilka godzin po podanym wlewie chemioterapeutycznym ma niezwykle istotne znaczenie w przebiegu całej terapii.

W pierwszej części, w rozdziale „Witamina C i chemioterapia” bardziej szczegółowo opisalem problem dotyczący podawania witaminy C łącznie z chemioterapią. Nie chcę w związku z tym powtarzać tego tutaj, zainteresowanym bardzo polecam kompleksowy przegląd literatury (44 pozycje) na temat stosowania witaminy C z chemioterapią:

Stoute JO. *The Use of Vitamin C with Chemotherapy in Cancer Treatment: An Annotated Bibliography*. Journal of Orthomolecular Medicine 19(4): 198–245.

Polecam również publikacje innych autorów dotyczące tego tematu:

Fritz H, Flower G, Weeks L, Cooley K, Callachan M, McGowan J, Skidmore B, Kirchner L, Seely D. **Intravenous Vitamin C and Cancer: A Systematic Review**. Integr Cancer Therapy. 2014 Jul; 13(4): 280–300.

Ma Y, Chapman J, Levine M, Polireddy K, Drisko J, Chen Q. **High-dose parenteral ascorbate enhanced chemosensitivity of ovarian cancer and reduced toxicity of chemotherapy**. Sci Transl Med. 2014 Feb 5; 6(222): 222ra18.

Hoffer LJ, Levine M, Assouline S, Melnychuk D, Padayatty SJ, Rosadiuk K, Rousseau C, Robitaille L, Miller WH Jr. **Phase I clinical trial of i.v. ascorbic acid in advanced malignancy**. Ann Oncol. 2008 Nov; 19(11): 1969–1974.

Hoffer LJ, Robitaille L, Zakarian R, Melnychuk D, Kavan P, Agulnik J, Cohen V, Small D, Miller WH Jr. **High-dose intravenous vitamin C combined with cytotoxic chemotherapy in patients with advanced cancer: a phase I-II clinical trial**. PLoS One. 2015 Apr 7; 10(4): e0120228.

Pollard HB, Levine MA, Eidelman O, Pollard M. **Pharmacological ascorbic acid suppresses syngeneic tumor growth and metastases in hormone-refractory prostate cancer**. In Vivo. 2010 May-Jun; 24(3): 249–255.

Verrax J, Calderon PB. **Pharmacologic concentrations of ascorbate are achieved by parenteral administration and exhibit antitumoral effects**. Free Radic Biol Med. 2009 Jul 1; 47(1): 32–40.

Riordan NH, Riordan HD, Meng X, Li Y, Jackson JA. **Intravenous ascorbate as a tumor cytotoxic chemotherapeutic agent**. Med Hypotheses. 1995 Mar; 44(3): 207–213.

Tym, którzy się obawiają, mogę zaoferować poniższe sugestie.

Jeśli już zachodzi potrzeba zastosowania wlewu chemiczno-leczniczego, to oczywiście należy pozwolić na to, żeby środek ten zadziałał i dokonał zniszczenia, do jakiego został przeznaczony. Wtedy, kiedy środek chemiczno-leczniczy swoją pracę już wykonał, witamina C dokonuje aktu „sprzątania”, bardzo szybko obniżając poziom ciągle obecnych i niszczących zdrowe tkanki wolnych rodników. Co więcej, przedostając się do komórek nowotworowych, witamina C, jak to opisałem powyżej, poprzez wzbudzenie reakcji Fentona może kontynuować działanie chemiczno-leczniczej, ale w sposób bezpieczny, bo selektywny.

*Ma Y, Chapman J, Levine M, Polireddy K, Drisko J, Chen Q. High-dose parenteral ascorbate enhances chemosensitivity of ovarian cancer and reduced toxicity of chemotherapy. Sci Transl Med. 2014 Feb 5; 6(222): 222ra18.*

*Chen Q, Espey MG, Krishna MC, Mitchell JB, Corpe CP, Buettner GR, Shacter E, Levine M. Pharmacologic ascorbic acid concentrations selectively kill cancer cells: action as a pro-drug to deliver hydrogen peroxide to tissues. Proc Natl Acad Sci U S A. 2005 Sep 20; 102(38): 13604–13609.*

Jak widać, włączenie wlewów z askorbinianu sodu może przynieść skutki tylko pozytywne. I przynosi. Mechanizmy działania witaminy C są ciągle poznawane:

*Mikirova N, Riordan N, Casciaro J. Modulation of Cytokines in Cancer Patients by Intravenous Ascorbate Therapy. Med Sci Monit. 2016 Jan 3; 22: 14–25.*

*Stephenson CM, Levin RD, Spector T, Lis CG. Phase I clinical trial to evaluate the safety, tolerability, and pharmacokinetics of high-dose intravenous ascorbic acid in patients with advanced cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2013 Jul; 72(1): 139–146.*

Nawet słynne czasopismo „Science” opublikowało wyniki badań wskazujące, że witamina C w sposób selektywny (!) niszczy komórki nowotworu jelita grubego:

*Yun J, Mullarky E, Lu C, Bosch KN, Kavalier A, Rivera K, Roper J, Chio II, Giannopoulou EG, Rago C, Muley A, Asara JM, Paik J, Elemento O, Chen Z, Pappin DJ, Dow LE, Papadopoulos N, Gross SS, Cantley LC. Vitamin C selectively kills KRAS and BRAF mutant colorectal cancer cells by targeting GAPDH. Science. 2015 Dec 11; 350(6266): 1391–1396.*

A przecież w polskich mediach ciągle pobrzmięwa echo wyśmiewających mnie wypowiedzi ekspertów w postaci niektórych dziennikarzy medycznych, a nawet profesorów onkologii, że witamina C nie ma najmniejszego wpływu na leczenie choroby nowotworowej. Ktoś tu nieźle się skompromitował i kompromituje się nadal.

Jest więc chyba zrozumiałe, że nawet jeśli nie odniesie się stu procentowego sukcesu, zawsze można oczekwać długoterminowej poprawy stanu pacjenta. W każdym przypadku jednak pacjent będzie zdecydowanie mniej cierpał z powodu zastosowanej u niego chemio- czy radioterapii. W żadnym przypadku nie sugeruję, i nigdy tego nie robiłem, że witamina C powinna być stosowana jako zamiennik jakichkolwiek innych terapii! Natomiast wskazane jest, żeby terapia witaminą C była zawsze dodatkiem do jakiejkolwiek terapii z leczeniem nowotworów włącznie.

Wielokrotnie byłem przez lekarzy pytany o skuteczność ciągłej infuzji trwającej 24 godziny i więcej, na wzór działania pompy insulinowej. Taką procedurę również przebadano:

*Riordan HD, Casciari JJ, González MJ, Riordan NH, Miranda-Massari JR, Taylor P, Jackson JA. A pilot clinical study of continuous intravenous ascorbate in terminal cancer patients. P R Health Sci J. 2005 Dec; 24(4): 269–276.*

Jednakże wielu praktyków nie zauważało pozytywnych skutków ciągłego podawania witaminy C. Lepsze rezultaty osiągano poprzez podawanie wlewów dwa do trzech razy w tygodniu – tak, jak to opisalem powyżej.

Wszystkim lekarzom proponuję zapoznanie się z pracą, która w sposób bardzo kompleksowy przedstawia niezwykle interesujące doświadczenia praktyczne dra Klennera:

Smith LH, M.D., ed. *Clinical Guide to the Use of Vitamin C, The Clinical Experiences of Frederick R. Klenner, M.D.* Life Sciences Pr 1991.

Przy każdej możliwej okazji powtarzam, że co prawda, jak wskazuje doświadczenie i literatura, były przypadki, w których zastosowanie samej witaminy C w przypadku nowotworów przyniosło bardzo dobry skutek terapeutyczny z wyleczeniem włącznie, to jednak stosowanie wlewów z witaminą C jako jedynej metody terapeutycznej jest niewystarczające. Konieczne jest skojarzenie podawania witaminy C z innymi jeszcze terapiami czy substancjami. Nowotwór to nie jest zwykle przeżycie.

Doskonale wiadomo, że dieta oparta na naturalnych produktach spożywczych, nieprzetworzonych i o właściwej wartości odżywczej, jest elementem niezbędnym do zachowania dobrego zdrowia. Poprzez zapewnienie organizmowi wszystkich witamin i mineralów w sposób niezwykle intensywny wspomagamy działanie układu odpornościowego. Tak więc zastosowanie tych substancji jest równoznaczne z niezwykle aktywnym zwalczaniem choroby nowotworowej. Ponieważ w środkach spożywczych, które są nam powszechnie dostępne, a szczególnie tych, które nam serwują nasze zubożale szpitale, koniecznych elementów nie ma, zachodzi konieczność suplementacji. W oczywisty sposób kwestią suplementacji dotyczy również leczenia choroby nowotworowej. Jestem pytany o to wielokrotnie, głównie dlatego, że jeżeli chory wspomni o suplementacji swojemu onkologowi, w 99 przypadkach na 100 otrzyma odpowiedź: „Proszę niczego więcej nie brać, żadne suplementy, witaminy, minerały nie odgrywają tutaj żadnej roli”. Szczególnie jeśli pacjent mówi cokolwiek o przeciutleniaczach, to mu się za to nieźle dostaje... Pacjent, jak to się mówi, jest zupełnie skolowany, bo ja mówię jedno, a jego lekarz onkolog zupełnie coś innego. Komu wiezyć? Ja bym zapytał naukowców. A ci twierdzą na przykład, że zastosowanie suplementacji selenem (a selen to przecież silny przeciutleniacz) w ilości zaledwie 200 µg dziennie zredukowało śmiertelność o 21% i występowanie nowotworu prostaty o 65%:

Combs GF Jr, Clark LC, Turnbull BW. *Reduction of cancer risk with an oral supplement of selenium*. Biomed Environ Sci. 1997 Sep; 10(2-3): 227-234.

Inni zauważyli, że zastosowanie nawet 50 mg alfa tokoferolu i 20 mg beta-karotenu zredukowałoczęstość występowania nowotworu prostaty o 37%.

*Heinonen OP, Albanes D, Virtamo J, Taylor PR, Huttunen JK, Hartman AM, Haapakoski J, Malila N, Rautalahti M, Ripatti S, Mäenpää H, Teerenhovi L, Koss L, Virolainen M, Edwards BK. Prostate cancer and supplementation with alpha-tocopherol and beta-carotene: incidence and mortality in a controlled trial. J Natl Cancer Inst. 1998 Mar 18; 90(6): 440–446.*

W wielu badaniach stwierdzono, że pacjenci nowotworowi mają bardzo niski poziom przeciutleniaczy, a za to wysoki poziom wolnych rodników:

*Ray G, Batra S, Shukla NK, Deo S, Raina V, Ashok S, Husain SA. Lipid peroxidation, free radical production and antioxidant status in breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2000 Jan; 59(2): 163–170.*

Kto wie, może właśnie niski poziom przeciutleniaczy i wysoki poziom wolnych rodników spowodował u tych pacjentów chorobę nowotworową? Dla nikogo nie powinno być zdziwieniem, że podanie pacjentowi nowotworowemu przeciutleniaczy będzie go tylko wspomagać, a także jego bardzo schorowany organizm. Dlaczego mu tego zabraniać?

Poza tym, skoro u pacjentów nowotworowych występuje niski poziom przeciutleniaczy i wysoki wolnych rodników, to przez podawanie chemioterapii powodujemy powstanie jeszcze większej ilości wolnych rodników i jeszcze bardziej obniżamy i tak już niski poziom przeciutleniaczy! Takie ilości wolnych rodników potrafią zniszczyć każdego, najbardziej nawet zdrowego człowieka. Każdy onkolog wie, że nadmierna ilość wolnych rodników sprzyja powstawaniu nowotworów. Również każdy onkolog zdaje sobie sprawę z tego, że środki chemioterapeutyczne sprzyjają rozwojowi nowotworów. A jednak w taki bezsensowny sposób „leczy” się pacjenta nowotworowego. Tak wygląda „nowoczesne” leczenie nowotworów. Właściwie to teraz powiniennem rzucić pytanie: „Czy tak powinno wyglądać nowoczesne leczenie chorób nowotworowych?” Niech każdy sobie na to pytanie odpowie sam.

Skoro wiadomo, że melatonina i witamina E zabezpieczają mózg i inne organy przed ubocznymi skutkami radioterapii:

Erol FS, Topsakal C, Ozveren MF, Kaplan M, Ilhan N, Ozercan IH, Yildiz OG. **Protective effects of melatonin and vitamin E in brain damage due to gamma radiation: an experimental study.** Neurosurgery Rev. 2004 Jan; 27(1): 65–69.

...to czy chorym poddawanym radioterapii podaje się również te dwa przeciutleniacze? Jeśli nie, to ja pytam: dlaczego?

Zastosowanie zwykłej witaminy D (ale jako 1,25 (OH)D3) bardzo poważnie wspomaga działanie środków chemioterapeutycznych stosowanych przypadku nowotworów piersi. A która z polskich pacjentek jest w ten sposób leczona?

Wang Q, Yang W, Uytingco MS, Christakos S, Wieder R. **1,25-Dihydroxyvitamin D<sub>3</sub> and all-trans-retinoic acid sensitize breast cancer cells to chemotherapy-induced cell death.** Cancer Res. 2000 Apr 1; 60(7): 2040–2048.

To tylko witamina!

Pisalem wcześniej, że stwierdzono synergistyczny wpływ podawania witaminy C, która jest przeciutleniaczem, z chemioterapią, która jest silnym utleniaczem, niezwykle szkodliwą toksyną. Mimo to te dwa środki ze sobą nie kolidowały. Dlaczego? – bo ich mechanizmy działania są inne. Działanie środka chemioterapeutycznego nie zawsze przecież polega na niszczeniu komórki nowotworowej poprzez generowanie dużej ilości wolnych rodników. W ten sposób (czyli drogą zniszczenia komórki przez wolne rodniki) działa niewiele chemioterapeutyków. Jednak środki te tak czy inaczej generują bardzo duże ilości wolnych rodników, niszcząc również tkanki zdrowe.

Wiele środków chemioterapeutycznych działa na poszczególne etapy rozwoju komórki nowotworowej. Zastosowanie jakichkolwiek przeciutleniaczy tym procesom nie przeszkadza. Natomiast powstanie dużej ilości wolnych rodników przy zastosowaniu środka chemioterapeutycznego, jak wiadomo, działa niszczycielsko na cały organizm. Wtedy właśnie do akcji wchodzą przeciutleniacze. Nie zaburzają mechanizmu działania chemioterapeutyku, ale „sprzątają” to, co on „naśmiecił”. Dlatego nie można się dziwić,

że podanie przeciutleniaczy łącznie z pewnymi środkami chemioterapeutycznymi może przynosić znacznie lepsze efekty niż stosowanie samej chemioterapii. Nawet ja to rozumiem. Dlaczego się tego nie robi? Poniżej cytuje badanie, które jest tylko jednym przykładem:

*Sentürker S, Tschirret-Guth R, Morrow J, Levine R, Shacter E. Induction of apoptosis by chemotherapeutic drugs without generation of reactive oxygen species. Arch Biochem Biophys. 2002 Jan 15; 397(2): 262–272.*

Znaczną poprawę u pacjentek z nowotworem piersi uzyskano wtedy, kiedy chemioterapię wsparło podaniem witaminy A. Zwraca uwagę fakt, że pacjentkom tym podawano od 200 000 do 500 000 IU. Aż tyle? Szok, horror!

*Israël L, Hajj O, Grefft-Alami A, Desmoulins D, Succari M, Cals MJ, Miocque M, Bréau JL, Morère JF. Vitamin A augmentation of the effects of chemotherapy in metastatic breast cancers after menopause. Randomized trial in 100 patients. Ann Med Interne (Paris). 1985; 136(7): 551–554.*

Działanie wysokich dawek witaminy A (30 000 IU dziennie, nawet u kobiet w ciąży) opisałem w części pierwszej „Ukrytych terapii”. Dlaczego wielu lekarzy twierdzi, że podanie więcej niż 2000 do 5000 jednostek witaminy A to pewna śmierć? Tego też nie wiem.

Jednym z najpowszechniej stosowanych środków chemioterapeutycznych jest cisplatyna. Ma ona bardzo wiele bardzo poważnych skutków ubocznych. Wykazano, że jednoczesne podanie witaminy C zwiększa wrażliwość nowotworu szyjki macicy na zastosowaną cisplatynę!

*Reddy VG, Khanna N, Singh N. Vitamin C augments chemotherapeutic response of cervical carcinoma HeLa cells by stabilizing P53. Biochem Biophys Res Commun. 2001 Mar 30; 282(2): 409–415.*

Poważnym problemem stosowania cisplatyny jest jej neurotoksyczność i nefrotoksyczność, czyli zdolność uszkadzania układu nerwowego i nerek.

Doustne zastosowanie witaminy E w ilości 300 mg/dziennie w znaczny sposób zabezpieczało pacjentów przed neurotoksycznością cisplatyny, co wykazano choćby w tym badaniu:

Pace A, Savarese A, Picardo M, Maresca V, Pacetti U, Del Monte G, Biocchio A, Leonetti C, Jandolo B, Cognetti F, Bove L. **Neuroprotective effect of vitamin E supplementation in patients treated with cisplatin chemotherapy.** *J Clin Oncol.* 2003 Mar 1; 21(5): 927–931.

Polscy lekarze wykazali również, że selen zabezpiecza przed toksycznością środków chemioterapeutycznych stosowanych u pacjentek z nowotworami jajników:

Sieja K. **Protective role of selenium against the toxicity of multi-drug chemotherapy in patients with ovarian cancer.** *Pharmazie.* 2000 Dec; 55(12): 958–959.

Sieja K. **Selenium (Se) deficiency in women with ovarian cancer undergoing chemotherapy and the influence of supplementation with this micro-element on biochemical parameters.** *Pharmazie.* 1998 Jul; 53(7): 473–476.

A co z koenzymem Q10? Tutaj też sporo niespodzianek. Wiadomo, że koenzym ten działa synergistycznie, wspomagając działanie witaminy E, selenu, beta-karotenu, no i co najważniejsze, w bardzo znaczny sposób chroni serce, nerki, wątrobę i inne organy przed szkodliwym działaniem dokosrubicyny (Adriamycyny). Tutaj jednak potrzebne są jego bardzo wysokie dawki. Ale jest to substancja, która nie wykazuje żadnej toksyczności.

Który z biorących dokosrubicynę polskich pacjentów onkologicznych miał również przepisane duże ilości wysokiej jakości koenzymu Q10 (najlepiej w postaci ubiquinolu)?

Moglibym tak pisać bez końca. Nie ma najmniejszych wątpliwości, że zastosowanie właściwej suplementacji w połączeniu nawet z chemiczno- czy radioterapią ma niezwykle pozytywny wpływ na leczenie pacjenta onkologicznego. Pacjent może mniej cierpieć, można znacznie zredukować straszne czasami skutki uboczne chemiczno- czy radioterapii, a poprzez uwrażliwie-

nie komórek nowotworowych można zmniejszyć ilość stosowanego środka chemioterapeutycznego czy dawkę promieniowania.

Ważne jest, aby suplementacja nie kolidowała z leczeniem klasycznym, a je wspierała, to znaczy: zmniejszała skutki uboczne chemioterapii i radioterapii oraz uczulała komórki nowotworowe na leki i promieniowanie.

Zresztą... po co ja to piszę? Domyslam się, że tego typu wiedza stanowi obszerną tematykę egzaminacyjną przy zdawaniu egzaminów specjalizacyjnych z onkologii :-)

## Witamina C i antyangiogeneza

Szacuje się, że podano do tej pory ponad 500 000 wlewów z witaminą C. Nie zauważono żadnych poważnych skutków ubocznych i nawet jednego przypadku śmiertelnego.

Witamina C wykazuje działanie antyangiogeniczne, o czym w zasadzie się nie mówi. Co prawda istnieją również hipotezy (podkreślam: hipotezy) mówiące zupełnie coś innego, ale praktyka nie pozostawia żadnych wątpliwości co do skuteczności wlewów dożylnych askorbinianu sodu. Zainteresowanym polecam te opracowania:

*Li Y, Schellhorn HE. New developments and novel therapeutic perspectives for vitamin C. J Nutr. 2007 Oct; 137(10): 2171–2184.*

*Taniyama Y, Griendling KK. Reactive Oxygen Species in the Vasculature Molecular and Cellular Mechanisms. Hypertension. 2003 Dec; 42(6): 1075–1081.*

Dodatkowo zainteresowanych tym tematem (który opisałem w części pierwszej) odsyłam do następujących publikacji:

*Chen P, Yu J, Chalmers B, Drisko J, Yang J, Li BY, Chen Q. Pharmacological Ascorbate Induces Cytotoxicity in Prostate Cancer Cells through ATP Depletion and Induction of Autophagy. Anticancer Drugs. 2012 Apr; 23(4): 437–444.*

Espey MG, Chen P, Chalmers B, Drisko J, Sun AY, Levine M, Chen Q. **Pharmacologic ascorbate synergizes with gemcitabine in pre-clinical models of pancreatic cancer.** Free Radic Biol Med. 2011; 50(11): 1610–1619.

Chen Q, Espey MG, Sun AY, Pooput C, Kirk KL, Krishna MC, Khosh DB, Drisko JA, Levine M. **Pharmacologic doses of ascorbate act as a pro-oxidant and decrease growth of aggressive tumor xenografts in mice.** Proc Natl Acad Sci U S A. 2008 Aug 12; 105(32): 11105–11109.

Chen Q, Espey MG, Sun AY, Lee JH, Cherukuri MK, Shacter E, Choyke PL, Pooput C, Kirk KL, Buettner GR, Levine M. **Ascorbate in pharmacologic concentrations selectively generates ascorbate radical and hydrogen peroxide in extracellular fluid in vivo.** Proc Natl Acad Sci U S A. 2007; 104(21): 8749–8754.

Chen Q, Espey MG, Krishna MC, Mitchell JB, Corpe CP, Buettner GR, Shacter E, Levine M. **Ascorbic acid at pharmacologic concentrations selectively kills cancer cells: ascorbic acid as a pro-drug for hydrogen peroxide delivery to tissues.** Proc Natl Acad Sci USA. 2005; 102(38): 13604–13609.

## Mało znane mechanizmy działania witaminy C

Nie można też zapominać, że istnieje wiele biochemicalnych mechanizmów działania witaminy C. Na przykład witamina C:

1. detoksyfikuje histaminę;
2. neutralizuje stres oksydacyjny, który jest główną przyczyną zgonów;
3. wzmacnia efekt mukolityczny;
4. powoduje zwiększenie przepuszczalności ścian bakterii, co często powoduje, że bakterie, które nie reagowały na antybiotyk, nagle reagować zaczynają i giną;

5. wzmacnia funkcjonowanie fagocytów;
6. w sposób selektywny koncentruje się w białych krwinkach (ok. 80 razy więcej niż w osoczu);
7. wzmagia produkcję cytokin;
8. spowalnia degradację T-limfocytów;
9. wzmagia produkcję tlenku azotu przez fagocyty;
10. wzmagia proliferację limfocytów typy T i B;
11. jest inhibitorem neuraminidazy, która, wyhamowując produkcję kwasu sialowego, działa przeciwwirusowo – szczególnie w odniesieniu do wirusów grypy. Ważne to dla nas czy nie?
12. wzmacnia produkcję wszelkiego rodzaju przeciwiąt, co ma ogromne znaczenie we wszystkich chorobach infekcyjnych;
13. wzmacnia produkcję prostaglandyn;
14. wspomaga powstawanie nadtlenku wodoru, co ma kluczowe znaczenie w niszczeniu wielu szkodliwych mikroorganizmów;
15. niszczy elementy ochronne bakterii, takich jak np. pneumokoki. Czy to nie jest istotne? Czy to jest ot, tak sobie... do pominięcia?
16. umożliwia prawidłową syntezę kolagenu;
17. bierze udział w syntezie neurotransmiterów;
18. sprzyja leczeniu wszelkiego rodzaju ran. Jeden z moich przyjaciół chirurgów zauważył, że podanie witaminy C w postaci kwasu askorbinowego, nawet w niewielkiej ilości, powodowało, że blizny pooperacyjne u wielu pacjentów wyglądały, cytuję jego słowa: „jak cieniutkie niteczki”;

19. łącznie z witaminą K2 odgrywa pierwszorzędną rolę w procesie wbudowywania wapnia do struktury kości, jak również spowalnia utratę wapnia z kości;
20. jest naturalnym środkiem przeciwhistaminowym;
21. sprzyja regulacji ciśnienia krwi u chorych z nadciśnieniem;
22. jest znakomitym środkiem profilaktycznym przeciw chorobie wieńcowej serca;
23. jest naturalnym środkiem wspomagającym leczenie cukrzycy;
24. zapobiega NIENORMALNYM procesom zaburzającym krzepliwość krwi;
25. itd., itd...

Witamina C ma istotne znaczenie w bardzo wielu przypadkach chorobowych, takich jak: AIDS/HIV (długotrwałe stosowana), zatrucie aflatoksyną, etanolem, barbituranami (100–150 g dożylnie natychmiast), arszenikiem, pestycydami, herbicydami, benzenem, kadmem, rtęcią, chromem, niklem, selenem, acetaminofenem, salmonellą, grzybami czy jadem węża lub żmii, nadużycie amfetaminy, Alzheimer/demencja, brucelzoza, dyferyt, czerwonka, zapalenie opon mózgowych, ostre zapalenie wątroby czy trzustki, opryszczka, malaria, zapalenie płuc, polio, infekcje typu pseudomonas, wścieklizna, półpasiec, tężec, włośnica, gruźlica czy reumatoidalne zapalenie stawów i inne. Np. pseudomonas jest naprawdę sporym problemem, z którym borykają się zarządy wielu szpitali w Polsce. Natychmiastowe zastosowanie witaminy C w tym przypadku może uratować życie chorego i reputację szpitala:

*Rawal BD, Bactericidal action of ascorbic acid on Psuedomonas aeruginosa: alteration of cell surface as a possible mechanism. Chemotherapy. 1978; 24(3): 166–171.*

Znalazłem również publikację naukowców brazylijskich wskazującą na synergię pomiędzy kwasem askorbinowym i pewnymi antybiotykami, co w znacznym stopniu może zwiększyć ich skuteczność przy zwalczaniu tej bakterii:

*Luciana Cursino; Edmar Chartone-Souza; Andréa Maria Amaral Nascimento Synergic interaction between ascorbic acid and antibiotics against Pseudomonas aeruginosa: Braz. arch. biol. Technol. 2005 Curitiba May; 48(3).*

Czasami słyszymy wypowiedzi, że witamina C nie ma najmniejszego wpływu na odporność organizmu czy też że nie ma żadnego efektu w przypadku zwykłego przeziębienia. Wypowiedzi wypowiadającymi, a ja do tej pory otrzymałem już kilkaset zgłoszeń, że właśnie wtedy, w takich przypadkach działa rewelacyjnie, że ludzie dorosli czy też dzieci mają znacznie mniej infekcji. Widzi to każdy, kto spróbował, ale nie widzą występujący publicznie eksperci. Nie wiedzą oni o tym, że na ten temat przeprowadzono badania, w których stosowano zaledwie 1 g witaminy C dziennie:

*Johnston CS, Barkayoub GM, Schumacher SS. Vitamin C supplementation (1000 mg/d) increased physical activity and reduced cold symptoms in young men with adequate-to-low vitamin C status. The FASEB Journal 2014 Apr; 28(1): Supplement 828.3.*

Ale kto by się tam przejmował takimi badaniami, one tym ekspertom w ogóle nie pasują do ich misji. Do negowania wszystkiego, co ma efekt pozytywny dla ludzkiego zdrowia i pochodzi z natury.

Wspomniałem nico wyżej o problemach piosenkarki Cher, chorej z powodu wirusa Epsteina-Barr, który wywołuje mononukleozę i powoduje powstanie tzw. syndromu ciągłego zmęczenia. To właśnie jest głównym problemem nie tylko Cher, ale też wielu tysięcy, a może i milionów ludzi na świecie. Naukowcy przyjrzelili się zastosowaniu witaminy C również i w tym schorzeniu:

*Mikirova N, Hunninghake R. Effect of high dose vitamin C on Epstein-Barr viral infection. Med Sci Monit. 2014 May 3; 20: 725–732.*

Dr Klenner w takich przypadkach stosował witaminę C już w ponad 60 lat temu:

**Klenner FR, M.D., F.C.C.P. *Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range Of A Vitamin In Human Pathology.* Journal of Applied Nutrition 1971 Winter; 23(3&4): 61–88.**

Inni naukowcy doszli do niezwykle ciekawych spostrzeżeń odnośnie do wpływu witaminy C na syntezę kortyzolu i testosteronu u osób cierpiących na syndrom ciągłego zmęczenia:

**Kodama M, Kodama T, Murakami M. *The value of the dehydroepiandrosterone-annexed vitamin C infusion treatment in the clinical control of chronic fatigue syndrome (CFS). I. A Pilot study of the new vitamin C infusion treatment with a volunteer CFS patient.* In Vivo. 1996 Nov-Dec; 10(6): 575–584.**

W przypadkach chorób o podłożu wirusowym zastosowanie witaminy C powinno być początkiem dalszej terapii, o czym już wcześniej pisałem. Szybka reakcja lekarza natychmiast przyniesie pozytywny skutek terapeutyczny. Jednym z setek przykładów jest np. ostra neuralgia będąca wynikiem działania wirusa, jakim jest Varicella zoster:

**Schencking M, Sandholzer H, Frese T. *Intravenous administration of vitamin C in the treatment of herpetic neuralgia: two case reports.* Med Sci Monit. 2010 May; 16(5): CS58–61.**

**Orient JM. *Treating Herpes zoster with vitamin C.* J Am Phys Surg 2006; 11: 26–27.**

A co z bolącymi stawami czyli z reumatoidalnym zapaleniem stawów? Jak to co? Przecież to jest czasami potężny stan zapalny, jak sama nazwa tego schorzenia wskazuje. Pisałem powyżej i wyjaśnilem dlaczego. W każdym stanie chorobowym występują stany zapalne, w każdym stanie zapalnym organizm jest załany wolnymi rodnikami. To samo dzieje się w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów. Czym te stany zapalne usuwać? Usuwa się je sterydami, z całą gamą ich skutków ubocznych. Można też zastosować witaminę C, ale... nie w polskim szpitalu, o, nie! Tutaj poda-

je się tylko sterydy, bo takie są procedury! I tak właśnie leczy się pacjenta, niszcząc mu zdrowie, ale za to zgodnie z procedurami. Co, jak wiemy, jest znacznie ważniejsze niż zdrowie czy życie pacjenta. Pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów są w Polsce setki tysięcy. Czasami cierpią niemiłosiernie. Nie wiem, ile kosztuje jedna dawka sterydu, wiem za to, że jedna dawka witaminy C, która byłaby konieczna w tym przypadku, kosztuje ok. 2 zł. Czy ktoś to już zastosował i opisał? Owszem, szkoda tylko, że nie w Polsce:

Mikirova NA, Rogers AM, Casciari JJ, Taylor PR. *Effect of high dose intravenous ascorbic acid on the level of inflammation in patients with rheumatoid arthritis.* Modern Research in Inflammation 2012 Nov; 1(2): 26–32.

To jest niekończąca się lista zastosowań witaminy C w praktyce lekarskiej. Chyba wystarczy... Wystarczy do pokazania tego, jak wiele osób krytykujących mnie za to, że wszystko chcę leczyć witaminą C, robi z siebie wieliskich głupków.

Chciałbym teraz szczególną uwagę zwrócić na choroby, takie jak odra, świnia, rózyczka, koklusz czy mononukleoza. W tych przypadkach zastosowanie witaminy C powoduje nie tylko niespotykane szybkie wyleczenie chorób, ale rewelacyjnie zapobiega też powikłaniom po nich. Powikłaniom, których tak bardzo się boimy. Wszyscy lekarze wiedzą, że świnia, odra i rózyczka to choroby zakaźne o stosunkowo łagodnym przebiegu. Problemem, jak wiadomo, jest możliwość (choć niewielka) wystąpienia bardzo poważnych powikłań. Zastosowanie szczepionek, o czym będzie później, w zasadzie nie ma na celu wyeliminowania tych chorób jako takich, chodzi raczej o niedopuszczenie do powikłań.

Jednym z całkiem niedocenianych problemów zdrowotnych są związki azotowe występujące chyba we wszystkich wędlinach konsumowanych w Polsce. Przeciętny klient zupełnie się nie orientuje, że być może spożywa produkt z zawartością związków, które w środowisku żołądka mogą stać się związkami kancerogennymi! Szczególnie przy odkwaszonym żołądku poprzez inhibitory pompy protonowej, które są najczęściej przepisywanym środkiem „na zgagę”, wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworów żołądka.

Jedynym znanym mi rozwiązańem tego problemu jest spożywanie wszelkiego rodzaju mięs i wędlin zawsze z niewielką ilością witaminy C lub kurkumy. Naprawdę nie żartuję, gdy wielokrotnie powtarzam, żeby ze stojącej na stole cukiernicy wyrzucić cukier i zamiast niego nasypać witaminy C. Nie chodzi oczywiście o to, żeby się nią obżerać. ☺ Wystarczy, żeby stosować ją zamiast octu czy cytryny w ilości np. 1/4 czy 1/3 łyżeczki do herbaty. To wszystko. **Jest to prosty, skuteczny i bardzo tani sposób zaabezpieczania się przed niezwykle poważnym ryzykiem powstania choroby nowotworowej.**

Publikacji medycznych na temat witaminy C jest ponad 50 000! Chyba żadna inna substancja naturalna nie została w takim stopniu opisana. Nie mógłbym oczywiście zacytować tutaj nawet malej części tych prac. Ta wiedza jest powszechnie dostępna, trzeba tylko z niej skorzystać.

Na temat witaminy C jest wiele naprawdę doskonałych ogólnodostępnych książek napisanych przez lekarzy praktyków. Jedną z nich polecam szczególnie, a to ze względu na to, że została napisana prostym językiem, a jednocześnie cytuję setki prac naukowych. Jest to książka pt. „Primal Panacea”. Napisał ją kardiolog dr Thomas E. Levy. Dr Levy zadał sobie trud praktycznej weryfikacji osiągnięć pioniera dożylnego stosowania witaminy C, doktora Klennera. Jest w tej chwili jednym z największych autorytetów na świecie, jeśli chodzi o stosowanie witaminy C w leczeniu człowieka. Polecam tę pozycję jeszcze dlatego, że dr Levy pogrupował poszczególne publikacje według konkretnych schorzeń.

Są oczywiście jeszcze inni lekarze praktycy, klinicyści, naukowcy, których cytowałem w pierwszej części. Oni wszyscy, bez wyjątku, potwierdzają powyższe rozważania o witaminie C. Jak widać, ta prosta substancja ma dla naszego organizmu tak szerokie działanie ochronne, jak chyba żadna inna. Wielu lekarzy może zaskoczyć informacja, że zgłosiło się do mnie kilka osób, twierdząc, że po doustnym zastosowaniu jedynie dobrej jakości witaminy C, w ciągu miesiąca czy dwóch pozbyły się formalnie zdiagnozowanego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego! Jak wiadomo, jest to schorzenie praktycznie rzecz biorąc niemożliwe doyleczenia. Te doniesienia są co prawda jednostkowe, ale niezwykle istotne. Tego typu przypadki krzyczą wręcz o przyjrzeniu się temu w sposób kliniczny, naukowy.

Ww. działania witaminy C wskazują na to, że powinna być ona stosowana jako PIERWSZY środek w leczeniu prawie wszystkich chorób, szczególnie pochodzenia infekcyjnego. Biorąc jeszcze pod uwagę jej niespotykany poziom bezpieczeństwa, praktycznie brak jakiejkolwiek toksyczności, mnogość prac naukowych na jej temat (wspomniałem: ponad 50 000 publikacji), muszę powiedzieć jeszcze raz: to skandal i wstyd dla polskiej medycyny, że ta witamina nie jest powszechnie używana. A przecież kiedyś używana była, proszę przeczytać teraz ten wpis z Facebooka:

Jestem tym wszystkim przerazona ,pracowałam w latach 1989-1996 ...w Centrum Matki Polki w Łodzi na oddziale neurochirurgicznym jako pielęgniarka .W tym czasie Vit C była podawana na bieżaco...dostępnie jak i dozylnie w Infusion ...kazdy o tym wiedział ,że w Infusion należy podawać Vit C powoli ...w odpowiednim czasie ...Vit C była też praktykowana w Szpitalu im KOPERNIKA ,szpitalu KORCZAKA ,wiem dlatego że miałam tam osobiste prywatne dyżury przy pacjentach po zabiegach neurochirurgicznych ....nikomu w tym czasie Vit C nie szkodziła ,stała na pierwszym miejscu w apteczce z infuzjami ....wiem bo sama te infuzje przygotowywałam i podlecałam na polecenia lekarzy ...nie było powidła ,nic co było by działaniem ubocznym ,wnech przeciwne pacjenci zdrowieli .....po wielu bardzo ciężkich zabiegach ,guzach ,i etniakach ,urazach ..itp

Lubię tol · Odpowiedz · 11 · 24 czerwca o 21:31

Ten żałosny stan nie ma żadnego, ale to żadnego uzasadnienia, ani praktycznego, ani teoretycznego, naukowego. Jest to tylko i wyłącznie brak chęci ze strony tych, którzy odpowiadają za obecny stan rzeczy. Dopóki to się nie zmieni, Polacy będą każdego dnia umierać w sytuacjach, kiedy mogliby jeszcze żyć. Czy w związku z powyższym nie byłoby jak najbardziej właściwe, żeby askorbinian sodu był na wyposażeniu każdej karetki pogotowia w Polsce?

Szczytem ignorancji i zarazem głupoty jest to, że działanie tej substancji zostało spłcone do przepisywania nam jej przez pana doktora, kiedy jesteśmy przeziębieni. Jakimś tragicznym koszmarem jest to, że, jak wynika z otrzymywanych przeze mnie doniesień, ludzie w stanach chorobowych sami w domach stosują witaminę C we wlewach dożylnych, bo lekarz nie chce pomóc. Bo się boi albo nic na ten temat nie wie i, co gorsza – często nie chce się dowiedzieć! Jest to jakieś gigantyczne nieporozumienie. Z tym trzeba natychmiast, raz na zawsze skończyć.

**Niniejszym apeluję do środowiska medycznego, do władz uniwersytetów medycznych, do Ministerstwa Zdrowia i wszystkich tych, którzy związani są ze służением choremu człowiekowi: ZRÓBCIE COŚ! Nie czekajcie, aż zachorujecie i sami będziecie tego potrzebować!**

Rozdział ten w żadnym przypadku nie wyczerpuje tematu. Nie śmiałbym nawet nazwać go czubkiem góry lodowej. Starałem się tylko wskazać kierunek dla lekarzy, którzy wielokrotnie prosili mnie o jakiś w miarę prosty opis jako dodatek do tego, co opisałem w części pierwszej „Ukrytych terapii”.

Wielu lekarzy zwracało mi uwagę na to, że chciałbym mieć coś praktycznego dlatego, że po prostu nie mają czasu na takie bardzo skrupulatne poznawanie tego tematu. Jest mi niezwykle trudno kończyć już ten rozdział, ponieważ ilość informacji, jaką chciałbym na ten temat przekazać, jest ogromna.

Książka ta w żadnym wypadku nie jest też podręcznikiem dotyczącym mechanizmów działania i stosowania witaminy C. Mam wielką nadzieję, że podręcznik taki kiedyś powstanie i będzie on autorstwa polskich lekarzy, polskich naukowców. Jestem przekonany, że żaden lekarz, który zechce zgłębić ten temat, nigdy więcej się od niego nie odwróci. Możliwości terapeutyczne tej prostej substancji, jaką jest witamina C, są tak istotne dla zdrowia i życia człowieka, że żaden lekarz, lekarz prawdziwy, po zapoznaniu się z tym tematem już nigdy więcej nie zawała się przed jej zastosowaniem.

W rozdziale tym zacytowałem zaledwie kilkanaście z setek tysięcy istniejących publikacji. Bardzo żałuję, że prawie nie ma wśród nich publikacji opartych na poważnych badaniach przeprowadzanych przez polskich lekarzy, w polskich klinikach. Marzy mi się, żeby w najbliższej przyszłości na polskich uniwersytetach medycznych prowadzono tego typu badania. Marzy mi się, żeby poznano jeszcze dokładniej mechanizmy działania witaminy C. Marzy mi się, żeby w najbliższej przyszłości każdy student medycyny wiedział, że witamina C to jest dużo, dużo więcej niż tylko „tabletki na przeziębienie”, tak jak to jest w tej chwili.

Rozdział ten jest uzupełnieniem tego, co napisałem w części pierwszej.

Nieustannie słyszę i czytam rozważania o tym, jaką jest WŁAŚCIWA DAWKA witaminy D. Spierają się o to osoby, które chcą się suplementować, spierają się lekarze. A tymczasem dawki takiej NIE MA!

Mówienie o DAWCE w przypadku witaminy D3 jest całkowicie pozbawione sensu. W jednym z polskich mediów usłyszałem rozmowę z lekarzem, który twierdził, że dawka właściwa to jest 1000 IU, a 4000 IU to już jest dawka toksyczna. A przecież każdy jest inny. Jedna osoba będzie metabolizować tak, inna inaczej. Jedna będzie wchłaniać lepiej, inna gorzej. Jedna osoba będzie stosować taki preparat, inna inny, itd. Skąd dobry doktor wie, że 4000 IU to dawka toksyczna? Wróżbiarz jakiś czy co? A może to szaman czy inne dziwadło? A może powinien był o to zapytać znachora? ☺

Oczywiście kpię, ale to było w jednym z polskich mediów. Tego typu „porad” udziela ktoś, kto jest doktorem nauk medycznych z habilitacją. Dla wielu osób jest to AUTORYTET! Szkoda tylko, że autorytet opowiada zwykle bzdury, myli cholekalcyferol z kalcydiolem i kalcyriolem. Gdy ja po prostu się przejęzyczę, hejterzy na Facebooku chcą ze mnie zedrzyć skórę. A tutaj... cisza. Założymy, że tysiące ludzi posłuchają tego typu porady i tysiące Polaków będą święcie przekonane, że biorąc 1000 IU witaminy D3 robią dobrze, podczas gdy faktycznie nawet dawka 2000 IU nie ma żadnego znaczenia, szczególnie terapeutycznego. Te tysiące osób przekażą błędną informację innym tysiącom i już tworzy się poważny problem.

O tym, czy mamy wystarczającą ilość witaminy D, czy może osiągniemy poziom toksyczny, nie decyduje wcale przyjęta dawka, lecz poziom 25(OH) we krwi, co w szczegółach opisałem w pierwszej części. Przecież tysiące ludzi w Polsce wiedzą o tym i co jakiś czas poziom ten sobie badają. Dobrze, że oni nie słyszeli pana doktora, ponieważ mówił on, że jest to badanie wysoce specjalistyczne i powinno być robione tylko na zlecenie endokrynologa.

Witamina D3 jest co prawda rozpuszczalna w tłuszczy, ale tutaj precyzuję: nie oznacza to, że musi być spożywana z całymi łyżkami oleju! Nie! Wtedy może nastąpić zjawisko braku jej wchłaniania! Organizm człowieka ma ograniczoną możliwość wchłaniania tłuszczów. Jeśli ilość spożyciego tłuszczy jest zbyt duża, to zostanie on usunięty, nie ulegnie wchłonięciu, a w skrajnym przypadku dostaniemy biegunki lub zwymiotujemy. Dlatego jeśli witaminę D3, A, K2 czy E spożyjemy ze zbyt dużą ilością tłuszczy, ona się w nim rozpuści, ale będzie szybko z organizmu razem z tym tłuszczem wyrzucona. Dlatego nie można przesadzać. Wystarczy, że wezmie my ją z posiłkiem, w którym zawsze trochę tłuszczy jest.

Wiele pytań, jakie otrzymałem, dotyczyło kwestii, jak zacząć suplementację. Celem suplementacji profilaktycznej jest uzyskanie poziomu pomiędzy 50 a 70 ng/ml. Jak to osiągnąć, tego nikt precyzyjnie nie ustalił, ale uważam, że można przyjąć następujący sposób postępowania: jeśli poziom 25(OH) we krwi u osoby dorosłej wynosi 10 czy 20 ng/ml, to branie 20 000 IU przez ok. 4 tygodnie powinno spowodować znaczne jego podwyższenie. A do ilu się podniesie? Tego nikt nie wie, dlatego właśnie po około czterech tygodniach należy badanie powtórzyć. Oczywiście, jeżeli na początku poziom ten wynosi 30 czy 45 ng/ml, wtedy być może 8000 czy 10 000 jednostek wystarczy, aby właściwy poziom uzyskać. Ponownie mówię: należy to zbadać. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że jeśli zmienimy formę stosowanej w suplementacji witaminy np. z syntetycznej na naturalną, to może się okazać, że do utrzymania właściwego poziomu potrzeba jest jej mniej. Do tego wszystkiego możemy dojść tylko metodą prób i błędów.

W przypadkach terapeutycznych, a nie profilaktycznych, najlepiej jest doprowadzić do poziomu pomiędzy 80 a 100 ng/ml. Przy poziomie powyżej 100 ng/ml nie zauważono żadnych dodatkowych korzyści. W związku z tym w przypadkach chorobowych podniesienie poziomu 25(OH) ponad 100 ng/ml w zasadzie nic już nie daje. Trzeba też zwrócić uwagę, że poziom toksyczny zaczyna się od około 250 ng/ml. Jeżeli np. miał 110 czy 140 ng/ml, nie należy się tego obawiać. Wystanie się powinno督导ować tak intensywnie. W tym przypadku, od tego, ile powyżej 100 ng/ml ten poziom wynosi, należy a zaprzestać suplementacji, albo dawkę zmniejszyć na przykład a następnie po około czterech tygodniach ponownie się zbadać, jest to kwestia bardzo indywidualna.

poziom całkowitej 25-hydroksywitaminy D witaminy 25(OH)D, przydatna przebiegu

Miałem przypadki gwałtownej poprawy stanu zdrowia po osiągnięciu poziomu około 60 ng/ml. U dwóch chorych, dorosłego mężczyzn i kobiety, po 5 dniach suplementacji dawką 20 000 IU całkowicie ustąpiły napady padaczki. Są to co prawda tylko dwa przypadki, ale ja nigdy pojedynczych przypadków nie ignoruję. Jeśli nawet znany nam jest tylko jeden przypadek, to nigdy nie wiadomo, czy gdzieś w jakiejś innej grupie chorych nie ma przypadków podobnych. Medycyna na ogół nie traktuje tego typu przypadków poważnie, niefortunnie nazywając je anegdotycznymi. A nie są to w żadnym przypadku anegdoty ani sprawy śmieszne, zwłaszcza dla tych, którzy dzięki tak prostej substancji odzyskali swoje zdrowie.

Powyzsze zalecenia stosują się również do dzieci.

Ponieważ witamina D3 sprzyja wchłanianiu wapnia, należy zwrócić uwagę na to, aby przy szczególnie agresywnej suplementacji dodać pacjentowi za-wsze witaminy K2, najlepiej w formie K2-MK7. Zwrócić trzeba uwagę, aby to była forma **MenaQ Crystals** – wtedy jest to wersja naturalna. Witamina K2-MK7 jest bardzo wrażliwa na światło i przy jej niewłaściwym zabezpieczeniu, w wyniku obniżania kosztów produkcji, może być jej w kapsułce mniej niż powinno być, a w skrajnych przypadkach może jej nie być w ogóle.

W tym przypadku również nie ma jakichś konkretnych zasad, wynikających np. z badań naukowych. Niemniej jednak praktyka wskazuje na to, że zastosowanie witaminy K2-MK7 (pod warunkiem, że jest dobrej jakości) w ilości około 200 µg wystarczy. Dobra jakość witaminy K2 nie polega na tym, że na opakowaniu jest napisane, że wytwarzana jest z soi (natto), ani że producent pochodzi z zagranicy. Możemy mieć dwie różne witaminy K2, obie będą z soi, obie będą miały taką samą nazwę chemiczną (menaquinon lub menachinon), ale jest możliwe, że będą się różnić bioaktywnością.

Czasami zawartość witaminy D3 jest na etykietach podawana w mikrogramach ( $\mu\text{g}$  lub  $\text{mcg}$ ). Wtedy pamiętajmy, że:  $1000 \text{ IU} = 25 \mu\text{g}$  lub  $1 \mu\text{g} = 40 \text{ IU}$ , lub też  $1 \text{ mg} = 40 000 \text{ IU}$  ( $1 \text{ mg}$  to miligram czyli  $1000 \mu\text{g}$ ).

Na ogół na rynku mamy witaminy D w postaci syntetycznej (Devikap), ale są też witaminy D3 w postaci naturalnej, wytwarzane np. z lanoliną czyli z tłuszcza znajdującego się m.in. na wełnie owiec (takie jest pochodzenie np. witaminy marki Visanto).

Wystarczająco dużo napisalem o tym w pierwszej części, ale niedawno wpadła mi w ręce następna bardzo wartościowa publikacja, dotycząca wpływu witaminy D na rozwój wirusa wątroby typu B, dlatego pozwalam sobie tutaj o niej wspomnieć:

*Famik H, Bojunga J, Berger A, Allwinn R, Waidmann O, Kronenberger B, Keppler OT, Zeuzem S, Sarrazin C, Lange CM. Low vitamin D serum concentration is associated with high levels of hepatitis B virus replication in chronically infected patients. Hepatology. 2013 Oct; 58(4): 1270–1276.*

Jeden z zaprzyjaźnionych onkologów potwierdził mi, że podawanie choremu witaminy D do uzyskania przez niego poziomu 25(OH) we krwi 80 do 100 ng/ml zatrzymało progresję nowotworu prostaty.

Niestety, coraz częściej zdarzające się zakażenia mikoplazmą mogą doprowadzić do blokady receptorów witaminy D3. W takim przypadku suplementacja może okazać się nawet szkodliwa. Poprzez zablokowanie receptorów bakterie te doprowadzają do chronicznych stanów zapalnych, co może spowodować powstanie wielu chorób chronicznych.

Chciałbym teraz poruszyć zagadnienie niezwykle ważne dla każdego lekarza zmagającego się z brakiem skuteczności w leczeniu wielu chorób przewlekłych. U dużej części chorych stwierdza się tu niskie poziomy witaminy D:

*Waterhouse JC, PhD. Reversing Bacteria-Induced Vitamin D Receptor Dysfunction to Treat Chronic Disease: Why Vitamin D Supplementation Can Be Immunosuppressive, Potentially Leading to Pathogen Increase. Townsend Letter 2009.*

Coraz więcej danych wskazuje na to, że może to być spowodowane dysfunkcją receptora witaminy D wewnętrz fagocytów. Jak wiadomo, niski poziom witaminy D może sprzyjać powstaniu niezliczonej liczby chorób przewlekłych z nowotworem włącznie. Okazuje się, że chroniczne infekcje spowodowane przez bakterie wewnętrzkomórkowe mogą z kolei powodować rozregulowanie funkcjonowania wyżej wspomnianego receptora. Ni-gdy nie słyszałem od osób przewlekłe chorych, żeby kiedykolwiek się zaj-

mował tym zagadnieniem. A szkoda, bo wiele wskazuje na to, że takiemu człowiekowi można byłoby pomóc, stosując proste środki farmakologiczne. Zauważono już pozytywne efekty takiego leczenia w schorzeniach, takich jak toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów, sklerodermia, sarkoidoza, syndrom Sjögrena, autoimmunologiczne choroby tarczycy, łuszczyca, przewlekłe zapalenie kręgosłupa, syndrom Reitera, cukrzycą typu 1, cukrzycą typu 2 czy zapalenie błony naczyniowej oka. Po przywróceniu prawidłowego działania receptora istnieje możliwość wyleczenia tych chorób.

Waterhouse JC, Perez TH, Albert PJ. **Reversing bacteria-induced vitamin D receptor dysfunction is key to autoimmune disease.** Ann N Y Acad Sci. 2009 Sep; 1173: 757–765.

Robien K, Cutler GJ, Lazovich D. **Vitamin D intake and breast cancer risk in postmenopausal women: the Iowa Women's Health Study.** Cancer Causes Control. 2007 Sep; 18(7): 775–782.

Opisuję to, bo pomyślałem sobie, że zagadnienie to może się okazać niezwykle ważne dla jakiegoś lekarza. Kto wie...

I na koniec porada praktyczna: niektóre mamy zauważają, że poduszka ich dziecka jest po przebudzeniu dosłownie mokra. Może to wskazywać na niedobór witaminy D. Należy to zbadać i skorygować przez odpowiednią suplementację.

## O cholesterolowym kłamstwie

Jedną najbardziej dziesiątkujących społeczeństwa chorób, jest choroba wieńcowa i związane z nią zawały serca. Dlatego właśnie w tej części poświęcenie tematowi znacznie więcej uwagi. Szczególnie dlatego, że sprawa dotycząca cholesterolu ciągle budzi wiele, zupełnie niepotrzebnych emocji i kontrowersji.

Właściwym wydawałoby się, żeby od razu napisać o tym, jak uniknąć zawału serca. Do tego dojdziemy, kiedy dowiemy się, skąd wzięło się to, że ludzie tak bardzo boją się cholesterolu. Jak to się dzieje, że lekarze też się go boją? I to wcale nie chodzi tylko o Polskę. To się dzieje dosłownie na całym świecie.

Czym jest cholesterol, którego się tak boimy? Nieustannie straszą nim „eksperci” w kolorowych czasopismach często nazywający się „dziennikarzami medycznymi”, ale najlepsze i najsmutniejsze jest to, że lekarze też do takich straszaków dołączyli, jak zawsze – nie wszyscy, ale takich jest bardzo mało. Na szczęście jest ich coraz więcej.

Cholesterol jest molekulą niezwykle nam potrzebną. Niezbędna! Żartobliwie często mówię, że pies i cholesterol to dwaj najlepsi przyjaciele człowieka!

Potocznie mówimy, że jest tzw. cholesterol „dobry” i „zły”. To oczywiście nie jest prawda. Cholesterol jest jeden, natomiast różne są sposoby jego transportowania. Mówimy, że „zły” cholesterol to jest LDL, a „dobry” cholesterol to jest HDL. Co jednak oznaczają te skróty LDL i HDL?

LDL jest to skrót słów angielskich: *Low Density Lipoprotein* (czyli lipoproteina o niskiej gęstości), a gdzie jest słowo cholesterol? Nie ma, bo to nie jest cholesterol! To samo jest w przypadku tak zwanego „dobrego” cholesterolu czyli HDL, tzn. *High Density Lipoprotein* (czyli lipoproteina o wysokiej gęstości). Ponownie – gdzie jest słowo cholesterol? Nie ma, bo to też nie jest cholesterol! To w takim razie co to jest? To bardzo proste.

W ogromnym uproszczeniu, wyobraźmy sobie, że po wyprodukowaniu cholesterolu w wątrobie, trzeba go przenieść do odpowiednich miejsc w naszym organizmie. Ponieważ cholesterol nie jest rozpuszczalny w wodzie, nie można w takim razie wykorzystać krwi jako jego transportera, bo cholesterol we krwi się nie rozpuści.

Cholesterol nie może rozpuścić się we krwi, tak jak tłuszcz nie rozpuszcza się w wodzie. Z tego powodu nasz organizm ze specjalnego białka buduje swój własny transporter. Transporter ten jest zbudowany z takiego białka, które ulega rozpuszczeniu w wodzie, a więc we krwi.

Kiedy po wyprodukowaniu cholesterolu w wątrobie (głównie) trzeba go przenieść do wielu innych części organizmu, wtedy do takiego transportera wbudowywana jest jedna molekuła cholesterolu. W tym przypadku transporter ten jest zbudowany ze specjalnego białka o niskiej gęstości czyli LDL.

Kiedy jednak cholesterol powraca z powrotem do wątroby, wtedy w podobny sposób organizm buduje mu transporter, ale z białka o wysokiej gęstości, czyli HDL. W tym jednak przypadku, zamiast jednej molekuły cholesterolu, organizm wbudowuje cztery takie molekuły.

W ten sposób, w naszym organizmie transportowany jest cholesterol. Raz w transporterze podróżeje jedna molekuła cholesterolu, a raz cztery, ale... **to jest ten sam cholesterol!**

Dlaczego **ten sam cholesterol** transportowany z wątroby do każdego zakątku naszego ciała, gdzie jest niezwykle potrzebny jest „zły”, a jak wraca do wątroby nagle staje się „dobry”, pozostaje tajemnicą ☺.

Cholesterol jest częścią składową bion komórkowych w całym naszym organizmie. Nasz mózg w połowie składa się z cholesterolu. Bez cholesterolu nie wytworzy się nam witamina D, co w konsekwencji może prowadzić do wielu chorób przewlekłych, z nowotworem włącznie. Cholesterol jest ważnym transporterem białka. Bierze udział w setkach wielu reakcji biochemicznych. Wytwarzany głównie w wątrobie jest podstawą prawidłowego działania mózgu, funkcjonowania synaps, w dużych ilościach znajduje się również w żółci. Cholesterol stanowi podstawę, bazę do budowa-

nia w naszym organizmie różnego rodzaju hormonów, takich jak kortyzon, progesteron, testosteron, estrogeny, aldosteron. Już w tej chwili wiadomo, że cholesterol stanowi część układu odpornościowego człowieka. Zwierzętom zainfekowanym (w celach badawczych) podaje się dożywienie ludzkie LDL i.., zwierzęta odzyskują zdrowie. Cholesterol, między innymi, jest odpowiedzialny za wytworzenie właściwej izolacji nerwów, co ma podstawowe znaczenie w wielu chorobach neurodegeneracyjnych, takich jak np. stwardnienie rozsiane. Bez cholesterolu przestałyby dobrze pracować nasze pluca. Można wyliczać bez końca. Widzimy już, że bez tej molekuły, bez jej odpowiedniego dla danego organizmu poziomu, możemy mieć bardzo poważne problemy zdrowotne.

Nie jest to tak, że organizm nasz wytwarza cholesterol w ilościach przypadkowych. Poziom cholesterolu we krwi jest wynikiem precyzyjnie kontrolowanej jego produkcji w zależności od zapotrzebowania organizmu na tę molekulkę w danym momencie. Tutaj nic nie dzieje się chaotycznie, nic nie dzieje się bez powodu. To nie jest też tak, że nasz organizm nagle, ni stąd ni zowąd, zdecydował, że zacznie produkować substancję, jaką jest cholesterol, która nas zabije. Jeśli organizm produkuje konkretną ilość cholesterolu, to ma na to zapotrzebowanie. Jeśli produkuje go trochę więcej, robi to, bo jest mu potrzebny. Co to jednak znaczy „trochę więcej”?

To zależy od tego, co lekarzowi się powie, żeby uważał za „więcej”. Dawniej, kiedy za poziom normalny uważano około 240–280 mg/dl, poziom np. 320 mg/dl uważano za podwyższony. Dzisiaj, kiedy bez żadnego uzasadnienia naukowego, bez żadnych badań, lekarzowi się mówi, że „norma na cholesterol” to 190 mg/dl, wtedy dla takiego lekarza poziom 200 czy 240 jest już „za dużo”. Nikt już nie słucha organizmu. Pacjent przestał się liczyć, liczy się cyferka z laboratorium. Co w związku z tym robimy?

Bez względu na to, że nasz organizm chce tego, czego w danym momencie potrzebuje, my wiemy lepiej – musimy obniżyć poziom cholesterolu! Z pewnością nam wyjdzie na zdrowie... Ale to jeszcze mało! Wymyślono nawet specjalną chorobę, nazywa się ona **hipercholesterolemia**. Czyli człowiek, który ma podwyższony poziom cholesterolu całkowitego (powyżej 190 mg/dl), jest już człowiekiem chorym i należy go leczyć! Najlepiej jakimś drogim lekiem.

Hmm... coś tu jednak nie gra, bo jak tego typu choroba, a szczególnie jej leczenie, ma się do tego, że spożycie 3 czy 4 żółtek dziennie po zaledwie kilku tygodniach doprowadza do tego, że w zdecydowanej większości przypadków „dobry” cholesterol HDL wzrasta, „zły” cholesterol LDL spada? Często obniża się też poziom trójglicerydów (podobnie działa zwykła witamina B3 w postaci niacyny). No i tutaj dochodzimy ponownie do absurdum.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem farmaceutycznym, produktem leczniczym jest:

„substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi...”

Skoro hipercholesterolemia jest chorobą, a żółtka jaj ją leczą, to żółtka są lekarstwem! Zgodnie z prawem jednak, tylko lekarz może przepisać receptę na lek. Czy to oznacza, że być może niedługo lekarz i tylko lekarz będzie miał prawo wypisać nam receptę na zakup tuzina jaj? Widząc niemalże codziennie tego typu absurdy, jestem skłonny w to uwierzyć. Skoro zgodnie z dekretem Unii Europejskiej ślimak jest rybą... ☺.

Pojawia się jednak następny problem: gdzie kupić te jaja? Przecież nie w supermarkecie, bo leki może sprzedawać tylko apteka! A więc, recepta w ręce i hajda... do apteki po tuzin jaj!

Może to i śmieszne, ale nie do końca. Zgodnie z prawem, każda substancja wykazująca działanie lecznicze, musi być zarejestrowana jako lek jeśli ma być dopuszczona do sprzedaży. Jaja nie są zarejestrowane jako lek, a więc ktoś tu łamie prawo lub robi sobie jaja ☺.

Pytanie: czy czosnek wykazuje działanie lecznicze? Odpowiedź znamy. A co z witaminą C? Czy po główkę czosnku lub kilogram jablek, bo zawierają witaminę C, też będziemy chodzić na zakupy z receptą? Czy zioła leczą? Oczywiście... Nie chcę już dalej kontynuować.

Wróćmy jednak do cholesterolu. Wielokrotnie słyszałem opinię, i to niestety nawet z ust lekarzy, że LDL jest przyczyną miażdżycy, bo nawet za to odkrycie była przyznana nagroda Nobla. Wyjaśniam więc wszem i wobec, że **Michael S. Brown i Joseph L. Goldstein w 1985 roku otrzymali nagrodę Nobla, ale... za odkrycie receptora LDL na błonach komórkowych, a nie za to, że LDL jest przyczyną miażdżycy!!**

Nie ma żadnych badań, które **jednoznacznie** wskazywałyby na to, że cholesterol jest przyczyną miażdżycy. Nie ma żadnych badań, które **jednoznacznie** wskazywałyby na to, że LDL czyli ten „zły” cholesterol jest przyczyną miażdżycy.

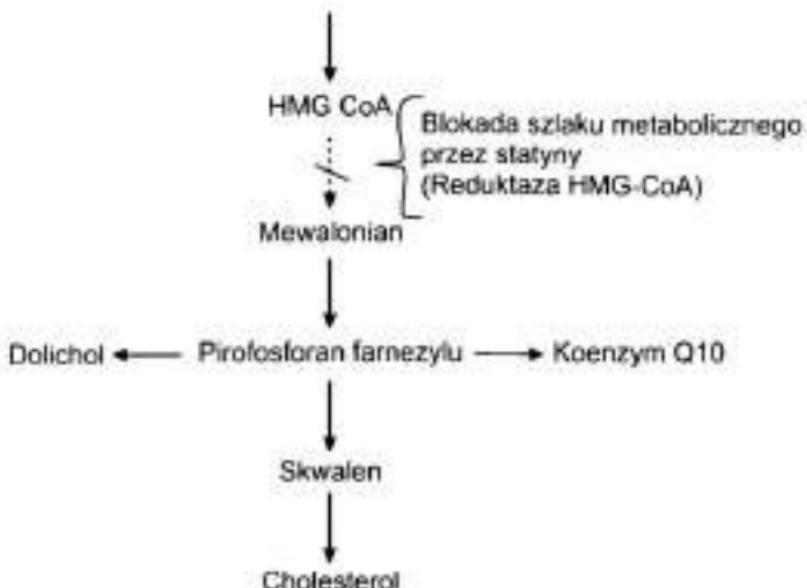
Sąd nie wydał jeszcze wyroku, a już podejrzanego bez żadnego dowodu wsadza się do więzienia!

Doszliśmy do szaleństwa i powszechnego wręcz oglupienia, używając stwierdzeń, takich jak np. „Nowe sposoby walki z cholesteroliem!”. Doszliśmy do tego, że walczymy z substancją, która jest niezbędna do normalnego funkcjonowania naszego organizmu, a my uważamy ją za wrogów!

Cholesterol stanowić może pewien **czynnik ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej, ale to wcale nie oznacza, że jest jej przyczyną.**

Zidentyfikowano około 200 czynników ryzyka powstania choroby wieńcowej. Tylko JEDNYM z tych czynników ryzyka jest cholesterol.

Zanim pójdziemy dalej, popatrzmy na to, w jaki sposób nasz organizm produkuje cholesterol. Popatrzmy na uproszczony schemat produkcji cholesterolu w organizmie człowieka:



Nie trzeba być biochemikiem, żeby się domyśleć, że jeśli mamy SERIE reakcji występujących jedna po drugiej, to zaburzenie jednej z nich na początku łańcucha wywoła w konsekwencji zaburzenia w pozostałych częściach takiego szlaku. Przecież dokładnie to wykorzystuje się do OBNIŻANIA poziomu cholesterolu. Jeśli wprowadzimy czynnik, np. „lek” obniżający poziom cholesterolu, to nie działa on tak, że kiedy „zobaczy” molekule cholesterolu, wtedy „bierze ją za kolnierz” i z naszego organizmu wyprowadza ją jak nieproszonego gościa. To byłoby całkiem nieźle, ale... tak się nie dzieje! Działa to tak, że tym „lekiem” zaburzamy cały szlak metaboliczny.

Przecież widać jak na dloni, że doprowadza to na przykład do zmniejszonej produkcji skwalenu, który ma działanie przeciwbakteryjne, działa przeciwgrzybiczo, ma działanie przeciwnowotworowe, działa stabilizując na wątrobę i trzuslikę. To właśnie skwalen wiąże się z tlenem z wody i dostarcza tlen do komórek! Skwalen ma działanie przecizwakrzepowe, przeciwhistaminowe, przeciwzapalne, przeciwalergiczne, działa pobudzająco na układ odpornościowy, jest też przeciwtłuczeniaczem. No więc? Mamy sobie wziąć statynę i zaburzyć jego wytwarzanie w naszym organizmie?

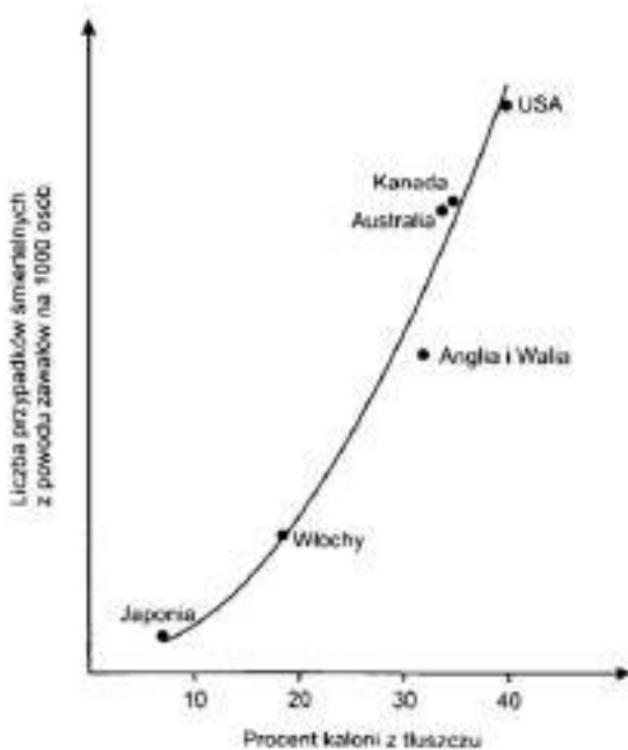
Osobiście nie chciałbym, żeby COKOLWIEK zaburzało w moim organizmie produkcję tak ważnej dla mnie substancji! A to tylko skwalen... a reszta?

Jeśli takim „lekiem”, jakim są statyny, zaburzymy na samym początku ten szlak, to zauważmy, że doprowadzi to nie tylko do zmniejszenia produkcji skwalenu.

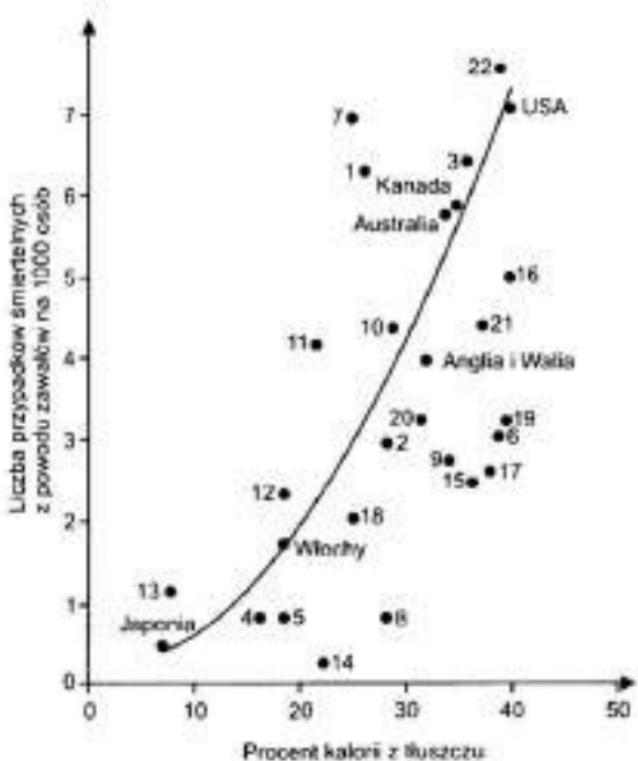
To samo dzieje się z zaburzeniem wytwarzania tak bardzo potrzebnej nam substancji, jaką jest koenzym Q10. Temat statyn jeszcze poruszamy, ale teraz wróćmy do demonizowania cholesterolu i tłuszczy.

Właściwie wszystko zaczęło się od tego, kiedy amerykański naukowiec, Ancel Keys, w roku 1953 opublikował wyniki badań, jakie przeprowadzał w wielu krajach. Celem tej publikacji było wykazanie silnego związku pomiędzy ilością spożywanego tłuszcza oraz ilością przypadków śmiertelnych, które były wynikiem zawałów serca.

Naukowiec ten umieścił wyniki swoich badań na wykresie, który wyglądał tak:

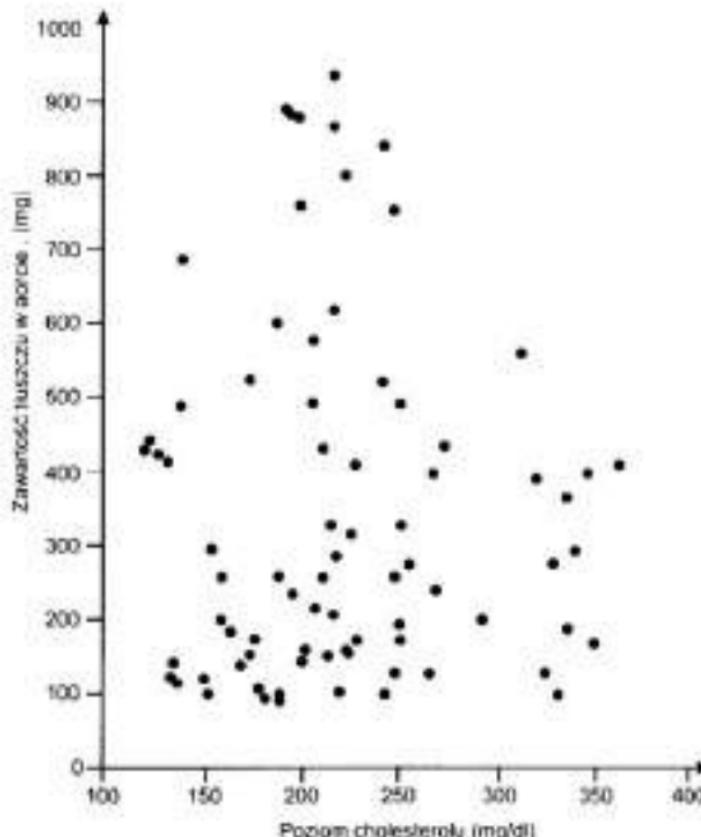


Faktycznie, można się przestraszyć. Do dziś dnia tajemnicą pozostaje to, że dysponował wynikami z 11 krajów. Wyników tych jednak na tym wykresie nie umieścił. Dane jednak pozostały. Kiedy je umieszczone na tym samym wykresie, przyjął on znacznie inny wygląd:



New York State Journal of Medicine 2343-2354, 1957

Mało tego, kiedy prowadził swoje badania, znane mu były badania wykonane znacznie wcześniej, bo już w roku 1936, przez dwóch amerykańskich naukowców: Lande i Sperry. Po co było robić następne badania? W jakim celu? Wystarczyło sięgać do tego, co znane było już wcześniej. A co już dużo wcześniej pokazali Lande i Sperry? No właśnie to:



Lande & Sperry, Archives of Pathology, 22, 301-312, 1936

Naukowcy ci pokazali, że nie ma żadnego związku pomiędzy poziomem cholesterolu a miażdżycą. Wiadomo to już, jak widać, od roku 1936.

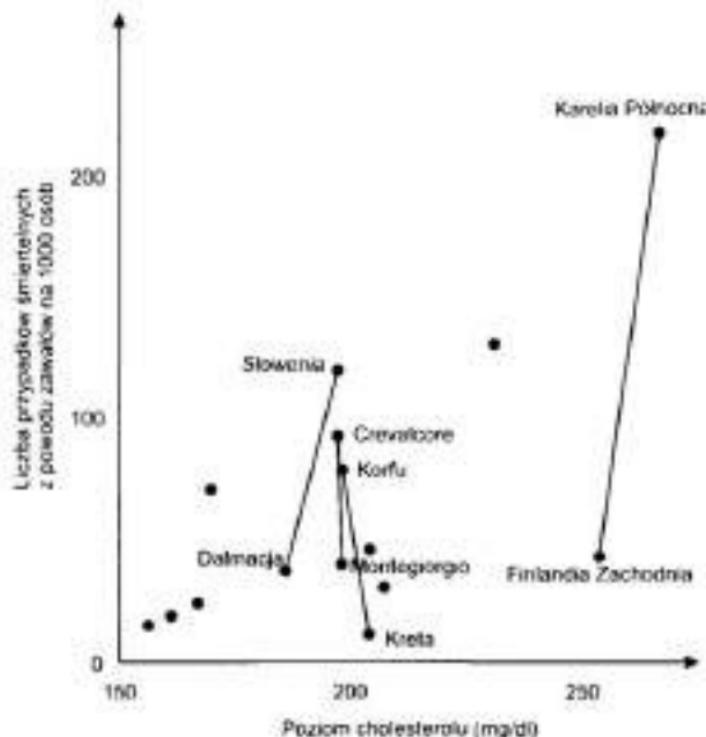
Aha... kim był dr Ancel Keys? Kim był człowiek, który zmienił nawyki żywieniowe niemalże w każdym kraju z tak zwanych krajów zachodnich? Kim był człowiek, za którego „badaniami” zupełnie bezkrytycznie podążył prawie cały zachodni świat medyczny? Był ekonomistą i miał doktorat z oceanografii. Ok... Ktoś powie, że ja jestem inżynierem. Tak, ale ja RELACJONUJĘ, ja PRZEKAZUJĘ wiedzę naukowców. Nie moją. Przekazuję wiedzę często ukrywaną nawet przed środowiskiem medycznym. Ancel Keys robił badania medyczne! Ja tego nie robię. Na podstawie jego „badan” miliony

ludzi na całym świecie zaczęły inaczej być, zaczęły się bać tłuszczu. Ja natomiast staram się wytlumaczyć może i milionom ludzi, że zostali oszukani. Miliony ludzi w tym kłamstwie nadal trwają. W dzisiejszych czasach tego typu nieudolnie przeprowadzone badania przez ekonomistę i oceanografa nigdy by nie powstały!

Tutaj chciałbym zwrócić uwagę na jedną niezwykle ważną rzecz, o której właściwie się nie mówi. Wykres, jaki opublikował dr Keys, wskazuje na korelację, co wcale nie jest jednoznaczne ze związku, z przyczyną. Innymi słowy, **wykres ten w ogóle nie dowodzi tego, że zwiększoną konsumpcją tłuszczy nasycionych powoduje zwiększoną liczbę zawałów serca.**

Taki sam wykres można stworzyć odnośnie do liczby sprzedawanych na przykład telewizorów. Czy wtedy można byłoby powiedzieć, że telewizory powodują zawały serca? Oczywiście, że nie. Jest to tylko korelacja, ale związku z występowaniem zawału serca nie ma żadnego. W krajach, w których występowała duża liczba zawałów serca, spożywano również znacznie więcej cukru. W wielu krajach była to fruktoza. Dzisiaj już wiadomo, że fruktoza w szczególności jest znacznym czynnikiem ryzyka w rozwoju choroby wieńcowej i towarzyszących jej zawałów. W takim razie jakie znaczenie mają badania opublikowane przez dra Keysa? Żadne. W dzisiejszych czasach, tego typu badania byłyby po prostu wyrzucone do śmiecinika. Niestety, świat medyczny uznał te badania niemalże za prawdę biblijną. W zdecydowanej większości przypadków tak jest do dziś. **Innymi słowy – lekarzy oszukano.** Wielu lekarzy, zupełnie nieświadomie, przekazuje tego typu „naukowe” bzdury swoim pacjentom. Tak też kształcą się dzisiejszych dietetyków.

Jak było możliwe mówienie o jakiejkolwiek korelacji, skoro sam dr Keys wiał **BRAK** takiej korelacji, a jednak napisał, że taka korelacja jest!



Keys, Circulation 41, suppl 1, 1-211, 1970

Jak to jest, że w Finlandii przy prawie tak samo wysokim poziomie cholesterolu (ok. 250 mg/dl) różnica w liczbie występujących zawałów była ogromna! W Karelii Północnej występowało 220 przypadków na 10 000, a tylko trochę na zachód, w zachodniej Finlandii, zaledwie ok. 30.

Na podstawie analizy 19 badań obejmujących 68 094 osób starszych wykazano, że wśród większości osób po 60. roku życia **śmiertelność była tym mniejsza, im wyższy był poziom LDL** (czyli „zlego” cholesterolu):

Ravnskov U, Diamond DM, Hama R, Hamazaki T, Hammarkjöld B, Hynes N, Kendrick M, Langsjoen PH, Malhotra A, Mascitelli L, McCully KS, Ogushi Y, Okuyama H, Rosch PJ, Schersten T, Sultan S, Sundberg R. **Lack of an association or an inverse association between low-densitylipoprotein cholesterol and mortality in the elderly: a systematic review.** BMJ Open. 2016 Jun 12; 6(6): e010401.

Ujawnione przez doktora Ravnskova fakty usiłowano oczywiście obalić, ale jak można się spodziewać – bezskutecznie.

Wielokrotnie moje wykłady zaczynam od pytania: co ma królik wspólnego z cholesteroliem? Otóż okazuje się, że ma! Jeśli weźmiemy pod uwagę to, że tygrys czy lew są zwierzętamimięsożernymi, to co by się stało z tygrysem czy lwem, gdybyśmy je zmusili do jedzenia warzyw? Wiadomo, że ani tygrys ani lew nie są wegetarianami. Jak łatwo sobie wyobrazić – długąby nie połyły.

Jeśliby wziąć królika i karmić dietą bogatą w cholesterol, a więc nie tą, która jest właściwa dla królika, to czy taki królik też przeżyłby ten sposób traktowania jego zdrowia? Pewnie miałby problemy zdrowotne. Tak to też się stało. W latach pięćdziesiątych amerykański uczony o typowo amerykańskim nazwisku Kritchevsky królikowi podawał jedzenie bogate w cholesterol i królik dostał poważnej miażdżycy. Na tej podstawie uczony ten, oczywiście upraszczając bardzo mocno, doszedł do wniosku, że cholesterol jest groźny również dla człowieka. Taką pracę naukową opublikował:

Kritchevsky D, Moyer AW, Tesar WC, Logan JB, Brown RA, Davies MC, Cox HR. **Effect of cholesterol vehicle in experimental atherosclerosis.** Am J Physiol. 1954 Jul; 178(1): 30–32.

i... poszło to w świat, do Polski przyszło też.

Na tej podstawie zaczęto zwalczać, wszędzie gdzie tylko się da, tłuszcze zwierzęce, dlatego że zawierają cholesterol. A tu... niespodzianka!! Jak się dokładnie wczytać w pracę Kritchevskiego (tylko kto to zrobił? Komu się chciało?), to zauważymy, że ta silna miażdżycą również wystąpiła u królików, którym podawano... tłuszcze utwardzone, a więc **MARGARYNE!** I co? No nic, bo zlecenie było na to, żeby wyeliminować tłuszcze zwierzęce! Oszustwo? Jeszcze jakieś!

W tym czasie przemysł produkujący utwardzone tłuszcze roślinne, jak np. margaryny, kolokwialnie mówiąc, na głowie stawał, żeby z rynku wyeliminować tłuszcze zwierzęce. Chodziło tutaj po prostu o to, że te sztucznie utwardzane tłuszcze roślinne sprzedawano z bardzo dużym zyskiem.

To właśnie między innymi amerykańskie FDA i wszelkie inne instytucje mające cokolwiek do czynienia ze zdrowiem człowieka zaczęły promować użycie olejów roślinnych, a przede wszystkim margaryny! To, że produkt nienaturalny dla człowieka, jakim jest margaryna, powodował u tych królików silną miażdżycę, już nie miało żadnego znaczenia. Tego już nikt nie wyciągał, tego już nikt nie publikował, nie naglaśniał, o tym też nie mówiono lekarzom. Co to oznacza dla przeciętnego człowieka? No właśnie to, że ponownie został oszukany. A co to oznacza dla przeciętnego lekarza? Oznacza to, że został naukowo oszukany, zresztą nie po raz pierwszy, o czym za chwilę się przekonamy.

Pracę swoją Kritchevsky opublikował w 1954 r., jednakże już w 1950 r. w Stanach Zjednoczonych choroby serca i towarzyszące im zawały były w czołówce problemów zdrowotnych, ponieważ powodowały ponad 30% wszystkich przypadków śmiertelnych. Warto tutaj zwrócić uwagę na to, że w USA, w roku 1910, było około 3000 przypadków śmiertelnych. Zawały serca w latach około 1910–1920 prawie w ogóle nie występowały lub też należały do rzadkości. Statystyki wskazują, że w tych latach, w Stanach Zjednoczonych, było około 3100 przypadków śmiertelnych rocznie, natomiast już w 1960 r. było ich ok. 500 000. Co się stało?

Zaczęto zwracać uwagę na poziom cholesterolu we krwi. Wiadomo było jednak, że zjawiskiem naturalnym było to, że z wiekiem poziom cholesterolu we krwi stopniowo się zwiększał. Poza tym wiadomo również, że poziom cholesterolu zmienia się w zależności od poziomu stresu, jakim jesteśmy poddani, czy też w którym czasie w ciągu dnia jest dokonywany pomiar, czy z powodu możliwości istnienia ukrytej infekcji, ale... kto na to zwraca uwagę? Nikt. Najważniejsze jest, żeby była cyferka z laboratorium, a w jaki sposób otrzymana, w jakich warunkach, tego już nikogo nie obchodzi.

W badaniach, jakie wykonano na zlecenie amerykańskiego Instytutu Chorób Serca Płuc i Krwi, wykazano **znacznie zwiększone ryzyko śmierci u osób z cholesterololem poniżej 160 mg/dl!**

Jacobs D, Blackburn H, Higgins M, Reed D, Iso H, McMillan G, Neaton J, Nelson J, Potter J, Rifkind B, Rossouw J, Shekelle R, Yusuf S. **Report of the Conference on Low Blood Cholesterol: Mortality Associations.** *Circulation.* 1992 Sep; 86(3): 1046–1060.

Doskonalego podsumowania dokonali:

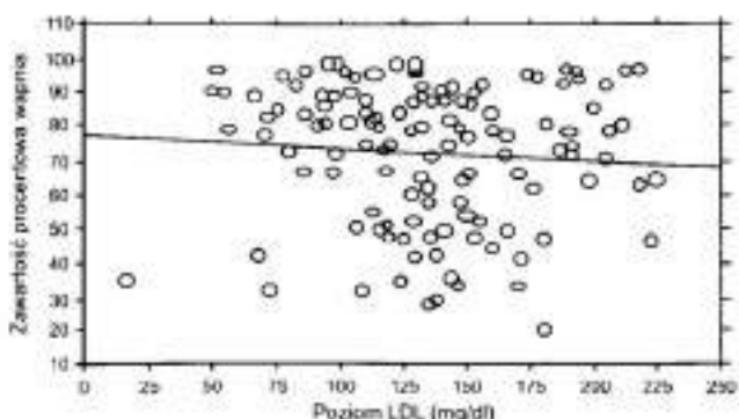
**Hulley SB, Walsh JM, Newman TB. Health Policy on Blood Cholesterol Time to Change Directions. Circulation. 1992 Sep; 86(3): 1026–1029.**

gdzie pokazali, że szczególnie u kobiet i osób starszych nie było praktycznie żadnej różnicy w występowaniu choroby wieńcowej serca bez względu na to, jaki był poziom cholesterolu we krwi. W rzeczywistości pokazano, że **kobiety i osoby w starszym wieku żyły dłużej, kiedy miały wysoki poziom cholesterolu!**

Również wykazano, na podstawie badań dokonanych w czasie autopsji, że **nie występowała żadna korelacja pomiędzy spożyciem tłuszcza zwierzęcego, stopniem miażdżycy a poziomem cholesterolu we krwi.**

Wykazano również, że zwapnienie tętnic w żaden sposób nie było spowodowane „złym” cholesterolom LDL. Mało tego, zauważono, że **im wyższy poziom LDL, tym stopień zwapnienia tętnicy był niższy!**

**Hecht HS, Superko HR. Electron beam tomography and National Cholesterol Education Program guidelines in asymptomatic women. J Am Coll Cardiol. 2001 May; 37(6): 1506–1511.**



Dlaczego mnie to nie dziwi? Dlatego, ponieważ wykazano, że stosowanie statyn jak również zbyt dużej ilość olejów roślinnych typu **Omega 6**

**HAMUJE działanie witaminy K2 !! Tak więc zbyt duża ilość olejów Omega 6 sprzyja miażdżycy.** Gdzie jest najwięcej tłuszczy typu Omega 6? W olejach roślinnych. Co nam się niemal na siłę zaleca do codziennego spożycia? Na czym nam się zaleca smażyć? Mądro to?

Pośród ogólnej populacji w wieku powyżej 50 lat poziom cholesterolu LDL jest odwrotnie skorelowany z występującą śmiertelnością ze wszystkich powodów. Inaczej mówiąc, **im wyższy poziom LDL tym śmiertelność niższa.** Co więcej, stwierdzono, że **wysoki poziom cholesterolu we krwi jest wskaźnikiem długowieczności!**

Okuyama H, Langsjoen PH, Ohara N, Hashimoto Y, Hamazaki T, Yoshida S, Kobayashi T, Langsjoen AM. *Medicines and Vegetable Oils as Hidden Causes of Cardiovascular Disease and Diabetes*. Pharmacology 2016; 98(3–4): 134–170.

Jako jedną z najlepszych publikacji dotyczących tego tematu polecam pracę grupy naukowców:

Okuyama H, Ichikawa Y, Sun Y, Hamazaki T, Lands WEM. *Prevention of Coronary Heart Disease From the Cholesterol Hypothesis to ω6/ω3 Balance*. World Review of Nutrition and Dietetics, Vol. 96, Karger 2007.

Jest to publikacja naprawdę wyjątkowa.

Od lat straszy się nas tłuszciami nasyconymi czyli tłuszciami zwierzęcymi. Przekonuje się nas, że to, co było dla człowieka dobre, normalne od tysięcy lat, stało się nagle dla niego śmiertelnym zagrożeniem. Straszy się nas miażdżycą, powstaniem blaszki miażdżycowej w naszych tętnicach, jeśli będziemy spożywać tłuszcze zwierzęce. Mówią nam cały czas, że tylko spożycie olejów roślinnych nas przed tym uchroni. A przecież poważni naukowcy udowodnili, że jest to zwykłe kłamstwo!

W jaki sposób to zrobili? Wypreparowali blaszki miażdżycowe z tętnic zmarłych osób. Dokładnie przeanalizowali skład w tych blaszeczkach miażdżycowych i co się okazało? No właśnie... okazało się, że w blaszce miażdżycowej nie było śladu tłuszczy zwierzęcych, którymi tak bardzo się nas straszy! Po-

kazali natomiast, że w skład blaszki miażdżycowej wchodzą właśnie tłuszcze... roślinne (!), które nam się „wciska” na lewo i prawo!

**W składzie blaszki miażdżycowej znaleziono ponad 12 substancji, ale... nie było wśród nich nawet śladu tłuszczów zwierzęcych!**

Malo tego, naukowcy ci podali to wszystko do publicznej wiadomości, opisali to:

*Felton CV, Crook D, Davies MJ, Oliver MF. Dietary polyunsaturated fatty acids and composition of human aortic plaques. Lancet. 1994 Oct 29; 344(8931): 1195–1196.*

Jak z powyższego widać, nie opisali tego na drzwiach od stodoły, tylko w „Lancetie”, najwyżej ocenianym, najbardziej znanym periodyku medycznym, jaki jest na świecie!

W medycynie jest taka zasada (niestety nie zawsze przestrzegana, np. Efekt Wolffa-Chaikoffa, chodzi o zastosowanie jodu), że jeśli naukowcy dokonali jakiegoś odkrycia, to żeby było ono wiarygodne, wymagane jest, aby co najmniej jeszcze dwa inne, niezależne od siebie ośrodki były w stanie tego typu badania powtórzyć i otrzymać takie same wyniki. Wtedy dopiero uznaje się takie badania za wiarygodne i prawdziwe. Wtedy można je ogłosić światu.

No i... tak też się stało! Inni naukowcy również potwierdzili to zjawisko. Niezależnie od siebie!

*Waddington EJ, Sienuarine K, Puddey I, Croft K. Identification and quantification of unique fatty acid and oxidative products in human atherosclerotic plaque using high-performance lipid chromatography. Anal Biochem. 2001 May 15; 292(2): 234–244.*

*Kühn H, Belkner J, Wiesner R, Schewe T, Lankin VZ, Tikhaze AK. Structure elucidation of oxygenated lipids in human atherosclerotic lesions. Eicosanoids. 1992; 5(1): 17–22.*

A tu nagle, we wszystkich środowiskach medycznych zapanowała cisza! Dlaczego studentów medycyny ciągle uczy się czegoś, co, jak się okazu-

je, jest zwykłym kłamstwem? Dlaczego nikt z tego powodu nie podnosi la-rum? A przecież to są jak najbardziej FAKTY NAUKOWE!

Dlaczego w tym przypadku świat medyczny ufał, że tego nie widzi? Czy raczej wygodniej było tego nie wiedzieć, nie zauważyc. Zaburzyłyby to prze-cież cały świat medyczny, obaliłyby wiele prac naukowych, doktoratów, itd... Lepiej nie wyciągać tego na światło dziennie, lepiej udawać, że tego nie było i nadal uparcie, wbrew nauce, wbrew logice, wbrew zdrowemu rozsądkowi, wbrew uczciwości naukowej, wbrew interesowi pacjentów (!!!) nadal uparcie twierdzić, że to z tłuszczów zwierzęcych tworzy się blaszka miaż-dżycowa. Czy naprawdę lepiej jest tkwić w tym kłamstwie po same uszy?

To, co na ten temat piszę, jest zawsze oparte na udowodnionych nauko-wo faktach.

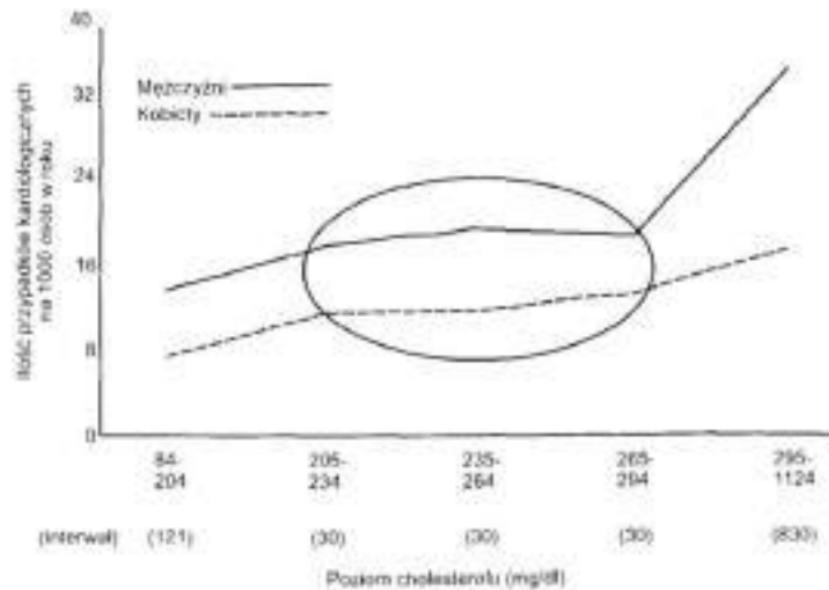
Dlaczego nie pisze o tym żaden tzw. „dziennikarz medyczny”, czy dzienni-karz naukowy? Wręcz przeciwnie, wielu dziennikarzy medycznych/nauko-wych prześciga się wręcz w straszeniu nas tłuszciami zwierzęcymi wła-śnie dlatego, że według nich, dziennikarzy naukowych, tłuszcze zwierzęce powodują powstanie śmiertelnie dla nas niebezpiecznej blaszki miażdży-cowej. Nauka sobie, a dziennikarze naukowi sobie. Oni przecież wiedzą więcej, lepiej, bo są dziennikarzami i to w dodatku naukowymi. Może wła-śnie z tego powodu wielu z nich tak zaciekle mnie publicznie linczował, podając często powód, że to ja występuję przeciwko badaniom naukowym. Nigdy jednak, nigdzie nie napisali, przeciwko KTÓRYM! Taka to sobie pu-bliczna „tfurcość dziennikarska”...

Dlaczego nagle nabrali wody w usta? Dlaczego ciągle ją tam trzymają? Kiedyś się nią udlawią. Mam nadzieję, że jak najwcześniej. Polacy na tym skorzystają.

Dlaczego ci, którzy ode mnie zawsze żądają naukowo udowodnionych fak-tów, nagle w tym przypadku schowali się do myszej dziury. Mało tego, wy-pisują brednie, które zaprzeczają właśnie naukowo udowodnionym faktom! Innymi słowy, okłamują Polaków, a przecież to o mnie piszą, że to ja je-stem oszustem. Nigdy jednak nie pokazali społeczeństwu, na czym to moje oszustwo polega. Można to przeczytać jeszcze raz... lub wiele razy... do woli! Prawdy nie da się ukryć! Nie w obecnych czasach!

Podobnie się dzieje w przypadku straszenia nas mięsem, np. wołowiną, bo od tego można dostać raka jelita grubego! Jednocześnie nie mówi się nam o różnego rodzaju środkach chemicznych, które – dodawane do mięsa czy wędlin, szczególnie po ich podgrzaniu – stają się rakotwórcze. Dlaczego nie zabrania się stosowania tych środków? Tylko dlatego, że prawo na to pozwala? Może trzeba zmienić prawo? Aha.. no tak, to przecież jest prawo unijne! To nie znaczy dobre. Jeśli jakieś prawo nie jest dobre dla zdrowia Polaków, trzeba je zmienić.

I następna manipulacja. *American Heart Journal* opublikował następujący wykres.

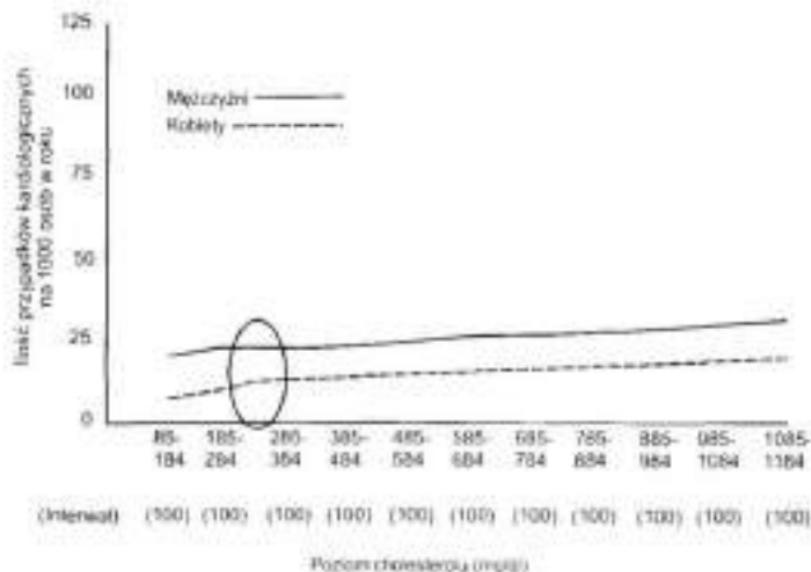


*American Heart Journal* 1987, 114, 413

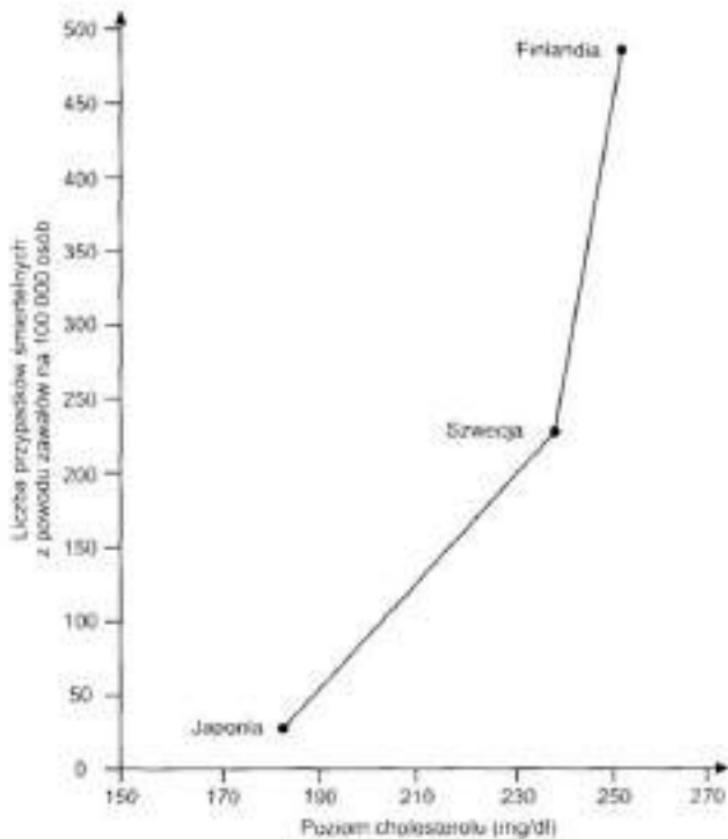
Wynika z niego, że po przekroczeniu poziomu cholesterolu ok. 235 mg/dl występuje tak dramatyczny wzrost ilości przypadków kardiologicznych, że po prostu włos się jeży. Naprawdę można się tego cholesterolu przestraszyć. O to właśnie autorom chodziło, ale jak to się popularnie mówi: „Nie z nami te numery, Bruner”. My się na to nabracie nie damy. Przyjrzyjmy się

bardziej dokładnie jednostkom na osi X i na osi Y. Na osi X zauważymy, że odległość pomiędzy poszczególnymi punktami i wynosiła 30, ale już na samym końcu wykresu odległość ta wyniosła 830!

Kiedy jednak wykres ten zbudujemy tak, jak powinien być zbudowany, czyli zastosujemy te same odległości pomiędzy sąsiadującymi wartościami (np. 100) od początku do maksymalnej wartości na osi X, czyli zachowując właściwe proporcje, wtedy ten wykres wygląda tak:



No i gdzie tutaj jest ten przerażający skokowy wzrost śmiertelności? Nawet jeśli uwzględnimy jakieś niedokładności w przedstawieniu graficznym, to żebyśmy nie wiem jak się starali, nie da się tego przedstawić w taki sposób, żeby kogokolwiek wystraszyć. Ale jak widać, powyższa manipulacja przestraszyła wielu lekarzy, którzy z pewnością nie zdawali sobie sprawy, jak byli wykorzystani do tego, żeby strach przed tłuszczami zwierzętymi przekazywać swoim pacjentom. Następny wykres, którego użyto w Szwecji do straszenia obywateli tego kraju, wprowadzając „kampanię przeciwcholesterolową”.



Stosunkowo niedawno ponownie opublikowano efekty badań epidemiologicznych wskazujących na to, że nie ma żadnego istotnego dowodu na związek pomiędzy konsumpcją tłuszczy nasycionych a chorobą wieńcową serca.

**Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. Am J Clin Nutr. 2010 Mar; 91(3): 535–546.**

**Chowdhury R, Warnakula S, Kunutsor S, Crowe F, Ward HA, Johnson L, Franco OH, Butterworth AS, Forouhi NG, Thompson SG, Khaw KT, Mozaffarian D, Danesh J, Di Angelantonio E. Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2014 Mar 18; 160(6): 398–406.**

Hipoteza dotycząca szkodliwości tłuszczy nasycionych czyli tłuszczy roślinnych pozostała i pozostaje nadal do dziś tylko i wyłącznie hipotezą, niczym więcej. Nie udowodniono do tej pory niczego innego. **Nie istnieją ani jedne badania, które w sposób JEDNOZNACZNY wskazywałyby na to, że spożycie tłuszczy zwierzęcych jest dla człowieka szkodliwe.**

Niby dlaczego miałoby być inaczej? Przecież spożycie tłuszczy zwierzęcych jest jak najbardziej fizjologiczne dla człowieka, natomiast spożywanie olejów, które zostały w sposób sztuczny wytworzone z nasion, już nie jest. Oleje takie nie są już produktem naturalnym.

W matematyce czy fizyce jest tak, że jeżeli jest jakąś postawiona teza, która ma być udowodniona, to badania muszą wskazać pewną przynajmniej spójność. Oznacza to, że jeśli jeden ośrodek naukowy uzyskał wyniki idące „w prawo”, inny trochę wyżej, ale też „w prawo”, a jeszcze inny, trochę niżej, ale też „w prawo”, to wtedy przyjmuje się, że teza jest udowodniona (oczywiście bardzo upraszczając).

Jeśli natomiast chociażby jedne z badań wykazują kompletnie inny rodzaj wyników, gdzie kierunek jest zmieniony o 180° (wyniki zmierzają „w lewo”) to tego typu teza uznawana jest za nieprawdziwą i cały proces zaczyna się od nowa.

Niestety, tak to jest w innych naukach, ale w medycynie niekoniecznie. Szczególnie w odniesieniu do żywienia człowieka. W przypadku tłuszczy, jak wykazała praktyka i inne badania, nie ma takiej jednoznaczności w ogóle, a więc tego typu badania nie wykazały zadnej jednoznacznej korelacji spożycia tłuszczy zwierzęcych z występowaniem choroby wewnętrzowej serca czy też zawałów.

Japońscy naukowcy, po analizie obszernych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Japonii, napisali:

„Śmiertelność spowodowana wszystkimi przyczynami jest najbardziej właściwym parametrem, jaki można użyć przy ocenie czynników ryzyka dotyczących chorób zagrażających życiu. [...] Ogólnie rzecz biorąc, stwierdzono istnienie związku odwrotnie proporcjonalnego pomiędzy śmiertelnością ze wszystkich powodów a całkowitym poziomem cholesterolu.

**Śmiertelność jest najwyższa w grupie osób o najniższym poziomie cholesterolu bez żadnych wyjątków [...]. Ludzie starsi, z najwyższym poziomem cholesterolu, cieszyli się najwyższą przeżywalnością bez względu na to, w której części świata żyli".**

**Hamazaki T, Okuyama H, Ogushi Y, Hama R. Towards a Paradigm Shift in Cholesterol Treatment. A Re-examination of the Cholesterol Issue in Japan. Ann Nutr Metab 2015; 66(suppl 4): 1–116.**

A przecież pamiętamy z poprzedniej części „Ukrytych Terapii”, że **osoby mające niski poziom cholesterolu tak samo często umierają, jak i osoby mające poziom uważany za normalny**. Wiele badań to potwierdza. Obniżenie poziomu cholesterolu nie jest jednoznaczne ze zmniejszeniem liczb śmiertelnych zawałów serca.

Najdłużej trwające badania dotyczące diety były prowadzone w mieście Framingham w stanie Massachusetts. Wielu naukowców powołuje się na te badania, ponieważ trwały one około 40 lat. Kiedy dyrektor tych badań poszedł na emeryturę, wyraźnie powiedział, że badania te wielu przypadkach były sfalszowane. Na przykład niektóre dane nie były nigdy opublikowane – te, które zaprzeczały istnieniu związku pomiędzy spożyciem tłuszczy nasycionych i zawałami serca. Na przykład, okazało się, że pomiędzy mężczyznami mającymi poziom cholesterolu 300 mg/dl, a mężczyznami, u których ten poziom wynosił zaledwie 170 mg/dl, nie było żadnego związku z ilością konsumowanego tłuszcza.

Co naprawdę wykazały te długoterminowe badania we Framingham? Opisał to właśnie dr William Castelli (*Archives of Internal Medicine*, Jul 1992, 152(7), 1371-1372), który był dyrektorem tych badań:

**„We Framingham w Massachusetts, im więcej ludzie spożywali tłuszcza, tym więcej spożywali cholesterolu, tym więcej spożywali kalorii, tym niższy jednak mieli poziom cholesterolu. Zauważliśmy, że osoby, które spożywały największej cholesterolu, spożywały najczęściej tłuszczy nasycionych (zwierzęcych), spożywały też najczęściej kalorii, ważyły najmniej i były najbardziej fizycznie aktywne”.**

Z kolei w jednym z najwyżej notowanych periodyków medycznych na świecie, JAMA, w artykule „Framingham Revisited” (JAMA 1987; 257:2176-2180) napisano tak:

**„Na każdy 1 mg/dl spadku cholesterolu przypada... 11-procentowy wzrost wystąpienia choroby wieńcowej serca i zwiększenia śmiertelności całkowitej”.**

Przecież to są informacje, które ukazały się już bardzo dawno temu. Czy nie powinny one być wstrząsnąć środowiskiem medycznym? Dlaczego nikt o tym nie mówił? Dlaczego ciągle pozwalano na oklamywanie ludzi. Robi się to nadal.

Przykładów kłamstw, przekłamań, oszustw jest znacznie więcej w tego typu badaniach. Jednym z bardzo charakterystycznych przykładów są tzw. badania *Minnesota Coronary Experiment* przeprowadzone w latach 1968-1973, gdzie ponownie nie wykazano żadnego związku pomiędzy ilością spożywanego tłuszczy nasycionych a zawałami serca. Udział w tym eksperymencie brało około 9000 kobiet i mężczyzn. Po zakończeniu badań okazało się, że z grupy będącej na diecie niskotłuszczowej, tzn. w tej grupie, gdzie spożywano małe ilości tłuszczy nasycionych, zmarło 269 osób, a w grupie, która tych zasad nie przestrzegala, czyli gdzie spożywano więcej tłuszczy nasycionych, zmarło 206 osób. Pomimo że w grupie spożywającej większe ilości tłuszczy nasycionych liczba przypadków śmiertelnych była niższa, to jednak statystycznie ta różnica nie jest wystarczająco duża. Jak widać, badania te ponownie dowiodły, że hipoteza, bo była to tylko hipoteza, dotycząca związku tłuszczy nasycionych z zawałami serca, zupełnie się nie sprawdziła.

Zachodzi więc pytanie: jak świat medyczny zareagował po opublikowaniu tych badań? Czy zmieniono w związku z tym podejście do zagadnienia? Czy zmieniono jakiekolwiek rekomendacje dietetyczne? Jak do tych badań odnieśli się lekarze? W ogóle się nie odnieśli. Dlaczego? Dlatego, że tych badań nie opublikowano. Trzymano je „w szufladzie” przez następne 16 lat.

Jedną z kluczowych osób występujących w tym zespole badawczym był prof. Robert Franz. Kiedy zapytano go, dlaczego wyniki tych badań zosta-

ły ukryte i nie zostały opublikowane przez następne 16 lat, odpowiedział: „Nie były opublikowane, bo wyniki tych badań były dla nas wielkim zawodem”. Pod dosyć dużą presją, do gruntownej analizy tych badań jednak wrócono. Wyniki tej ponownej analizy badań, ale już w świetle tego, co w tej chwili wiadomo, opublikowano w tym, tj. 2016 roku! Konkluzja tych analiz była następująca:

„Dowody, jakie zebrano na podstawie przeprowadzonych randomizowanych, kontrolowanych badań, wskazują, że zamiana tłuszczy nasycionych na tłuszcze z grupy Omega-6 w postaci kwasu alfa linolenowego, obniża poziom cholesterolu, ale nie potwierdza hipotezy, że przekłada się to na obniżenie ryzyka wystąpienia śmierci spowodowanej zawałem lub też śmierci wynikającej z innych powodów”.

*Ramsden CE, Zamora D, Majchrzak-Hong S, Faurot KR, Broste SK, Frantz RP, Davis JM, Ringel A, Suchindran CM, Hibbeln JR. Re-evaluation of the traditional diet-heart hypothesis: analysis of recovered data from Minnesota Coronary Experiment (1968-73). BMJ. 2016 Apr 12; 353: i1246.*

Czy dociera do nas znaczenie tych badań? Przecież to jest następny dowód na oszukiwanie lekarzy, jak również całych społeczeństw wielu krajów na całym świecie. Czy tego oszustwa nie należało wyjawić? Czy nie należało tego pokazać ludziom, przynajmniej Polakom? Czy nie należało tego pokazać lekarzom? Czy nie należałoby tego oszustwa napiętnować? Dlaczego ja mam to robić?

W tej chwili wiadomo już, że cholesterol, który mamy w produktach spożywczych, prawie w ogóle się nie wchłania. Innymi słowy, czy spożywamy produkty spożywcze z dużą czy małą ilością cholesterolu, nie ma to żadnego znaczenia. Organizm nasz wytwarza sam odpowiednią ilość cholesterolu, ale to nie jest ten cholesterol, który spożywamy! Jest to niezwykle ważne, ponieważ ciągle ostrzega się nas przed cholesteroliem w diecie. Jaki to ma sens? Żaden. Kto celuje w szerzeniu tego typu bzdur? Nie chcę się powtarzać.

Jest jeszcze jedna sprawa dotycząca cholesterolu, o której nikt, naprawdę nikt nawet nie wspomina. Otóż istnieje frakcja LDL, która rzeczywiście może stanowić problem. Jest to frakcja charakteryzująca się bardzo małym rozmiarem i sporą gęstością, w odróżnieniu od frakcji, która ma większe rozmiary i niemalże pływa jak korek po wodzie. Niestety, kiedy dokonuje się pomiaru LDL, mierzy się wszystkie frakcje. W związku z tym lekarz, patrząc na wynik laboratoryjny LDL, nie ma najmniejszego nawet pojęcia, w jakiej proporcji czyli w jakiej ilości znajduje się ta frakcja szkodliwa. Jak to mówimy: „idzie w ślepo”. Czy to w dzisiejszych czasach jest naukowym podejściem? Jest jednak nielaboratoryjny sposób, jak zorientować się, kiedy we frakcji LDL mamy mało tej części naprawdę szkodliwej. Tak się dzieje wtedy, kiedy jest wysoki poziom HDL i niski poziom trójglicerydów. Wtedy mamy mniej szkodliwej części LDL, to jest bardzo dobrze.

Nalomiast kiedy mamy niski poziom HDL i wysoki poziom trójglicerydów, wtedy mamy bardzo dużo szkodliwej frakcji cholesterolu LDL bez względu na to, jaki jest jego poziom.

Nie chcę tutaj tego tematu niepotrzebnie rozwijać, bo wydaje mi się, że nt. kłamstwa dotyczącego tłuszczy wiemy już wystarczająco dużo. Wskazać muszę teraz na to, że tę rzeczywiście szkodliwą część LDL nasza wątroba wytwarza wtedy, kiedy nadużywamy węglowodanów. Jak widać, problem nie leży w samym tłuszczu, a z pewnością nie w tłuszczu nasyconym.

Skoro wiadomo, że nadmiar węglowodanów powoduje powstanie tej szkodliwej części LDL, logika nakazywałaby, aby obniżyć spożycie węglowodanów. Tak, ale logika sobie, a życie sobie. Co nam w związku z tym wymyślono? Wciśnięto nam dietę wysokowęglowodanową i niskotłuszcztwową. Czyli słynną „piramidę zdrowia”, którą dzisiaj nazywa się już „piramidą chorób”. Czy kogoś jeszcze dziwi, dlaczego przez tak wiele lat stosowania się do tych zaleceń żywieniowych liczba zawałów serca nie spadła, tylko poszybowała „pod sufit”?

No i rzecz niezwykle ważna. Cholesterol LDL może być rzeczywiście groźny, ale wtedy, kiedy ulegnie utlenieniu. Jego utleniona czyli uszkodzona forma może uszkodzić nam tętnice. Co może uszkodzić LDL? Wolne rodniki. Jak nie dopuszczać do tego, żeby w naszym organizmie powstawa-

ła zbyt duża ilość wolnych rodników? Właściwe odżywianie. A który, taki najbardziej powszechnie znany element tego odżywiania neutralizuje wolne rodniki? Witamina C.

W niezwykle prestiżowej publikacji medycznej, jaką jest JAMA, w wydaniu z czerwca 2015 r. napisano, że ograniczenie spożycia tłuszczy jest przeszkodą do wprowadzenia rozsądnej zmiany. Przeszkodą tą jest ciągła promocja szkodliwych produktów żywieniowych typu „low fat”, czyli zawierających niskie ilości tłuszczy.



<http://ukryte.info/44>

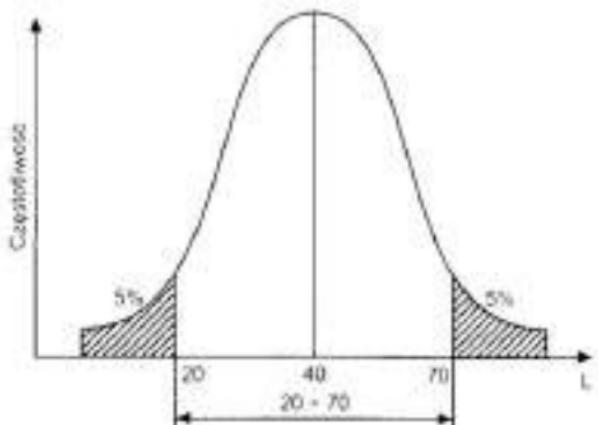
Czy jakiekolwiek organizacje skupiące dietetyków czy lekarzy w Polsce się tym przejęły? Ależ skąd... Ciągle recytowana jest mantra, że tłuszcz zwierzęcy jest szkodliwy, tak jakby świat nauki zupełnie nie istniał. Ciągle, wbrew praktyce, wbrew badaniom opublikowanym w prestiżowych pismach medycznych, wbrew temu, że wykazano wielokrotnie zwykle oszustwa, nadal się w Polsce straszy ludzi tłuszczami nasyconymi.

A co z osobami, które przez wiele lat są na tzw. diecie ketogennej? Jest to dieta, w której 80% energii dziennej pochodzi z tłuszczy nasycionych?! Do tego też dojdziemy.

## **Norma na cholesterol – naukowe oszustwo**

---





Nikt nie jest taki sam – to wiemy. Dlatego właśnie u wielu tysięcy osób wartość ta nie jest jedna, np. 40, tylko może się wahać. Najczęściej odrzuca się 5% wartości bardzo niskich i 5% wartości najwyższych. Średnia wartość może wynosić 40, ale to nie oznacza, że to jest wartość, która ma stańowić normę. Dlatego gdy takich pomiarów dokonamy na wielu tysiącach osób, określmy statystycznie owe 5% z „lewej” oraz 5% z „prawej” krzywej Gaussa, to wtedy można powiedzieć, że na podstawie badań NORMALNA wartość danego parametru krwi wynosi na przykład od 20 do 70. Kiedy z laboratorium analitycznego otrzymujemy badania naszej krwi, widzimy, że parametry, jakie nam zbadano, właśnie zachowują się w ten sposób: „od-do”. Tak właśnie powinno być. To jest właściwe działanie.

Zapytajcie swojego lekarza, skąd wzięła się tzw. NORMA NA CHOLESTEROL? No, bo skoro lekarz za chwile jest gotowy przepisać nam jakiś nienaturalny dla nas syntetyk mający ogromną ilość skutków ubocznych, takich jak zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia choroby nowotworowej, cukrzycy, niedowładów, utraty pamięci, a nawet miażdżycy, to NA JAKIEJ NAUKOWEJ PODSTAWIE TO ROBI?

Przecież bezwzględnie wszystko w medycynie musi być oparte na podstawie naukowej, a nie na informacji wyssanej z palca! Tak mówią lekarze. Tak wypowiedziała się Naczelną Izba Lekarska w jednym ze swoich oświadczeń dotyczących medycyny komplementarnej, tak też otwarcie mówi nam Minister Zdrowia, jeden za drugim, bez względu na rządzącą opcję polityczną. Jakakolwiek forma leczenia pacjenta musi być oparta na podstawach naukowych, na badaniach klinicznych, itd.

## A jak było naprawdę?

Mówię o tym celowo, ponieważ nawet lekarze nie mają najmniejszego pojęcia, że zostali wplątani i bezwzględnie wykorzystani do krzewienia jednego z największych oszustw ostatnich 100 lat. Jak do tego doszło?

W latach siedemdziesiątych przemysł farmaceutyczny zaczął wprowadzać na rynek substancje obniżające poziom cholesterolu u człowieka, zwane statynami. Zorientowano się, że sprzedaż tej substancji przyniesie zyski. Nie pomyliły się. Obecnie jest to biznes o ROCZNEJ wartości około 4 bilionów zł, czyli w przybliżeniu około **12 razy więcej, niż wynoszą dochody całego naszego państwa.**

Wtedy właśnie nastąpiła dosyć ciekawa rzecz. Otóż wielu amerykańskich lekarzy sprzeciwiało się pomysłowi sztucznego obniżania ludziom poziomu cholesterolu. Wielu z nich odmawiało przepisywania tego typu substancji. Oczywiście przemysłowi farmaceutycznemu nie było to na rękę. Taka sytuacja nie mogła być tolerowana. Wszyscy lekarze powinni mówić tym samym głosem, a nie wyrażać sprzeciwu co do leku, który wprowadza się na rynek. W związku z tym, w 1984 roku w San Diego w Kalifornii zorganizowano tzw. „The National Consensus Development Conference on Lowering Blood Cholesterol to Prevent Heart Disease”. Miała to być konferencja, na której zgodnie z jej „duchem” chciano osiągnąć ugodę (consensus) na temat, jaki powinien być poziom cholesterolu. Czyli jaka powinna być jego wartość, czyli ta słynna **norma**. Coś nam zabrakło już tutaj? Tak... ugoda. Jaka ugoda? A gdzie jakieś naukowe badania? Gdzie badania dotyczące poziomu cholesterolu u zdrowych ludzi? Gdzie opracowania statystyczne takich badań?

Gary Taubes, dziennikarz zatrudniony przez czasopismo naukowe *Science*, w marcowym wydaniu z 2001 r. tego czasopisma napisał artykuł zatytułowany „The soft science of dietary fat”. Korzystając z informacji, jakie już wtedy były osiągalne, oraz przesłuchując taśmy z powyżej wspomnianej konferencji, opublikował wykres, z którego wynikało, że poziom od 200 do 240 mg/dl był w zakresie jak najbardziej normalnym. Wykazał, że w tym zakresie poziomu cholesterolu całkowitego nie występowało żadne ryzyko związane ze śmiertelnością ani u kobiet, ani u mężczyzn. Mało tego, wykazał, że u kobiet **poziom cholesterolu powyżej 240 mg/dl łączył się**

**z NIŻSZYM ryzykiem śmierci z powodu choroby serca.** Coś było „na rzeczy”...

Gary Taubes nie wiedział jednak, że decyzja dotycząca ustanowienia normy na poziomie 200 mg/dl nie miała niczego wspólnego z nauką, badaniami, itd....! **To była decyzja czysto polityczna!** Skąd to wiadomo?

Inicjatorem wyżej wspomnianej konferencji był Narodowy Instytut ds. Chorób Płuc i Krwi (NHLBI), któremu przewodniczyli lekarze: Cleeman, Lenfant i Ryfkin. Kiedy już doszło do samej konferencji, stanowili oni jej prezydium.

Gary Taubes nie wiedział też, że ta decyzja polityczna była podjęta już dawno temu. Pozwalała ona temu Instytutowi (NHLBI) na prowadzenie następnych długoterminowych badań i wykorzystania milionów rządowych pieniędzy. Wiedziano o tym, że jeśli ustali się normę z górną wartością na 200 mg/dl, wtedy takimi „badaniami” można będzie objąć kilkanaście milionów ZDROWYCH Amerykanów i wykazać, że muszą być „leczeni”. Wiadomo było również, że jeśli ktoś ma poziom cholesterolu w zakresie normalnym, to jest 200–260 mg/dl, wtedy obniżenie tego poziomu do wartości poniżej 200 mg/dl przy zastosowaniu tylko samej diety było niemożliwe. Mogłyby tego dokonać tylko statyny i... o to właśnie chodziło!

Przed rozpoczęciem „konferencji ugody”, trzej wyżej wymienieni lekarze stali w sali konferencyjnej, rozmawiając między sobą o tym, JAKI poziom cholesterolu ustalić jako „NORMĘ”, ponieważ nawet pomiędzy nimi nie było całkowitej zgody. No i... mieli pecha!

Tuż obok nich stała dr Mary Enig z grupką naukowców. Dr Enig była biochemikiem, bardzo słynnym naukowcem w USA. Dr Enig słynna była ze swojej walki o wycofanie z rynku sztucznie utwardzanych olejów roślinnych, ponieważ w swoich badaniach wykazała wielokrotnie, ponad wszelką wątpliwość, ich szkodliwość dla zdrowia człowieka. Była bardzo sławna. Jej sława wynikała również z tego, że oprócz bycia wspaniałym naukowcem była też znana z niezwyklej wiarygodności oraz z tego, że, pomimo wielu prób, nie dało się w żaden sposób nikomu jej przekupić. Jako osoba i jako naukowiec wiele przecierpiała z tego powodu. Jej uczciwość i głoszenie prawdy były wręcz legendarne.

Zacytuje słowa dr Mary Enig, które już w 1984 r. podała do wiadomości publicznej. Nikt nie zwrócił jednak na nie uwagi.

„Kilkoro z nas z Grupy Badawczej Wydziału Chemii Tłuszców z Uniwersytetu w Maryland stało bezpośrednio za nimi (za ww. lekarzami), słysząc wyraźnie ich rozmowę. Jeden z nich powiedział: «nie możemy ustalić tego na poziomie 240 mg/dl, musi to być 200 mg/dl, w przeciwnym wypadku nie będziemy mieli wystarczającej liczby osób do prowadzenia badań».

Popatrzyliśmy na siebie i już nikt z nas się nie zdziwił, kiedy usłyszeliśmy jaka to ma być norma”.

Nie wiem, czy do końca wszyscy zdają sobie sprawę z wagi tego, co się stało. W ten właśnie sposób oszukano lekarzy prawie na całym świecie. Oszustwo to również przeszło do Polski.

**Nigdy nie było żadnych, jakichkolwiek badań, które wskazywałyby na to, że prawidłowy poziom cholesterolu u człowieka nie powinien wynosić więcej niż 200 mg/dl.**

Dlaczego więc lekarze, nie mając najmniejszych podstaw naukowych, przepisują pacjentom środki niezwykle toksyczne tylko po to, żeby uzyskać wynik z laboratorium wskazujący, że poziom cholesterolu obniżyli poniżej 200 mg/dl.

**Lekarze zostali oszukani i nieświadomie oszukują również swoich pacjentów!**

Amerykańskie FDA zawsze, w każdym przypadku tego typu zaleceń, żąda czasami wieloletnich badań, szczególnie kiedy tego typu „norma” ma dotyczyć milionów ludzi na świecie. W tym przypadku jednak, bez jakiegokolwiek wykazania zalet wprowadzenia takiej normy, badań takich nie zażądano. Nikt nigdy ich nie przeprowadził.

W raporcie w jednym z kluczowych badań dotyczących stosowania statyn napisano, że „próby wątrobowe były w normie”. Każdy lekarz jest wtedy natychmiast uspokojony, bo wie, że lek ten nie sprawi pacjentowi problemów zdrowotnych. Tzw. podwyższone próbę wątrobowo, na przykład o 100% normy, są już istotnym wskazaniem do poważnego zajęcia się tym pacjentem. Kiedy najwyższy poziom wartości normalnej jest przekroczony dwukrotnie, lekarz jest już bardzo zaniepokojony, czasami pacjent „ląduje” w szpitalu. Jednakże w badaniach klinicznych statyn **normę na poziom enzymów wątrobowych podniesiono aż trzykrotnie!** Jeśli na przykład norma ta wynosiła 40, to jednokrotne jej rozszerzenie da 80, dwukrotne to 120, a trzykrotne to 160. Jeśli parametr taki u osoby zgłoszającej się do lekarza wynosiłby np. 150, a nie 40, wtedy lekarz pewnie by się bardzo, ale to bardzo zaniepokoił i skierowałby takiego pacjenta do szpitala.

W przypadku badań statyn nic takiego się nie działo, bo jeśli poziom prób wątrobowych wynosił u jakiegoś pacjenta 150, wszystko było przecież w normie!!! Tego szczegółu oczywiście lekarzom się nie mówi. Najczęściej lekarze czytają abstrakt, czyli streszczenie, podsumowanie badań klinicznych. Lekarz przecież nie zagłębia się w czasami kilkusetstronowe raporty z tych badań. Tego typu „badania kliniczne” opisał dr Uffe Ravnskov, dlatego właśnie po wydaniu jego książki doszło do ciekawej sytuacji.

Otoż w programie 1 Telewizji Finlandii z wielkimi fanfarami jego książkę po prostu spalono w czasie programu. Dlaczego tak zrobiono? Dlatego, że z tą książką i zawartymi w niej faktami, doskonale udokumentowanymi, nie da się dyskutować. Z tego powodu właśnie rozwścieczenie środowisk medycznych nie miało granic. Dzisiaj już wiadomo, że dr Uffe Ravnskov miał rację. Dlatego uważam, że jego książka „Cholesterol – naukowe kłamstwo” powinna stać się podstawową lekturą każdego lekarza, jak również każdego pacjenta, który chce poznać prawdę o cholesterolu i o statynach.

## O „lekarach” obniżających poziom cholesterolu

Zajmijmy się substancjami jakimi są „leki” obniżające poziom cholesterolu. Celiowo napisałem słowo leki w cudzysłowie, ponieważ substancje to niczego nie leczą. Substancje te to tzw. statyny, coś, co obniży poziom cholesterolu. Szko-dliwością statyn jest już w tej chwili bardzo dobrze udowodniona. W sposób bez-dyskusyjny wykazał to dr Uffe Ravnskov we wspomnianej powyżej książce.

Skutki lekkomyślnego podawania statyn mogą być katastrofalne. Najczę-ściej odczuwalne skutki uboczne to:

- ogólne osłabienie;
- mrowienie w dloniach i stopach;
- trudność z poruszaniem się;
- bóle mięśni;
- niedowładki kończyn;
- spadek libido;
- zaburzenia i utrała pamięci.

W Polsce statyny występują pod wieloma różnymi nazwami handlowymi, np. Sortis, Tulip, Torvacard, Atoris, Apo-Atorva, Torvalipin, Lovastin, Prava-tor, Crestor, Simvacard, Zocor, Vastan, Lovasterol, Lovastin, itd...

Jeszcze nie tak dawno producent atorwastatyny (Lipitor) w swojej reklamie drobnym druczkiem pisał, że „Lipitor nie zapobiega chorobie serca ani nie zapobiega zawalom serca”. To po co to brać?

W roku 2012, w najwyższej notowanym w świecie medycznym czasopiśmie „Lancet” ukazała się publikacja jako wspólna praca tzw. *the Cholesterol Treatment Trialists* zatytułowana:

*Cholesterol Treatment Trialists’ (CTT) Collaborators, Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J, Barnes EH, Voysey M, Gray A, Collins R, Baigent C. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet. 2012 Aug 11; 380(9841): 581–590.*

Autorzy tej pracy dokonali oceny wpływu stosowania statyn na redukcję ryzyka wystąpienia tzw. „major vascular event” czyli np. zawału serca, ze skutkiem śmiertelnym lub nie, czy np. niedokrwieniowego udaru mózgu. Dokonano przeglądu (metaanaliza) 27 badań i stwierdzono, że po zastosowaniu statyn nastąpiło zmniejszenie takiego ryzyka aż o... 21% ! Robi wrażenie? Robi!

Tylko, że jak zwykle w takich przypadkach, podano wartość WZGLEDNA! I ta właśnie wartość, jak wiadomo, jest pokazywana lekarzom! Natomiast już bardziej wstydliwie pokazuje się wartość BEZWZGLEDNA, która ma znaczenie KLINICZNE, a nie statystyczne, jak opisano to 2008 roku nie gdzie indziej, tylko w „New England Journal of Medicine”. (*New Eng J of Med*, Vol. 359: 2280–2282).

Podawanie lekarzom tego typu informacji dotyczących skuteczności leku (np. 21%) jest zwykłym oszustwem. Jest to ewidentna manipulacja.

Wyjaśnienie tego jest teraz konieczne, zanim pokażę całkowity bezsens brania „leków na cholesterol”. Wyjaśnienie jest troszkę bardziej „techniczne”, ale postaram się to zrobić tak jasno i czytelnie, żeby KAŻDY mógł to zrozumieć. Pamiętajmy, że to, co tłumaczę, nie jest informacją tylko dla lekarzy, to w taki czy w inny sposób dotyczy nas wszystkich, bo wcześniej czy później przełoży się na to, w jaki bezsensowny sposób jesteśmy „leczeni” na cholesterol, a to już jest nie tylko sprawa lekarza, ale przede wszystkim sprawa samego pacjenta, bo to o pacjenta zdrowie tu chodzi.

Z tym, że podkreślam jeszcze raz: pacjent nie musi wiedzieć tego, co za chwile opiszę, powinien wiedzieć to LEKARZ, ale... lekarz jest oszukiwany, to przynajmniej pacjent niech wie, jak się to robi... lekarz oczywiście też.

Jak oszukuje się lekarzy? Najbardziej powszechnym oszustwem jest używanie statystyki lub, jak kto woli, „sadystyki”.

Działają tak:

Jeśli wśród 200 osób umrą 2 osoby i w drugiej grupie 200 osób umrą 3, to wzrost z 2 do 3 osób jest wzrostem WZGLEDNYM o 50%, co brzmi strasznie.

Jednakże  $2 / 200 \times 100\% = 1\%$ , a  $3 / 200 = 1,5\%$ ; różnica BEZWZGLEDNA to zaledwie 0,5%. Ahh.. to już brzmi lepiej.

Załóżmy, że wśród 2 000 000 osób umrą 2 i ponownie w grupie 2 000 000 osób umrą 3, to wtedy,  $2 / 2000000 \times 100 = 0,0001\%$  oraz  $3 / 2000000 \times 100 = 0,00015\%$ , różnica BEZWZGLEDNA to  $0,00015 - 0,0001 = 0,00005\%$

Wzrost BEZWZGLEDNY w śmiertelności wynosi 0,00005%, czyli tyle co nic, ale WZROST WZGLEDNY, tzn. 2 do 3 = nadal wynosi 50%!

Nie zapominajmy o tym, że lekarzom przekazuje się informacje o skuteczności leku zawsze w wartościach względnych. Jeśli lekarz otrzymuje informację, że dany lek zmniejszył np. śmiertelność o 40%, to dla niego jest to informacja niezwykle ważna. Jak widać jednak, w rzeczywistości te 40% może oznaczać prawie ZERO.

Przyjrzymy się na przykład jakiejkolwiek ulotce dołączonej do sprzedawanego nam leku. Zauważymy tam, że ulotka zawiera również informacje dotyczące skutków ubocznych, ale zawsze, bez wyjątku ilość skutków ubocznych jest opisywana w wartościach bezwzględnych. Jak to wygląda w praktyce?

W różnych opisach, informacja o leku może zawierać dane takie, że lek ten spowodował zmniejszenie śmiertelności o 40% wśród osób, którym podawano ten lek w czasie badań klinicznych. Podaje się tam, że tak, wystąpiły również skutki uboczne. A my, tzn. firma farmaceutyczna, tacy jesteśmy uczciwi, że wam o tym otwarcie powiemy, ale sami drodzy lekarze czy pacjenci popatrzcie, ile tych skutków ubocznych było – 1 na 10 000 czy 1 na 20 000 osób. Widzicie, jak mało? Widzicie, jaki ten nasz lek jest dobry i jak mało szkodliwy?

Widzimy. Widzimy, jak się nas i lekarzy oszukuje, dlatego że skutki pozytywne pokazano w nic nieznaczących wartościach względnych (np. 40%, co w wartościach bezwzględnych może być prawie równe zeru), natomiast wyrażenie skutków ubocznych starano się zmniejszyć, podając je w wartościach bezwzględnych, np. 1 na 10 000, czyli  $1 / 10000 \times 100\% = 0,01\%$ .

Należy również pamiętać o tym, że firma farmaceutyczna pisze o skutkach ubocznych u pacjentów, którzy brali udział w badaniach klinicznych, a – jak pamiętamy – do badań klinicznych wybiera się czasami osoby w odpowiedni sposób wyselekcjonowane.

Druga sprawa, o której nie myślimy czy po prostu nie wiemy, jest następująca: żeby badania były wiarygodne, muszą spełnić pewne warunki. Jednym z tych warunków jest to, żeby liczba osób, które biorą udział w badaniach, była jak największa, bo wtedy naukowcy powiedzą, że wyniki są najbardziej wiarygodne. Naukowcy powiedzą nam, że przeprowadzenie badań na 10 czy 20 osobach nie będzie miało znaczenia statystycznego. I tutaj mają rację, niestety w przypadku leków strzelają sobie w stopę. Dlaczego? Już to tłumaczę:

Jezeli w grupie 10-osobowej biorącej leki wystąpił 1 zgon, a w grupie 10 osób, które leku nie brały, wystąpiły 2 zgony, to w liczbach względnych nastąpił spadek zgonów z 2 do 1 czyli o 50%. W liczbach bezwzględnych, tak jak to powinno być pokazane, sytuacja wyglądała tak:  $1 / 10 = 10\%$ , a  $2 / 10 = 20\%$ , czyli różnica wynosi  $20\% - 10\% = 10\%$ . A więc nie jest to 50%, tylko 10%!

Jest jednak male ale... bo przecież wszyscy się zgadzają, że robienie badań na tak malej liczbie osób nie ma najmniejszego sensu. Każdy myślący człowiek powie, że ta liczba osób musi być znacznie wyższa, żeby badania miały jakkolwiek sens. Świetnie, to zwiększymy sobie liczbę osób do 100.

Teraz to wygląda tak:  $1 / 100 = 1\%$ ,  $2 / 100 = 2\%$ , różnica w działaniu leku tym razem jest tylko  $2\% - 1\% = 1\%!!$  Oh... to już tak dobrze nie wygląda, bo SKUTECZNOŚĆ leku już nie wygląda tak atrakcyjnie, a skutki uboczne zawsze są.

Oczywiście lekarzowi ciągle się powie, że jest to zmniejszenie śmiertelności o 50%! Mądry lekarz jednak zapyta: „a na ilu pacjentach testowano ten lek?”. Jeśli firma farmaceutyczna odpowiedziałaby mu, że lek ten przebadano na 100 osobach, to by to po prostu wyśmiała. Powiedziałby wtedy tak: „pokażcie mi badania na co najmniej 10 000 osób, wtedy was uwierzę”. Firmy farmaceutyczne o tym wiedzą i badania nowych leków bardzo często

przeprowadzają na mniej więcej takiej liczbie osób. Taka duża liczba osób, na których przeprowadzono testy działania danego leku, ma znaczenie dla pacjenta, jak i również dla lekarza, ale tutaj trafiamy na potężny problem.

Policzmy więc jeszcze raz, jak w tym znacznie bardziej wiarygodnym przypadku (test na 10 000 osób) wygląda skuteczność działania tego leku:

$1 / 10\,000 \times 100\% = 0,01\%$ ,  $2 / 10\,000 \times 100\% = 0,02\%$ , czyli  $0,02\% - 0,01\% = 0,01\%$ ; taka jest prawdziwa skuteczność leku, czyli w praktyce **ŻADNA**, ale lekarzowi ciągle się powie, że jest to zmniejszenie z 2 do 1, czyli skuteczność wynosząca 50%!

Innymi słowy, im bardziej zwiększoła jest liczba osób, na której testowano lek, tym bardziej jego skuteczność podawana w liczbach bezwzględnych wygląda bezsensownie, chociaż lekarz ciągle wierzy, że jest to 50%. Jeśli więc lek stosuje się na kilku milionach osób, co wtedy? Jak wygląda rzeczywista jego skuteczność?

W przypadku ww. badań opisanych w „Lancetcie” wartość względna wynosi 21%, ale wartość BEZWZGLĘDNA wynosi zaledwie 1,1%... ☺. Mało tego. Zeby taką wartość osiągnąć, należy brać statyny przez 5 lat!

Można to przedstawić też tak, że w czasie tych 5 lat statyny były NIESKUTECZNE w 98,9%. Jest się czym chwalić? Który lekarz przepisałby antybiotyk, wiedząc, że w 98,9% jest on nieskuteczny? Natomiast statyny są przypisywane przez wielu lekarzy, ale na szczęście nie przez wszystkich, niemalże jak landrynki.

A co na temat tych manipulacji statystycznych mówią prawdziwe autorytetы (pamiętajmy te 21% wzrostu ryzyka)?

„... wzrost ryzyka względnego o mniej niż 100% jest uważany za mały i trudny do zinterpretowania. Tak mały wzrost może być wynikiem zwykłej szansy, błędu statystycznego lub może być efektem innych czynników, które czasami nie są widoczne...”

„Jako ogólną zasadę przyjmujemy, że ryzyko względne powinno mieć wartość co najmniej 3 lub więcej, zanim zaakceptujemy daną pracę do publikacji”.

*Marcia Angell, editor of the New England Journal of Medicine*

„Moją podstawową zasadą jest, że jeżeli ryzyko względne nie wynosi co najmniej 3 lub 4 razy, można o nim po prostu zapomnieć”.

*Robert Temple, director of drug evaluation at the Food and Drug Administration.*

„Istniejący związek uważa się za słaby wtedy, kiedy jego ryzyko względne jest poniżej 3, a w szczególności kiedy jest poniżej 2...”

*Dr. Kabat, IAQC epidemiolog*

Ja też czasami piszę o wartościach zmian jakichś parametrów wyrażanych w procentach. Niestety, nie zawsze jest możliwe określenie, jaki rodzaj ryzyka autorzy prac mieli na myśli, gdy podają cytowane wartości.

Dla przykładu i praktycznego zilustrowania tego zagadnienia przypomnijmy tu sobie wcześniej wspomniane przeze mnie ostrzeżenie dotyczące związku pomiędzy spożywaniem czerwonego mięsa a występowaniem nowotworu jelita grubego. W badaniach, na podstawie których nas w ten sposób ostrzegano, stwierdzono, że spożycie czerwonego mięsa powoduje wzrost ryzyka zachorowania na nowotwór jelita grubego o 22%. Dane takie przekazano również lekarzom:

*Chan DS, Lau R, Aune D, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, Norat T. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective studies. PLoS One. 2011; 6(6): e20456.*

Co więcej, w konkluzji, czyli w tej części opisu badań, która najczęściej jest czytana przez lekarzy, napisano tak:

„Wysokie spożycie mięsa czerwonego i mięsa przetworzonego jest związane ze **znacznym** wzrostem ryzyka wystąpienia nowotworu jelita grubego i **odbytu**”.

Autorom zapomniało się sprecyzować, co w tym kontekście znaczy słowo „**znaczny**”. Znaczny, tzn. jaki? 10%, 40%, 90%, 1000%?

Kiedy też dokładnie przeczytamy tę publikację, zauważymy, że:

1. Autorzy napisali również coś takiego:

„[...] Nie zaobserwowano żadnego znacznego związku w przypadku nowotworu odbytu [...]”

To dlaczego w konkluzji tych badań napisali, że taki związek jest!?

2. Najgorsze jednak jest to, że w owej konkluzji najczęściej czytanej przez lekarzy w ogóle nie napisano, o jakim ryzyku jest mowa, a to jest jeśli nie oszustwo, to manipulacja.

Wiemy już z przytoczonego przeze mnie powyżej wyjaśnienia, oraz powołując się na opinie samych naukowców zajmującymi się sprawami statystyki w badaniach naukowych, że wyraźne określenie tego, czy jest to ryzyko względne czy bezwzględne, jest rzeczą absolutnie krytyczną. W przeciwnym wypadku może to prowadzić i prowadzi do niewłaściwych interpretacji tego, co jest czytane szczególnie przez lekarzy.

Co więcej, mało który z lekarzy czy dietetyków straszących nas tymi badaniami cokolwiek wie, jak osiągnięto ten zawrotny wynik 22%.

W związku z tym, podana wartość ryzyka względnego (22%) jest zupełnie bezsensowna, bo jest nie do zaakceptowania przez samych naukowców! Służy ona tylko manipulacji, zastraszenia lekarzy i ich pacjentów. Przecież, jak zawsze w takich przypadkach, należy się zastanowić: skąd pochodzą dane, których użyto w tych badaniach. Inżynierowie są szczególnie wyczu-

leni na to, że jak to mówi bardzo ładne przysłowie angielskie: „rubbish in – rubbish out”. Czyli jeśli mamy bzdury na „wejściu”, to otrzymamy bzdury na „wyjściu”. Inaczej mówiąc, jeśli w badaniach naukowych użyto danych o małej wiarygodności, to wynik badań będzie również mało wiarygodny.

Przyjrzymy się bliżej temu, jakiej wiarygodności dane zastosowano w przypadku tych badań.

Po pierwsze, są to badania obserwacyjne. Nie ma w tym niczego złego, ja często na takie badania też się powoluję. Natomiast naukowcy wiedzą, że badania obserwacyjne dotyczące diety są obarczone potężnymi błędami. Dlaczego? Dlatego, że w tym przypadku zbieranie danych nie polega na obserwacji pacjenta, nie polega na monitorowaniu jego postępu w leczeniu, nie polega na monitorowaniu parametrów krwi, itd. W tym przypadku dane do badań zostały zebrane w postaci odpowiedzi na pytania, które zadano tysiącom ludzi w zwykłym formularzu, jaki otrzymali do wypełnienia. Tego typu obserwacje prowadzono przez wiele lat. Oczywiście nikt nie wypełniał tego formularza przez tyle lat każdego dnia. Jeśli ktorokolwiek z Czytelników by zapytać, co jadł na śniadanie, obiad czy kolację w ciągu ostatniego tygodnia, to będzie problem z przypomnieniem sobie.

Po zebraniu tego typu formularzy naukowcy porządkują te dane i usiłują wyszukać jakąś tendencję. Jeśli taką tendencję znajdą, piszą na ten temat pracę naukową. Jeśli po wielu latach naprawdę żmudnej pracy tendencji jednak żadnej nie zauważą, to szansa na napisanie pracy naukowej bardzo maleje. Lepiej jest więc jakąś tendencję znaleźć, chociażby trochę te wyniki naciągając.

W jednym z tego typu badań obserwacyjnych zapytano pacjentów nowotworowych o to, co spożywali w ciągu ostatniego roku. Łatwo się domyślić, że mówienie tutaj o błędzie nie ma sensu, bo tego typu dane nie mają jakiegokolwiek wartości badawczej. Poza tym, opisując wpływ zaledwie jednego produktu żywieniowego, nie uwzględnia się zupełnie tego, że przecież ludzie ci jedli jeszcze więcej innych produktów, niekoniecznie żyli na samym czerwonym mięsie. Pytanie też zachodzi – jakim mięsem? Jest bardzo duża różnica pomiędzy mięsem z tak zwanych hodowli korporacyjnych, szczególnie spożywanych w towarzystwie pieczywa z pszenicy (gluten!), a czerwonym mięsem pozyskiwanym np. z krów pasących się na łąkach. Z ba-

dań tych również nie wynika, czy osoby te np. paliły papierosy, czy miały wcześniej rozwiniętą miażdżycę, czy chorowały na cukrzycę, a może miały jedno i drugie, i trzecie, a może coś jeszcze?

Jest jeszcze inna niebagatelna rzecz, którą bardzo trudno uwzględnić, np. jak to mięso było przygotowane – czy było gotowane, czy było smażone. Różnice są naprawdę ogromne dla tego, że chodzi o temperaturę obróbki mięsa. Chodzi też o to, jakiego rodzaju substancje były do tego mięsa dodane. Wiemy przecież, że w tej chwili mięso szpikuje się wręcz różnego rodzaju substancjami chemicznymi, które pod wpływem temperatury zamieniają się, czy mogą się zmieniać, w substancje toksyczne. W związku z tym co stanowi tak naprawdę zagrożenie – mięso czy substancje toksyczne dodawane do mięsa?

W tym kontekście, szczególnie biorąc pod uwagę, że jest to ryzyko względne, ta informacja, która niemalże obiegła cały świat, jest pozbawiona jakiegokolwiek sensu. Pytanie tylko zachodzi, czy lekarze lub też dietetycy dokonają tego typu oceny tych badań? Czy też, tak jak w zdecydowanej większości bywa, nie będą zadawać sobie takiego trudu, tylko będą pacjentom przekazywać tę informację jako jedyną znaną prawdę.

Weźmy teraz następny przykład. Statyny mają zapobiegać miażdżycy i chorobom serca.

***The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease.***  
*JAMA. 1984 Jan 20; 251(3): 351–364.*

Nie wiem dlaczego, ale w tej bazie danych autora tej publikacji nie pokazano.



<http://ukryte.info/45>

Znalazłem jednak autora tej publikacji w innej bazie danych:



<http://ukryte.info/46>

Rifkind BM. *Lipid research clinics coronary primary prevention trial: Results and implications.* Am J Cardiol. 1984 Aug 27; 54(5): 30C-34C.

Nie wiem też, dlaczego tekst abstraktu tej samej pracy w obu publikacjach wygląda inaczej, ale ten mały fakt pomijam.

Badania sponsorowane przez National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), trwające 7,4 roku przeprowadzono na grupie 3806 mężczyzn w średnim wieku. Celem badań było określenie wpływu obniżenia poziomu cholesterolu na zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby wierńcowej serca. Pacjentów podzielono na dwie grupy, z czego u jednej obniżano poziom cholesterolu, a u grupy kontrolnej nie. Jaka była ich konkluzja? Taka, że w grupie, w której obniżono poziom cholesterolu, zauważono zmniejszenie występowania choroby wierńcowej o 24%. Ta informacja oczywiście poszła w świat. Niezliczone rzesze lekarzy, jak również tacy zwane „władze medyczne” w wielu krajach przyjęły wyniki tych badań za wielkie objawienie.

Nie można się temu dziwić. Jeśli media donoszą, że taka renomowana instytucja amerykańska mówi, że obniżanie cholesterolu łączy się ze zmniejszeniem występowania choroby wierńcowej o 24%, to czy lekarze mają prawo się z tego cieszyć? Oczywiście, że tak! Który z lekarzy jednak zgłębił szczegóły tych badań? Odpowiedź chyba znamy. Pytanie czy musiał. Czy miał na to czas? Może nie zachodziła potrzeba, skoro dostał od swoich „władz” odpowiednie wskazania do obniżania swoim pacjentom poziomu cholesterolu. Czy miał swoim „władzom” nie wierzyć? A który z lekarzy z tzw. „władz” przeczytał chociażby abstrakt czyli podsumowanie tych badań?

Myślę, że gdyby się o to pokusił, to zauważyłby, że przypadków śmiertelnych spowodowanych zawałem w grupie w której obniżano poziom cholesterolu było 7%, w porównaniu z 8,6% w grupie, gdzie cholesterolu nie

obniżano. Jedno zdanie jednak z pewnością przykułoby jego uwagę: „Wielkość tej zmiany (7%) była mniejsza niż w odniesieniu do liczby występujących zawałów serca ze względu na większą liczbę osób, które zmarły śmiercią przypadkową lub bardzo gwałtowną w grupie, gdzie obniżono poziom cholesterolu”.

W grupie, w której obniżano poziom cholesterolu, więcej ludzi zmarło. Przeziech o tym nie powinno się mówić, powinno się krzyczeć! A tu cisza jak makiem zasiał. Czy nie jest to zastanawiające? O tym jakoś świata medycznego już nie zawiadamiano w żadnych doniesieniach publicznych. Może po prostu zapomniano ;)

Tego typu manipulacje są nagminne. Bada się na przykład czy dana substancja powoduje zmniejszenie śmiertelności wynikającej z powodu wystąpienia zawału serca. Rzeczywiście, takie zmniejszenie śmiertelności z powodu zawału serca czasami występuje i właśnie o tym zawiadamia się cały świat. Dobrze by było wiedzieć, czy w grupie, której podawano określony specyfik, wystąpiło również zmniejszenie śmiertelności z **każdego innego powodu**. To jest najważniejszy parametr! Co z tego, że wystąpiło mniej zawałów, kiedy z powodu działania tej substancji wystąpiło znacznie więcej przypadków śmiertelnych wynikających np. z uszkodzenia wątroby, nerek itd. Tego jednak najczęściej już się światu nie pokazuje.

Badania te pokazały jeszcze coś innego. Autor badań stwierdza, że: „Nie było znacznego obniżenia ryzyka wystąpienia śmierci **ze wszystkich powodów** w grupie, której obniżano poziom cholesterolu”. To po co im było obniżać ten poziom cholesterolu, skoro to i tak nic nie daje? A co z innymi niż śmiercią skutkami ubocznymi, a jest ich tak wiele? O tym nawet nie wspomniano.

Przyjrzymy się teraz, skąd się wzięło te 24%. Mężczyźni, których wybrano do tych badań, byli zdrowi, nie mieli żadnych objawów chorobowych. Skąd w takim razie wystąpiła redukcja w przypadkach śmiertelnych aż o 24%? Wynika to z tego, że, jak podano w danych zawartych w raporcie z badań, 98,4% osób, u których obniżano poziom cholesterolu, nie zmarło z powodu choroby serca! Można powiedzieć zdrowe rydze! W grupie, w której cholesterolu nie obniżano, po latach badań ciągle żyło, czyli nie zmarło, 98% osób. Różnica: 98,4% – 98,00% = 0,4%, czyli tzw. śmiech na sali!

Czy powiedzieć o tym światu? A po co? Chwalić się nie ma czym. Lepiej, żeby żaden lekarz o tym nie wiedział, bo wtedy przestałby natychmiast przepisywać statyny! Jaką informację przekazano światu? Taką samą, jak się słyszy z ust wielu lekarzy w Polsce: „statyny, to prawdziwy przełom w leczeniu chorób serca”. I znowu to samo pytanie: „śmiać się czy płakać?”

To skąd się wzięło te magiczne 24%? Wzięło się to stąd, że w jednej z grup, 1,6% badanych zmarło z powodu zawału serca. Czyli  $0.4\% / 1.6\% = 25\%$  (nie wiem dlaczego im wyszło 24%, przecież 25% wygląda nawet lepiej).

Na badania te wydano 140 milionów dolarów! Dobrze, że nie z pieniędzy polskich podatników. Zapłacili za to podatnicy amerykańscy, ale my, Polacy, odczuwamy tego skutki.

Producent statyny Lipitor (atorvastatyna), czyli w Polsce znanej jako Soris, Tulip, Atorvasterol, Atoris, Atrox, itd... przeszedł już do historii humoru, pokazując swoją, obecną w wielu mediach publicznych reklamę:

In patients with multiple risk factors for heart disease,

# Lipitor reduces risk of heart attack by 36%

If you have risk factors such as family history, high blood pressure, age, low HDL ("good" cholesterol) or smoking,

- Liver

© 2001 Pfizer Inc. All rights reserved. Pfizer and the Pfizer logo are trademarks of Pfizer Inc.

\* This means in a large clinical study, of patients taking a major pill to prevent heart attack compared to 1/3 of patients taking Lipitor.



**LIPITOR**  
ATORVASTATIN CALEXIUM

Reklama ta mówi nam, jak również lekarzom, że zastosowanie tej statyny obniża ryzyko wystąpienia zawału serca o 36%. Tzw. „władze” lekarskie w Polsce przekazały tę informację wszystkim lekarzom. Czy naprawdę nikt nie zauważył tego, że mowa jest o ryzyku względnym, czyli nic nie znaczącym?

A po co jest ta gwiazdka (\*) przy 36%? **Bez tej gwiazdki i opisu znajdującego się na jasnym tle w lewym dolnym rogu tej reklamy, byłaby ona nielegalna!** Cóż my tam mamy? Tam mamy prawdę!

A co ta reklama tam nam mówi? Mówi nam, że w dużych badaniach klinicznych, w grupie osób biorących placebo czyli pigułkę z cukrem u 3% osób wystąpił zawał serca, a w grupie, która brała Lipitor, wystąpiło to u 2% osób. Różnica: 1%! Taka jest prawdziwa skuteczność tego „cudu”, tego przełomowego odkrycia w leczeniu choroby wieńcowej i jej zapobieganiu. Ponownie można to odwrócić i zapytać: „Dlaczego przepisuje się nam toksynę, która jest nieskuteczna w 99%?”

Skąd więc te 36%? Bierze się to stąd: w grupie biorącej Lipitor wystąpiło 1,9% zgonów, a w grupie, która tej substancji nie brała, wystąpiło 3% zgonów.  $3\% - 1,9\% = 1,1\%$ ,  $1,1 / 3,0 \times 100\% = 36,6\%$ . Co więcej... producent Lipitoru w swoim formalnym opisie produktu na oficjalnej stronie FDA twierdzi, że po zastosowaniu tej statyny nie osiągnięto rezultatów statystycznie istotnych w redukcji udarów mózgu, które nie zakończyły się śmiercią. Czyli... nie działa!

**Stwierdził to sam producent.** Co na to środowisko medyczne? Jak to co? Statyny dalej płyną do pacjentów szeroką rzeką.

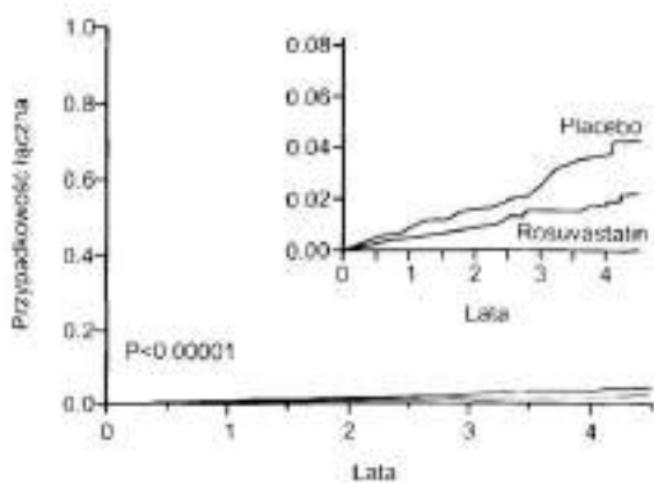
Jednakże w tym samym dokumencie producent twierdzi, że zaobserwowano „pozytywną tendencję” dotyczącą redukcji udarów wynoszącą 26%, jako ryzyko względne! Czyli zaprzecza sam sobie. Ponownie, skąd wynika ta redukcja wynosząca aż 26%, która jednocześnie statystycznie nie ma żadnego znaczenia? W grupie biorącej statynę wystąpiło takich przypadków 1,7%, a w grupie placebo 2,3%. Różnica  $2,3\% - 1,7\% = 0,6\%$ . Tyle wynosi prawdziwa skuteczność czyli – nic. To jest ta prawdziwa „pozytywna tendencja”! Ale... ciągle pokazuje się ją lekarzom jako  $0,6\% / 2,3\% \times 100\% = 26\%$ . Manipulacja „do sześciadanu”.

Następny tego typu „rodzynek” jest jeszcze lepszy! Jest to coś, bo przecież nie lek, o nazwie Crestor, znany jako Rosuvastatin, Zahron, Rosucard, itd.... Jest to najczęściej przypisywany „lek” na świecie! Badania przeprowadzone pod kierownictwem doktora Ridkera (JUPITER study), wykazały zmniejszenie występowania zawału serca o 44% po zażywaniu tego środka chemicznego.

Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, Koenig W, Libby P, Lorenzatti AJ, MacFadyen JG, Nordestgaard BG, Shepherd J, Willerson JT, Glynn RJ; JUPITER Study Group. **Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein.** N Engl J Med. 2008 Nov 20;359(21):2195–2207.

Niektórzy „naukowcy” przeszli już naprawdę sami siebie! Twierdzą na przykład, że liczba zawałów serca, udarów i przypadków śmierci spowodowanych chorobą wieńcową w grupie, która brała Crestor, była niższa o 44%. Imponujące, prawda? Główny autor tych rewelacyjnych badań powiedział publicznie, że wyniki są spektakularne i że nareszcie mamy mocne, niezbite dowody na to, że statyny zapobiegają pierwszemu zawałowi serca.

Przyjrzymy się bliżej tym niwy mocnym, niezbitym dowodom! Proszę po-patrzeć bardzo dokładnie na zamieszczony poniżej wykres, który można znaleźć w ich pracy „naukowej”.



W górnym prawym rogu mamy wykres wskazujący na różnice w występowaniu zawałów serca, udarów i przypadków śmierci spowodowanych chorobą wierciową pomiędzy grupą Placebo i grupą biorącą Rosuwastatynę (Crestor). Tutaj właśnie wskazuje się lekarzom na tę ogólną różnicę wynoszącą 44%. Z czego te 44% wynika? Wynika to z tego, że: w grupie Placebo było 251 przypadków śmiertelnych, w grupie biorącej Crestor (Rosuvastatin) było 142 przypadki. Uczestników badań było 8901.

Tak więc:

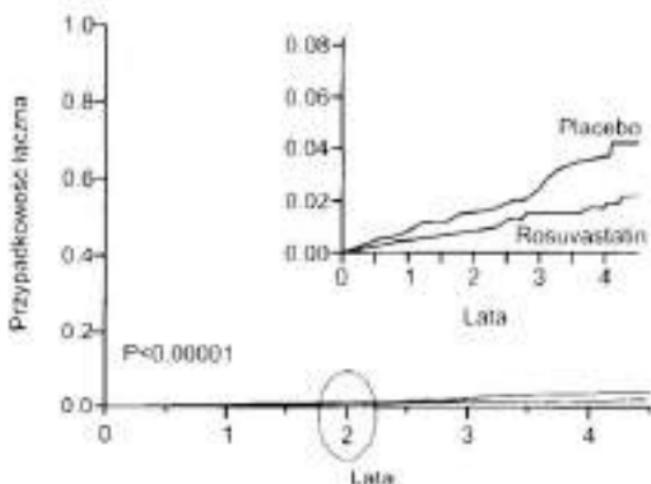
- Placebo:  $251 / 8\,901 \times 100\% = 2,81\%$
- Rosuvastatin:  $142 / 8\,901 \times 100\% = 1,59\%$

Różnica wynosi:  $2,81\% - 1,59\% = 1,22\%$  to jest wartość, którą należało pokazywać lekarzom! Trzeba było im powiedzieć: skuteczność wynosi 1,22%, lub: brak skuteczności wynosi 98,78%... co kto woli.

Jeśli jednak policzymy procenty od procentów, to wyjdzie nam:  $1,22\% / 2,81\% \times 100\% = 43,41\%$  i... jest już o czym „mamie napisać z wakacji” ☺. Jest już o czym opowiadać biednemu pacjentowi i go odpowiednio postraszyć. Jest już wspaniały materiał dla dziennikarzy medycznych do oklamywania ludzi. Jest już materiał dla lekarzy o różnych stopniach naukowych do bardzo naukowo brzmiącego wypowiadania się w mediach itd.... Czy to nie jest oszustwo?

Farsy ciąg dalszy... Po dwóch latach badań przerwano je, bo... uznano, że Crestor spowodował uratowanie tylu ludzi od niechybnej śmierci, że nie ma co prowadzić tych badań dalej! Najprawdopodobniej ludzie po prostu rezygnowali z udziału w tych badaniach. Właśnie wtedy, czyli po dwóch latach, ogłoszono publicznie te „rewelacje”, te 44% itd.... Niewiele osób dostrzegło do końca badań.

Ale... idźmy dalej. Tym razem popatrzymy bliżej na oś Y. Jaka na tym wykresie jest skala? Od 0,00 do 0,08 !! Czy to nie kpina? Czy nie powinno być od 0 do 100, czyli od 0% do 100%? A teraz uwaga... naukowcy SAMI stworzyli taki wykres, ale już ze skalą prawdziwą czyli od 0 do 1 (czyli od 0% do 100%). Nawet umieścili go na tym samym rysunku! No i cóż tam widzimy?



No właśnie niewiele... Proszę wziąć sobie szkło powiększające i przy cyferce 2 (oznaczającej dwa lata, kiedy tę rewelację nam ogłoszono) określić różnicę pomiędzy grupą Placebo i grupą Rosuvastatin na TYM wykresie! Mnie się to nie udało. Tam właśnie, gdzieś... jest te magiczne, ale kłamliwe 44%!

Nikt też za bardzo nie zwrócił uwagi na to, że naukowcy sami powiedzieli, że wystąpiło więcej niż normalnie przypadków cukrzycy, które zgłaszały lekarze. Ciekawe ilu nie zgłaszało? Ciekawe ilu bało się zgłosić? Ciekawe ilu lekarzom się po prostu zgłosić się chciało?

Nie tak dawno naukowcy z Finlandii opublikowali badania, w których wykazali, że im większe są dawki statyn, tym więcej występuje cukrzycy u osób je zażywających, jak również zmniejsza się wrażliwość komórek na insulinię. To przecież oznacza powstanie cukrzycy typu 2!

Zażywanie statyn w sposób znaczny spowodowało utrzymanie się wysokiego poziomu glukozy dwie godziny po jej podaniu (test obciążeniowy glukozą). W czasie badań trwających prawie 6 lat, w grupie placebo u 6% osób wykryto nowe przypadki cukrzycy, podczas gdy w grupie biorącej statyny tych przypadków było ok. 11%, czyli prawie dwa razy więcej.

Cederberg H, Stančáková A, Yaluri N, Modi S, Kuusisto J, Laakso M. **Increased risk of diabetes with statin treatment is associated with impaired insulin sensitivity and insulin secretion: a 6 year follow-up study of the METSIM cohort.** Diabetologia. 2015 May; 58(5): 1109–1117.

Tak jak powyżej napisalem, reklama Lipitoru przeszła do annałów dobrego humoru. Rzeczywiście można się śmiać z tej reklamy, ale nad tym co lekarze robią bez zastanowienia się należy zapłakać. Ciągle się nas „karmi” statynami. Tak się nas niby chroni przed powstaniem cukrzycy, miażdżycy i chorobami serca.

Kogo to obchodzi, że pokazano, iż statyny właśnie sprzyjają powstaniu miażdżycy i choroby serca? No kogo?

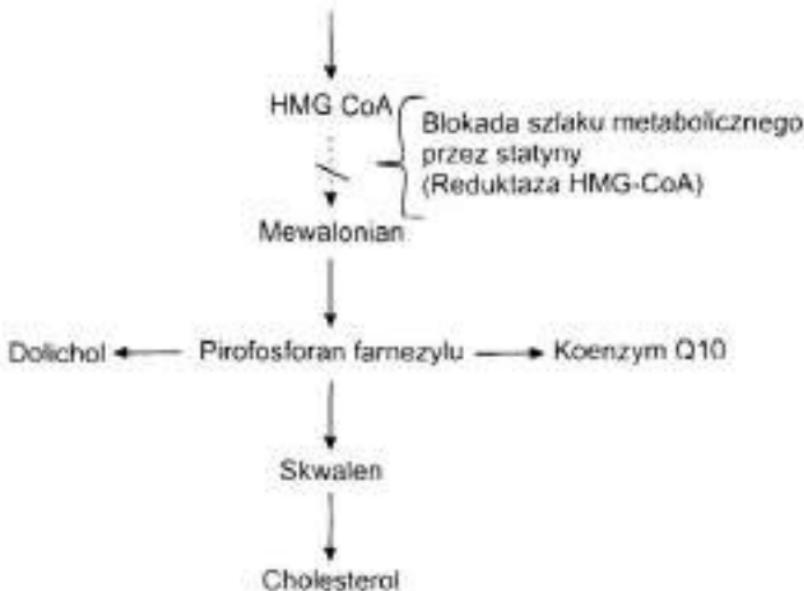
Okuyama H, Langsjoen PH, Hamazaki T, Ogushi Y, Hama R, Kobayashi T, Uchino H. **Statins stimulate atherosclerosis and heart failure: pharmacological mechanisms.** Expert Rev Clin Pharmacol. 2015 Mar; 8(2): 189–199.

Czy powyższe to też jest moja teza? Jest to poważna informacja, opisana przez poważnych naukowców, nad którą należałoby się przynajmniej równie poważnie zastanowić. Przeanalizujmy treść tej pracy naukowej.

Autorzy tej pracy piszą tak:

„... prezentujemy stanowisko, że statyny mogą być przyczyną zwarcenia tętnic wieńcowych, mogą spełniać funkcję mitochondrialnej toksyny uszkadzającej mięsień sercowy i naczynia wieńcowe poprzez zmniejszenie ilości Koenzymu Q10 oraz »hemu A«, co z kolei powoduje zmniejszenie produkcji ATP...”

To stwierdzenie jest całkowicie jasne i zrozumiałe dla każdego studenta medycyny, ponieważ jednym ze skutków ubocznych stosowania statyn jest właśnie obniżone wytwarzanie w mięśniu sercowym koenzymu Q10. Dlaczego? Pozwólę sobie jeszcze raz przypomnieć szlak metaboliczny wytwarzania koenzymu Q10 w naszym organizmie:



Widac wyraźnie, że wprowadzenie czynnika zaburzającego szlak metaboliczny na samym jego początku musi mieć swoje konsekwencje na pozostałe kroki czy reakcje występujące w tym szlaku. I tak też się dzieje, bo jak każdy może to zauważyc i wcale nie musi być lekarzem, w tym przypadku nie tylko dochodzi do zaburzenia wytwarzania cholesterolu, ale również do zaburzenia powstawania koenzymu Q10, który jest niezbędny do prawidłowej pracy mięśnia sercowego.

Innymi słowy, statyny mają wpływ na osłabienie mięśnia sercowego! To jest rzecz znana, czy też raczej powinna być znana każdemu lekarzowi, ale czy jest? Największe zapotrzebowanie na koenzym Q10 jest w mięśniach, które najbardziej intensywnie pracują. Który to mięsień w naszym organizmie tak intensywnie pracuje i nie zatrzymuje się nawet na minutę? Serce. To dlaczego się go osłabia statynami?

Wiele lat temu Międzynarodowe Stowarzyszenie Koenzymu Q10 z Ankony we Włoszech= wysłosowało do amerykańskiego FDA list, w którym grzecznie proszą urzędników z FDA, żeby trochę zwolnili z dopuszczaniem na rynek takiej ilości statyn ze względu właśnie na to, że niszczą one koenzym Q10 tak bardzo potrzebny do prawidłowej pracy serca. Ale... kto by tam na jakichś naukowców zwracał uwagę.

Co ciekawe, kiedy firmom farmaceutycznym wyknięto ten niezwykle poważny problem, zaczęto dodawać koenzym Q10 do statyn, tworząc oczywiście „lek nowej generacji”. Naturalnie znacznie droższy. Ciekawe tylko, dlaczego do tego „Leku” dodaje się najgorszą, żele wchłanialną, najmniej aktywną formę tego koenzymu?

Idźmy dalej... popatrzmy, co jeszcze ci naukowcy piszą:

„... statyny wstrzymują syntezę witaminy K2, która jest kofaktorem niezbędnym do aktywacji kompleksu białkowego GLA, który z kolei chroni tętnicę przed zwapnieniem...”

No i mamy następną rewelację. Statyny sprzyjają powstaniu zwapnień w tętnicach, a takim zwapnieniem jest właśnie blaszka miażdżycowa, która często doprowadza do zawału i śmierci. Takie zwapnienie to zwiększone ryzyko wystąpienia niedokrwieniennego udaru mózgu. O co tu chodzi? Statyny, które niwy miały zapobiegać zawałom, okazuje się, że im sprzyjają?

Jak widać, zastosowanie witaminy K2 jako czynnika chroniącego przed zawałami ma ogromny sens! Tylko że przeciętny lekarz nie wie NIC na jej temat, bo go nikt tego nie uczył. Ale... co tam wymagać od lekarza, że nie wie, skoro jego profesor też nic na ten temat nie wie. Niedawno, jeden z tzw. „wybitnych onkologów”, profesor medycyny w dodatku, w swojej publicznej polajance mojej skromnej osoby, na pytanie co sądzi o witaminie K2 odpowiedział: „To jakaś następna moda”

Przecież ta publikacja powinna dać lekarzom coś do myślenia, zwłaszcza, że opisuje DOSKONALE ZNANE, niemalże podręcznikowe FAKTY. Autorzy nie badali nowej substancji podanej człowiekowi i obserwowali reakcje. Nie stawiali żadnej TEZY, która jest do udowodnienia. Opisali zwykle, i to od dawna znane, fakty dotyczące funkcjonowania organizmu po podaniu mu nienaturalnej substancji, jaką są statyny.

Czytajmy dalej...

„... statyny hamują biosyntezę protein zawierających selen (selenoprotein), jedną z nich jest peroksydaza glutationowa tłumiąca stres oksydacyjny...”

a mówiąc prościej: statyny sprzyjają powstaniu chorób, bo stres oksydacyjny dotyczy całego organizmu. To właśnie z tym stresem oksydacyjnym, czyli nadmiarem wolnych rodników, walczymy. Niekontrolowany nadmiar wolnych rodników to początek każdej choroby, jaką możemy sobie wyobrazić z nowotworem włącznie! No więc, wyhamujmy wytwarzanie tej ochronnej dla nas substancji, jaką jest koenzym Q10, to nagle staje się mało ważne. Ważne jest to, żeby obniżyć poziom cholesterolu.

Ale... co mamy się tym przejmować. To z pewnością napisali jacyś szarlatani czy znachorzy... Smutason tego świata mówi: to jest oczywiście żart! Czarny to humor, ale... humor.

Czytajmy dalej...

... upośledzenie biosyntezy selenoproteiny może być czynnikiem niewydolności serca, przypominających przerost mięśnia sercowego, co jest charakterystycznym objawem niedoboru selenu. Dlatego epidemia zawałów i stwardnienia tętnic, które są plagą nowoczesnego świata, paradoksalnie, może być zastrzona przez powszechnie stosowanie statyn".

Coś takiego... a przecież tak często słyszę: „Mój pan/pani doktor powiedział(a), że statyny należy brać już do końca życia”.

Tiaaa... każdy ma wolny wybór, chociaż może nie do końca bo... w niektórych krajach „big brother” śledzi lekarza i pacjenta. Jeśli pacjent ma poziom cholesterolu np. 205 mg/dl, a lekarz nie przepisze statyn, wtedy lekarz ten naraża się „władzom lekarskim” i to bardzo! System śledzi też elektroniczną receptę (takie będą już wprowadzane w Polsce). Jeśli pacjent nie wykupi statyny, wtedy firma ubezpieczeniowa pacjentowi nie zwróci pieniędzy za wizytę u tego lekarza! Z tego powodu pacjent jest ZMUSZONY do wykupienia tego „leku”. Po wyjściu z apteki, a nawet i w samej aptece, może już ten „lek” wyrzucić do kosza... byleby najpierw za niego zapłacił! Boszesz ty mój... jak ten „system” o pacjenta dba, jak dba o jego zdrowko... na siłę mu każe wykupić receptę, żeby był zdrowy, nie dostawał zawału czy zwarczenia tętnic ;-)

Zaznaczcie teraz te moje słowa w kalendarzyku... „Idę o zakład, że po wprowadzeniu w Polsce receipt elektronicznych, jeśli pacjent nie wykupi przepisanych mu statyn, NFZ (lub cokolwiek po nim będzie) nie zwróci mu za wizytę u lekarza”.

Wolność wyboru? Jaka? Czy to jest w ogóle wolność? Ta konstytucyjnie nam gwarantowana?

Ciekawe jest to, że w krajach, które taki system już mają, śledzi on lekarza, śledzi wykupienie leku z recepty lub nie, a dzieje się to tylko i wyłącznie w przypadku statyn. Pacjent nie jest zmuszony do wykupienia jakiegokolwiek innego leku oprócz właśnie statyn. Lekarzy szykanuje się, czy też karze za niewypisanie recepty na statyny, natomiast z innymi lekami mogą sobie robić co chcą.

W USA, w wielu szpitalach nie wymaga się już nawet zrobienia badania poziomu cholesterolu u pacjenta, wystarczy, że ma powyżej 50 lat i już, z definicji, przepisuje się mu statyny!! Na ślepo! Ciekawe, kiedy to dotrze do Polski? A może już jest?

Publikuje się dziesiątki prac naukowych, które mają tylko jeden temat: jak kierować pacjentem ze zniszczonymi mięśniami, problemem zdrowotnym spowodowanym użyciem statyn, np.:

Sathasivam S, Lecky B. *Statin induced myopathy*. BMJ. 2008 Nov 6; 337: a2286.

Autorzy szacują, że ok. 1 500 000 osób na świecie cierpi z powodu chorób mięśni spowodowanych stosowaniem statyn.

Inni naukowcy piszą znacznie obszerniej na temat skutków ubocznych statyn dotyczących zaledwie spraw związanych z uszkodzeniem mięśni. To wszystko opisują po dokładnej analizie wielu prac naukowych dotyczących tego tematu.

Golomb BA, Evans MA. *Statin Adverse Effects: A Review of the Literature and Evidence for a Mitochondrial Mechanism* Am J Cardiovasc Drugs. 2008; 8(6): 373–418.

Inni zaś wskazują na to, że długoterminowe (tzn. 10 lat i więcej) używanie statyn zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi od 83% do 97% (w zależności od rodzaju tych nowotworów) w porównaniu z kobietami, które nigdy statyn nie zażywały. Z kolei u kobiet, u których zdiagnozowano chorobę „cholesterolową”, to zwiększone ryzyko wynosiło od 104% do 143%. Wskazywałoby to być może nie na to, że statyny, jako takie, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworów piersi, a na to, że szluczne obniżenie poziomu cholesterolu do tego doprowadza.

*McDougall JA, Malone KE, Daling JR, Cushing-Haugen KL, Porter PL, Li CI. Long-term statin use and risk of ductal and lobular breast cancer among women 55 to 74 years of age. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2013 Sep; 22(9): 1529–1537.*

Wykazano też, że po zażywaniu tej chyba najbardziej popularnej statyny (Atonis, Atrox, Sortis, Tulip itd....) w ilościach zaledwie 20 mg problemy z mięśniami występowały u 42% osób!!:

*Nissen SE, Stroes E, Dent-Acosta RE, Rosenson RS, Lehman SJ, Sattar N, Preiss D, Bruckert E, Ceška R, Lepor N, Ballantyne CM, Gouni-Berthold I, Elliott M, Brennan DM, Wasserman SM, Somaratne R, Scott R, Stein EA; GAUSS-3 Investigators. Efficacy and Tolerability of Evolocumab vs Ezetimibe in Patients With Muscle-Related Statin Intolerance: The GAUSS-3 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016 Apr 19; 315(15): 1580–1590.*

Inni naukowcy mówią to samo – statyny osłabiają mięsień sercowy:

*Rubinstein J, Aloka F, Abela GS. Statin therapy decreases myocardial function as evaluated via strain imaging. Source Cardiology Division, Department of Medicine, Michigan State University, East Lansing, MI 48824, USA. Clin Cardiol. 2009 Dec; 32(12): 684–689.*

No i oczywiście jest sprawa skutków ubocznych, jakie występują w ciągu 5 lat brania statyn. Tutaj się sprawy komplikują

Producenci statyn za wszelką cenę starają się wykazać, że ich zastosowanie jest oczywiście bezpieczne. Jak to robią? W czasie trwających badań klinicznych starają się wychwycić wszystkie możliwe skutki uboczne badanego leku. Problem polega na tym, że uczestniczący w testach lekarze nie zawsze są w stanie połączyć skutki uboczne zastosowanego leku z objawami występującymi u pacjenta. Jeśli do lekarza przyjdzie pacjent w starszym wieku i narzeka, że „tak się słabo czuję w nogach”, albo „ciągle się zapominam”, albo „trochę pochodzę i już mnie bolą nogi” albo „jakis taki jestem, że nic mi się nie chce, ani nawet z żoną pofiglować” ☺. To są właśnie często występujące skutki uboczne działania statyn, ale lekarz najczęściej powie: „no cóż... wiek robi swoje”, a pacjent się jeszcze bardziej w tym utwierdzi.

Pytanie: który lekarz zgłasza tego typu objawy jako potencjalne skutki uboczne stosowania statyn? Szczególnie, kiedy na rozmowę z pacjentem, zbadanie go, postawienie diagnozy oraz towarzyszącą temu „papierologię” ma ok. 15 min? Jeśli zdecydowałby się na zgłoszenie takich objawów, wtedy... następną poważną papierologią oraz... dalsze STARANNE obserwowanie pacjenta. A może pacjentowi temu odstawić statyny i ponownie obserwować jego objawy lub ich brak? Może ponowna wizyta itd.? Znowu papierologia... KOMU BY SIĘ CHCIAŁO TAK ROBIĆ? No więc, co się robi? Nic się nie robi. Co to oznacza?

Oznacza to, że to, co lekarze zgłaszają jako skutki uboczne, to zaledwie czubek góry lodowej! Wtedy, w swoich badaniach klinicznych, naukowcy piszą o niskim występowaniu skutków ubocznych, statystycy zrobią z tego trudną do strawienia dla przeciętnego lekarza „jałecznicę”, ten z kolei wierzy w podawaną mu marketingową „papkę” i... następnie recepty na statyny już lecą.

Wielu lekarzy jednak ma poczucie, że: „coś tu jest nie tak!”. Zauważają pewną regularność u pacjentów biorących statyny. Im się CHCE temu przyjrzeć, ale... niewielu takich jest. A jeśli zauważają pewną prawidłowość i zbyt często zgłaszają skutki uboczne przepisywanego przez nich leku, co wtedy? Wtedy okazuje się, że to się po prostu nie opłaci. Po co się narażać? Po co KOMUŚ się narażać? Komu? Wiadomo komu. Przecież jeśli pacjentowi się coś stanie, np. dostanie niedowładu kończyny, to jeśli przepisano mu statyny, bo nie daj Boże poziom cholesterolu był 205 mg/dl, to lekarz jest już

z automatu chroniony procedurą. Lek (lek?) zastosował zgodnie z zaleceniami, a potem skierowano do specjalisty neurologa, niech on się martwi i... problem z głowy. Taka jest rzeczywistość.

Chyba, że dochodzi naprawdę do tragedii i np. pacjent po pacjencie nagle umiera. Dlatego właśnie, kiedy zmarło prawie 100 000 osób, dopiero wtedy wycofano z rynku słynny Vioxx. Jak to się stało? Jak to się dzieje, że dziesiątki leków rocznie są wycofywanych z obrotu? Przecież przeszły wieloletnie, rygorystyczne badania kliniczne itd.... Śledztwa często wykazują, że już na etapie badań klinicznych po prostu klamano! Dlatego w USA jedna ze znanych firm farmaceutycznych, którą złapano na tego typu klamstwie, za wszelką cenę starała się wywrieć wpływ na senatorów Kongresu USA, żeby wprowadzić prawo zapewniające, że wszelkie dane z badań klinicznych leków powinny być objęte ścisłą tajemnicą! Nikomu nie wolno byłoby tego sprawdzić. Nigdy.

Na szczęście propozycja taka nie weszła pod obrady Kongresu USA. Sam fakt starania się o wprowadzenie tego typu prawa o czymś świadczy. Można zadać pytanie: czy w takim razie, skoro tak bardzo przemysł farmaceutyczny starał się o ukrycie prawdy, czy można w cokolwiek jeszcze mu wierzyć?

W 2001 roku opublikowano wyniki badań trwających 20 lat wskazujących na to, że niski poziom cholesterolu był związany ze ZWIĘKSZENIEM ryzyka śmierci u starszych osób oraz że im wcześniej pacjent zacznie mieć niski poziom cholesterolu, tym większe ryzyko wcześniejszej śmierci.

*Schatz IJ, Masaki K, Yano K, Chen R, Rodriguez BL, Curb JD. Cholesterol and all-cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study. Lancet. 2001 Aug 4; 358(9279): 351–355.*

Opublikowano to w nie byle czym. W „Lancetie”. A może „Lancet” się myli? Pewnie nie, bo inni naukowcy potwierdzili to samo:

*Jacobs D, Blackburn H, Higgins M, Reed D, Iso H, McMillan G, Neaton J, Nelson J, Potter J, Rifkind B, et al. Report of the Conference on Low Blood Cholesterol: Mortality Associations. Circulation. 1992 Sep; 86(3): 1046–1060.*

*Behar S, Graff E, Reicher-Reiss H, Boyko V, Benderly M, Shotan A, Brunner D. Low total cholesterol is associated with high total mortality in patients with coronary heart disease. The Bezafibrate Infarction Prevention (BIP) Study Group. Eur Heart J. 1997 Jan; 18(1): 52-59.*

Inni z kolei naukowcy stwierdzili, że z ich badań wynikło, iż obniżający się poziom cholesterolu był związany ze zwiększym ryzykiem śmierci z powodu: niektórych nowotworów takich jak nowotwory krwi, przełyku i prostaty, chorobami wątroby i wszystkich innych przyczyn, szczególnie u osób z poziomem cholesterolu poniżej 180 mg/dl.

*Inbarren C, Reed DM, Chen R, Yano K, Dwyer JH. Low Serum Cholesterol and Mortality Which Is the Cause and Which Is the Effect? Presented at the Society for Epidemiologic Research 27th Annual Meeting, Miami, Fla, June 15-18, 1994.*

W każdej tego typu publikacji jest mowa o skutkach ubocznych, jakie zauważali pacjenci i lekarze, i które zostały zgłoszone. Chciałem przypomnieć, że liczba osób, które doświadczają skutków ubocznych, to tylko te osoby lub te przypadki, które zostały formalnie zgłoszone. A co z tymi przypadkami, gdzie lekarzowi po prostu nie chciało się tego zgłosić? W przypadku szczepionek oficjalne dane mówią, że zgłasiane jest tylko od 0,5% do 5% niepożądanych odczynów poszczepiennych. Szczepionki to temat bardzo wrażliwy, jak to mówimy, „na widelcu”, bardzo widoczny, a więc można przypuszczać, że w przypadku skutków ubocznych statyn jest jeszcze gorzej.

**W końcu... w 2014 ostrzeżenie dotyczące statyn, wydało samo FDA. Ostrzeżenie to opublikowane było na stronie internetowej FDA. Tej instytucji nie przychodzi łatwo opublikowanie tego typu informacji.**

To dlaczego lekarz (już nie muszę powiedzieć, że NIE KAŻDY, ale większość!) z taką beztroską przepisuje substancję, która nam to nasze serce osłabia, jak też powoduje całą gamę skutków ubocznych?

Tego typu publikacji jest naprawdę bardzo wiele. Po wydaniu pierwszej części mojej książki spotykałem się z zarzutami, że wiele terapii NATURALNYCH, które polecam, nie jest opartych na nauce. A kim są ludzie, którzy

przeprowadzili powyżej opisane badania? Szarlatanami, znachorami? Raczej chyba nie. Czy badania swoje przeprowadzali w garażu czy piwnicy? Są to wysokiej klasy naukowcy, a prace, które opublikowali, to są właśnie prace naukowe! To są prace mówiące o czymś niezwykle ważnym. One mówią o życiu i zdrowiu człowieka.

Dlaczego więc nikt nie mówi o wynikach ich badań? Dlaczego nikt nie bije na alarm? Przecież wypowiedzieli się najwyższej klasy naukowcy. Swoje badania opublikowali w najwyższej klasy periodykach medycznych. Gdzie teraz się pochowali wszyscy ci, którzy twierdzą, że tylko i wyłącznie liczą się dowody naukowe. No to macie je na „naukowej” tacy! Co teraz? Dlaczego, pomimo istnienia dowodów naukowych, nic się o nich nie mówi, nie naglaśnie, tylko bez opamiętania podaje się ludziom statyny?

Przyjrzyjcie się wypisom ze szpitala? Prawie zawsze zauważymy, że osoby te bardzo często miały poziom cholesterolu około 160 mg/dl, a więc znacznie niżżej niż tak zwana norma, a w zaleceniach, jakie zostały napisane w wypisie ze szpitala, z pewnością zobaczymie STATYNY !! Pytam się, po co? Jakie są wskazania? A przecież ja już widziałem wypisy ze szpitala, gdzie poziom cholesterolu wynosił 107 mg/dl czy 105 mg/dl, a widziałem też 95 mg/dl, gdzie w zaleceniach dla tych pacjentów napisano, że mają brać statyny! Kto to potrafi uzasadnić?

Sprawdźcie, zobaczycie, że tak jest. Czym to jest podykowane? Na jakiej podstawie tym chorym ludziom, przy tak niskich poziomach cholesterolu, nadal zaleca się i przepisuje stosowanie tych silnych substancji toksycznych?

Dlaczego choremu, który miał zawał i poziom cholesterolu 160 mg/dl, podano w szpitalu 80 mg statyny? Lekarze tłumaczyli, że jest to konieczne, bo pacjent ten umrze, jeśli się statyny nie poda!

Przedstawiłem badania naukowe. Czy znowu ktoś napisze, że obalam osiągnięcia nauki?

Nie jest moim celem w tej książce „znęcanie” się nad statynami. Ze względu jednak na doniosłość tego tematu i brak rzetelnych informacji przekazywanych pacjentom, ale przede wszystkim lekarzom, zdecydowałem się

na przynajmniej krótki opis sprawy dotyczącej użycia tych substancji. Z doświadczenia oraz z tysięcy relacji pacjentów wiem, że sprawy, o których mówiłem, w ogóle nie są omawiane z pacjentem. Nie twierdzę w żadnym przypadku, że jest to działanie celowe. Wręcz przeciwnie. Uważam, że fakty i prawda dotycząca statyn nie są przekazywane lekarzom. Skąd to wiem? No właśnie od lekarzy, którzy o tym mi mówią. To właśnie lekarze, niestety tylko niektórzy, mówią mi, że całkowicie zmienili swoje podejście po zapoznaniu się z treścią książki „Cholesterol – naukowe kłamstwo”.

Mam też informacje od pacjentów, którym lekarz przepisał statyny, jednocześnie mówiąc: „muszę to przepisać, ale proszę tego nie brać”.

No i następny „rodzynek”. Żaden lekarz nie przepisze statyn kobietce, która jest w ciąży, ponieważ grozi to poważnymi konsekwencjami dla matki i dziecka z poronieniem włącznie. W tej chwili nawołuje się kobiety do stosowania statyn profilaktycznie, żeby nie dostały miażdżycy. To jest moda, która dotarła do nas z USA, bo tam już tak się dzieje. Często jednak bywa tak, że kobieta zaszła w ciążę wczoraj, ale dowie się o tym dopiero za miesiąc, a czasami za dwa lub nawet za trzy. Co wtedy? Wtedy „karmi” swoje dziecko toksycznymi statynami w pierwszym, najbardziej krytycznym trymestrze ciąży. W USA wielu lekarzy zwraca uwagę na bardzo duży odsetek poronień i uszkodzenia płodów u takich kobiet. Niektórzy wręcz twierdzą, że używanie statyn w tym okresie ciąży jest zjawiskiem znacznie gorszym niż to, co spowodował w przeszłości słynny Talidomid!

Firmy farmaceutyczne już rozpoczęły działania zmierzające do tego, żeby statyny można było kupować bez receptu na przykład w supermarketach czy na stacji benzynowej.

Jak więc, w świetle powyższych informacji dotyczących krytycznej roli cholesterolu i jego ogromnego znaczenia dla zdrowia człowieka, wyglądają słowa jednego z profesorów medycyny, który w jednym z ogólnopolskich tygodników powiedział, że statyny to: „najlepiej przebadany i najbezpieczniejszy lek na świecie”?

Jedna z moich czytelniczek, powiedziała mi, że z wielkim zdumieniem usłyszała: „Proszę Pani... z tym cholesteroliem to do zera! do zera!” To była

jej pani doktor rodzinna... tak.. tak.. dyplom lekarza medycyny ma. I jak tego nie krytykować? Jak bronić się przed ogarniającą człowieka wściekością.

Istnieje schorzenie nazywane „rodzinną hipercholesterolemią”. Jest to schorzenie genetyczne polegające na tym, że organizm takiego człowieka produkuje bardzo duże ilości cholesterolu bez względu na płeć. Badania wykazały, że wysokie poziomy cholesterolu we krwi w oczywisty sposób odzwierciedlają przeżywalność tych osób do osiągnięcia przez nich wieku 70 czy nawet 80 lat.

*Harlan WR Jr., Graham JB, Estes EH. Familial Hypercholesterolemia:*

**A genetic and metabolic study.** Medicine: March 1966; 45(2): 77-110.

Ta wada genetyczna bez wątpienia jest zagrożeniem, jednakże jeśli te osoby przeżyją pierwsze 25 lat, to na ogół żyją nie krócej, niż osoby o normalnym poziomie cholesterolu.

Opisali to również naukowcy, którzy w swojej pracy wykazali, że wśród osób w wieku 60–74 lat z poziomem cholesterolu ok. 320 mg/dl częstotliwość zgonów była mniejsza o 31% w stosunku do osób o niższym poziomie cholesterolu.

**Risk of fatal coronary heart disease in familial hypercholesterol-**

**aemia.** Scientific Steering Committee on behalf of the Simon Broome Register Group. (Published 12 October 1991) BMJ 1991; 303: 893.

Czyli wysoki poziom cholesterolu zabezpiecza te osoby przed przedwczesną śmiercią. Jaki więc jest sens podawania statyn takim osobom? Ile osób w wieku 60–74 lat „karmiona” jest regularnie statynami w celu obniżenia poziomu cholesterolu? Gdzie jest sens? Gdzie logika? Gdzie jakikolwiek względ na naukowe przecieź badania? Nagle nikt tego nie widzi? Zbiorowa pomroczeńkość?

Czy czasami nie powinni o tym pisać tak zwani „dziennikarze medyczni”, którzy zaatakowali mnie, że obalam naukę? Ja po prostu piszę prawdę, której oni nie mają odwagi napisać lub nie chcą o tym pisać, być może nawet wiedząc o tym, co napisałem.

Ale... nie bojmy się, jest już szczepionka „na cholesterol”:

Kiedy mówię czy piszę o tych tematach, uzasadniając je opublikowanymi badaniami medycznymi, wtedy często słyszę: „tezy Jerzego Zięby”. Gdzie i kiedy przestawilem moje tezy? No gdzie?

Widzicie, drodzy lekarze, jak zostaście wmanewrowani i oszukani? Zostaście sprzedawcami „leku”, który nie tylko nie działa, ale jest bardzo szkodliwy. Mark Twain powiedział: „**Łatwiej jest ludzi oszukać niż przekonać ich, że zostali oszukani**” („It's easier to fool people than to convince them that they have been fooled”).

Na szczęście dla pacjentów, świat medyczny zaczyna widzieć, że stał się częścią większego oszustwa.

*Miller DW, Jr., Fallacies in Modern Medicine: Statins and the Cholesterol-Heart Hypothesis. Journal of American Physicians and Surgeons 2015 Summer June 4; 20(2): 54–56.*

Jestem pewien, że od tej pory polscy lekarze również się w tym zorientują i natychmiast staną po stronie pacjenta, aby go chronić przed tym oszustwem.

## O tak zwanym „leczaniu” nowotworów

W części pierwszej „Ukrytych Terapii” obiecałam, że w następnej książce napiszę coś więcej na temat leczenia nowotworów. Temat ten przewijał się również jako niemalże temat wiodący na wszystkich moich spotkaniach publicznych. Wiele razy pytano mnie, czy tym tematem zajmę się znacznie szerzej w następnej książce. W tej sprawie otrzymałem setki, setki e-maili.

Choroba nowotworowa to nie przeiębienie, jest to bardzo skomplikowane schorzenie. Jest to choroba przewlekła i jak to jest w chorobach przewlekłych, leczenie jej jest równie problematyczne i czasami przewlekłe.

Mówią się, że nie mamy wiedzy na temat przyczyny, która to schorzenie spowodowała. To nie do końca jest prawdą. Doskonale wiemy, co może spowodować chorobę nowotworową. My tylko nie wiemy, co ją spowodowało u danego człowieka. Już wiemy, że w zdecydowanej większości odpowiedzialność za to ponosi niesprawnie działający układ odpornościowy. Wiemy też, że do zaburzenia działania tego układu może dojść z powodu np. braku witamin, braku mineralów, obecnych w naszym organizmie toksyn, działania promieniowania jonizującego, itd. To wiemy. Nie wiemy jednak, co konkretne spowodowało, że nasz układ odpornościowy zaczął po prostu źle pracować. Czy zabrakło mu selenu? A może jakieś witaminy? A może winę za to ponoszą metale ciężkie obecne w organizmie prawie każdego człowieka? A może zbyt duża ilość cukru w diecie? A może toksyny, które na co dzień spożywamy? A może to brak jodu? A może to brak witaminy D? A może to nadużywanie telefonów komórkowych? A może to jest spowodowane obcymi polami elektromagnetycznymi, które zaburzają niezwykle wrażliwe dla człowieka naturalne pole magnetyczne? A może te wszystkie czynniki naraz to spowodowały? Tego właśnie nie wiemy.

W przypadku choroby nowotworowej, tak jak w przypadku każdej innej choroby przewlekłej, zawsze jest przyczyna. Jednak choroby z tzw. autoimmunoagresji różnią się od choroby nowotworowej tym, że w przypadku nowotworu nie ma elementu auto- i immunoagresywnego. Niemniej jednak łączy je jedna wspólna cecha. Jest nią dysfunkcja układu odpornościowe-

go. W przypadku chorób autoimmunologicznych układ odpornościowy atakuje naszą własną, zdrową tkankę. W przypadku nowotworów, jego dysfunkcja polega na tym, że nie ochronił nas przed dostaniem się do różnych narządów naszego ciała komórek nowotworowych.

Zdaje sobie sprawę z tego, że z pewnością ten rozdział spowoduje, że będę miał jeszcze więcej przyjaciół, ale również jeszcze więcej wrogów.

W związku z tym, zacznę najpierw bardzo delikatnie stwierdzeniem, że obecny sposób leczenia pacjentów nowotworowych tak naprawdę niewiele ma wspólnego z leczeniem. Nadal, bardzo delikatnie mówiąc, jest to kpina z każdego, w miarę intelligentnego człowieka. Szczególnie człowieka chorego na nowotwór.

*American Cancer Society* opublikowało najnowsze statystyki dotyczące tak zwanej „wojny z nowotworem”. Kiedy mówiłem o statystykach sięgających lat siedemdziesiątych, wtedy mi się wytykało, że od tamtych czasów minęło już prawie 50 lat i w międzyczasie nastąpił bardzo duży postęp zakresie leczenia choroby nowotworowej. Dobrze, sięgnijmy więc do amerykańskich danych statystycznych od 1990 r.

| Rok                 | nowe przypadki | zgony/rok | zgony/dzień |
|---------------------|----------------|-----------|-------------|
| 1990                | 1 040 000      | 510 000   | 1 397       |
| 2015                | 1 658 370      | 589 430   | 1 615       |
| Oszacowanie na 2016 | 1 685 210      | 595 690   | 1 632       |

A jak jest w Polsce ?

Zgodnie z „Narodowym programem zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015”, który właśnie się kończy, a zakładał bardzo podobne metody walki z rakiem, jak w USA, nie wygląda to dobrze. Głównym celem ww. programu było zahamowanie dynamiki nowych zachorowań na nowotwory. Oficjalne dane statystyczne mówiące o tym, jaki był wpływ programu na dynamikę nowych zachorowań na raka w latach 2005–2010, wskazują na to, że to „zahamowanie” dynamiki wzrostu zachorowań na chorobę nowotworową wygląda tak:

- Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2005 r – 125 672
- Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2010 r – 140 564
- Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2013 r – 156 487

**Wzrost zachorowań** jaki nastąpił w stosunku do 2005 roku, a więc w ciągu zaledwie 8 lat, wynosi:

$$(156\,487 - 125\,672) / 125\,672 \times 100\% = 24.5\% !!!$$

Mnie to w żadnym przypadku nie wygląda na zahamowanie, a może się myleć?

W ostatnim ze swoich raportów Światowa Organizacja Zdrowia stwierdziła, że od roku 2012 w ciągu kolejnych 20 lat wzrost nowych przypadków nowotworowych nastąpi o 75%! Nie o 5, 10, czy 20%! O 75%!

**World Cancer Report 2014 Edited by BERNARD W. STEWART and CHRISTOPHER P. WILD.**

Czy jako kraj jesteśmy na to przygotowani? Nie! Co można i należy zrobić? Opisałem to już w części pierwszej „Ukrytych Terapii” oraz na mojej stronie internetowej. Zachęcam każdego do przeczytania.



<http://ukryte.info/53>

Jak do tej pory, kolejne polskie rządy nie robią w tym zakresie nic. To, co się robi, to tylko kosmetyka i udawanie przed społeczeństwem, że się COŚ robi. Taką bardzo nieudolną, prymitywną kosmetyką jest właśnie wprowadzana w tej chwili „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024”. Skuteczność wprowadzenia tej „strategii” będzie wynosić ZERO, powtarzam – ZERO. Dlaczego? Dlatego ponieważ „strategia” ta opiera się na tych samych, skompromitowanych, nieskutecznych metodach „leczenia” nowotwo-

rów, jakie stosuje się od ponad 40 lat. Tak więc, zgodnie z tą „strategią”, leczenie nowotworów będzie tak samo „skuteczne”, jak jest do tej pory.

Nigdy na to nie powinniśmy pozwolić, a pozwalamy. Będziemy umierać tak, jak przewiduje Światowa Organizacja Zdrowia.

Pamiętajmy: 75% więcej przypadków w stosunku do tego, co teraz mamy, oznaczać będzie, że albo sami będziemy mieć nowotwór, albo ktoś w naszej rodzinie będzie miał nowotwór. Jak widać, to, czy będziemy jako społeczeństwo ochronieni przed tym nowotworowym „tsunami”, zależy tylko od nas, bo nikt za nas tego nie zrobi. Nikt też, jak widać, nam w tym nie pomoże.

Czy powyżej cytowane dane wskazują na postęp? Tak, to jest zdecydowany postęp, ale w degradacji zdrowia Polaków.

Jest jeszcze gorsza sprawa. Nikt nie zaprzecza temu, że zmniejszenie zachorowalności na choroby nowotworowe można osiągnąć wyłącznie dzięki właściwej profilaktyce. Wystarczy poczytać, co w tej „Strategii” uważa się za profilaktykę i można już samemu wyciągnąć wniosek dotyczący naszej przyszłości, jeśli działania profilaktyczne oprze się na podstawie tego dokumentu. Czy „Strategia” ta jest poważnym potraktowaniem problemu w tym zakresie czy zwykłym busem?

W dokumencie opisującym historię powstania „Strategii” napisano:

„Wprowadzenie w ustawie o refundacji odrębnego progu dla kosztu roku życia skorygowanego o jakość w odniesieniu do terapii przeciwnowotworowych stosowanych w końcowym okresie życia, a także wprowadzenie w sytuacjach medycznie uzasadnionych możliwości modyfikacji lub kontynuacji stosowania indywidualnej terapii lekowej poza zakresem objętym rejestracją i refundacją”.

Co to konkretnie znaczy: **poza zakresem objętym rejestracją i refundacją**? Czy ja dobrze rozumiem, że zamierzano dać możliwość zastosowania wieków np. z witaminą C, B17, DMSO itd? Czy tak będzie? Byłoby dobrze, co za chwilę wykażę.

Zaczniemy może od takich podstaw, o których w przypadku leczenia nowotworów już dawno zapomniano. W takich chwilach często zaczynam od pewnego przypadku.

Chłopczyk, około 7 lat, od kilku dni bardzo silnie kaszał. Kaszel ten był potworny, wyrywający pluca. Co było tego przyczyną? Przyczyną tego stanu rzeczy była bakteria, która osiedliła się w oskrzelach tego dziecka. Zanim rodzice zgłosili się do lekarza, ktoś, kto nie był lekarzem, zaoferował im specjalne kropelki, które podane dziecku natychmiast zlikwidują kaszel. Tak też zrobiono. Kaszel rzeczywiście przeszedł, ale po dwóch dniach dziecko już nie żyło. Co zrobić z człowiekiem, który podał te kropelki? Zgłoś do prokuratury, czy samemu wymierzyć sprawiedliwość? Zabić, zatluc, ukamienować. Do wyboru. Tego typu uczucia targają być może każdym, kto to czyta. Ja, osobiste, do wykonania każdej z tych kar chętnie bym się przyłączył. Jak można określić kogoś, kto przez usunięcie symptomu, a nie przyczyny, doprowadził do śmierci dziecka? **Znachor, szarłatan, oszust żerujący na czyjejs krzywdzie?** Zapamiętajmy sobie to pytanie.

Dla każdego jest kryształowo jasne, że kaszel tego dziecka był tylko symptomem, przyczyną kaszlu była bakteria. Każdy lekarz wie, że leczenie to usuwanie przyczyny. Żaden normalny lekarz nigdy nie powie, że usuwanie symptomu, objawu choroby można nazwać leczeniem. Jeśli w danej chorobie występuje ból, to czy zlikwidowanie tego bólu poprzez podanie środków farmakologicznych jest leczeniem? Oczywiście, że nie! Każdy chyba to czuje i wie. A przecież mamy poradnie leczenia bólu! Czy tam się leczy przyczynę bólu, czy tylko na różne sposoby ten ból się usuwa lub chociażby łagodzi? A co z tzw. bólem fantomowym, gdzie pacjent na przykład po amputacji nogi odczuwa niezwykle silny ból. Ból w nodze, której już nie ma! Co padać? Zimny okład? Ale na co, skoro już tej nogi nie ma? (Tutaj mała dygresja i podpowiedź: najbardziej skuteczną metodą, jaką znam, jest hipnoterapia, ale w żadnym z tych ośrodków, który widziałem lub o którym czytałem, nigdzie się tego nie stosuje. Może dlatego, że to nic nie kosztuje, oprócz wizyty u hipnoterapeuty? Podobno świetnie działa też akupunktura.)

Każdy lekarz wie, że tak naprawdę tak zwane „leczenie objawowe” jest łagodzeniem skutków, ale nie jest to leczenie danej choroby.

## **Żaden lekarz, usuwając symptom choroby, nie powie swojemu pacjentowi, że go leczy. Chyba że... jest onkologiem!**

Brzmi to wręcz obrazoburczo! Już słyszę komentarze o obalaniu nauki, o braku szacunku dla lekarzy, o wyśmiewaniu się z nich... Nie wiem, jakich więcej obraźliwych słów czy zwrotów w stosunku do mnie marn uzyć. Najlepiej zaczekać na komentarze tak zwanych „dziennikarzy naukowych” lub „dziennikarzy medycznych”, oni potrafią tego typu rzeczy wymyślić na poczekaniu. No, a i lekarze tacy też się znajdą.

Przyjrzymy się jednak temu zagadnieniu trochę bliżej. Każdy z czytających tę książkę, każdy bez wyjątku, bez względu na pochodzenie rasa czy wiek, w każdej sekundzie życia wytwarza komórki nowotworowe. Wytwarzane są one całymi milionami. Dlaczego w takim razie nie wszyscy ludzie na Ziemi chorują na nowotwory? Co stoi na przeszkodzie temu, żeby komórka nowotworowa umieściła się gdzieś w organizmie człowieka i zaczęła się rozwijać, tworząc guz nowotworowy? Musimy mieć w nas coś takiego, co nas przed takim tragicznym skutkiem zabezpiecza. Inaczej ludzkość dawno temu już by wymarła. Nie trzeba być lekarzem, żeby wiedzieć, że za to ochronne działanie odpowiada układ odpornościowy. Właśnie nasz niezwykle skomplikowany, ale niezwykle skuteczny układ odpornościowy jest w stanie takie komórki zidentyfikować i ją unieszcśliwić (jest to bardzo duże uproszczenie, ale do celów naszych tutaj rozważań wystarczy).

No dobrze, ale jeśli w takim razie nowotwór już powstał, to co jest tego przyczyną? Oczywiście – źle działający układ odpornościowy. Coś w nim nie zadziałało i w efekcie tego gdzieś w naszym ciele powstał guz nowotworowy. Aha... jeśli przyczyną powstania guza jest źle funkcjonujący układ odpornościowy, to czym jest sam guz? **Jest on symptomem, objawem.** Jeśli tak, to na czym polega leczenie choroby nowotworowej? **Pokażcie mi proszę jeden szpital, jeden oddział onkologiczny, jeden instytut onkologii, w którym u pacjenta z nowotworem leczy się jego układ odpornościowy? NIE MA TAKICH!** A co jest?

**Jest zupełnie nieuzasadnione, pozbawione jakiegokolwiek sensu merytorycznego czy zwykłej logiki usuwanie symptomu choroby.**

Zatruc ten symptom chemioterapią, spalić go promieniowaniem jonizującym, czy też go wyciąć nożem chirurga. Przecież u chorego człowieka nie było tak, że najpierw powstał guz nowotworowy, a potem powstała jakaś dysfunkcja układu odpornościowego. Jest zawsze odwrotnie! Najpierw jest jakaś dysfunkcja układu odpornościowego, a potem w wyniku tego powstaje guz nowotworowy jako symptom tej dysfunkcji. Niemalże z przysłowio-wym obłędem w oczach onkologia ściga się tylko z symptomem i stara się go zniszczyć na wszelkie sposoby, a ludzie chorzy jak umierali, tak umierają. Mało tego. Jest coraz gorzej.

A przecież usuwanie zaledwie objawu choroby, jak **KAŻDEMU LEKARZOWI WIADOMO**, wcale nie jest leczeniem! Chyba, że... jest nim onkolog. Dlatego, że onkolog usuwanie symptomu choroby nazywa jej leczeniem!

Czy ktoś powie, że jest inaczej? Czy któryś onkolog powie, że jest inaczej i że to nie prawda?

Dlatego piętnuję obecne metody leczenia pacjentów nowotworowych, bo nie tylko zaprzeczają one podstawowym prawom logiki, ale zaprzeczają podstawowemu prawu, jakim jest prawidłowy proces leczenia choroby.

W medycynie stosuje się określenie „Leczenie objawowe”. To jest już bardziej uczciwe w stosunku do pacjenta. Natomiast w przypadku choroby nowotworowej, usuwając symptom choroby, jej objaw, nazywanie tego leczeniem jest po prostu nieuczciwe. To chyba jest dla każdego jasne do ból.

**W żadnym przypadku nie występuję przeciw onkologom!**

**Występuję przeciw bezsensownemu sposobowi  
leczenia pacjentów nowotworowych.  
Mam nadzieję, że to jest już oczywiste.**

W zacytowanym wcześniej przypadku małego dziecka zrobiono dokładnie tak samo. Usunięto kaszel, który był symptomem, ale nie usunięto przyyczny i chłopiec zmarł.

A teraz pytanie, które prosilem, żeby zapamiętać:

„Jak można określić kogoś, kto przez usunięcie symptomu, a nie przyczyny doprowadził do śmierci dziecka? Znachor, szarłatan, oszust żerujący na czyjeś krzywdzie?”

Niemalże fizycznie czuję już na sobie to wszystko, co wielu onkologów na mnie teraz wylewa, albo wyleje. Zaznaczam – wielu, bo NIE WSZYSYSCY! Dlaczego nie wszyscy? Bo wielu z nich wie, że napisałem PRAWDE! Sami często mi to mówili. Taka jest prawda, ja tylko „mówię jak jest”, chociaż nie nazywam się Max Kolonko ☺.

A teraz małe wyznanie: przykład z chłopcem wymyśliłem, a reszta to już jest nasza, polska rzeczywistość.

Ten niezrozumiałym dla mnie pęd do usuwania symptomów nie jest charakterystyczny tylko dla onkologii. To samo, a może nawet gorzej, dzieje się w diabetologii. Tak... już czuję, jak wielu czytelnikom podniósł się ciśnienie. Człowieka chorego na cukrzycę można leczyć i wyleczyć, szybko, bezpiecznie i tanio, co opiszę szczegółowo w części trzeciej.

## **Nowotwór jako choroba genetyczna?**

Często słyszmy, że nowotwór to choroba genetyczna. Co to dla przeciętnego człowieka znaczy? Niewiele.

Przetłumaczmy to w takim razie na język polski. Jeśli jest to genetyczne, to ma to coś do czynienia z genami. Gdzie znajdują się geny? Każdy oczywiście odpowie, że w jądrze komórki. Innymi słowy, jeśli DNA (bo tam znajdują się geny) znajdujące się w jądrze komórki ma gen pewnego rodzaju nowotworu, to komórka ta stanie się komórką nowotworową. Ponieważ gen decyduje o tym, że ta komórka będzie komórką nowotworową, to nawet jeśli przeszczepić całe jądro takiej komórki do komórki zdrowej, to ta zdrowa komórka zamieni się w komórkę nowotworową.

Takie doświadczenia już zrobiono oczywiście na zwierzętach, bo na ludziach byłoby to nieetyczne. Jądro komórki zawierające gen nowotworu nerki wszczepiono żabie. I tutaj wystąpiła niespodzianka, żaba ta miała

rzeczywiście wady rozwojowe, ale nie wytworzył się nowotwór! Jak to wy tłumaczyć? Przecież organizm żaby miał gen nowotworu.

Sklonowano mysz. W procesie tym do pierwszej komórki (embrionalnej komórki macierzystej) wszczepiono jądro komórki niezwykle agresywne go raka skóry (melanoma). Nowo powstały płod myszy uległ aborcji, ale mysz ta nie miała śladu choroby nowotworowej!

*Hochdörfer K, Bleiholder R, Brennan C, Yamada Y, Kim M, Chin L, Jaenisch R. Reprogramming of a melanoma genome by nuclear transplantation. Genes Dev. 2004 Aug 1; 18(15): 1875–1885.*

Sklonowano mysz, używając jądra z komórki nowotworowej. Powstała mysz nie miała jednak nowotworu. Co się stało? Przecież w PIERWSZEJ komórce myszy znajdowało się jądro z genem nowotworu! Sklonowano mysz z komórki nowotworu mózgu. Rezultat był ten sam. Wystąpiły pewnego rodzaju uszkodzenia organizmu tych zwierząt, ale... to nie były nowotwory. Takich eksperymentów przeprowadzono wiele.



<http://ukryte.info/48>

Widac, że coś tu „nie gra”.

Zauważono jednak zupełnie inną, niezwykle ciekawą rzecz. Kiedy pobra no mitochondrium z niezwykle agresywnej komórki nowotworowej i przeszczepiono je również do komórki nowotworowej, ale z bardzo wolno rosnącym nowotworem, nagle wszystko zaczęło się działać w przyspieszonym tempie. Z bardzo wolno rosnącego nowotworu zrobiono nowotwór, który wręcz eksplodował.

Zrobiono inne doświadczenie. Z komórki nowotworowej usunięto mitochondria i dla odmiany do tej komórki wprowadzono mitochondria z komórek zdrowych. Proces nowotworowy się zatrzymał!

Kalpparettu BA, Ma Y, Park JH, Lee TL, Zhang Y, Yatnada P, Creighton CJ, Chan WY, Wong LJ. *Crosstalk from non-cancerous mitochondria can inhibit tumor properties of metastatic cells by suppressing oncogenic pathways*. PLoS One. 2013 May 9; 8(5): e61747.

Polecam wykład, jaki w 2016 wygłosił dr Thomas Seyfried:



<http://ukryte.info/49>

Przeprowadzono inny eksperyment. Z komórki nowotworowej usunięto jej jądro i wszczepiono jądro komórki zdrowej. Gdyby teoria genetyczna była prawdziwa, nie powstałby nowotwór, a nowotwór jednak powstał, mimo że przeszczepione jądro pochodziło z komórki zdrowej. Innymi słowy **teoria, że nowotwór to choroba genetyczna, legła w gruzach**.

Naukowcy z wielu różnych ośrodków powtarzali tego typu eksperymenty i w żadnym z nich nie wykazano, że nowotwór ma pochodzenie genetyczne.

Wszystko wskazuje na to, że przyczyna nowotworów wcale nie leży w genach, a raczej w mitochondriach. Dlaczego to mnie nie dziwi? Bo już w latach trzydziestych zeszłego wieku dr Otto Warburg wykazał, że pierwotną przyczyną nowotworów jest zaburzenie procesu funkcjonowania mitochondriów. Wykazał, że zaburzenie funkcjonowania mitochondriów wynikające z niedotlenienia komórki powoduje, że zawsze i w sposób nieodwracalny komórka taka zamienia się w komórkę nowotworową. Kilka-krotnie usiłowano to podważyć, ale nigdy to się nie udało.

Co w takim razie z genem BRCA1, którego obecność znacznie podnosi ryzyko wystąpienia nowotworu piersi? To może być prawdą, nie mniej jednak dane wskazują na to, że istniejące tzw. onkogeny doprowadzają do zniszczenia mitochondriów. Jeśli z jakiegokolwiek powodu funkcjonowanie mitochondriów jest zaburzone, wtedy komórka taka, ratując się przed jej

śmiercią, uruchamia geny odpowiedzialne za procesy fermentacji. Takimi genami często bywają właśnie onkogeny. Ten proces można powstrzymać wtedy, kiedy komórka zostanie ponownie natleniona.

Dr Thomas Seyfried zauważa, że w momencie, kiedy jakiś czynnik spowodował zaburzenie funkcjonowania mitochondriów, zaczynają one produkować dodatkowe ilości wolnych rodników. Te z kolei powodują, że jądra komórki otrzymuje „wiadomość”, że mitochondria za chwilę zaczną obumierać. Z powodu zbyt niskiego poziomu energii, jaką wytwarzają, bo utraciły możliwość utleniania glukozy. Wtedy jądro komórki poprzez pewnego rodzaju adaptację genetyczną zaczyna oddziaływać na mitochondria w ten sposób, że zaczynają one fermentować glukozę, żeby tylko przeżyć i... rozwija się nowotwór. I tutaj rzecz najważniejsza: najpierw powstało uszkodzenie mitochondrium, a dopiero potem powstał nowotwór, ale nie odwrotnie. Najnowsze doniesienia naukowe wskazują na to, że to nie jest tak, jak powszechnie się uważa, że wadliwe geny znajdujące się w jądrze komórki spowodowały choroby nowotworową. To źle funkcjonujące mitochondria doprowadziły do tego. Dlatego właśnie naukowcy na tym poziomie wykazali, że **choroba nowotworowa nie jest chorobą genetyczną**.

Wiele przeprowadzanych w tej chwili badań wskazuje na to, że choroba nowotworowa to choroba mitochondriów i nie ma to praktycznie niczego wspólnego z genetyką. Inaczej mówiąc, **choroba nowotworowa jest chorobą metaboliczną i leczenie tej choroby również musi być leczeniem metabolicznym** (do czego za chwilę dojdziemy).

Dr Thomas Seyfried uważa, że obecny system tak zwanego leczenia nowotworów w żadnym przypadku nie stara się usunąć przyczyny. Czyż od lat nie mówię tego samego? Nieprawdą jest, że nie znamy przyczyny choroby nowotworowej, to jest uparcie powtarzana nam mantra.

Przecież dzisiaj wiemy już, że:

1. Komórka nowotworowa do przeżycia potrzebuje bardzo dużej ilości glukozy.
2. Nawet w obecności tlenu w komórce nowotworowej proces glikolizy przebiega 100 do 200 razy szybciej niż w komórce zdrowej. In-

nymi słowy, komórka nowotworowa do przeżycia potrzebuje bardzo dużej ilości glukozy.

3. Procesy produkcji energii w komórce nowotworowej nie przebiegają poprzez utlenianie glukozy, a jej fermentację.
4. Produktem ubocznym procesu fermentacji jest kwas mlekowy usuwany przez komórkę na zewnątrz.
5. Usunięty kwas mlekowy jest pod wpływem pewnego enzymu przetwarzany ponownie na niezbędną komórce nowotworowej glukozę.
6. Komórka nowotworowa jest wrażliwa na odczyn pH w jej wnętrzu.
7. Transport tlenu do wnętrza komórki nowotworowej i do mitochondriów jest upośledzony.

To są słabe strony komórki nowotworowej. Każdej. Dlaczego o tym zapominamy? Dlaczego koncentrujemy się na terapiach, takich jak chemio- czy radioterapia, które niszą komórki nowotworowe, ale jednocześnie niszą komórki zdrowe? Mało tego, często środki chemiczne mają za zadanie niemalże załać komórki nowotworowe wolnymi rodnikami. No i zalewają. W ten sposób właśnie, poprzez wygenerowanie ogromnej ilości wolnych rodników, środek chemiczny niszczy komórki nowotworowe. Niestety, w sposób ślepy i bezwzględny niszczy również komórki zdrowe. Czy tylko? Ależ skąd.

W zdrowych komórkach poddanych atakowi wolnych rodników może również dojść do mutacji genetycznych, do uszkodzenia DNA i do wywołania choroby nowotworowej. Nie jest też żadną tajemnicą, że w ten sposób wygenerowane wolne rodniki niszą również mitochondria, z uszkodzeniem mitochondrialnego DNA (tzw. mDNA) włącznie. Tak więc, wojnę z nowotworem prowadzimy środkiem, który prowadzi do uszkodzeń mitochondriów, na których nam tak bardzo zależy, żeby dobrze funkcjonowały. Środek chemiczny, ze względu na mechanizm jego działania, sam w sobie może być również przyczyną nowotworu! To samo dotyczy radioterapii. Czy nadal, uparcie, chcemy w tym przypadku używać słowa „leczenie”?

Jeden z profesorów medycyny, onkolog, prof. dr hab. Piotr Wysocki, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, powiedział wprost: "klasyczna chemioterapia jest leczeniem toksycznym".

Czy nie jest to pewnego rodzaju oksymoron? Czy istnieje w ogóle coś takiego jak leczenie toksyczne? Jeśli działanie jest toksyczne, to czy wolno użyć słowa „leczenie” w tym przypadku? Jeśli tak, to czy współczesna onkologia leczy czy zatrzuwa?

**Każda komórka nowotworowa to inny twór genetyczny, a nowotwór jest jeden!** Rośnie i, co najgorsze, ciągle mutuje! W takim razie co usiłuje „ustrzelić” genetyka? Jedną komórkę o określonej konfiguracji genetycznej? A co z resztą milionów komórek, które składają się na masę guza nowotworowego? Do każdej z nich będziemy dopasowywać leczenie genetyczne? Pracy wystarczy dla milionów onkologów na miliony lat... To wszystko w sytuacji, gdzie wiadomo już, że istnieje pewien wspólny mianownik. Jest nim dysfunkcja mitochondriów. Jeśli tak, to czy współczesna onkologia nie pobłędzia? Czy nie zapędziła się w koziego róg?

Wiedząc już, jaką rolę w procesie rozwoju nowotworów odgrywają mitochondria, można by powiedzieć: „leczmy mitochondria, pomóżmy im powrócić do normalnego funkcjonowania, bo wiemy już dzisiaj doskonale, co do osiągnięcie tego celu jest potrzebne”. Czy zdrowy rozsądek i żelazna logika nie nakazują, żeby tak właśnie zrobić? A co w tej chwili się robi, żeby przywrócić mitochondria do ich prawidłowego funkcjonowania? Gdyby można było powiedzieć, że nic się nie robi, byłoby pół biedy. Niestety robi się i tu dużo, ale... zlego. Poprzez zadziałanie na komórkę nowotworową środkiem chemioterapeutycznym mitochondria się leczy czy się je uszkadza?

Jest co prawda tak zwana chemia celowana, zwana również terapią celowaną. Brzmi to niezmiernie naukowo i bardzo mądrze, to nie ulega wątpliwości, ale na czym tak naprawdę to polega? Terapia ta polega na wycelowaniu określonego środka chemicznego w pewne zaburzenia genetyczne. Ma to spowodować zmniejszenie, czy złagodzenie skutków ubocznych działania zwykłych środków chemioterapeutycznych.

A co z leczeniem mitochondriów, które, jak wiadomo, są kluczowe w tym przypadku? A nic. Jest to terapia, która zupełnie to zagadnienie ignoruje. Czy w takim razie możemy liczyć na skuteczność tego typu terapii?

Nie za bardzo, ponieważ nawet autorytety onkologiczne, a więc nie ja (!), uważają, że nie są to leki ratujące życie chorych, a skuteczność ich jest zaledwie o 2% do 3% wyższa i to tylko w przypadku niektórych rodzajów nowotworów ziołliwych.

Otwarcie również twierdzą, że nieprawdą jest, że leki te nie powodują skutków ubocznych. Mało tego, twierdzą, że leki te powodują więcej skutków ubocznych niż wykazują badania kliniczne! Co to w takim razie jest? Czy jest to poważne podchodzenie do zagadnienia czy raczej działanie na zasadzie „sztuka dla sztuki”? Czy to jest sukces opisywany przez tzw. dziennikarzy medycznych czy porażka? Nie może przecież to być jednym i drugim jednocześnie.



<http://ukryte.info/50>

No, a jak to się ma do tego, że wielokrotnie słyszymy, że choroba nowotworowa to nie jest jedna choroba, tylko że jest to około 200 różnych chorób występujących jednocześnie? Czyżby? A jakie to są choroby? Czy 200 różnych chorób powoduje powstanie jednego rodzaju nowotworu? A może 200 chorób powoduje powstanie, jak się doliczono, ponad 320 rodzajów nowotworów? Czy może lepiej jest powiedzieć, że ponad 200 chorób może przyczyniać się do powstania choroby nowotworowej? A może to wcale nie jest tak skomplikowane, jak się nam to przedstawia? A może niepotrzebnie komplikuje się zagadnienie po to, żeby w społeczeństwie nie rozumiejącym szczególnów wywołać strach i podziw dla tych, którzy dniem i nocą usiłują się uporać z 200 chorobami jednocześnie? A może rozwiązanie jest prostsze, niż nam się wydaje? Wiemy o tym doskonale, że komórka nowotworowa jest komórką biologicznie słabą.

Dlaczego więc takich słabości komórki nowotworowej nie wykorzystujemy do jej zniszczenia? Czy nie byłoby lepiej pobić komórkę nowotworową jej własną bronią? Czy nie byłoby lepiej doprowadzić do jej zniszczenia w bardziej intelligentny, bardziej skuteczny, bezpieczny i tani sposób? Oczywiście, że tak, i o tym będzie mowa w następnych rozdziałach.

Był sobie starszy wiekiem piesek. Niestety bardzo źle się czuł. Znalazi się niemalże w stanie bliskim agonii. Mój bliski przyjaciel, który jest lekarzem, a jednocześnie właścicielem tego psa, zwrócił się do swojego kolegi, lekarza weterynarii, o pomoc. Okazało się, że piesek cierpi na silną białaczkę. Pozostało tylko jedno rozwiązanie, wiadomo jakie, aby psu zmniejszyć jego cierpienia. Postanowiono jednak spróbować czegoś innego. Pies dostawał dożylnie specjalny roztwór srebra i złota, i **po siedmiu dniach nie było już śladu po białaczce**. Piesek cieszy się życiem i biega „jak nowy” ale... kogo tam to interesuje. A może powinno, zwłaszcza, że to nie tylko jeden taki pies z nowotworem, który był i go nie ma. Przecież srebro i złoto mają również działanie przeciwrzybicze. Czy to nie zasługuje na uwagę?

## Mammografia – więcej szkody niż pozytku?

Sam koncept mammografii może nie być zły. Chodziło przecież o to, żeby możliwie jak najwcześniej wykryć guz nowotworowy w piersi kobiety.

Trzeba byłoby tu zacząć od tego, że jeśli guz nowotworowy został wykryty przy użyciu mammografii, to trzeba pamiętać o tym, że w piersi kobiety jest on już od 5, a nawet 12 lat. Tak więc nie ma tu mowy o jakimkolwiek wcześniejszym jego wykrywaniu.

Podstawowym problemem zastosowania mammografii jest to, że jak się okazuje, jest ona bardzo niedokładna. Inaczej mówiąc, jeśli mammografia wykazuje, że nie ma nowotworu, niekoniecznie tak jest. Jeszcze gorszym problemem wydaje się być to, że wielokrotnie mammografia wskazuje na coś, co wygląda jak nowotwór, a nowotworem w rzeczywistości nie jest. Prowadzi to do zbyt dużej liczby diagnozowanych kobiet jako mających nowotwory.

Niestety zbyt często radiolodzy dokonują opisu znalezionych zmian rutynowo, niemalże z rozpudu, bez sprawdzenia takiej zmiany poprzez biopsję.

Innym celem zastosowania mammografii było to, że, jak zakładano, tzw. wczesne wykrycie nowotworu piersi przedłużałoby życie kobiet, które na tę chorobę zapadły. Niestety, najnowsze badania dotyczące tego zagadnienia wskazują, że mammografia w żadnym przypadku życia nie przedłuża.

*Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ. 2014 Feb 11; 348: g366.*

Szwedzcy naukowcy wykazali znaczny wzrost samobójstw wśród kobiet, u których wykrywano nowotwór piersi. Zwracano uwagę na to, że doświadczenia w zastosowaniu mammografii przez ostatnie 30 lat wskazują na to, że metoda ta przynosi więcej szkody niż pożytku. Badania przeprowadzone w USA wykazały, że w okresie 30 lat, jakie objęły badania, dokonano nadmiernych diagoz nowotworu piersi u 1 300 000 kobiet!

*Archie Bleyer, M.D., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, N Engl J Med 2012; 367:1998-2005 November 22.*

Wiele źródeł wskazuje również na to, że wiele kobiet „leczy” się na wszelki wypadek. Dochodzi do tego, że niektóre zmiany anatomiczne w piersi kobiety klasyfikowane są jako nowotwór, chociaż możliwość rozwinięcia się tych zmian w rzeczywisty nowotwór jest bardzo niewielka. Stosuje się wtedy chemioterapię, radioterapię czy zabiegi chirurgiczne, a w statystykach przypadki takie umieszcza się jako całkowite wyleczenie.

W przypadku nowotworów piersi wykazano, że raz w roku przeprowadzane badanie przez specjalistę i comiesięczne badanie samej siebie jest równie skuteczne we wczesnym wykrywaniu choroby nowotworowej jak mammografia.

*Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. Int J Health Serv. 2001; 31(3): 605–615.*

Jest jeszcze jeden bardzo poważny problem. Która z pań chciałaby zrobić sobie prześwietlenie płuc każdego miesiąca przez cały rok? Kiedy o to pytałem, żadna z pań na to by się nie zgodziła. Powodem tego jest to, że promieniowanie rentgenowskie, jak wiadomo, są bardzo szkodliwe. Wprowadzona w tej chwili w Polsce „Strategia walki z rakiem na lata 2015–2024”, pominie że jest błędem, w swej treści zaznacza również konieczność unikania promieniowania jonizującego jako część profilaktyki przeciwnowotworowej. Ten typ promieni sprzyja powstaniu choroby nowotworowej. W związku z tym, z tego powodu nikt nie odważyłby się zaproponować kobiecie, aby 12 razy w roku robiła sobie prześwietlenie płuc. Nikt również nie zaproponowałby prześwietlania płuc co miesiąc jako metody wczesnego wykrywania nowotworu płuc. Takie badanie przesiewowe ktoś inny nazwałby wręcz wywoływaniem choroby nowotworowej.

Nie wiem, z jakiego powodu nie mówi się kobietom, że jednorazowe badanie mammograficzne, pod względem pochłoniętego promieniowania, jest równe kilkuset prześwietleniom płuc.

To jakos nikogo nie martwi. Z jednej strony mówi się, żeby unikać promieniowania jonizującego, a w chwilę później namawia się kobiety do napromieniowania ich właśnie takimi promieniami. Cały świat onkologiczny wie, że promienie te mają charakter kumulacyjny, czyli z każdym następnym napromieniowaniem piersi kobiety ryzyko spowodowania przez to promieniowanie nowotworu się zwiększa. Szczególnie wtedy, kiedy w czasie takiego badania wykonuje się cztery zdjęcia mammograficzne każdej piersi, wtedy jest to równoważne wykonaniu o około 1000 prześwietleń płuc!

*Dr. Samuel Epstein and Barbara Seaman Mammography's Mixed Blessings. March 14, 2001, Chicago Tribune Tribune.*

Badania przeprowadzone w Danii przez 10 lat wykazały, że u kobiet, u których stosowano mammografię, śmiertelność z powodu raka piersi obniżała się o 1%. U kobiet, u których mammografię nie stosowano, śmiertelność ta obniżała się o 2%.

Jørgensen KJ, Zahri PH, Gøtzsche PC. *Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study*. BMJ. 2010 Mar 23;340:c1241.

Nikomu też nie przeszkadza to, że tkanka piersi kobiety jest w szczególny sposób wrażliwa na niebezpieczne promieniowanie. Nikogo też jakoś nie leży na sercu to, że w wielu szkołach medycznych uczy się, że badanie piersi kobiety musi odbywać się niezwykle delikatnie. Kobiety, które miały robione badanie mammograficzne, mogą się wypowiedzieć na temat „delikatności”, jaką z konieczności należy zastosować w badaniu mognograficznym, gdzie pierś kobiety jest ściśnięta jak imadle! Nie wiem tego z całą pewnością, ale to podobno mężczyźni wymyślili badanie mammograficzne piersi. Całe szczęście, że podobnej techniki nie zaproponowali mężczyznom w celu wczesnego wykrywania raka jądra. Ciekawe czy takim badaniu sami by się poddali.

Inne badania wskazują na to, że szkodliwość mammografii może trwać nawet jeszcze przez 10 lat po rozpoczęciu u kobiety tych badań.

James Raftery, Maria Chorozoglou *Possible net harms of breast cancer screening: updated modelling of Forrest report* BMJ. 2011; 343: d7627.

Czy w takim razie badania przesiewowe dotyczące nowotworu piersi mają jakiekolwiek uzasadnienie?

Naukowcy ze Szwecji twierdzą, że nie mają. Wykazali bowiem, że podczas gdy badanie 1000 kobiet przez 12 lat doprowadzi do uniknięcia jednego przypadku śmierci spowodowanego rakiem piersi, to w tym czasie liczba przypadków śmiertelnych jest zwiększoną sześciokrotnie.

Gøtzsche PC, Olsen O. *Is screening for breast cancer with mammography justifiable?* Lancet. 2000 Jan 8; 355(9198): 129–134.

Jest jeszcze coś bardziej ciekawego. Naukowcy stwierdzili na podstawie obserwacji 328 927 kobiet, że nowotwór, jaki stwierdzono na podstawie badania mammograficznego, po 6 latach nie był już nawet wykrywalny. Sa-

moistnie się cofnął! Gdyby kobiety te poddano standardowemu leczeniu, wtedy podawano by im chemioterapię, naświetlano by je, czy też usunięto im piersi.

Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. *Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study*. Lancet Oncol. 2011 Nov; 12(12): 1118–1124.

ile z nich przeżyłyby 5 lat, tego oczywiście nie wiadomo. Mogliby się okażać, że niewiele. Bytyjscy naukowcy zbadali częstotliwość występowania zgonów występujących 30 dni po podaniu chemioterapii. Nie wygląda to dobrze. W niektórych szpitalach nawet 50% pacjentów umierało po podaniu chemioterapii w ciągu pierwszych 30 dni. To był co prawda przypadek ekstremalny i nie oznacza to, że jest tak w każdym szpitalu. Niemniej jednak, przedstawione w tej pracy statystyki są raczej przerażające.

Wallington M, Saxon EB, Bomb M, Smittenaar R, Wickenden M, McPhail S, Rashbass J, Chao D, Dewar J, Talbot D, Peake M, Perren T, Wilson C, Dodwell D. *30-day mortality after systemic anticancer treatment for breast and lung cancer in England: a population-based, observational study*. Lancet Oncol. 2016 Sep; 17(9): 1203–1216.

W roku 2014 Szwajcarska Izba Lekarska opublikowała raport, w którym stwierdzono, że w związku z brakiem korzyści wynikających z zastosowania mammografii, a jednocześnie z wyraźnie widocznym ryzykiem, jakie to badanie stwarza, zaleca się **zaprzestać stosowania w Szwajcarii programów przesiewowych badań mammograficznych**. Czy kogoś w Polsce to zastanowi? Kogo w Polsce to zastanowić powinno? Szwajcarska służba zdrowia uchodzi za jedną z najlepszych na świecie. Czyż nie powinniśmy równać do najlepszych? Szczególnie kiedy o zdrowie Polaków chodzi?

Nie chcę tutaj rozpisywać się na ten temat dalej. Zainteresowanych odsyłam do najlepszego chyba w tym zakresie źródła, w którym jest zebrana ta wiedza, dane i wszelkie informacje. Jest to książka, której autorem jest dr P.C. Gøtzsche: „Mammography Screening: Truth, Lies and Controversy”.

## Skuteczność chemioterapii czy oszukiwanie pacjentów?

Tutaj muszę napisać przynajmniej kilka słów na temat funkcjonowania samego nowotworu, szczególnie chcę to wyjaśnić osobom, które nie są lekarzami.

Do swego przeycia komórce nowotworowej potrzebna jest energia. Jeśli tej energii nie jest wstanie wytworzyć – ginie. Energię do przetrwania musi skądś czerpać. Choć naukowcy wykryli zjawisko pobierania energii przez komórkę nowotworową z pewnych elementów znajdujących się poza komórką, to jednak głównym źródłem energii dla komórki nowotworowej jest glukoza. Komórka nowotworowa ma od 15 do 25 razy więcej receptorów glukozy niż komórka zdrowa. Dzieje się tak dlatego, ponieważ do swojego przeycia potrzebuje ona znacznie, ale to znacznie więcej glukozy niż komórka zdrowa. Tak więc komórka nowotworowa, można powiedzieć, nieustannie cierpi na „glód glukozy”. Często czytamy w mediach, że komórka nowotworowa żywi się cukrem. To prawda. Często jednak dalej czytamy, że jeśli odetniemy dostawę glukozy do komórki nowotworowej, to wtedy ona po prostu zginie. To też jest prawda. Niestety, w tego typu opisach często spotykamy zalecenie: choremu na nowotwór trzeba zabrać z diety cukier czy też węglowodany, bo z nich organizm wytworzy glukozę i wtedy można doprowadzić do naturalnej śmierci komórki nowotworowej. To prawdę już nie jest.

Choć z definicji każdemu choremu na nowotwór bezwzględnie należy ograniczyć cukier (w postaci węglowodanów też), żeby nie ułatwiać życia komórce nowotworowej, to wyeliminowanie cukru z diety nawet do ZERA nie doprowadzi do zniszczenia komórki nowotworowej. Tak, życie jej utrudni, ale zniszczyć jej nie zniszczy. Nawet jeśli osobie z nowotworem całkowicie wyeliminujemy z diety cukier i komórce nowotworowej znacznie utrudnimy przetrwanie, komórka taka natychmiast uruchomi inne mechanizmy wytworzenia sobie glukozy, bo ona za wszelką cenę chce przetrwać.

Komórka nowotworowa przetwarza glukozę na energię, ale w zupełnie inny sposób niż komórka zdrowa. Komórka zdrowa glukozę utlenia i w ten sposób, między innymi, pozyskuje energię. Natomiast komórka nowotworowa

utraciła taką możliwość i energię z glukozy pozyskuje w procesie fermentacji. Proces fermentacji jest jednak bardzo mało efektywny i, żeby przeżyć, komórka nowotworowa potrzebuje znacznie więcej glukozy niż komórka zdrowa. Jeśli w warunkach normalnych w procesie utleniania glukozy powstaje 38 jednostek energii, to w przypadku jej fermentacji powstają tylko 2 jednostki. A więc wykorzystanie glukozy do produkcji energii w procesie jej fermentacji to zaledwie 5% w stosunku do procesu jej utleniania. W procesie fermentacji glukozy jako produkt uboczny powstają substancje, które komórka nowotworowa wyrzuca na zewnątrz. Następnie substancje te trafiają do wątroby i nerek, a tam (głównie w wątrobie) pod wpływem pewnego enzymu są przetwarzane z powrotem na glukozę i komórka nowotworowa już glukozę ma! Czy ten proces da się zatrzymać? Tak, ale do tego przejdziemy w następnym rozdziale.

Jest jeszcze inny, ogromny problem związany z leczeniem nowotworów, o którym właściwie się w ogóle nie mówi, a z pewnością nie tłumaczy się tego żadnemu pacjentowi. Pierwotny guz nowotworowy, czyli ten, który powstał na samym początku choroby, jest stosunkowo mało groźny. Staże się groźny dopiero wtedy, kiedy ma już dużą objętość i np. uciska na jakiś narząd, naczynie krwionośne czy naczynie limfatyczne. Tak, komórki guza nowotworowego „kradną” z organizmu substancje potrzebne mu do przeżycia, np. witaminy czy minerały. Tak, wtedy, kiedy guz jest już duży, rzeczywiście może to doprowadzić do wyniszczenia pacjenta. To są przypadki krańcowe.

Natomiast szacuje się, że około 70% do 80% pacjentów nowotworowych umiera z powodu przerzutów. I tutaj jest bardzo ważna rzecz: około 97% objętości guza nowotworowego stanowią typowe komórki nowotworowe, które nie są aż tak groźne. Groźne są głównie poprzez tworzenie coraz większej objętości guza. Mniej niż 3% objętości guza pierwotnego stanowią tzw. macierzyste komórki nowotworowe. To właśnie te komórki tworzą przerzuty, to właśnie te komórki są za nie odpowiedzialne. To właśnie z powodu istnienia tego typu komórek tak wielu pacjentów nowotworowych umiera. Co w takim razie powinno być głównym celem w leczeniu pacjenta nowotworowego? Komórki nowotworowe, które nie robią przerzutów, czy komórki nowotworowe które je robią? Czy trzeba być lekarzem, żeby znaleźć odpowiedź na te proste pytania? Nie, wystarczy odrobina logiki.

No więc, zniszczmy te macierzyste komórki nowotworowe. Ale jak? No tak, jak to się teraz robi: trzeba je zniszczyć środkiem chemioterapeutycznym. Jest jednak problem.

**Tych niezwykle groźnych, macierzystych komórek nowotworowych ani chemioterapia, ani radioterapia nawet nie tknie! Nawet ich, jak to mówimy – nie powącha.**

Są badania wskazujące na to, że chemioterapia przyczynia się do zwiększonego namnażania się właśnie komórek macierzystych czyli tych, które są odpowiedzialne za przerzuty.

Wszelkiego rodzaju środki chemioterapeutyczne czy radioterapia niszczą nie tylko komórki nowotworowe, ale również komórki zdrowe. Co prawda onkologia wiele wysiłku wkłada w to, żeby do minimum ograniczyć oddziaływanie środka chemioterapeutycznego czy promieni, którymi pacjent jest naświetlany, do absolutnego minimum, ale to wcale nie jest takie łatwe. Stąd, między innymi, jest cała masa powikłań i skutków ubocznych. Dla nikogo w dzisiejszych czasach nie jest już tajemnicą, że wielokrotnie pacjenci nowotworowi nie umierają z powodu raka. Umierają z powodu leczenia raka.

Widoczne jest jak na dloni, że tak zwana „współczesna onkologia” niszczy nowotwór, ale niszczy też pacjenta.

**Ponieważ chemioterapia i radioterapia nie niszczą niestety największego zła, jakim są macierzyste komórki nowotworowe, głównie z tego powodu przegrywamy wojnę z nowotworami.**

Onkologia to doskonale wie. Czy pacjent też to wie? Czy pacjentowi nowotworowemu to się tłumaczy? Jeśli pacjent ma już przerzuty, oznacza to, że w różnych miejscach jego organizmu znalazły się macierzyste komórki nowotworowe, które te przerzuty spowodowały. Wiadomo z kolei, że tego typu komórki nowotworowe na chemo- czy radioterapię nie reagują. Co w takim przypadku oferuje się takiemu pacjentowi? Więcej chemii, więcej naświetlań. Jeśli nawet doprowadzimy do sytuacji, że poprzez zastosowanie chemo- czy radioterapii guz nowotworowy zniknie, to czy to oznacza, że pacjent jest wyleczony?

Badania wskazują na to, że nie ma żadnej korelacji pomiędzy zmniejszeniem się guza nowotworowego a zwiększoną przeżywalnością takich pacjentów. To dlaczego cała tzw. współczesna onkologia dąży tylko do zmniejszenia guza nowotworowego? Dlaczego, zgodnie z mantrą onkologiczną, po chirurgicznym usunięciu guza ciągle stosuje się naświetlania i chemioterapię. Guza już nie ma! To dlaczego ten guz tak często powraca, tworzy się odnowa, najczęściej już jako przerzut? Wiemy, dlaczego tak się dzieje. Brak usunięcia macierzystych komórek nowotworowych powoduje to, że po pewnym czasie choroba wraca. Dlaczego? Chociażby dlatego, że przyczyna powrotu choroby nadal nie została usunięta.

Najczęściej przecież, po usunięciu guza nowotworowego, pacjentowi mówi się: „Wszystko zostało wycięte, a teraz zastosujemy chemioterapię i radioterapię po to, że jeśli cokolwiek tam pozostało, chemioterapia i radioterapia tę resztę wybije”. Wybije co? Guza już nie ma. A jeśli jest jakaś „resztką”, to tak mała, że jej nie widać. Po co w takim razie stosować silną toksynę, żeby zniszczyć „resztki” o mikroskopijnej wielkości? Pacjentowi się wtedy tłumaczy, że robi się to dlatego, żeby nowotwór nie powrócił. To jest oszukiwanie chorego człowieka! W tej „reszcie”, której nie widać, znajdują się macierzyste komórki nowotworowe, które są odpowiedzialne za przerzuty, za przyspieszone podziały komórek, itd. Tych komórek chemioterapia ani radioterapia nawet nie dotkną, mówiliśmy już o tym. Jaki więc jest sens ich stosowania? Dlaczego pacjentom nie powiedzieć prawdy?

Jeśli pacjent ma nowotwór z przerzutami, czyli macierzyste komórki nowotworowe są praktycznie rzecz biorąc już wszędzie, to co da zastosowanie chemioterapii? Jak nazwać postępowanie, kiedy pacjentowi z dalekimi przerzutami usuwa się np. pluco, a następnie podaje chemioterapię czy też się go naświetla? Wiadomo, że to już nic nie da! Mało tego, może to przyspieszyć rozwój przerzutów i śmierć pacjenta, o czym wszyscy onkolodzy doskonale wiedzą.

Kiedy byłem w klinice dra Conrerasa w Tijuanie, w Meksyku, zapytałem: „Czy po zabiegu chirurgicznym stosujecie chemioterapię?” Usłyszałem odpowiedź: „Czy ty chcesz pacjentowi przyspieszyć śmierć, czy chcesz go leczyć?”.

Czy w takim razie stosowanie chemioterapii czy radioterapii po zabiegu chirurgicznym, szczególnie wtedy, kiedy pacjent ma już przerzuty, jest etyczne?

Nowotwory mają również to do siebie, że potrafią wydzielać substancje, które hamują uwolnienie się komórek macierzystych i tworzenie przez nie przerzutów. Kiedy jednak nowotwór usuniemy poprzez zabieg chirurgiczny, substancje te oczywiście przestają być wydzielane i wielokrotnie mamy do czynienia z przypadkiem, kiedy po takiej operacji, po kilku miesiącach, przerzuty są już prawie wszędzie. Słyszymy wtedy zdania, że „nowotwór nie lubi tlenu”, że nowotwór „nie lubi noża” itd. Mimo to ciągle jednak uważam, że w przypadku nowotworu pierwotnego prawidłowo przeprowadzony zabieg chirurgiczny jest jednak najlepszym rozwiązaniem. Niestety, z różnych przyczyn, nie zawsze można taką operację przeprowadzić.

Kiedy pacjenta da się jednak zoperować, należy go natychmiast po operacji poddać intensywnemu leczeniu metabolicznemu, o czym za chwilę napiszę. Wtedy jest bardzo duża szansa na uratowanie mu życia.

Przypomnę przypadek, kiedy kilka lat temu przyjechała do mnie cała rodzina z ojcem, który był już po operacji nowotworu jelita grubego. Kilka tygodni po operacji świetnie się czuł! Nic dziwnego, nowotwór został usunięty, pacjent zdrowotnie dochodził do siebie. Jak to w bezmyślnych procedurach bywa, rozpoczęto wykańczanie tego człowieka chemioterapią. Podano mu ją zaledwie jeden raz. Następnej chemioterapii już nie podano, ponieważ ta pierwsza chemioterapia spowodowała zniszczenie układu tworzącego hemoglobinę. Pacjent dostał silnej anemii, która trwała już od kilku tygodni i żadne działania farmakologiczne nie odnosiły najmniejszego skutku. Stan pacjenta z dnia na dzień się pogarszał. Kiedy go do mnie przywieziono, sytuacja musiała go trzymać na krześle, taki był słaby. Żona jego powiedziała, że podano mu już „z kilogram” żelaza i różnych innych specyfików, ale nic nie działa, itd. A jakim cudem ma działać? Zniszczono mu układ produkujący hemoglobinę, więc nawet żeby podać mu dodatkowe „parę kilogramów” żelaza, to niczego nie zmieni. 10 dni później zmarł. A przecież po operacji, zgodnie ze słowami rodziny, świetnie się czuł, nawet nie wyglądał na chorego.

No i tutaj mam dilemat. Od tak sobie zmarł? Czy ktoś mu ten zgon przypieszył? Z jakiego powodu zmarł, bo na pewno nie z powodu nowotwo-

ru!? Kto wziął odpowiedzialność za doprowadzenie do jego zdecydowanie przedwczesnej śmierci? Kto mu podał chemioterapię? Jakiś znachor? Gdyby tak było, to ten znachor siedziałby już w więzieniu. Onkolog podał chemioterapię, która zabiła. Onkolog jednak więzieniu nie siedzi. Dlaczego? Dlatego, że zrobił wszystko zgodnie z procedurami. W ten sposób właśnie procedury mogą uśmiercić.

No i... sakralne pytanie: „Czy za śmierć tego pacjenta winę ponosi onkolog?”.

A teraz uwaga, może to kogoś dziwić, ale ja uważam, że onkolog za to nie ponosi winy!

Po pierwsze: onkologa, tak samo jak i każdego lekarza, w polskim szpitalu obowiązują procedury.

Po drugie: onkolog nie zna żadnych innych sposobów leczenia pacjenta nowotworowego.

Po trzecie: jeśli do pracy ktoś nas wyposażył tylko w młotek, to będziemy go używać tylko tam, gdzie są gwoździe.

Tak więc winy za to nie ponosi onkolog. **Winę za to ponosi ONKOLOGIA, jako dyscyplina wiedzy medycznej.** Onkologia jednak na swoim wyposażeniu ma tylko młotek i dlatego adeptów sztuki onkologicznej uczy tylko tego, jak wykorzystać młotek. To właśnie należy zmienić. Gdyby onkologów można by było nauczyć jeszcze innych sposobów leczenia pacjenta nowotworowego, wielu z nich podchwyciłoby to w lot! Oczywiście nie wszyscy. Większość pozostanie ze swoim młotkiem kieszeni. To nic. Praktyka zweryfikuje wszystko. Pacjenci natychmiast dokonają wyboru. Prawdziwi onkolodzy będą naprawdę leczyć pacjentów nowotworowych, bo będą w tym skuteczni.

Czasami słyszę o tym, że niektórzy onkolodzy, widząc zupełny bezsens dalszego podawania chemioterapii, na pewno z wielkim bólem mówią rodzinie, że lepiej jest już nic więcej nie podawać. Pozwolić człowiekowi odejść godnie, spokojnie, bez cierpienia.

Jest jeszcze inny problem, o którym też bardzo mało się mówi. Nowotwór nie zawsze przypomina okrągłą kulę o dobrze widocznej czy zdefiniowanej ścianie. Chirurg widzi masę nowotworową, ale nie jest w stanie precyzyjnie określić, gdzie lub raczej dokąd ona sięga. W czasie operacji wycina to, co widzi. Jestem w 100% przekonany, że zawsze robi to dobrze i z najwyższą starannością. Nie jest jednak w stanie powiedzieć, czy wycinając guz nowotworowy, nie przeciął jakiegoś mikronaczynia, zupełnie niewidocznego dla jego oka. Jeśli tak się stało, to istnieje możliwość, że nowotworne komórki macierzyste pochodzące właśnie z usuwanego guza przedstały się do krwobiegu i spowodują odległe nawet przerzuty. Nie ma nigdy, ale to nigdy takiej gwarancji, że tak się nie stanie.

Czy w takim razie nie poddawać się zabiegom chirurgicznym w przypadkach nowotworów? Tego nigdy nie powiedziałem i nigdy nie powiem. Ja tylko wyjaśniam coś, czego na ogół onkolog nigdy pacjentowi nie mówi. Zeby nie było nieporozumień, od razu zaznaczam i jestem przekonany, że nie robi tego celowo. Zupełnie nie w tym rzec. Wydaje mi się, że jak już wspomniałem, wczesna ingerencja chirurgiczna, szczególnie we wczesnie wykrytym i stosunkowo niewielkim guzie nowotworowym, jest rozwiązaniem lepszym niż chemioterapia. Wcale nie ukrywam, że to są rzeczywiście bardzo poważne problemy i dylematy. Wyjaśniam tylko i tłumaczę, jakie są związane z tym ryzyka.

Innym problemem jest nadużywanie badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa czy też PET. Pozwalają one jak gdyby „zajrzeć do wnętrza człowieka” bez konieczności użycia chirurgicznego skalpela. Z inżynierijnego punktu widzenia, technologie te są bez najmniejszej nawet wątpliwości gigantycznym wręcz osiągnięciem. Obie metody nie są jednak obojętne dla zdrowia pacjenta. Obie metody polegają na bardzo silnym napromieniowaniu jego organizmu. W przypadku użycia technologii PET, dodatkowym ryzykiem jest zastosowanie promieniotwórczej (!) glukozy. Pozbycie się w jej z organizmu, jak się dowiedziałem, może zajść nawet 6 lat.

Jak wyjaśniałem powyżej, komórka nowotworowa gromadzi glukozę w znacznie większej ilości niż komórka zdrowa. Do organizmu pacjenta wprowadzana jest więc glukoza, która dla radiologa jest „widoczna”, ponieważ urządzenie to (PET) wykrywa promieniowanie emitowane przez każdą molekule radioaktywnej glukozy. Kiedy radiolog widzi, że w pewnym miejscu pojawia

sie nawet mała kropka, ale o wysokiej intensywności tak zwanego „świecenia”, może przypuszczać, że to jest właśnie skupisko komórek nowotworowych. Dlaczego? No właśnie dlatego, że komórka nowotworowa gromadzi znacznie więcej glukozy niż komórka zdrowa. Czasami obraz taki przypomina gwiazdzie niebo. To jednak wcale nie oznacza, że każda świecąca „gwiazdka” jest nowotworem. Szczególnie w przypadku świecenia bardzo małych „gwiazdek” interpretacja takiego obrazu może być dosyć trudna. Jednakże kiedy to skupisko jest stosunkowo duże, wtedy radiolog może założyć, że tak, jest to przerzut. Ja jednak mam z tym spory problem.

Wielokrotnie zdarza się tak, że pacjent z nowotworem przeszedł przez serię chemioterapii, wiadomo też, że ma przerzuty i wtedy zleca się badanie PET, żeby zobaczyć, czy czasami gdzieś jeszcze nie ma więcej przerzutów. Dla mnie jest to postępowanie karygodne. Jeśli u danego pacjenta na podstawie badania histopatologicznego stwierdzono nowotwór, a w szczególności jeśli wiadomo, że ma już przerzuty, zlecanie badania PET, żeby zobaczyć, gdzie jeszcze przerzuty może mieć, jest na granicy przestępstwa, a przynajmniej poważnego błędu medycznego. W takim przypadku badanie PET stanowi tylko i wyłącznie zaspokojenie ciekawości onkologa. Co i kogo obchodzi, gdzie jeszcze ten pacjent może mieć przerzuty? Co to w leczeniu tego pacjenta da? Co to wniesie nowego do jego leczenia? NIC! Człowiek jest bardzo poważnie chory, o czym już wiadomo było przed tym badaniem. Co z tego, że na podstawie tego niebezpiecznego badania dowiedzieliśmy się, że oprócz istniejącego przerzutu do wątroby, pacjent ma jeszcze przerzuty np. do płuc czy innego organu? Co ta wiadomość dala lekarzowi dodatkowego? Co dala ona pacjentowi? Nic! To po co to robić?

Tego pacjenta trzeba bardzo intensywnie leczyć, a nie „zaglądać do niego” tylko po to, żeby zaspokoić swoją ciekawość. Angielskie przysłowie mówi że: „ciekawość zabiła kota”.

Czy gdyby pacjent był w pełni poinformowany o tym tak, jak to tutaj opisałem, to czy tak łatwo godziłby się na te niebezpieczne i niczego nowego niewnoszące do jego leczenia procedury? Z moich rozmów z takimi pacjentami wynika, że nawet w takim przypadku, jak to opisalem powyżej, pacjenci traktują to badanie niemalże jako część terapii! Czy pacjenci zgodziliby się na to, gdyby znali prawdę? Czy pacjent nie ma prawa takiej prawdy znać? Czy zawsze pacjent jest poinformowany o tym, co opisalem? Jeśli

nie jest o tym informowany, pytanie zachodzi, dlaczego nie jest? A może... może chodzi po prostu o pieniądze? Każde tego typu badanie obrazowe jest bardzo drogie. W powyżej opisonym przypadku jest zupełnie bezcelowe, szpital jednak za to badanie bardzo duże pieniądze z NFZ dostanie, tak samo jak za zastosowanie chemioterapii, nawet wtedy, kiedy to nie ma sensu. Czy czasami tutaj nie o to chodzi? Nie wiem.

Dla nikogo nie jest tajemnicą, że w obecnie funkcjonującym systemie zarząd szpitala „na zębach stanie”, żeby ratować na ogólny swój bardzo wątpliwy budżet jakimikolwiek wpływami. Jakimikolwiek, byle tylko fundusze znalazły się na koncie szpitala. To, niestety, jest powszechnie stosowaną praktyką, a my się dziwimy, że NFZ nie ma pieniędzy na nasze leczenie.

Kiedy pacjent zgłasza się do lekarza po skierowanie na zbadanie poziomu witaminy D (ok. 50 zł), najczęściej mu lekarz odmawia, bo... nie ma wskaźnika. Jak może mieć wskaźania do np. suplementacji tej kluczowej dla zdrowia człowieka witaminy, jeśli takiego badania nie zrobił, żeby zobaczyć, czy są niedobory? Jeśli są niedobory, są wskaźniki i zleci branie witaminy D3, ale jak bez badania ma stwierdzić, czy są niedobory, czy nie? Co ma być pierwsze, jajko czy kura?

W powyższym jednak przypadku pacjenta nowotworowego z przerutami wskaźniki się znalazły. Prawdziwy koszt takiego badania to około 3 300 zł. Szacuje się, że zapotrzebowanie na badania PET w Polsce sięga około 60 000.

Potencjalnie daje to szpitalom finansowy zastrzyk w wysokości prawie 200 milionów złotych ( $60\ 000 \times 3300 = 198$  milionów złotych). Nie twierdzę, że każde badanie jest niepotrzebne. Twierdzę jednak, że badania te są nadużywane, bez żadnej korzyści dla pacjenta, z narażeniem go na niepotrzebne i szkodliwe procedury medyczne.

Jakież to są wskaźniki do wykonywania u pacjenta nowotworowego tomografii co 2 miesiące lub nawet częściej? Jakież to są wskaźniki do tego, aby kobietę z nowotworem piersi, czy po usunięciu piersi, zlecać co miesiąc mammografię? Co ta mammografia wykryje? Nic, a pacjentka jest narażona na naświetlania promieniami, których, jak się nam mówi, za wszelką cenę należy unikać.

Czy nadal jeszcze się ktoś zdziwi, dlaczego mój stosunek do leczenia choroby nowotworowej jest właśnie taki, jak opisuje?

A co z przyczyną nowotworów? A nic, tego się nie leczy. „Leczy” się natomiast nowotwór, wlewając w pacjentów litry chemioterapii.

Skuteczność chemioterapii to zaledwie trochę więcej niż 2%, o czym pisałem w części pierwszej „Ukrytych Terapii”. Oczywiście, pojawiła się również krytyka tej publikacji. Wskazywano na to, że analiza ta była zrobiona ponad 10 lat temu i od tej pory dokonano sporych postępów w leczeniu nowotworów. Nie twierdzę, że tak nie jest. Natomiast ta prawdziwa przeżywalność pięcioletnia jest ciągle bardzo niska.

Trzeba też zwrócić uwagę na to, że statystykami da się niezwykle łatwo manipulować. W onkologii sukces leczenia określa się przeżywalnością pięcioletnią pacjenta od momentu diagnozy.

Wystarczy jednak, że pacjent przeżył 5 lat i w dniu „5. rok + 1 dzień” zmarł. Wtedy w statystykach będzie to wymienione jako sukces! W związku z tym, do publikowanych statystyk dotyczących przeżywalności pięcioletniej, czym często się onkologia chwali, należy podchodzić z lekkim przymrużeniem oka. Pomijam już fakt, jak wyglądało życie tego pacjenta, zanim wytrwał i dotrwał, czasami w ogromnym cierpieniu, do końca piątego roku.

Jak w takim razie w prosty sposób można zwiększyć efektywność leczenia nowotworów? Bardzo prosto. Zamiast przeżywalności pięcioletniej będącej obecnie miarą efektywności leczenia, wystarczy, że zmienimy to na przeżywalność np. czteroletnią. Niemalże magicznie wzrośnie nam wtedy efektywność leczenia nowotworów! W tej chwili są już plany, aby właśnie tak zrobić. Zaklinanie rzeczywistości trwa ☺.

Ceny środków chemioterapeutycznych w ostatnich latach, krótko mówiąc, poszybowały w kosmos. Zaczęto kwestionować zasadność tak niebotycznie wysokich cen.

W 1970 r. koszt związany z opracowaniem nowego leku wynosił ok. 199 000 000 \$, w roku 2000 koszt ten wyniósł już ok. 1 900 000 000 \$, czyli prawie dwa miliardy (!) dolarów. Jeden lek.

Raport opisujący koszty testowania leków jest dościągniecia tutaj:



<http://ukryte.info/52>

Ktoś nie tylko musi pokryć ten koszt, ale również zasilić kasę firmy farmaceutycznej taką ilością gotówki, aby wykazała największy zysk, jaki tylko jest możliwy do osiągnięcia. Udziałowcy są bezwzględni. Nie ma WZROSTU ZYSKU? Trzeba wymienić zarząd spółki. Zarząd się "nie nadaje". Jego członkowie zarabiają po kilkadziesiąt milionów dolarów rocznie! W związku z tym zarząd również jest bezwzględny w stosunku do tego, kto MUSI za to zapłacić. Czyli w stosunku do klientów czyli pacjentów.

Ceny środków chemicznych wcale nie są ustalane w zależności od ich skuteczności! To jest bardzo ważne. Często myślimy, że cena jest odzwierciedleniem jakości. Ceny za leki ustalane są na zasadzie: ile rynek jest zdolny zaakceptować. Ponieważ środki chemiczne są refundowane, to rynkiem dla firm farmaceutycznych są rzadko poszczególnych państw. Rządy Polski też. To właśnie polski NFZ za te środki płaci ich producentom. Przeciętny Polak nie wie jednak nic na ten temat, ponieważ przeciętny Polak będący podatnikiem daje tylko swoje pieniądze do kasy NFZ. Tak więc za te środki nie płaci NFZ, ani nie płaci polski rząd. Płaci za to każdy pracujący Polak. W takim razie mamy prawo zapytać jako podatnicy: „za co my tak naprawdę płacimy?”. Czy jako społeczeństwo, jak też i osoby indywidualne, powinniśmy być zadowoleni z tego, że tak niesamowite pieniądze płacimy za coś, co w leczeniu pacjenta daje średnią skuteczność niewiele powyżej 2%? Nawet niech by to było 5 czy 10%. Czy za tego typu pieniądze nie należałoby oczekwać znacznie wyższej skuteczności?

Przyjrzyjmy się teraz bliżej skuteczności chemioterapii, ale nie w odniesieniu do przeżywalności pięcioletniej, tylko w odniesieniu do przedłużenia życia pacjenta nowotworowego. Innymi słowy, o ile miesięcy czy lat przedłużono życie pacjentowi nowotworowemu po zastosowaniu chemioterapii,

Przeanalizowano skuteczność zastosowania 71 najnowocześniejszych środków chemicznych.

Dane statystyczne są tutaj równie bezlitosne. W publikacji, jaka ukazała się w 2014 roku, a więc nie 10 lat temu, naukowcy piszą, że:

**Skuteczność środków chemicznych, jakie zostały zatwierdzone do sprzedaży w latach 2002–2014 u pacjentów bez progresji choroby wyniosła 2,5 miesiąca, biorąc pod uwagę przeżywalność ogólną korzyść ta wyniosła 2,1 miesiąca!!**

*Fojo T, Mailankody S, Lo A. Unintended consequences of expensive cancer therapeutics – the pursuit of marginal indications and a me-too mentality that stifles innovation and creativity: the John Conley Lecture. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Dec; 140(12): 1225–1236.*

Czyli zastosowanie potwornie drogiej i niesamowicie toksycznej chemioterapii średnio przedłuża życie pacjenta o nieco więcej niż zaledwie DWA miesiące.

Czy to właśnie ktokolwiek ma prawo nazywać sukcesem onkologii? Jeśli ktoś tak mówi, to kpi w żywe oczy i wymierza siarczysty policzek osobom chorym na chorobę nowotworową. Obraza to również inteligencję każdego Polaka, który w pocie czoła pracuje i przeznacza swoje ciężko zarobione pieniądze na refundowanie substancji, których skutek terapeutyczny jest katastrofalny, a środki te do tanich nie należą. Są one najdroższymi środkami, jakie stosuje się w medycynie.

Czy w takim razie ich stosowanie jest zawsze, w każdym przypadku uzasadnione? A co by się stało, gdyby posłuchać nie kogo innego, jak właśnie naukowców, którzy pokazali, że jeśli w skórze jest pewien rodzaj białka, to zastosowanie chemioterapii jest bez sensu?

*Linda M. Johnson, Douglas K. Price and William D. Figg; Treatment-induced secretion of WNT16B promotes tumor growth and acquired resistance to chemotherapy. Cancer Biol Ther. 2013 Feb 1; 14(2): 90–91.*

Brak skuteczności w onkologii poraża. Czy dzieje się tak tylko dlatego, że onkologia nic innego nie ma do zaoferowania? Czy tylko dlatego, że na nic innego nie chce nawet popatrzeć? Czy tylko dlatego, że rozważanie terapii komplementarnej, wspomagającej, współpracującej, działającej synergistycznie z tym, co sami już robią, to byłby jakiś wstyd? A co jakiś tam wstyd onkologii pacjenta obchodzi? On chce być leczony wszelkimi możliwymi sposobami. Żąda skuteczności.

Czy nie byłoby rozsądne, żeby dla dobra tego pacjenta, tak bardzo ciężko chorego, rozważyć jakiekolwiek inne jeszcze metody leczenia? Nie mam tutaj w żadnym przypadku na myśli wymyślania czegokolwiek nowego. Wystarczy zastosować to, o czym wiadomo, że stosuje się czasami nawet od setek lat. Trzeba tylko chcieć. Również trzeba tego chcieć uczyć lekarzy, takiego właśnie znacznie szerszego podejścia do leczenia pacjenta. To jednak, jak opisałem powyżej, jest ogromnym problemem. Efektem tego jest to, że pacjent na tym traci. Traci zdrowie, a czasami życie, bo nie jest leczony w najlepszy sposób z możliwych.

**Uwaga, teraz znowu będę bronił lekarzy**

Mądry, rozsądny, szeroko patrzący lekarz onkolog wie, że to, co piszę, jest prawdą. Wiem, że prawda boli. Tak samo jak burzenie starych struktur, gdzie powstały doktoraty, habilitacje czy otrzymano tytuły profesorskie.

Wiem, że to nie jest łatwe do przełknięcia. Wiem, że jest to gorzka prawda, niemniej jednak – prawda. Musimy pamiętać o tym, że wspaniali lekarze onkologodzy, ci, którzy podzielają moje poglądy w tym zakresie, znaleźli się w pewnego rodzaju pułapce. Wielu z nich jest sfrustrowanych do granic możliwości, dlatego że są niezwykle wrażliwi nie tylko na ludzką krzywdę, ale właśnie dlatego, że są świadomi swojej niemocy, że są świadomi tego, że kierunek, jaki im narzucono na studiach czy w czasie robionej przez nich specjalizacji z onkologii jest zły. Niestety, system, w jakim pracują, nie pozwala im w ogóle na to, żeby mieli cokolwiek do powiedzenia, jeśli chodzi o wszelkie możliwe jeszcze sposoby, jakich można by użyć, żeby pacjentowi pomóc. Ograniczają ich procedury, ograniczają ich naprawdę głupie przepisy. Czasami jednym z czynników jest obawa przed własnym, medycznym środowiskiem, jest obawa przed wyśmianiem i pewnego rodzaju ostracyzmem.

## Witamina C – co jeszcze?

Jak już wcześniej opisałem, witamina C stanowi potężne narzędzie w walce z nowotworem. Pod warunkiem oczywiście, że z tego narzędzia we właściwy sposób się korzysta. Na każdym wykładzie do znudzenia tłumaczyłem, że chociaż w wielu przypadkach podanie samej witaminy C zakończyło się całkowitym sukcesem, nie oznacza to jednak, że witamina C jest lekiem na raka. Nie oznacza to też, że w leczeniu choroby nowotworowej powinno się stosować tylko witaminę C. W tej chwili już jest wiadomo, że wspomaganie leczenia witaminą C poprzez dodanie jeszcze innych substancji staje się znacznie bardziej skuteczne.

### Kwas alfa-liponowy

W przypadku podawania wlewów z witaminą C właściwe jest podanie również kwasu alfa-liponowego (ok. 600 mg), który w znakomity sposób prowadzi do recyklacji witaminy C i witaminy E (pośrednio) w organizmie. Kwas alfa-liponowy w znaczny sposób stymuluje też produkcję glutatenu.

W przypadku dousłnego stosowania kwasu alfa-liponowego należy zwrócić uwagę na to, aby to była forma R. Jeśli w opisie preparatu nie zaznaczono wyraźnie tej formy, można założyć, że jest to mieszanka formy R i nieefektywnej formy S. Dobrej jakości preparaty w swoim opisie mają wysegregowane, że zawierają formę R i występują pod nazwą „(R) Alpha Lipoic Acid”.

Wszystkich lekarzy zachęcam do zapoznania się z tą substancją. Naprawdę warto. Skrócony opis działania można przeczytać w:

Biewenga GP, Haenen GR, Bast A. **The pharmacology of the antioxidant lipoic acid.** Gen Pharmacol. 1997 Sep; 29(3): 315–331.

A co z chorobą nowotworową? W tym przypadku substancja ta również wykazuje swoje wspaniałe właściwości. W tych przypadkach jej działanie nie polega tylko na usuwaniu wolnych rodników.

Wenzel U, Nickel A, Daniel H. *alpha-Lipoic acid induces apoptosis in human colon cancer cells by increasing mitochondrial respiration with a concomitant O<sub>2</sub><sup>-</sup>-generation*. *Apoptosis*. 2005 Mar;10(2):359–368.

Shi DY1, Liu HL, Stern JS, Yu PZ, Liu SL. *Alpha-lipoic acid induces apoptosis in hepatoma cells via the PTEN/Akt pathway*. *FEBS Lett.* 2008 May 28;582(12):1667–1671

Rosyjscy naukowcy wykazali, że kwas alfa-liponowy usuwa komórki z nienormalnym, uszkodzonym jądrem! Takie są przecież komórki nowotworowe.

Kisurina-Evgen'eva OP, Onishchenko GE. *Alpha-lipoic acid triggers elimination of cells with abnormal nuclei in human carcinoma epidermoid cell lineJ*. *Tsitologia*. 2010;52(3):225–234.

Dla diabetologów to oczywiście nic nowego, ale wskazuje to jednak na znacznie szersze spektrum zastosowań kwasu alfa-liponowego:

Ziegler D, Nowak H, Kempler P, Vargha P, Low PA. *Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: a meta-analysis*. *Diabet Med.* 2004 Feb;21(2):114–121.

Ziegler D, Gries FA. *Alpha-lipoic acid in the treatment of diabetic peripheral and cardiac autonomic neuropathy*. *Diabetes*. 1997 Sep;46 Suppl 2:S62–66.

Ze względu na niezwykle istotną rolę, szczególnie u chorych z nowotworem, jaką odgrywa NF-kappa B (lub NF-kappa b), warto jest zapoznać się z następującą publikacją:

Suzuki YJ, Aggarwal BB, Packer L. *Alpha-lipoic acid is a potent inhibitor of NF-kappa B activation in human T cells*. *Biochem Biophys Res Commun.* 1992 Dec 30;189(3):1709–1715.

Jest to o tyle istotne, że, jak wiadomo, nadmierna aktywacja NF-kappa B może prowadzić do bardzo poważnych problemów, szczególnie w przy-

padkach onkologicznych. Kwas alfa-liponowy może tutaj okazać się bardzo efektywnym, taniem i bezpiecznym środkiem pomocniczym.

Poznanie mechanizmu działania kwasu alfa-liponowego, jego efektu synergistycznego z witaminami C, E, glutationem i efektu przeciwwulenia-jącego pozwala zrozumieć jego potencjalnie bardzo szerokie spektrum zastosowania:

*Packer L, Witt EH, Tritschler HJ. Alpha-Lipoic acid as a biological antioxidant. Free Radic Biol Med. 1995 Aug;19(2):227–250.*

Niezwyczajną wartościową pracę opublikował dr Casciari ze swoim zespołem. Wskazuje ona niemalże na konieczność stosowania kwasu alfa-liponowego łącznie z askorbinianem sodu.

*Casciari JJ, Riordan NH, Schmidt TL, Meng XL, Jackson JA, Riordan HD. Cytotoxicity of ascorbate, lipoic acid, and other antioxidants in hollow fibre *in vitro* tumours. Br J Cancer. 2001 Jun 1;84(11):1544–1550.*

Choroby wątroby, szczególnie te spowodowane wirusem typu C, stanowią ciągle ogromny problem medyczny. Do tej pory w zasadzie medycyna nie zna jakiegokolwiek lekarstwa, które mogłoby sobie w sposób efektywny, bezpieczny i tani z wirusowym zapaleniem wątroby typu C poradzić bez wywoływania krótko- i długotrwałych skutków ubocznych.

Dr Berkson, opublikował niezwykle ciekawą pracę, gdzie wykazał, że właściwe zastosowanie kwasu alfa-liponowego, sylimaryny i selenu w ciągu 6 miesięcy potrafiło przywrócić właściwe funkcjonowanie wątroby u pacjentów z WZW C. W pierwszej pracy na ten temat opisał 3 pacjentów, którzy przechodzili badania kwalifikujące ich do przeszczepów wątroby.

*Berkson BM. A conservative triple antioxidant approach to the treatment of hepatitis C. Combination of alpha lipoic acid (thioctic acid), silymarin, and selenium: three case histories. Med Klin (Munich). 1999 Oct 15;94 Suppl 3:84–89.*

Jak można się było spodziewać, osiągnięcie to nie spotkało się z jakimkolwiek zainteresowaniem ze strony hepatologów. W Polsce mamy tysiące chorych na nieuleczalne zapalenie wątroby typu C. Ci ludzie albo cierpią bardzo, mają przeszczepy wątroby, co kosztuje budżet państwa ogromne ilości pieniędzy lub jeśli do przeszczepu się nie kwalifikują – umierają.

Rozsądnym rozwiązaniem byłoby najpierw przeprowadzenie wyżej wymienionego leczenia, zanim podejmie się decyzję o bardziej radykalnym leczeniu takiego pacjenta z przeszczepem wątroby włącznie. Koszt przeszczepu wątroby w Polsce to około 200 000 zł. A gdzie koszty rehabilitacji takiego pacjenta po operacji? To przecież nie koniec wydatków.

Ocenia się, że koszty leczenia powikłań WZW C są 13 do 29 razy wyższe, niż koszty leczenia wczesnych stanów choroby.

Koszt leczenia jednego pacjenta rocznie to ok. 30 000 zł. Zdiagnozowanych jest ok. 55 000 chorych. Daje to sumę zawrotną.

Przypominam, że dr Klenner, stosując askorbinian sodu podawany dożylnie, wyleczał KAŻDE WZW C w stanie ostrym w ciągu 4 do 6 dni.

Dr Bergson opisuje leczenie 75 pacjentów zatrutych grzybami. Po podaniu kwasu alfa-liponowego 67 pacjentów całkowicie wyzdrowiało.

***FC Bartter, B.Berkson, J.Gallelli, P.Hiranaka. Thioctic Acid in the treatment of Poisoning with Alfa-Amanitin***

Powyższa publikacja podaje dokładną procedurę stosowania kwasu alfa-liponowego w takich przypadkach.

**Moja uwaga:** Publikacja ta jest z lat siedemdziesiątych. Dr Berkson sugeruje, aby leczenie rozpoczęć od podania glukozy w soli fizjologicznej. Zgodnie z nauką, jaką przekazał nam dr Klenner, jest to strata czasu. W takich przypadkach, kiedy liczy się każda minuta, natychmiastowe podanie dożylnie askorbinianu sodu może mieć znaczenie krytyczne dla życia danego pacjenta.

Naukowcy pokazali, że zbyt duża ilość kwasu alfa-liponowego może zniszczyć mitochondria. Takich ilości jednak człowiekowi się nie podaje. Niemniej jednak zastosowanie kwasu alfa-liponowego u pacjentów z cukrzycą może prowadzić do gwałtownej hipoglikemii. Dlatego pierwsze wlewy z tego kwasu u chorego na cukrzycę powinny być robione ostrożnie, zaczynając od niewielkich dawek.

*Michael Vigil, MD, Burton M. Berkson, MD, MS, PhD, Ana Patricia Garcia, DVM, MS, PhD. Adverse Effects of High Doses of Intravenous Alpha Lipoic Acid on Liver Mitochondria. Glob Adv Health Med. 2014 Jan; 3(1): 25–27.*

Ponieważ kwas alfa-liponowy bardzo wzmacnia recyrkulację witaminy C, przy jej podaniu można zmniejszyć ilość podawanego askorbinianu sodu, co w niektórych przypadkach może okazać się niezwykle ważne.

Wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia ze stresem oksydacyjnym, a więc w prawie każdej chorobie, kwas alfa-liponowy może być niezwykle przydatny. Trzeba się tylko zapoznać z jego zastosowaniem, szczególnie przy wlewach dożylnych.

Zainteresowanych odsyłam do kopalni wiedzy w tym zakresie, jaką jest książka, którą napisał dr Berkson:

*Berkson BM. Alpha Lipoic Acid Breakthrough: The Superb Antioxidant That May Slow Aging, Repair Liver Damage, and Reduce the Risk of Cancer, Heart Disease, and Diabetes.*

### **Naltrekson w niskiej dawce – Low Dose Naltrexon (LDN)**

W Polsce naltrekson występuje pod nazwą **Adepend** lub **Naltrexone Hydrochloride Accord**. Wskazaniem do stosowania tego środka jest alkoholizm. W tym przypadku zalecana dawka tego środka to 50–100 mg. Jest on niestety na receptę. Czasami lekarz, który wie o co chodzi, receptę nam wypisze i pokieruje całością terapii. Tylko bron Boże nie należy się tym chwalić, a już w żadnym przypadku nie mówić tego innemu lekarzowi. Lekarza, który nam pomaga w tej terapii, za wszelką cenę trzeba chro-

nić. Jest to niezwykle przykro, ale lekarz może złożyć doniesienie na swojego kolegę lekarza.

Nalterekson stosuje się w ilości ok. 4–10 mg przed snem. Dawkę musi być ustalona dla każdego indywidualnie. **W takiej ilości działanie tego środka w organizmie człowieka jest zupełnie inne i niezwykle ciekawe.** Standardowo stosuje się 4,5 mg dziennie. W sprzedaży jednak nalterekson jest w tabletkach po 50 mg. Przyjaźni farmaceuci mogą nam te tabletki rozkruszyć i przygotować w dawkach po 4,5 mg.

Innym sposobem jest rozpuszczenie 50 mg tabletki np. w 50 ml wody do wstrzyknięć (destylowanej), a następnie spożycie 4,5 ml roztworu.  $50 \text{ mg} / 50 \text{ ml} = 1 \text{ mg}$  naltereksonu w 1 ml roztworu. Roztwór taki przechowujemy w lodówce.

Jak to działa? Na podany w ten sposób naltrekson organizm reaguje wzrostem produkcji receptorów, zwiększeniem wrażliwości receptorów, zwiększoną produkcją opioidów, endorfin, które w dużej ilości stają się dostępne dla receptorów, kiedy ta niewielka ilość naltreksonu jest zmetabolizowana (3 do 4 godzin) i usunięta z organizmu. Inaczej to ujmując, zastosowany w ten sposób naltrekson działa stymulująco.

Opioidy te z kolei indukują reakcję immunologiczną organizmu (Th1). Tak się dzieje przy dawkach bardzo niskich, podczas gdy przy dawkach wysokich, które normalnie są stosowane w leczeniu alkoholizmu, następuje proces odwrotny. Przy dużych dawkach dochodzi po prostu do całkowitej blokady receptorów i uzależnienie od alkoholu jest w ten sposób kontrolowane. Dlatego uważa się, że naltrekson jest antagonistą opioidów.

Dr Bernard Bihari, który był odkrywcą działania naltreksonu w niskich dawkach, zauważył, że u chorych z nowotworami krwi i prostaty następowały spektakularne, pozytywne oczywiście, skutki terapeutyczne. Tego typu efekty występowały w wielu chorobach autoimmunologicznych jak np. toczeni. Każdemu z lekarzy polecam wysłuchanie wspaniałego wywiadu/wykładu, jakiego udzielił dr Bihari:



<http://ukryte.info/54>

Naltrekson podawany w niskich dawkach wykazuje dużą skuteczność w leczeniu każdej choroby z grupy autoimmunoagresji z nowotworami włącznie. Nie wolno ignorować faktu, że kiedy dr Bihari podawał naltrekson 300 pacjentom z nowotworami w stanie terminalnym, gdzie wszystkie inne metody terapeutyczne zawiodły, po 6 miesiącach u 50% pacjentów zauważono, że postęp choroby się wstrzymał! U 30% pacjentów guzy nowotworowe uległy zmniejszeniu. A teraz pytanie szkolne: „która z obecnie stosowanych terapii może pochwalić się tego typu skutecznością i bezpieczeństwem?”.

Podkreślam jeszcze raz: wyniki te dr Bihari osiągnął u pacjentów, dla których już żadnego innego rozwiązania medycyna akademicka nie miała. To wszystko byli pacjenci zaklasyfikowani przez medycynę akademicką jako nieuleczalni! Chyba warto, żeby ktoś się tym na poważnie zainteresował, czy się myle?

Dawka w tym przypadku jest rzeczą krytyczną. Przy podaniu dużych, czyli normalnie stosowanych dawek, nie dochodzi do odpowiedniej stymulacji systemu immunologicznego. Dawkę należy stosować niskie. Właściwość ta jest wykorzystywana do wspomagania leczenia wielu chorób przewlekłych i nowotworów.

*Burton M. Berkson, MD, MS. PhD Revisiting the ALA/N ( $\alpha$ -Lipoic Acid/Low-Dose Naltrexone) Protocol for People With Metastatic and Nonmetastatic Pancreatic Cancer: A Report of 3 New Cases; Integr Cancer Ther December 2009 vol. 8 no. 4 416–422.*

*Burton M. Berkson The Long-term Survival of a Patient With Pancreatic Cancer With Metastases to the Liver After Treatment With the Intravenous  $\alpha$ -Lipoic Acid/Low-Dose Naltrexone Protocol Integr Cancer Ther March 2006 vol. 5 no. 1 83–89.*

W roku 2013 zauważono, że dodanie innej, prostej i taniej substancji (kwas hydrokycytrynowy – substancja naturalna!!), w sposób niezwykle efektywny doprowadzało do wspaniałych wyników leczenia tak niesamowicie trudnego nowotworu, jakim jest nowotwór trzustki! Wskazuje to na możliwość znacznie bardziej efektywnego, taniego, bez skutków ubocznych, leczenia tego niezwykle agresywnego nowotworu.

*Schwartz L, Guais A, Israël M, Junod B, Steyaert JM, Crespi E, Baronzio G, Abolhassani M. Tumor regression with a combination of drugs interfering with the tumor metabolism: efficacy of hydroxycitrate, lipoic acid and capsaicin. Invest New Drugs. 2013 Apr;31(2):256–264.*

*Smith JP, Field D, Bingaman SI, Evans R, Mauger DT Safety and Tolerability of Low-dose Naltrexone Therapy in Children With Moderate to Severe Crohn's Disease: A Pilot Study. J Clin Gastroenterol. 2012 Nov 21.*

*Smith JP, Stock H, Bingaman S, Mauger D, Rogosznitzky M, Zagon IS. Low-dose naltrexone therapy improves active Crohn's disease. Am J Gastroenterol. 2007 Apr;102(4):820–828.*

*Berkson BM, Rubin DM, Berkson AJ. Reversal of signs and symptoms of a B-cell lymphoma in a patient using only low-dose naltrexone. Integr Cancer Ther. 2007 Sep;6(3):293–296.*

Naltrekson może być zastosowany w wielu schorzeniach przewlekłych.

*Smith JP, Bingaman SI, Ruggiero F, Mauger DT, Mukherjee A, McGovern CO, Zagon : Therapy with the Opioid Antagonist Naltrexone Promotes Mucosal Healing In Active Crohn's Disease: A Randomized Placebo-Controlled Trial. Dig Dis Sci. 2011 Mar 8.*

*Gironi M, Martinelli-Boneschi F, Sacerdote P, Solaro C, Zaffaroni M, Cavarretta R, Moiola L, Bucello S, Radaelli M, Pilato V, Rodegher M, Cursi M, Franchi S, Martinelli V, Nemni R, Comi G, Martino G. A pilot trial of low-dose naltrexone in primary progressive multiple sclerosis. Multiple Sclerosis. 2008 Sep;14(8):1076–1083.*

Zauważone skutki uboczne to: intensywne sny, insomnja. Po tygodniu stosowania NDN (Niskiej Dawkii Naltrekson) objawy te ustępują. W przypadku uporczywych objawów należy zmniejszyć dawkę. Czasami, ale w rzadkich przypadkach, mogą wystąpić nudności, obstrukcja lub biegunka. Ze względu na blokowanie receptorów opioidowych nie należy w tym czasie podawać środków zawierających morfinę, heroinę, tramadol, fenantyl, oksyodon czy kodeinę. Podobnie sprawa się ma z pacjentami stosującymi leki przeciwbólowe oparte na ww. substancjach. Dlatego w tych przypadkach współpraca z lekarzem jest absolutnie konieczna.

Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym, kiedy występuje spastyczność mięśni, powinni zaczynać od 1 mg dziennie, docelowo do 3 mg dziennie.

U pacjentów z niedoczynnością tarczycy w wyniku choroby Hashimoto, naltrekson podaje się, szczególnie na początku, w bardzo niskich dawkach, zaczynając od około 1 mg. Spowodowane jest to tym, że w wielu przypadkach po zastosowaniu naltreksonu może gwałtownie obniżyć się zapotrzebowanie na leki hormonalne (np. Euthyrox), co może doprowadzić do przejściowej nadczynności tarczycy.

Nie ma się co ludzić, że będą gdziekolwiek przeprowadzone badania dotyczące skuteczności tej terapii sfinansowane przez przemysł farmaceutyczny, bo tylko ten przemysł stać jest na sfinansowanie takich badań.

Pozytywne efekty stosowania naltreksonu w niskich dawkach są niezaspeczalne. Nawet jeśli nie są one potwierdzone przez badania kliniczne. Praktyka lekarska wskazuje na konieczność wreszcie rozważenia tego typu terapii w każdej chorobie autoimmunologicznej i chorobie nowotworowej. W ten tani i bezpieczny sposób można byłoby pomóc tysiącom przewlekłego chorych osób.

Czy można byłoby kolo tego przejść obojętnie? Oczywiście, że można. Tak właśnie zrobiono. Czy stało się to tylko Stanach Zjednoczonych, gdzie tego odkrycia dokonano? Nie, tak też dzieje się u nas, w Polsce. Z tym, że gdyby to była tylko obojętność polskiego środowiska medycznego, byłoby to może do przyjęcia. W Polsce jednak tak się nie dzieje. Dzieje się gorzej.

Naczelna Izba Lekarska z zaciekłością godną podziwu atakuje lekarzy stosujących naltrekson w niskiej dawce i, jak mnie powiadomiono..., z podaniem ich do prokuratury włącznie! Czy do nas to dociera? Do prokuratury! Jak jakichś kryminalistów!

Zamiast zapoznać się z tematem, zapoznać się z dostępna literaturą, a przede wszystkim zapoznać się z praktyką lekarską, z efektami osiągającymi przez setki lekarzy stosujących tę terapię na świecie, polskich lekarzy stosujących tę terapię traktuje się jak przestępco. Dlaczego? Bo stosują naltrekson niezgodnie ze wskazaniami. Wskazaniami, którymi jak wspomniałem jest na przykład alkoholizm. A gdzie są ofiary tych niecnych działań? Czy ofiarami można nazwać ciężko chorych pacjentów, którzy dzięki tej terapii odzyskali zdrowie?

A co by się stało, gdyby np. Naczelna Izba Lekarska zwróciła się do władz polskich uczelni medycznych o zgłobienie tego tematu od strony naukowej? Byłoby to w końcu szlachetne działanie w interesie lekarzy i tysięcy polskich pacjentów. Dlaczego tak do tej pory nie zrobiono? To oczywiście dotyczy wielu innych jeszcze substancji, metod czy technik terapeutycznych. O wiele z nich, niestety nie o wszystkich, będzie mowa właśnie w tej książce.

No i sprawa najważniejsza: a gdzie jest interes pacjenta? Gdzie jego dobro? Czyje dobro i czyj interes tutaj się chroni, bo z pewnością nie dobro i nie interes polskiego pacjenta. Czy czasami nie powinno być odwrotnie? Czy czasami nie powinno się do prokuratury podawać tych, którzy leczenie pacjenta blokują lub za wszelką cenę utrudniają? W czym interesie działają?

Jak opisalem już wcześniej, zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej, na który wszyscy lekarze przysięgają, lekarz ma prawo wyboru terapii. Jeśli mu się tego prawa odmawia, to ktoś tamie zasady tego Kodeksu! Jeśli osobami, które to robią, są lekarze, to natychmiast należałoby odebrać im prawo wykonywania zawodu. To chyba jest jasne, ale... wszyscy członkowie „sądu”, który miałby tego dokonać są lekarzami! Przypomina to sytuację, gdzie złodziej jest sędzią we własnej sprawie.

Wszyscy z nich są lekarzami. Czy aby na pewno? Prawdziwy lekarz przecież natychmiast by się taką terapią zainteresował. Wielu to robi, bo „podziemie medyczne” w Polsce kwitnie, wręcz bucha. Dla mnie jest to abso-

lutnym skandalem, że lekarz, który chce naprawdę leczyć pacjenta, musi zejść do medycznego podziemia. Co na to Minister Zdrowia? Premier? Prezydent? Co na to nasi wybranci, posłowie, których to my wybraliśmy po to, żeby tam, w Sejmie, bronili naszych interesów? Zdrowia naszego też. Przy okazji również ich zdrowia.

Jak to w tym naszym kraju się dzieje, że mała grupka lekarzy jest w stanie wstrzymać stosowanie skutecznej i bezpiecznej terapii? Przecież wielu lekarzy z tej grupki nawet nie zapłaciło za swoje studia. Za ich wykształcenie zapłacił każdy polski podatnik, ja czy wielu Czytelników tej książki. Czy w związku z tym nie powinni działać w naszym, Polaków, imieniu? W imieniu tych, dzięki którym są dzisiaj lekarzami?

Już widzę najeżone miny ich obrońców, bo tacy oczywiście się znajdą, wypełzą jak jakieś gady z bagna i zaczną się jak zwykle wymądrzać, że: nie ma badań klinicznych, że terapia niesprawdzona, że nie ma udowodnionej skuteczności, itd.

Opowiadam im tu i teraz: „A co was to obchodzi, że nie ma?!“ Po pierwsze, to jest moje zdrowie i ja o nim decyduję. Po drugie, to mój lekarz taką terapię zaproponował, informując mnie o jej wszelkich wadach i zaletach, a ja się na to zgodziłem. Mój lekarz postępuje zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej, który FORMALNIE daje mu prawo wyboru terapii! No i po trzecie, ja za to płczę z własnej kieszeni, a nie inni podalnicy, czyli NFZ. Delikatnie podsumowując, na spokojnie i bez żadnych emocji mówię: „Waram was od tego!“

Czy to wszystko dałoby się jednak jakoś sprowadzić do normalności? Czy da się osiągnąć stan, żeby tego typu sytuacje nigdy już nie wystąpiły i żeby polski pacjent był leczony w najlepszy z możliwych sposobów określonych przez lekarza, a nie jakichś urzędników, którzy lekarzy udają? Oczywiście, że się da. Należy tylko wprowadzić zmiany w ustawie, co opisałem powyżej. Wtedy mielibyśmy na zawsze święty spokój, my – tzn. pacjenci i prawdziwi lekarze.

Przepraszam, że tę sprawę poruszam akurat w tym rozdziale, ale... po prostu tak mi wyszło.

## DMSO

Ten podrozdział umieściłem tutaj z bardzo konkretnego powodu. Jest to klasyczny przykład ukrywania przed środowiskiem medycznym prostej substancji o niezwykłym działaniu w leczeniu człowieka. Trudno robić porównania, ale według mnie jest to substancja zasługująca na taką samą uwagę jak witamina C, olej z konopii czy witamina D. Efekty terapeutyczne właściwego zastosowania tej substancji są po prostu fenomenalne i zignorowanie jej w leczeniu chorób przewlekłych jest poważnym błędem.

DMSO (dimethyl sulphoxide lub dimetylulfotlenek) jest produktem uboczny przy produkcji papieru. Substancja ta znana jest już od ponad 100 lat. Przez wiele lat nie miała jednak ona w medycynie żadnego zastosowania. Działało się tak do czasu, dopóki szef transplantologii Szkoły Medycznej Uniwersytetu Oregon dr Stanley W. Jacob nie odkrył fantastycznych wręcz właściwości tej substancji. Okazało się, że substancja ta ma wiele różnych właściwości, z których każda pojedynczo mogłaby stanowić sensację naukową.

**DMSO jest najbardziej skuteczne,  
kiedy podane jest we wlewach dożylnych.**

DMSO jest niezwykle silnym przeciwtłocniaczem. Jest jedną z niewielu substancji, która z ogromną łatwością przechodzi przez barierę krew-mózg. **Natychmiastowe podanie DMSO dożylinie w przypadku uszkodzenia mózgu może uratować zdrowie i życie.** Podanie dożylinne DMSO dosłownie w kilka minut prowadzi do zwiększenia przepływu krwi mózgu.

Co to oznacza dla chorego, wie każdy lekarz i każda pielęgniarka. Bez względu na to, czy nastąpił wylew krwi, czy wystąpiły problemy z nadmierną akumulacją płynów w przestrzeni mózgowej, podanie DMSO, doprowadza do szybkiego rozładowania sytuacji krytycznej.

Załogi Pogotowia Ratunkowego powinny być wyposażone w ten środek. Wiem, że w obecnej sytuacji jest to pewnego rodzaju mrzonka, bo nie ma procedur, nie ma badań, itd. Co stoi na przeszkodzie, żeby środek ten przebadać klinicznie, przetestować i wyprowadzić do użycia?

DMSO może być stosowane doustnie. Stosuję to od lat. DMSO ma silne właściwości odwadniające, dlatego musi być podawane zawsze w co naj-

mniej jednej szklance wody lub w szklance jakiegoś soku. Nie zaleca się podawać DMSO doustnie przez długi okres. Najczęściej, w przypadkach terapeutycznych, do szklanki wody dodaje się łyżeczkę do herbaty DMSO, trzy razy dziennie. DMSO w stężeniu około 99,5% można nabyć w sklepach sprzedających odczynniki chemiczne. **Roztwór taki zawsze należy rozcieńczyć.**

DMSO jest chyba najlepszym środkiem naturalnym, który z niespotykana łatwością przenika przez skórę. Jeśli zachodzi potrzeba wprowadzenia przez skórę jakiegokolwiek środka leczniczego – nie ma sobie równych.

Jeśli chodzi o możliwości przechodzenia przez skórę, to stężenie 70% do 90% wydaje się być stężeniem najbardziej efektywnym. DMSO o stężeniu powyżej 90% z jakiegoś powodu nie jest już tak efektywne. Być może dlatego, że takie stężenie może skórę uszkodzić poprzez jej silne odwodnienie.

Do legend naturoterapii należy zastosowanie DMSO jako środka pierwszej pomocy w przypadkach poparzeń. Roztwór składający się z 50% DMSO i 50% wysokiej jakości aloesu powinien być w każdej apteczce domowej czy też w zestawie pierwszej pomocy w każdym zakładzie produkcyjnym, w każdym biurze. Natychmiastowe użycie tego roztworu, nawet przypadku ciężkich oparzeń, daje rewelacyjne efekty. Do tego nie potrzeba żadnych badań naukowych.

Jak wykazała praktyka lekarska, nawet w przypadku bardzo ciężkich oparzeń nie dochodzi do wytworzenia się niezwykle uciążliwych dla chorego blizn. Powstanie takich blizn, nawet po wygojeniu oparzenia, stanowi tragedię dla tego człowieka. Roztwór ten powinien należeć do naszego podstawowego ekwipunku, jaki zabieramy ze sobą na plażę. Jeśli tylko zorientujemy się, że ulegliśmy poparzeniu słonecznemu, natychmiast należy zastosować ten środek i wielokrotnie do żadnych efektów związanych z oparzeniem słonecznym nie dojdzie. Błyskawiczne zastosowanie tego roztworu, nawet przy silnym oparzeniu, spowoduje, że nie pojawią się bąble oparzeniowe.

Działanie na rany oparzeniowe nie jest jedynym dobrodziejstwem, jakie daje nam ta prosta substancja. DMSO wykazuje niezwykle wręcz działanie chroniące przed oparzeniem, szczególnie przed oparzeniem, jakie

powoduje zastosowanie radioterapii. Dlaczego w Polsce tej prostej, niezwykle taniej metody się nie stosuje? Dlaczego tysiące pacjentów onkologicznych niepotrzebnie cierpi? A wystarczy tylko posmarować naświetlaną okolicę ciała. Może to zrobić sam pacjent czy ktoś z rodziny. Przecież poparzenia po radioterapii to najczęściej występujące skutki uboczne tego typu „leczenia”, gdzie najpierw kogoś ciężko oparzamy, a potem leczymy mu te oparzenia. Czy na zastosowanie tak prostego środka potrzebne są jakiekolwiek badania kliniczne? Rosjanie wiedzą o tym już od bardzo dawna. Nawet tego typu badania przeprowadzili.

*Zharinov GM, Vershinina SF, Drankova Ol: Prevention of radiation damage to the bladder and rectum using local application of dimethyl sulfoxide. Meditsinskaia radiologija, 1985; 30 (3).*

Ciekawe było to, że DMSO nie miało żadnego wpływu negatywnego na penetrację ciała przez zastosowane promieniowanie. Środek taki powinien być wręcz marzeniem każdego radiologa, a na razie pozostaje tylko moim marzeniem i pewnie tych chorych, u których stosuje się radioterapię, tylko że oni o tym nie wiedzą.

Niezwykle ciekawe efekty osiągano w przypadku choroby nowotworowej mózgu, wątroby, trzustki i innych typów nowotworów, a działało się to już w latach siedemdziesiątych zeszłego wieku. Dlaczego o tym zapomniano?

Co i jak stosowano? Podawano wlewy dożylnie składające się z:

1. DMSO – 1 g na kilogram wagi (podawano nawet 3 do 4 g, bez żadnych skutków ubocznych);
2. witamina C, oczywiście w postaci askorbinian sodu – 25 g;
3. witamina B17 (laetril) – 6 g;
4. czasu wlewu – 4 godziny;
5. wlewy podawano 5 dni w tygodniu, przez 5 tygodni;

6. w czasie podawania wlewów pacjenci otrzymywali doustnie DMSO i witaminę B17 jeden raz dziennie.

(DMSO podaje się najczęściej w ilości: 1 łyżeczka do herbaty w dobrym soku z aloesu. Witaminę B17 doustnie najczęściej stosuje się w ilości 500 mg od dwóch do trzech razy dziennie. Tutaj nie ma reguli. Pacjenta należy obserwować i w przypadku wystąpienia nudności, bólu brzucha, bólu głowy należy **zmniejszyć** ilość podawanej mu witaminy B17).

7. w dniach pomiędzy wlewami pacjenci otrzymywali DMSO i witaminę B17 doustnie, ale 2 razy dziennie;
8. po okresie 5 tygodni pacjenci kontynuowali DMSO i witaminę B17 doustnie.

### **DMSO wykazuje działanie niezwykle silnie przecizapalne, bez skutków ubocznych!**

Jest to działanie bardzo istotne w każdej chorobie, gdzie występują silne odczyny zapalne. Czyli prawie zawsze. Nie wolno o tym zapominać. Dlatego rewelacyjne efekty uzyskuje się w schorzeniach chociażby takich, jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna, reumatoidalne zapalenie stawów, itd. Podanie dożylnie DMSO naprawdę czyni cuda.

Tinnitus, „dzwonienie” w uszach. 40% DMSO w kroplach podać do ucha plus lotion 90% z capsicum i aloe vera wokół ucha. łyżeczka w jakimkolwiek soku, musi być szybko podana.

40% roztwór DMSO był stosowany jako krople do oczu. Efekt jak zwykle spektakularny. Na ogół na początku przez kilka minut występuje uczucie pieczenia.

Kiedy oczy są zmęczone, tego typu krople przynoszą natychmiastową ulgę. Sprawdziłem to na sobie, pisząc właśnie tę książkę. Czasami dzień kończyłem o drugiej, trzeciej, a bywało, że i o czwartej nad ranem. Na drugi

dzień, już około południa nie mogłem patrzeć na żaden z trzech monitorów, których używam jednocześnie. Postanowiłem spróbować.

Jak zawsze w takich przypadkach, postąpiłem zgodnie z podstawową zasadą: zawsze zaczynamy bardzo powoli od jak najniższej dawki. Zawsze! Do 9 kropli soli fizjologicznej dodałem 1 kroplę DMSO. Następnie, zakraplaczem, do każdego oka zakropliłem po 1 kropli. Wystąpiło pieczenie, ale bardzo lekkie. Następnego dnia do 8 kropli wody dodałem 2 krople DMSO. Zwiększałem ilość DMSO, aż doszedłem do 6 kropli wody i 4 kropli DMSO. Uczucie pieczenia zwiększa się z ilością DMSO. Pieczenie miało w ciągu około 2 min. Wpuszczanych do oczu kropli już nie liczyłem. Ulgę rzeczywiście odczułem. Czułem to właśnie też wtedy, kiedy zakropliłem jedno oko. Różnica w odczuciu zmęczenia była widoczna.

Jedyną niedogodnością po doustnym zastosowaniu DMSO jest charakterystyczny zapach wydychanego powietrza oraz zapach skóry jak po spożyciu czosnku. Jest to jednak stosunkowo niewiele znacząca niedogodność.

**UWAGA:** Ponieważ DMSO jest w stanie przenieść przez skórę niemalże każdą substancję chemiczną, należy zwrócić uwagę na to, żeby przed zastosowaniem na skórę dobrze ją umyć i wysuszyć. Nie używać lateksowych rękawiczek. Przygotowanie roztworu najlepiej jest zrobić w naczyniu ze szkła, ceramiki lub metalu.

Przy mieszananiu DMSO z wodą wydzielane jest ciepło. Mieszanina robi się ciepła, ale jest to zupełnie normalne.

Umożliwienie przejścia środka chemioterapeutycznego przez barierę krew-mózg może zadecydować o sukcesie terapii, tak jak w tej chwili brak takiej możliwości oznacza brak skuteczności. Wiadomo jednak, że DMSO pozwala taki efekt osiągnąć.

Czy nie byłoby w takim razie wskazane, aby wykorzystać niezwykle bezpieczny środek, jakim jest DMSO, do wprowadzenia środka chemioterapeutycznego do mózgu? Zgodnie z tym, co naukowcy z uniwersytetu w Oregon stwierdzili, DMSO może wiązać adriamycynę, winblastynę, Fluorouracil (5-FU) czy cisplatynę! Dla onkologów to znaczy bardzo dużo!

Wiele lat temu jeden z amerykańskich lekarzy właśnie to robił. Efekty leczenia nowotworów były jeszcze lepsze. Czyż nie powinno to wzbudzić czyjegoś zainteresowania? Wzbudziło. Kiedy tylko ta wieść się rozniosła, amerykańskie „władze” natychmiast zamknęły jego prywatną praktykę. Dlaczego? Co stało na przeszkodzie, żeby mu nadal pozwolić leczyć ludzi bardziej skutecznie i bezpiecznie. Krzywdy nikomu nie robił. Wręcz przeciwnie. Przecież stosował ukochaną przez nich chemioterapię? Tak, stosował ją, ale 10 razy mniej i ze zbyt dobrym skutkiem.

Działo się tak być może dlatego, ponieważ naukowcy odkryli, że w sposób dosyć niezwykły DMSO wykazywało szczególną powinnowatość w stosunku do komórek nowotworowych! A dodano do DMSO tylko zwykłego, naturalnego barwnika.

*E. J. Tucker, M.D., F.A.C.S., and A. Carrizo, M.D *Haematoxylon Dissolved in Dimethylsulfoxide Used in Recurrent Neoplasms, International Surgery*. June 1968, Vol 49, No. 6, page 516–527.*

To niezwykłe zjawisko jest znane już od 1968 r.! Nikt jednak do tej pory się tym nie zajął. Dlaczego?

Sprawa jest bardzo ciekawa. Oczywiście uruchomiono cały mechanizm krytykujący to niezwykłe odkrycie. Cała uwaga medycznego establiszmentu była skierowana nie na niezwykle ciekawą właściwość DMSO, a na zastosowaną w tym przypadku hematoksylinę, która była tylko środkiem barwiącym. Pomimo to autorzy tej pracy opisują wyniki jej stosowania w 37 przypadkach TERMINALNYCH pacjentów nowotworowych. Po zastosowaniu tej terapii, w skojarzeniu z chemioterapią i zabiegami chirurgicznymi, osiągnięto poprawę u 70,5% pacjentów, podczas gdy w grupie kontrolnej, gdzie DMSO nie zastosowano, poprawa wystąpiła u zaledwie 5,4% pacjentów. Wśród pacjentów, u których stosowano tylko DMSO i hematoksylinę, poprawa nastąpiła w 38,1% przypadkach. Uwagę zwracały dwa przypadki bardzo rozległych nowotworów kości, gdzie doszło do całkowitej, trwałej remisji! Czy kogoś to obchodzi? Czy kogoś to interesuje?

Najciekawsze jest jednak to, że kiedy władze medyczne w Teksasie zleciły swoim onkologicznym ekspertom dokonanie przeglądu tej metody, dziwnym trafem okazało się, że nie odnaleziono żadnej dokumentacji dotyczącej

cej tych badań. Dokument, który posiadam, mówi, że powyższe zlecenie zostało złożone w 1970 r. Kilka zdań później jednak napisano, że dr Tuckier, autor opisywanej pracy, u tych samych władz medycznych złożył po-danie o przeprowadzenie ww. badań w ramach procedury, która pozwala-ła na przetestowanie nowego typu środka leczniczego. Zezwolenie takie otrzymał do przeprowadzenia badań na 30 pacjentach. Zezwolenie to ode-brano mu jednak, również w 1970 r.!

Nie jest to oczywiście pierwszy tego typu dziwny przypadek w medycynie, kiedy coś zaczęło naprawdę dobrze działać i ni stąd, ni zowąd, wszystko zostało zatrzymane.

Można oczywiście użyć utlenionej wersji DMSO, w postaci MSM (Metyl-Sulfonyl-Metan). MSM jest używany do zastosowań doustnych. Do tego suplementu jeszcze wróćmy.

### **Doustne zastosowanie wody utlenionej**

Z pewnością wielu Czytelnikom znane jest stosowanie wody utlenionej (czy, jak kto woli, nadtlenku wodoru) jako środka terapeutycznego. Bardzo szczegółowo opisał to prof. Iwan Nieumywakin w swojej książce: „Woda utleniona na straży zdrowia”. Zastosowań wody utlenionej jest bardzo wiele. Od marynowania mięsa, przez płukanie przed spożyciem owoców i wa-rzyw, czyszczenie i dezynfekcję blatów kuchennych, płukanie nasion przed ich wysiewem, itd.

Wspominę teraz tylko podstawowe zasady jej stosowania doustnego:

1. Zawsze, ale to zawsze (!) wodę utlenioną stosuje się wyłącznie na pusty żołądek.
2. Nigdy do zastosowań doustnych nie powinno się używać gotowej już 3-procentowej wody utlenionej z apteki. Taka woda utleniona zawie-ra substancje szkodliwe i może być stosowana tylko zewnętrznie.
3. Wodę utlenioną do zastosowań doustnych należy zawsze przygo-tować z tak zwanego perhydrolu, czyli z wody utlenionej w stężeniu co najmniej 30%. W celu uzyskania 3-procentowego roztworu nale-

ży wziąć 1 ml 30-procentowej wody utlenionej i dodać 99 ml wody sterylniej.

4. Jest wiele sposobów stosowania wody utlenionej doustnie. Jednym z nich jest 1 kropla perhydrolu (30%) do jednej szklanki wody wypijanej 3 razy dziennie. Każdego następnego dnia dodaje się po 1 kropli do każdej szklanki wody. Po dojściu do 25 kropli w szklance wody wypijanej 3 razy dziennie, każdego następnego dnia zmniejsza się o 2 liczbę kropli wody utlenionej. Są osoby, które nie są w stanie stolerować tej ilości. Wtedy należy brać tylko taką ilość, jaką jest możliwa do stolerowania.

Dr William C. Douglas w swojej książce „Hydrogen Peroxide – medical miracle” radzi, aby w zastosowaniach doustnych nie brać więcej niż 10 kropli wody utlenionej 3-procentowej lub jednej kropli w stężeniu 30% w szklance wody 3 razy dziennie.

Nie chcę tutaj pisać na temat teorii działania nadtlenku wodoru w organizmie, bo jest to temat znacznie przekraczający ramy nie tylko tego rozdziału, ale i całej książki. Jeśli chodzi o takie domowe, ale bardzo praktyczne zastosowanie wody utlenionej, należałoby wymienić:

1. Kiedy tylko odczuwamy pierwsze symptomy przeziębienia, odczucie suchości w gardle, w nosie, pieczenie w oczach, itd., wtedy natychmiast trzeba zastosować zakroplenie uszu wodą utlenioną (3%). Jak zawsze, zaczynamy od najmniejszej ilości i bardzo powoli. Nie chodzi tutaj o to, że woda utleniona cokolwiek uszkodzi. Chodzi o to, że niektóre osoby mogą mieć uszkodzoną błonę bębenkową, nawet o tym nie wiedząc. Dostanie się jakiegokolwiek płynu do ucha środkowego do przyjemnych doświadczeń nie należy.

Kiedy już przekonamy się, że nie mamy do czynienia z takim przypadkiem, wtedy możemy zakroplić ucho praktycznie dowolną ilością wody utlenionej. Po zakropleniu wystąpi wyraźnie słyszalne bzyczenie, szum. Podając to dziecku, należy mu wytlumaczyć, że to tak ma być i to nie oznacza, że mu do uszka wpadła mucha, inaczej dziecko może się po prostu przestraszyć. Należy odczekać około 10 minut, nawet jeśli tego typu szumów nie usłyszymy. Po tym czasie wylewanym wodę z ucha, delikatnie osuszamy okolice ucha i pozwalamy,

aby woda w uchu sama uległa odparowaniu. Powtarzamy ten proces, zakraplając drugie ucho.

Na samym początku infekcji zabieg ten powtarzamy co 2–3 godziny. Już na początku dwudziestego wieku, a więc ponad 100 lat temu, niemieccy lekarze zauważali (podobno nie tylko niemieccy), że jest to niezwykle skuteczna i bezpieczna metoda pokonania rozwijającego się przeziębienia, szczególnie wtedy, kiedy zastosuje się ją natychmiast, kiedy tylko odczuwamy pierwsze symptomy przeziębienia.

2. Można również robić kąpiele w wannie. Woda musi być bardzo ciepła. Wiele osób wskazuje na bardzo dużą pozytywną zmianę w samopoczuciu, po kilkunastu czy kilkudziesięciu kąpielach zauważa się znacznie lepszy stan skóry. Może wystąpić pewien efekt lekko wysuszający skórę, szczególnie po pierwszych kąpielach. Twierdzi się, że w czasie takich kąpieli następuje bardzo silne natlenienie całego organizmu, następuje jego detoksykacja, unieszkodliwianie czy niszczenie patogenów i pasożytów.

Przetestowałem tę metodę również na sobie, ale nie zauważylem jakichś szczególnych efektów, chyba tylko dlatego, że na nic nie chorowałem.

Ponieważ chciałem sprawdzić, co się będzie działo w czasie kąpieli z dodatkiem wody utlenionej, zanim komuś to zarekomenduję, postanowiłem przeprowadzić na sobie kilka eksperymentów. Podczas tych eksperymentów do wanny z wodą (ok. 60 litrów) włalem początkowo jedną szklankę perhydrolu (30%). Ponieważ niewiele się działo, a podobno nawet już przy takiej ilości coś się dzieje, zwiększałem ilość perhydrolu, dochodząc do 2 litrów.

Przy 1,5 litra wlanego do wody perhydrolu zauważylem, co prawda w różnym stopniu, że zaczęły się pojawiać strumyki bąbelków wychodzących ze skóry. Przy dodaniu 2 litrów perhydrolu to zjawisko znacznie się nasiliło.

Nie podejmuję się w żadnym przypadku wytłumaczenia tego zjawiska, mogę tylko hipotetyzować, że pod wpływem zawartej we krwi

katalazy doszło do rozkładu wody utlenionej (która przepenetrowała skórę) na wodę i tlen.

Uznałem, że eksperyment należy zakończyć, zwłaszcza, że ciągle znajdowałem się w wannie w całości. Nie uległem roztopieniu, ale nie miałem też ochoty spływać do kanału. Naturalnie to tylko eksperyment. Dobrze by było w takim przypadku zrobić chociażby badanie gazometryczne czy też przeprowadzić serię badań odnoszących się do wpływu stężenia perhydrolu na wiele parametrów biochemicznych naszego organizmu. Pole do badań klinicznych jest ogromne. Mam nadzieję, że któryś uniwersytet medyczny w Polsce to zrobi :-)

Zwracam tutaj jednak uwagę, że to był tylko mój taki eksperyment.

Jeśli rzeczywiście jest tak, że dochodzi do unieszkodliwiania różnego rodzaju patogenów, można by oczekiwać, że mogą również wystąpić pewne skutki uboczne, jak np. ogólne złe samopoczucie jak przy grypie, podwyższona temperatura czy biegunka. Skutki te mogłyby być związane ze zbyt gwałtownym usuwaniem tych patogenów z naszego organizmu. Praktycy tej metody wskazują, że trzeba to po prostu przetrwać i efekty te po jednym czy dwóch dniach samoistnie mijają. Dlatego, jak zawsze, zalecam ostrożność, a najlepiej współpracę z mądrym lekarzem. Wynika to z tego, że nie sposób jest przewidzieć reakcję każdego organizmu z osobna.

3. Zatoki. Stany zapalne zatok to jedno z częściej występujących schorzeń. Niestety skuteczność leczenia akademickiego jest niezwykle niska. Stosowane antybiotyki robią więcej szkody niż dają jakikolwiek pożytek. O tym wiedzą najlepiej osoby, które cierpią z powodu tej przypadłości. Niezwykle prostym, ale za to tanim, skutecznym i bezpiecznym sposobem pozbycia się tego schorzenia jest zastosowanie zwykłej wody utlenionej.

Należy zakupić w aptece sól fizjologiczną, chociaż kiedy jej nie miałem, stosowałem zwykłą przygotowaną wodę. Sól fizjologiczna sprzedawana jest często w małych plastikowych szcześciencikach zawierających 5 ml tego roztworu. Zawartość takiego pojemniczka należy przełać do małego kieliszka. Następnie do tej zawartości soli fizjologicznej docelowo dodać około 5–7 kropli wody utlenionej

(3%). Na samym początku jednak, jak zawsze, zaczynamy od tylko jednej kropelki.

Do zwykłego zakraplaczka zaciągamy pełną objętość przygotowanego roztworu soli fizjologicznej z wodą utlenioną.

Kładziemy się na łóżku, sofie, leżance NA PLECACH. Kładziemy się tak, aby głowa zwisała nam poza krawędź łóżka niemalże pionowo w dół. To bardzo ważne. Z wcześniej przygotowanego zakraplaczka wlewamy połowę jego zawartości w jedną dziurkę od nosa, a następnie w drugą. Spokojnie czekamy. To może dla niektórych jest łatwo powiedziane, ale w tym momencie można oczekiwac następującego zjawiska: po kilku sekundach można poczuć dość silne pieczenie w okolicach oczu, czubka głowy lub tuż nad nosem. Należy wytrzymać tyle, ile się da, ale jeśli to uczucie staje się niekomfortowe, należy wstać.

Wydmuchujemy nos. W przypadkach infekcji zatok nie zdziwmy się, że to, co zobaczymy w chusteczkę, będzie miało wszystkie kolory tęczy. Jeśli tak się stanie to... bardzo dobrze, chociaż widok to niezbyt przyjemny! Następnie, po kilku minutach, całość powtarzamy jeszcze raz. I tak najlepiej 3 razy dziennie. Nie zdziwmy się, jeśli nękające nas od wielu, wielu lat zapalenie zatok pojedzie po prostu w zapomnienie.

Jeśli stan zapalny zatok jest szczególnie uporczywy i objął wszystkie zatoki, wtedy tego typu plukanie należy również zrobić, siedząc na krześle z odchyloną do tyłu głową.

Ze względu na pewne wysuszające działanie wody utlenionej oraz z tego powodu, że żadna bakteria nie jest w stanie uodpornić się na działanie jodu, proponuję zamiast wody utlenionej użyć w taki sam sposób, w takiej samej ilości, zwykłego płynu Lugola.

Jeśli początkowo mamy tzw. „zapchany nos”, można do jego szybkiego udrożnienia użyć np. preparatów na bazie ksylometazolinu (np. Otrivin).

4. Dosyć często stosowanym rozwiązaniem jest użycie wody utlenionej w nawilżaczach powietrza. Metodę tę często stosowałem w przypadku infekcji górnych dróg oddechowych. Do ultradźwiękowego

nawilżacza można wlać pół szklanki wody utlenionej (3%) na ok. 2 litry wody.

5. Wcieranie zwykłej wody utlenionej w niewielkie żylaki często pozwala się ich pozbyć.
6. Wodę utlenioną można stosować również do lewatyw. Naukowcy z uniwersytetu Yale wykazali, że prawidłowo wykonane lewatywy z dodatkiem wody utlenionej są bezpieczne. Dr Govoni opisał 30 przypadków stosowania takich lewatyw, używając 10 cm<sup>2</sup> wody utlenionej (3%) dodawanych do 1 l wody, bez jakichkolwiek komplikacji. Osobiście uważam, że lewatywy powinny być robione tylko pod ścisłą kontrolą lekarską (*Gray, Radiation Biology, Ch.10, pp. 76, Butter-Worth Press, London, 1959, Howard, Nature, London, 207, 776, 1965*).
7. Jak się również okazało, woda utleniona ma doskonały wpływ na utrzymanie właściwej flory bakteryjnej.

Słosowanie doustne wody utlenionej jest tematem kontrowersyjnym. Jest wielu przeciwników stosowania tej metody, jak również wielu zwolenników, i to czasami bardzo zagorzalych. Zwolennikami najczęściej są osoby, które po zastosowaniu tej metody wyleczyły się z wielu, czasami bardzo ciężkich, schorzeń, jak np. reumatoidalne zapalenie stawów, nadciśnienie tętnicze, ale też w przypadkach np. rozległego rozrostu candidy albicans czy też helicobacter pylori, jak również czegoś tak groźnego jak gronkowiec złocisty.

Są doniesienia, że pita w ten sposób woda utleniona również usuwa metale ciężkie. Nie wiem. Aż się prosi o to, aby ktoś, gdzieś, kiedyś zrobił jakieś badania.

### **Dożylnie zastosowanie wody utlenionej**

Nie mogłem się doczekać, kiedy zacznę pisać ten rozdział. Rozdział ten, mam nadzieję, dokona jeszcze większego wstrząsu niż to, co w pierwszej części „Ukrytych Terapii” napisałem o witaminie C.

Wyjawię tutaj teraz coś, co niektóre osoby zdziwi. Wielu osobom znane jest moje stanowisko oparte na bezsprzecznych dowodach dotyczących vita-

miny C. Za takie intensywne propagowanie wiedzy na jej temat już, jak niektórym wiadomo, swoje dostałem. Pisząc o witaminie C w pierwszej części „Ukrytych Terapii”, wiedziałem, że wywoła to burzę. Nie wiedziałam tylko, że aż taką. Gdybym do witaminy C dodał jeszcze to, co napiszę tutaj o wodzie utlenionej, **podawanej dożylnie**, wtedy chyba by mnie ogłoszono prawdziwym szarlatanem ☺. A tak... tego nie zrobiono ;-)

Teraz jednak, wszem i wobec ogłaszałam, że bezwględnie, bezapelacyjnie, **moim faworytem jest dożylnie podawana woda utleniona!**

Tak, tak... tutaj nie ma żadnej pomyłki. Korzystam więc z tego, że jest to moja książka i napiszę tu, co zechcę. Czytelników ostrzegam, aby przygotowali się na terapię szokową wodą utlenioną ☺. W zasadzie całą książkę poświęcam i dedykuję lekarzom, a ten rozdział w szczególności!

Pominę tu bardzo dużo niezwykle ciekawych wydarzeń historycznych dotyczących dożylnego podawania wody utlenionej. Pierwsze doniesienia sięgają początków XIX wieku. Nie jest to, jak widać, nic nowego. Z konieczności ograniczę się tylko do bardzo podstawowych informacji, które lekarzom jednak pozwolą takie wlewy zastosować, pacjentom pozwolą odzyskać zdrowie, a lekarzom, pacjentom i wszystkim innym osobom czytającym tę książkę uświadomią, że to, co w tej chwili nazywamy leczeniem pacjenta, jest nie tylko nadużyciem tego słowa, ale jest to na granicy, no... właśnie czego? Nie wiem, jak to nazwać, chociaż bardzo bym chciał. Po przeczytaniu tego rozdziału do końca każdy będzie mógł sam dobrać odpowiednie słowa, bo w tej chwili jest mi ich brak.

Kiedy woda utleniona podawana jest dożylnie, wtedy dopiero pokazuje swoje prawdziwe, niezwykle, szokujące wręcz oblicze terapeutyczne. Takie zastosowanie wody utlenionej przez wiele lat badał dr Charles Farr. To, co było wynikiem jego dogłębnego studiów, badań, eksperymentów dotyczących tego typu terapii, naprawdę zapiera dech w piersiach. Nie był on pionierem tej metody, ale to nie ma tutaj znaczenia, był natomiast naukowcem. Badania swoje przeprowadzał z zespołem swoich współpracowników na uniwersytecie Baylor w Teksasie. Tak więc nie był on jakimś tajemniczym alchemikiem, znachorem czy szarlatanem. Był pracownikiem niezwykle poważnej instytucji naukowej. Z tego właśnie powodu informacje zawarte w tym rozdziale przekazuję i opieram głównie na jego doświadczeniach.

niach dotyczących praktycznego zastosowania wody utlenionej podawanej dożylnie, bo są one, dla mnie przynajmniej, najbardziej wiarygodne.

Wyniki, jakie uzyskiwał, były często na pograniczu medycznego cudu. Może właśnie dlatego cała dokumentacja dotycząca jego badań w dziwaczny sposób „wyparowała”. Nas to już jednak chyba nie dziwi. Na szczęście, część dokumentacji ocalała. Dr Edward Carl Rosenow na temat dożylnego zastosowania wody utlenionej napisał ok. 450 publikacji. Będąc współpracownikiem słynnej na świecie kliniki Mayo, nie był byle jakim lekarzem, ani nie był byle jakim naukowcem. W bibliotece kliniki Mayo można znaleźć chyba wszystko, co dotyczy medycyny. Nie można tylko znaleźć prac dra Rosenowa. Gdzie one są? Tajemniczo „wyparowały” ze wszystkich bibliotek medycznych.

Dr Farr udowodnił, że wprowadzona do organizmu woda utleniona wykazuje następujące działanie:

1. W znaczny sposób zwiększa prędkość przemian metabolicznych, co w tej chwili jest już powszechnie znane.
2. Doprowadza do rozkurczania naczyń tlenicznych z kapilarami włącznie.
3. Nie następuje utrata tlenu przez pluca, natomiast występuje znaczące zwiększenie natlenienia tkanek całego organizmu.
4. Występuje znacznie zwiększoną aktywność i efektywność całego układu immunologicznego szczególnie w odniesieniu do białych krwinek.
5. Znakomite efekty występowały we wszystkich chorobach i zakażeniach typu bakteryjnego czy wirusowego (jakież to ważne, kiedy w szpitalach polskich ludzie umierają z powodu tego typu zakażeń, bo leczy się ich tylko antybiotykami!).
6. Poziom natlenienia organizmu nie jest wynikiem wprowadzenia do organizmu tlenu zawartego w wodzie utlenionej użytej do wlewu.
7. Znakomite efekty terapeutyczne są spowodowane wcześniej niespotykanym zjawiskiem intensywnego uruchomienia całej gospodarki enzymatycznej.

To są kluczowe, krytyczne informacje, jakie powinien znać każdy bez wyjątku lekarz, każdy student medycyny. Dlaczego tak nie jest?

W poprzedniej części książki napisałem, że powszechnie używana przez lekarzy baza danych publikacji PubMed niekoniecznie prawdę nam powie. Skąd to wiem? A właśnie z rozmów, które przeprowadziłem z lekarzami, którzy chcieli się podzielić ze swoimi kolegami czasami fantastycznyimi odkryciami poprzez umieszczenie ich prac właśnie w tej bazie danych. Starali się na wszelkie sposoby – nie dali rady. A jeśli już taka praca się ukazała, to z jakiegoś cudownego powodu długo w tej bazie widoczna nie była.

Oj... dostało mi się za te słowa od młodych, gniewnych, teorią napompanych, szczególnie młodych, lekarzy. Oni znają teorię, a ja znam lekarzy praktyków. Taka praca naukowa musi być najpierw oceniona przez innych lekarzy, dopiero wtedy może być opublikowana. Do znudzenia nasłuchałem się historii, gdzie im koledzy odmówili, bo po prostu się bały konsekwencji. Za zbyt otwarte podważenie istniejących metod farmakologicznych w skrajnym przypadku w USA można wylądować w więzieniu. Wielu wspaniałych lekarzy tam też spędziło trochę swojego czasu.

A więc, droga lekarska młodzieży, zanim zaczniecie krytykować, trochę pokory. Pokory dla Waszych starszych kolegów, którzy do dziś są szukani na różne sposoby, w Polsce też, tylko za to, że mają w sobie tyle odwagi, na jaką Was nigdy być może nie będzie stać.

W czasie pisania tej książki zauważyłem (nie po raz pierwszy, kiedy szukałem do niej materiałów), że po wpisaniu w wyszukiwarce „Rosenow EC hydrogen peroxide” PubMed „poszedł po bandzie” i umieścił taki sobie jeden, jedyny odnośnik.

*ROSENOW EC, JOHNSON FH. Studies on the nature of antibodies produced in vitro from bacteria with hydrogen peroxide and heat. J Bacteriol. 1946 May;51:623.*

Owszem, jest tam ikonka „Full Text Links”, klikając na nią jednak mamy informację: „Not Found”.

Podobnie się działo, kiedy szukałem niezwykle wartościowej pracy, która napisał niemiecki lekarz H.S. Regelsberger. Pokazał on, że woda utleniona podawana dożylnie bardzo skutecznie leczyła nadciśnienie tętnicze. Co to oznacza w dzisiejszych czasach, nietrudno się domyśleć. Nadciśnienie tętnicze jest schorzeniem nękającym miliony ludzi na świecie.

**Schmidt H. Regelsberger's intravenous oxygen therapy--an interpretation of results in practice from a biochemical and physiological point of view. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. 2002 Feb;9(1):7-18.**

Gdzie te fantastyczne prace się podziały? Komu zależało na tym, żeby nigdy nie ujrzały światła dziennego? Czyżby zwykła woda utleniona stanowiła takie zagrożenie? Być może, ale dla kogo? Dlaczego, po dokonaniu tych niesamowitych odkryć, naukowcy z Uniwersytetu Baylor zostali powiadomieni, że wycofane zostały fundusze na dalsze ich badania?

**Chciałbym powiedzieć: „Szkoda, trudno, stało się jak się stało... badania takie odtworzymy i będziemy je kontynuować na którejś z uczelni medycznych w Polsce”. Dlaczego nie?**

Mechanizmy działania wody utlenionej na poziomie komórkowym są dość dobrze poznane, ale czy to oznacza, że wiemy już wszystko? Chyba nie, chociaż wiemy już bardzo dużo. Woda utleniona pod wpływem katalazy, czyli enzymu znajdującego się we krwi, zostaje w ułamku sekundy rozłożona na tlen i wodę.

Wiem, że dla wielu osób temat ten jest dosyć niezwykły i dziwny. Kiedykolwiek wspomniałem o możliwości zrobienia wlewów dożylnych z wody utlenionej, spotykałem się, delikatnie mówiąc, z dużym zdziwieniem. Zacznę od tego, że najpierw przedstawię kilka niezwykle interesujących i szokujących wręcz faktów.

Co spowodowało, że podanie wody utlenionej w sprayu do nosa pacjenta chorego na dyftyeryt wyleczyło go w ciągu jednego dnia?! Tak, tak... znowu już słyszę: „placebo, takie spontaniczne remisje się zdarzają, pewnie to nie był dyftyeryt”. Ok... Dyftyeryt i efekt placebo, w jeden dzień, sami chyba w to nie wierzycie.

W ramach eksperymentu (uprzedzam, że teraz będzie trochę drastycznie), naukowcy z uniwersytetu Baylor zaciskali królikom tchawicę. Oczywiście, w ciągu kilku minut doszło do zaburzeń rytmu i do rozległego zawału mięśnia sercowego, i wszystkie króliki zdechły.

Druga grupa królików, u których też zaciśnięto tchawice (!!), otrzymała wlew z wody utlenionej bezpośrednio do tętnicy wiercowej. Efekty przeszły wszelkie oczekiwania naukowców. Obserwowano te króliki przez dwie godziny, a zawał serca nie wystąpił u żadnego z nich! Aha... no tak... placebo ;-) Takie doniesienie każdego prawdziwego lekarza postawiłoby w stan niezwyklego zainteresowania. Mam nadzieję, że teraz właśnie tak się dzieje i że nie jestem z tym wszystkim sam.

Następnie naukowcy postanowili sztucznie wywołać zawał serca u królików poprzez podwiązanie tętnic wiercowych czyli tych tętnic, które doprowadzają krew do mięśnia sercowego. W takim przypadku śmierć następuje w ciągu kilku minut. Tym razem roztwór wody utlenionej podano tym królikom dożylnie. Powtarzam, DOŻYLNIE! A tu... niespodzianka! Serca tych królików natychmiast powróciły do normalnego swojego rytmu. Ciśnienie krwi również powróciło do wartości normalnej. Eksperyment to raczej nieprzyjemny, ale czyż nie wskazuje on na coś naprawdę niezwykrego?

Ci sami naukowcy, którzy według mnie powinni byli dostać nagrodę Nobla, powtórzyli te eksperymenty na świach. Efekty były dokładnie takie same. Ale jeden z nich był jeszcze bardziej niezwykły! Kiedy się o nim dowiedziałem, po prostu mnie zamrurował!

Otoż, kiedy doprowadzono świnki do stanu śmierci klinicznej, tzn. wartość ciśnienia krwi wynosiła 0, akcja serca całkowicie zatrzymana, wtedy też jest brak oddechu i podano im do serca wodę utlenioną, 50% z nich całkowicie odżyło!!!

Często powtarzam, że: „dopóki pacjent oddycha, jest nadzieja”. Może się myleć, bo w kontekście powyższego eksperymentu, być może należałoby powiedzieć, że: „**nadzieja jest nawet wtedy, kiedy pacjent już nie oddycha**”.

Nie trzeba być szczególnym geniuszem, żeby wykonać, jakie to mogą mieć poważne konsekwencje w ratowaniu czyjegoś życia.

Przecież w takich przypadkach lekarze stosują „uderzenie” prądem elektrycznym, czy też podają bezpośrednio do serca różnego rodzaju leki. W wielu przypadkach, pomimo ich ogromnych i szczerzych wysiłków, to jednak nie zadziała. Pacjent umiera. A przecież pacjent nie znalazł się w tej sytuacji, bo zabrakło prądu w jego mięśniu sercowym, nie zabrakło mu też podawanych mu leków. Zabrakło mu tlenu! Zabrakło mu paliwa.

Ktoś zapyta „A jak to by zadziałało u człowieka?” To znaczy, bez duszenia go czy bez podwiązywania mu tętnic wieńcowych! ☺

Tego też spróbowano. Jako naukowcy, ale i lekarze, zostali wezwani do umierającej 60-letniej kobiety, u której wystąpiła zapaść naczyniowa, czyli niewydolność krążenia, co oznacza stan bezpośredniego zagrożenia życia. Normalnego tętna nie wyczuwano, ciśnienie krwi niemalże niemierzalne. Stan taki wystąpił u tej kobiety bez określonego powodu. Pacjentce podano wlew z wody utlenionej. Serce powróciło do swojej normalnej pracy, ciśnienie krwi wróciło do normy. Po jakim czasie nastąpiło? Dokładnie w ciągu 60 sekund!

Ci sami naukowcy w 1967 r. opisali przypadek 57-letniej kobiety, u której wystąpił niedokrwiony udar mózgu. To znaczy, że w którymś miejscu w tętnicach doprowadzających krew do jej mózgu nastąpiło znaczne i raczej gwałtowne przydławienie jej przepływu.

To jest takie samo zjawisko, jakie występuje w przypadku zawału mięśnia sercowego. Kiedy takie zjawisko stopniowo zachodzi w tętnicach szyjnych, przepływ krwi również coraz bardziej się zmniejsza. Chirurdzy tętnicę rozcinają, usuwają blaszkę miażdżycową, która przepływ krwi blokowała i pacjent odzyskuje zdrowie. Jest to bez wątpienia następny przykład wspaniałego osiągnięcia medycyny akademickiej.

Jednakże krew do mózgu dociera nie tylko tymi tętnicami. Są jeszcze inne tętnice, które doprowadzają krew do tylnej części mózgu. Te tętnice nie są jednak tak łatwo dostępne jak tętnice szyjne. Kiedy zablokowanie przepływu krwi nastąpi w jednej z tych tętnic, mamy niezwykle poważny problem.

Ponieważ tętnice te doprowadzają krew do tylnej części mózgu, następuje upośledzenie funkcjonowania ośrodków, które tam są zlokalizowane. Czasami taka osoba nagle upada, nie tracąc jednak przytomności. Inne symptomy, jakie występują u takiego człowieka, to zaburzenia równowagi, zwroty głowy czy zaburzenia widzenia.

To właśnie wystąpiło u tej pacjentki. Pomimo podawania różnego rodzaju środków farmakologicznych, stan pacjentki gwałtownie się pogarszał. Sytuacja stała się niezwykle groźna, co robić? Krzyknąć: „Houston, mamy problem?” W tym przypadku ani Houston, ani nawet Warszawa takim choremu nie pomogą. Może natomiast pomóc lekarz, który poda wlew z wody utlenionej. Chyba że się boi, bo nie będzie chciał wyjść poza procedury. Wtedy pacjent umrze. Kto chce być takim pacjentem? Kto chce być lekarzem, który to zrobi i życie temu pacjentowi uratuje? Idę o zakład, że po przeczytaniu tej książki tacy lekarze się znajdą! Skąd to wiem? Wiem, bo po przeczytaniu części pierwszej „Ukrytych Terapii” wielu lekarzy ratuje ludziom życie, podając witaminę C dożylnie. Tak, nielegalnie. Jestem pewien, że teraz będą podawać również wodę utlenioną. Szkoda tylko, że będą komuś ratować życie nielegalnie.

Wróćmy jednak do tej umierającej kobiety. Podano jej wlew z wody utlenionej do bardzo łatwo dostępnej tętnicy szyjnej. Liczono na to, że bardzo niewielkie, a jednocześnie niedostępne dla skalpela chirurga naczynia w jakiś sposób się udrożnią. Podano 100 wlewów w ciągu 28 dni. Zaledwie w ciągu tygodnia od rozpoczęcia wlewów nastąpiła znaczna poprawa w mowie pacjentki, mogła już samodzielnie usiąść na łóżku, nie cierpiąc z powodu uporczywych zawrotów głowy. To już było coś!

Po zakończeniu wlewów okazało się, że tętnica, która była prawie całkowicie niedrożna, została udrożniona.

Co by było, gdyby tego typu naturalne leczenie zastosowano u tej pacjentki znacznie wcześniej? Co by było, gdyby tego typu leczenie zastosowano u setek tysięcy takich pacjentów?

U tej pacjentki wystąpiło jeszcze inne, niezwykle ciekawe zjawisko. Poprawiły się parametry krwi. Dlaczego podanie wody utlenionej do tętnicy szyj-

nej spowodowało pozytywną zmianę parametrów krwi? Mogę się tylko domyślać, ale żadnych dowodów nie mam. Fakt jednak pozostaje faktem.

Rozstrzęń oskrzeli to okropna choroba. Chorzy mają ciągły kaszel, plującą krvią, czasami nawet pełnymi ustami odksztuszącą cuchnącą wydzielinę ropną, mają również śmierdzący oddech, itd.. trwa to czasami kilka lat. Jest to choroba nieuleczalna. Bezskutecznie stosuje się różnego rodzaju antybiotyki. A jak robił to dr Farr?

U 67-letniej kobiety z tą chorobą zastosował wodę utlenioną. Po 20 wlewach kaszel osłabił w sposób znaczny, pacjentka nie odksztuszała już cuchnącej wydzieliny z krvią. Oddychanie stało się znacznie łatwiejsze. Pacjentka ta chorowała przez 15 lat. Czasami w tych przypadkach, nawet po pierwszych kilku wlewach, pacjent wykrztusić może coś, czego tutaj nie odważy się opisać. Wtedy przychodzi niesamowita ulga, natychmiast.

Mężczyzna 71-letni. Wszelkie objawy udaru mózgu. W ciągu pierwszych 15 minut od podania wlewu objawy zaburzenia mowy całkowicie ustąpiły. Po godzinie od podania wlewu wszystkie inne symptomy ustąpiły.

Naukowcy włoscy w 2012 r. też zauważyli, że podanie wody utlenionej definitely ma sens:

*Marta Armogida, Robert Nisticò, and Nicola Biagio Mercuri,  
Therapeutic potential of targeting hydrogen peroxide metabolism  
in the treatment of brain ischaemia. Br J Pharmacol. 2012 Jun;  
166(4): 1211–1224.*

Mężczyzna, lat 67, z bardzo zaawansowaną miażdżycą nóg i naczyń wieniowych. Po bajpasach w nogach i 4 bajpasach tętnic wieniowych. Z powodu gangreny zaproponowano amputację lewej nogi pod kolaniem. Stan bardzo ciężki, terminalny, **lekarze nie dają nadziei**. Pacjent nie zgodził się na amputację, chociaż ból w palcu lewej nogi był nie do zniesienia i miał charakter ciągły.

Pacjent zgodził się na zrobienie wlewu z wody utlenionej. W ciągu pierwszych 24 godzin ból ustąpił w znacznym stopniu. Po czwartym wlewie ból

prawie całkowicie ustąpił. Wiemy już teraz oczywiście, dlaczego. Stany zapalne ustąpiły niezwykle szybko. Dokonano amputacji palca u nogi, ale nogą została uratowana, a pacjent oczywiście razem z nią. Warto było? Czy raczej zgodnie z procedurami trzeba było mu obciąć nogę? Przypominam – pacjent był w stanie terminalnym!

Cieźki przypadek polpaśca u 69-letniego mężczyzny. Postęp był widoczny natychmiast po rozpoczęciu wlewów. Po tygodniu stosowania wlewów choroba całkowicie ustąpiła.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Pacjent egzystuje w niewyobrażalnych cierpieniach, walcząc o dosłownie każdy jeden oddech. Choroba nieuleczalna. U pacjentki z ciężkim przebiegiem tej choroby dr Farr zastosował wlewy z wody utlenionej. Po kilku minutach od rozpoczęcia wlewu wystąpił bardzo ciężki kaszel z odkształceniem bardzo dużej ilości żółtej wydzieliny. Poprawa oddychania natychmiastowa. Pacjentka ta od około dwóch lat cierpiała również z powodu przewlekłej biegunki, stanów zapalnych stawów i bólu mięśni. **Wszystkie te objawy całkowicie ustąpiły!**

Tego typu przykłady można mnożyć, cytując przypadki wielu innych schorzeń, jak np. candida, grypa, przeziębienia, krup, wszelkie infekcje bakteryjne i wirusowe (np. Epstein-Barr, cytomegalowirus, herpes zoster, itd.), alergie, itd. **Każdy z tych przypadków zakończony spektakularnym sukcesem.**

I tutaj mam prawdziwą bombę dla radiologów, dla onkologów, a nawet dla „wybitnych onkologów”, którzy też są radiologami:-)

Zastosowanie wlewów z wody utlenionej z jednoczesnym zastosowaniem radioterapii dało efekty, których poznanie, być może, zaburzyłoby onkologom postrzeganie obecnego, bezsensownego leczenia pacjentów onkologicznych. Jeśli leczenie pacjenta nowotworowego, chociażby przy zastosowaniu radioterapii, naprawdę leży onkologom na sercu, to natychmiast tym tematem się zainteresują.

Czy warto było już wtedy (!) się tym tematem zainteresować? Warto było. No i zainteresowano się. Kiedy wyniki tych i wielu innych temu podobnych badań o fenomenalnych skutkach terapeutycznych przeprowadzonych przez

naukowców z tego uniwersytetu ujrzały światło dzienne, natychmiast badania te przerwano.

Jestem pewien, że dla dobra wszystkich Polaków, ich zdrowia, ratowania ich życia, badania te będą prowadzone przez któryś z uniwersytetów medycznych w Polsce. Ok... Jak ktoś chce, może się już otwarcie śmiać, mnie do śmiechu nie jest.

A przecież to, co zauważono w latach sześćdziesiątych poprzedniego wieku, w tym roku (2016) potwierdzili naukowcy japońscy:

**Ogawa Y. Paradigm Shift in Radiation Biology/Radiation Oncology-Exploitation of the "H<sub>2</sub>O, Effect" for Radiotherapy Using Low-LET (Linear Energy Transfer) Radiation such as X-rays and High-Energy Electrons. Cancers (Basel). 2016 Feb 25;8(3).**

**Ogawa Y, Ue H, Tsuzuki K, Tadokoro M, Miyatake K, Sasaki T, Yokota N, Hamada N, Kariya S, Hitomi J, Nishioka A, Nakajima K, Ikeda M, Sano S, Inomata T. New radiosensitization treatment (KORTUC I) using hydrogen peroxide solution-soaked gauze bolus for unresectable and superficially exposed neoplasms. Oncol Rep. 2008 Jun;19(6):1389–1394.**

Ciągle nie mogę się z tym pogodzić, że te niesamowicie ważne i stosunkowo proste badania prowadzą Japończycy, a nie Polacy ☺.

Zastosowanie dożylnie wody utlenionej, jak wykazano, ma ogromną rolę w odwróceniu czasami bardzo zaawansowanego procesu miażdżycowego. W dzisiejszych czasach jakakolwiek metoda pozwalająca na udrożnienie naczyń tętniczych w organizmie zasługuje na najwyższą uwagę. Zastosowanie tej metody z pewnością pozwoliłoby, aby tysiące pacjentów uniknęły bajpasów czy stentów.

Tutaj mała uwaga na temat stentów.

Stenty, jakkolwiek mogą przynosić bardzo dobre skutki terapeutyczne do-raźnie, są obarczone ryzykiem. Kiedy rozmawiam z osobami, które stenty miały założone lub mają mieć założone, żadna z nich nic powiedziała mi,

że otrzymała pełną информацию związaną z tą procedurą, a w szczególności w odniesieniu do możliwych skutków ubocznych. Może źle trafitem...

Nie chodzi mi tutaj o możliwe komplikacje, jakie mogą wystąpić w czasie samego zabiegu, np. zawał, udar mózgu, rozerwanie tętnicy, zaburzenia rytmu serca, itd. Te rzeczy się zdarzają i lekarze przeprowadzający ten zabieg są na to przygotowani. Statystyki mówią, że tych komplikacji nie jest zbyt wiele. Wynika to z tego, że kardiologowie doskonale opanowali technikę wstawiania stentów. Z punktu widzenia inżynierijnego jest to rzeczywiście następny majstersztyk.

Są przecież już wszczepiane stenty, które po dwóch czy trzech latach się wchłaniają.

Widzę tu jednak kilka problemów.

Jeden z kardiologów powiedział mi, że w odróżnieniu od tzw. bajpasów, zakładanie stentów w zasadzie nie podlega żadnej kontroli. Oznacza to, że może dochodzić do tego, że pacjentom, którzy nie wymagają założenia stentu, stent ten się jednak zakłada. Stenty nie są wcale takie tanie. Mówią, że pacjent za ten zabieg nie płaci. Czyli szpital robi to za darmo? Nie. To kto za to płaci szpitalowi? NFZ. A skąd NFZ ma na to pieniądze? Od pacjenta, który przez całe lata płaci składkę za ubezpieczenie zdrowotne! Czyli szpital za to dostaje pieniądze od... pacjenta. Czy w takim razie mój przyjaciel kardiolog miał rację? Już dawno temu media doniosły, że stenty pokrywane rapamycyną są prawdziwą lokomotywą sprzedaży koncernu Johnson&Johnson.

Nie ma się co dziwić. Jeden ze szpitali w Polsce przyjmuje około 3000 chorych na oddział kardiologiczny. Założymy, że zaledwie 1000 tych pacjentów będzie miało założone średnio po dwa stenty. Każdy stent, nawet metalowy, to ok. 2000 zł.

Czyli  $1000 \times 2 \times 2000 \text{ zł} = 4\,000\,000$ . Coraz bardziej popularne stenty rozpuszczalne (wspaniałe osiągnięcie techniki medycznej) są około dwa razy droższe. Czyli byłoby to 8 000 000 / szpital rocznie. W Polsce mamy 283 oddziały kardiologiczne. Założymy, że 150 z nich może wstawiąć stenty. Czyli  $8\,000\,000 \times 150 = 1\,200\,000\,000 \text{ zł rocznie}$ .

Być może o parę milionów się pomyliłem, ale w tego typu kwotach to już nie ma znaczenia. Skoro o takie pieniądze tu chodzi, to jest o co walczyć.

Czy w takim razie, skoro zabiegi te nie podlegają żadnej kontroli, istnieje możliwość, że stenty się wszczepia pacjentom, u których taka potrzeba nie zachodzi?

Czy tak jest, niech się lepiej wypowiadzą kardiologi, ale... znowu, to tak „jakby złodziej był sędzią swojej sprawie”. Natychmiast zaznaczam – bo z doświadczenia wiem, że na pewno tak by było – iż nie twierdzę, że kardiologi to złodzieje! (Zaznaczam to, bo zbyt wiele razy wrmawia mi się ciążę). To kto coś na ten temat może powiedzieć?

Na przykład w USA zrobiła to pielęgniarka. Zauważyła, że w wielu przypadkach dochodziło do wszczepiania stentów tam, gdzie nie zachodziła taka potrzeba. Dało to początek prawdziwej lawinie śledztw. Wykazaly one w wyniku kontroli losowej, że u pacjentów występowły zwężenia tętnicy pomiędzy 80 a 90%, podczas gdy naprawdę było to 33 do 53%. Czyli? Czyli że stenty nie były potrzebne. No, ale.. to było w Ameryce, u nas z pewnością tak się nie dzieje. :-)

No i jest jeszcze drugi problem. A co by było, gdyby pacjentem pokierować tak, żeby usunąć zlogi miażdżycowe? Wtedy ani stenty, ani bajpasy nie byłyby w ogóle potrzebne. Aha.. no tak, lekarze powiedzą, że to przecież jest niemożliwe. I tutaj usłyszcie, proszę, mój gromki śmiech. To jest możliwe. To nie teoria. To praktyka.

Trzy akapity powyżej celowo napisałem: „Skoro o takie pieniądze tu chodzi, to jest o co walczyć”. Z pewnością większość Czytelników pomyślała, że ten przemysł farmaceutyczny ma rzeczywiście o co walczyć. Ja jednak wcale tak nie pomyślałem.

Pomyślałem: „Czy to czasami my, polscy podatnicy, nie mamy o co walczyć? Czy powinniśmy walczyć o to, żeby zaoszczędzić np. 1 000 000 000 zł?”

No więc pytam tutaj publicznie: „**Ministrze Zdrowia, kimkolwiek w tej chwili jesteś, powalczymy o to!**”

No tak, ale na czym ta walka miałaby polegać? No właśnie na tym, żeby w sposób naturalny:

1. Zapobiegać powstawaniu blaszki miażdżycowej, bo teraz, jak widać, wcale się tego nie robi (a jeśli się coś robi, to jest to nieskuteczne, bo zawałów coraz więcej).
2. Jeśli blaszka miażdżycowa już jest, to ją w sposób naturalny, bez żadnych operacji, usunąć!

To nie tylko się da zrobić. To się już robi.

Już widzę, jak minister zdrowia z zatroskanym obliczem pyta: „Ale kto ma to zrobić? Kto się na tym zna? Kardiologi, z całym szacunkiem, tego nie potrafią zrobić, to do kogo taki pacjent ma się udać po pomoc?”, a ja odpowiadam: „Do jakiegoś dobrego znachora, bo on to potrafi” ☺. Kpię! Jeszcze jak! Czy żartuję? Niet! Dla mnie możliwość zaoszczędzenia milionów złotych dla budżetu państwa zartem nie jest. Czy jest zartem dla ministra zdrowia? To się okaże.

No i mamy problem, bo skoro kardiologi nie potrafią tego zrobić, to czy w tym celu należy pacjentów wysyłać do kardiologów? Bez sensu. Kiedy mówiłem publicznie: „Jeśli ktoś chce, aby w sposób naturalny usunąć zlogi miażdżycowe, to niech nie idzie do kardiologa, bo kardiolog tego nie zrobi”, wtedy mi się dostało, że zniechęcam ludzi do chodzenia do kardiologa. A ja nie powiedziałem przecież: „Nie chodźcie do kardiologa, bo nie”. Powiedziałem, w jakim konkretnym przypadku to nie ma sensu.

Sytuację należy więc odwrócić, żeby ci wszyscy krytykanci byli uspokojeni. A więc tym wszystkim, którzy mnie za to krytykowali, mówię: „Jeśli Wy albo ktoś z Waszych bliskich ma zaawansowaną miażdżycę, chcecie uniknąć stentów czy bajpasów i chcielibyście zlogi miażdżycowe w naturalny sposób usunąć, to zachęcam was, idźcie do kardiologa!”. Zgódka? Dziennikarzy medycznych proszę o nagłośnienie tego ☺.

Dotępnicze podanie wody utlenionej u pacjentów z poważnymi problemami miażdżycowymi w nogach doprowadzało do ich udrożnienia czasami zaledwie w kilka godzin.

**Wykazano, że usunięcie złogów miażdżycowych miało charakter trwałty!** Dlaczego świat medyczny się tym faktem nawet w najmniejszym stopniu nie zainteresował? Dlaczego pozwolono na to, aby miliony ludzi straciły życie, kiedy to życie można było im uratować? Przecież to wszystko dzieje się na naszych oczach, cały czas. Kto i kiedy to zatrzyma?

Upośledzenie przepływu krwi w naczyniach tętnicznych jest gigantycznym problemem związanym z cukrzycą. Wielokrotnie jedynym rozwiązaniem dla takiego pacjenta jest amputacja stopy. Takie to jest właśnie leczenie. Boli? Obciąż i przestanie boleć, co oczywiście, niestety, nie zawsze jest prawdą. Jeśli tego typu działanie wody utlenionej naukowcy z poważnego uniwersytetu wykazali już 50 lat temu, to dlaczego nadal „leczy” się ludzi, obcinając im stopy? Dlaczego nie leczy się ich za wszelką cenę? Jaka to cena?

Cena wody utlenionej użytej do jednego wlewu, to zawrotna kwota wynosząca mniej niż 0,1 GROSZA. Tak! To nie jest pomyłka! Do tego jeszcze dojdziemy.

Rosyjscy lekarze od ponad 20 lat stosują nastrzykiwanie wodą utlenioną żylaków, które bardzo często się obkurczają i znikają.

Wspomniany wcześniej dr Edward Rosenow wykazał prawie dokładnie 100 lat temu, że wywołujące reumatoidalne zapalenie stawów bakterie prawie zawsze znajdują się w węzłach limfatycznych stawów. Pokazał również, że zastosowana woda utleniona we wlewach dożylnych była w stanie sobie z tymi bakteriami poradzić. Czy którykolwiek reumatolog, przechodząc przez niezwykle trudne egzaminy specjalizacyjne, cokolwiek na ten temat wie? Dlaczego nikt mu o tym nie mówi?

Nie znachorzy, a wysokiej rangi naukowcy z uniwersytetu Baylor ponownie wykazali coś, co powinno wstrząsnąć do głębi całym światem medycznym.

Wiadomo jest wszystkim bez wyjątku lekarzom, jak serce człowieka reaguje na niedotlenienie. Innymi słowy, jak serce reaguje, kiedy zaczyna umierać z powodu braku tlenu, czyli jest w stanie zawału. Wtedy, jak duszący się z braku powietrza człowiek, serce zaczyna wchodzić w stan paniki. Zaczyna bić nieregularnie, trzepotać się i jeśli mu się natychmiast nie pomoże – człowiek umiera. Jeśli ma szczęście, ktoś mu udzieli odpowied-

niej pomocy – przeżyje. Pomoc ta bardzo często polega na zastosowaniu defibrylatora lub na podaniu odpowiednich środków farmakologicznych.

To są jednak rozwiązania tymczasowe, mające charakter przyłożenia plastru na ranę, dlatego że serce nadal nie ma tego, co mu potrzeba. Nadal nie ma tlenu! Oczywiście, załoga karetki pogotowia natychmiast tlen poda. Taki pacjent jednak czasami bardzo, bardzo słabo oddycha. Jak wykazano, podanie wody utlenionej znacznie w takim przypadku by pomogło. Dr Harold Urshel wykazał już w 1965 r. (początkowo na królikach), że podana dożylnie woda utleniona ogólnie rzecz biorąc stabilizuje akcję serca i że stopień natlenienia tkanki mięśnia sercowego wzrósł od 2 do 6 razy! To jest właśnie to, czego umierający z braku tlenu mięsień sercowy potrzebuje. Tak właśnie można ustabilizować akcję serca w przypadku migotania przedsionków czy komór, co już wcześniej opisałem.

W 1928 r. wybuchła epidemia grypy niemalże na całym świecie. Śmiertelność wyniosła 98%. Wynikała ona z powiklania, jakim było wirusowe zapalenie płuc. Wtedy właśnie, w Stanach Zjednoczonych, po raz pierwszy w takim przypadku podano wodę utlenioną dożylnie pacjentom, którzy już byli skazani na niechybną śmierć. Czy nie powinno kogoś zastanowić to, że nawet w tak niezwykle ciężkich stanach 48% pacjentów przeżyło?

To przecież dowodzi, że **wirusy mogą być zniszczone przez zastosowanie wody utlenionej podanej DOŻYLNIE**. Dlaczego to niesamowite doświadczenie nie było rozpropagowane dalej pomimo tego, że efekty były spektakularne, przy braku skutków ubocznych i koszcie wody utlenionej na granicy śmiechu? Dlatego, że niemalże w tym samym czasie, ale już po **wygaśnięciu tej epidemii (!)**, zaczęto sprzedawać antybiotyki i szczepionki.

Dr Charles Farr wykazał, że po zastosowaniu wlewu z wody utlenionej dochodzi do niszczenia różnego rodzaju patogenów. Zjawisko to nazwał „tlenową detoksykacją”. Badania wykazały, że na tę prostą substancję również reagują patogeny związane z chorobami, takimi jak: legionelloza, syfilis, candida, wirusy, a nawet wiele pasożytów.

Żadna znana do tej pory naturalna substancja nie ma takiej siły rażenia, jednocześnie będąc całkowicie bezpieczną.

Woda utleniona bardzo wspomaga działanie insuliny, a jeśli chodzi o generowanie ciepła w naszym organizmie, prawdopodobnie odgrywa większą rolę niż tarczyca. Rzeczywiście tak jest. Regularne stosowanie wody utlenionej w znaczny sposób wzmagają procesy metaboliczne w naszym organizmie. Jest ona konieczna do produkcji prostaglandyn, odgrywa absolutnie kluczową rolę w działaniu interferonu, a to wszystko oznacza niezwykły, wręcz zbawienny jej wpływ we wszystkich przypadkach infekcji.

Jeśli chodzi o działanie wody utlenionej w organizmie człowieka, trudno powiedzieć, że to nie zostało nigdzie opisane. Dlaczego więc medycyna, ignoruje istnienie ponad 6000 prac naukowych na ten temat. Dlaczego nikt się tym poważnie nie zajął w sensie zastosowań praktycznych?

Zastosowanie terapii tlenowej nie jest niczym nowym. W każdym większym mieście znajduje się tak zwana komora hiperbaryczna. Stosowanie jej jest jednak drogie, wymaga czasu, jak również ma swoje ograniczenia biologiczne. Nie można np. zastosować zbyt dużego ciśnienia, aby osiągnąć odpowiednie natlenienie organizmu, ponieważ przy wyższych ciśnieniach tlen staje się toksyczny. Jak praktyka wykazała, podanie wody utlenionej jest znacznie bardziej dostępne, jest tanie, bezpieczne i, jak wykazano, równie skuteczne jak pobyt w komorze hiperbarycznej. Naukowcy z zespołu doktora Farra wykazali, że dostarczenie tlenu do komórek przy zastosowaniu wlewów dożylnych może być 4 razy większe, niż da się to osiągnąć przez stosowanie komory hiperbarycznej!

Dr Charles Farr zauważył, że zwiększone natlenienie tkanek, następujące w dopiero czasie około 40 do 45 minut od momentu rozpoczęcia wlewu. Podejrzewano również, że zwiększoną saturację tlenem krwi żyłnejwróci do stanu początkowego po przejściu krwi przez płuca. Okazało się jednak, że tak się nie dzieje. Po dokonaniu wlewu kolor krwi żyłnej jest niezwykle zbliżony do koloru krwi tętniczej! Co to oznacza – każdy lekarz wie.

Zaznaczam tutaj, że zdecydowana większość wlewów, jakich dokonał dr Charles Farr, była robiona dototniczo.

To oczywiście utrudnia całą procedurę, ze względu na różnice dostępności naczyń tętniczych w porównaniu z naczyniami żylnymi. W późniejszych badaniach wykazano jednak, że podawanie dożywne było równie efektywne.

W „In Vitro” (August 1978, 14(\*)) pp.715, niestety nie dysponuję kopią). naukowcy wykazali, że dodanie miedzi do wody utlenionej powoduje, że jej „siła rażenia” w odniesieniu do bakterii, zwiększa się około 3000 razy! Czy ktoś to sprawdził? Czy ktoś przeprowadził dalsze badania? Ja takich badań nigdzie nie znalazłem. Możliwe wyjaśnienie samego mechanizmu aktywowania wody utlenionej miedzią znalazłem opisane w pracy:

*Michael H. Robbins, Russell S. Drago Activation of Hydrogen Peroxide for Oxidation by Copper(II) Complexes, Journal of Catalysis, Volume 170, Issue 2, 1997, Pages 295–303.*

Byłoby niezwykle ciekawe przeprowadzenie dalszych badań, zeby sprawdzić, czy tego typu zjawisko można byłoby wykorzystać w bezpieczny sposób w przypadku różnego rodzaju zakażeń bakteryjnych. Wiadomo też, że bardzo podobny efekt jest uzyskiwany poprzez stabilizację wody utlenionej jonami srebra. Tego typu roztworu (1 do 2%) wielokrotnie używalem w postaci spreju przy infekcjach gardła (np. angina). Efekt terapeutyczny natychmiastowy.

Częstym problemem w szpitalach są różnego rodzaju zakażenia bakteryjne powodowane infekcjami, czasami ze skutkiem śmiertelnym, np. w wyniku zastosowania cewnika pęcherza moczowego. Dodanie 30 ml wody utlenionej (3%) do worka, w którym zbierany jest mocz, powoduje utrzymanie jego sterylności przez następne 8 godzin.

Nie chcę niepotrzebnie przedłużać tego rozdziału, bo tych, którzy rzeczywiście są tym zainteresowani, myślę, że dalej przekonywać nie muszę.

Wspomnę tylko o tym ze: zastosowanie wlewów z wody utlenionej nie przynosi żadnych efektów u psów, szczurów czy kur. Krew ich nie zawiera katalazy. Natomiast dobrze reagują oczywiście ludzie, koty i konie.

No a teraz moment, na który wszyscy czekają: Już słyszać dzwony, gwizdki i różnego rodzaju wuwzele ☺. Jak te wlewy dożylnie robić!?

1. Korzystamy tylko i wyłącznie z perhydrolu o stężeniu 30%, najlepiej specjalnego farmaceutycznego.

2. Do przygotowanej objętości perhydrolu (30%) należy dodać taką samą ilość wody sterylnej, żeby otrzymać roztwór 15%.
3. Otrzymany roztwór należy przefiltrować, stosując filtr o gęstości 0,22 µm.
4. Roztwór taki, najlepiej w objętościach 100 ml, należy przechowywać w lodówce do momentu, kiedy zajdzie potrzeba jego użycia. Przygotować 100 ml 5-procentowego roztworu dekstrozy w wodzie. Dodanie 1/4 ml wcześniej przygotowanego roztworu o stężeniu 15%, do każdych 100 ml roztworu dekstrozy, spowoduje powstanie roztworu o stężeniu 0,0375%. Najczęściej stosowane stężenia to 0,04% do 0,06% (**setnych procenta**).
5. Dodać 500 mg DMSO na każdy 1 ml przygotowanego wcześniej 15-procentowego roztworu.
6. Prędkość podawania 50 do 60 kropli na minutę.

Jest to procedura sprawdzona praktycznie przez prawie 60 lat. Procedura ta jest stosowana w każdej przychodni stosującej tę terapię, ale... nie w Polsce. W jednej z amerykańskich klinik do tej pory podano około 80 000 wlewów bez zarejestrowania żadnych poważnych skutków ubocznych.

(Sam miałem też taki wlew podany. Żadnego powodu nie było, ale chciałem na siebie zobaczyć, jak to jest).

W ten sposób podawano wlewły nawet o stężeniu 0,15% w objętości 250 ml. Przy tego typu wlewach najwyższa intensywność metaboliczna występuowała po 13 min. W niektórych przypadkach, zauważono wystąpienie stanu zapalnego w miejscu podania. Jednakże po podaniu 2500 IU heparyny tuż przed rozpoczęciem wlewu, problem ten usunięto. Zauważono również spadek poziomu hemoglobiny o 5% oraz obniżony hematokryt o 10%. Początkowo obawiano się, że powtarzanie tego typu wlewów może doprowadzić zaburzeń w funkcjonowaniu szpiku kostnego i do anemii. Okazało się jednak, że w ciągu kolejnych 12–18 godzin po zakończeniu wlewów, w porównaniu z poziomem początkowym przed zastosowaniem wlewów, poziom hemoglobiny wzrósł o 2%, a hematokrytu o 5%. Dodanie DMSO

nie miało wpływu na te parametry. Podawanie takich wlewów dożylnych u dwóch pacjentów, cztery razy w tygodniu, przez sześć miesięcy, nie wykazalo żadnych zmian w parametrach krwi.

Tego typu spektakularne efekty osiągnięto w szerokim spektrum różnych chorób zakaźnych. Częstotliwość podawanych wlewów jest bardzo zmieniona. Nie ma jednej konkretnej reguły. Dlatego bezsensowne jest podejście: „Spróbuję dwa albo trzy razy, zobaczę”. Czasami fenomenalne wręcz efekty zauważano już po pierwszym wlewie, a czasami niestety, trzeba było zaczekać trochę dłużej. Jak to mówią: „praktyka czyni mistrzem”.

### **Chciałbym, żeby jednego dnia mistrzami w podawaniu dożylnym wody utlenionej byli polscy lekarze.**

Czy występują w takim razie jakieś skutki uboczne? Tak.

1. Może wystąpić stan zapalny żyły. Aby uniknąć tego problemu, wlewy należy robić w żyłach o jak największym możliwie przekroju. Nie spotkałem się w literaturze z koniecznością zastosowania wklucia centralnego, tak jak to powinno być stosowane w przypadku wlewów dożylnych z witaminą C. Jeśli sytuacja taka (odczyn zapalny) wystąpi, należy zmienić miejsce wklucia. Bywa, że stan zapalny wystąpi dopiero na drugi dzień. Należy na miejsce wklucia zastosować zimne oklady.
2. Może pojawić się uczucie ucisku w piersiach. Przyczyna nie jest poznana, wystarczy tylko zmniejszyć prędkość podawania i tego typu objaw ustępuje.
3. Mogą wystąpić dreszcze, które również po niedługim czasie przechodzą, szczególnie jeśli zmniejszy się prędkość wlewu.
4. Chociaż w żadnym przypadku nie można dodać witaminy C, to dodanie magnezu do wlewu w znacznym stopniu redukuje powstanie ww. efektów ubocznych.
5. Może i dochodzi czasami do efektu Herxheimera, pacjent może odczuwać dreszcze, nudności, ból, osłabienie czy ból głowy. Na ogólnym

reakcja ta wskazuje na to, że coś dobrego dzieje się w organizmie. Następuje proces usuwania toksyn.

- Ostrożność jest zalecana w przypadku brania leków rozrzędzających krew. Zalecane jest częste monitorowanie parametrów krzepliwości krwi.

**Rozdział ten w szczególności należy potraktować tylko i wyłącznie jako wskazówkę.**

**W żadnym przypadku nie jest to podręcznik stosowania wody utlenionej w jakichkolwiek formach jej podawania.**

**Chciałbym jednak, żeby informacje jakie tutaj zawarłem, zainicjowały w wielu lekarzach niepochamowaną chęć zgłębienia wiedzy na ten temat.**

Nie ma, według mnie, żadnego powodu, dla którego tego typu terapia nie powinna być jak najszybciej wprowadzona do zastosowania w Polsce. Nie chcę nawet słyszeć argumentów, że przedstawiłem tu jednostkowe przypadki, bo tak nie jest. Przedstawiłem PRZYKŁADY! Mało tego, przykłady te, jak było widać, dotyczą przypadków skrajnych, czasami wręcz agonalnych.

Nie istnieje dla mnie żaden, ale to żaden argument przeciw szerokiemu zastosowaniu wody utlenionej w lecznictwie polskim. Nie istnieje dla mnie żaden, ale to żaden argument przeciw natychmiastowemu uruchomieniu odpowiednich badań dotyczących tego tematu, a prowadzonych przez polskie uniwersytety medyczne.

Uniwersytety medyczne powinny być natychmiast zobligowane do bezzwłocznego uruchomienia odpowiednich badań. Rząd Polski, jeśli tylko naprawdę stoi po stronie obywateli, powinien w trybie natychmiastowym uruchomić wszelkiego rodzaju procedury formalne, jak również bezzwłocznie zabezpieczyć odpowiednie zaplecze finansowe do zapewnienia naukowcom, lekarzom możliwości przeprowadzenia takich badań.

Zakładam, że w badaniach będzie brało udział co najmniej 2000 pacjentów. Każdy pacjent, średnio, otrzyma 20 wlewów. Do tego potrzeba  $2000 \times 20 =$

= 40 000 wlewów. Wtedy koszt materiału, czyli wody utlenionej w postaci nadtlenku wodoru wyniósłby:

- 0,5 l perhydrolu farmaceutycznego 30% kosztuje w przybliżeniu 50 zł
- 0,5 l wody sterylnnej kosztuje w przybliżeniu 2 zł

Załóżmy więc, że 1 litr roztworu kosztuje 52,00 zł

Zgodnie z powyższą procedurą, z 1 litra takiego roztworu można przygotować  $1000 \text{ ml} / 0,25 = 4000$  wlewów (każdy o stężeniu 0,0375%).

Do wykonania 40 000 wlewów potrzeba nam  $40\ 000 / 4\ 000 = 10$  liter roztworu.

Koszt materialu do takich badań:  $10 \text{ l} \times 52 = 520$  zł

Myszę, że budżet polskiego państwa to „uniesie”, a jeśli nie, to sam za to zapłacę, prywatnie, tylko niech takie badania się rozpoczną. Oczywiście pomijam koszty związane z logistiką, zaprojektowaniem i przeprowadzeniem takich badań. Każdego roku miliony złotych z pieniędzy podatników przeznaczone są na różnego rodzaju badania substancji syntetycznych. Dlaczego za ułamek procenta tych kwot nie przeprowadzić badań substancji naturalnej. Zwłaszcza że istnieją ku temu merytoryczne podstawy.

Należy natychmiast zweryfikować PLANOWANE programy badawcze, prowadzone przez uniwersytety medyczne, finansowane przez polskich podatników i przeznaczane na nie tzw. granty. Instytut prowadzony przez jednego z profesorów medycyny, ale za to „wybitnego”, przez ostatnie 14 lat otrzymał ponad 200 000 000 zł różnego rodzaju „grantów”, to może i na badania wody utlenionej w leczeniu człowieka jakiś grosz by się znalazł. Ja wiem, że różnego rodzaju „granty” pochodzące z naszych, polskich obywateli pieniędzy, najlepiej wydaje się na coś kosmicznie skomplikowanego, bardzo drogiego i... koniecznie dla organizmu człowieka toksycznego. Wtedy dopiero jest się czym w mediach pochwalić, wtedy dopiero widać „naukę i jej najnowsze osiągnięcia”, a to, że może to być nieskuteczne i najczęściej toksyczne, nikogo za bardzo już nie obchodzi. Były było drogie. Były nie było naturalne, bo jeśli naturalne, to opatentować się tego nie da i nie da się na tym zrobić kasy!

No i jak tu zrobić takie zyski na wodzie utlenionej? Nie da się. Nie da się tego ani opatentować, ani skomercjalizować. A co się da? Da się to „zabić”. Najlepiej w zarodku. Da się nie dopuścić do tego, aby takie „coś” ujrzalo światło dzienne. No i właśnie tak się dzieje.

Należałoby badania naukowe tak zaplanować, aby badania dotyczące zastosowania wody utlenionej do leczenia pacjenta polskiego stanowiły priorytet nad badaniami, jakie uniwersytety medyczne prowadzą dla przemysłu farmaceutycznego. To jest jednak ogromny problem. Jest to problem, ponieważ uniwersytety medyczne są coraz bardziej skomercjalizowane. Muszą same szukać pieniędzy na swoje utrzymanie. Dlatego, między innymi, prowadzą badania finansowane przez przemysł farmaceutyczny. Co to oznacza? „Ktoś dał, to i ktoś może nie dać funduszy na przeżycie przez następny rok”. To oznacza też utratę niezależności, a na tym traci każdy Polak, szczególnie ten chory.

Dlaczego nikt o tym nie mówi? Dlaczego nikt tego nie ujawnia? Przecież tysiącom ludzi można uratować zdrowie, a często nawet życie. Dlaczego te fakty wydają się być znane tylko niektórym? Dlaczego to ja muszę je ujawniać? Gdzie są ci tak zwani „dziennikarze medyczni”? Jeśli o rzeczach, o których ja piszę, nie wiedzą, to niech się zajmą sprzedawaniem pietruszki na zieleniaku.

Chciałbym się przekonać, że to, co napisałem o uzależnieniu uniwersytów medycznych od przemysłu farmaceutycznego, nie jest prawdą, że się mylę. Tak bardzo bym chciał się mylić!

Można to bardzo łatwo sprawdzić. Wystarczy polskim uniwersitetom medycznym dać zlecenie rządowe na przeprowadzenie badań dotyczących tematów, które tutaj opisuję. Zobaczmy, które z nich się tego podejmą? Niestety, należymy do grupy krajów, w których służba zdrowia, z uniwersytetami medycznymi włącznie, jest pod całkowitą kontrolą przemysłu farmaceutycznego.

No więc, czekam na pokazanie mi, że się mylę.

## Sulfat Hydrazyny

Dla przypomnienia, napisalem wcześniej że:

„W procesie fermentacji glukozy, jako produkt uboczny, powstają substancje, które komórka nowotworowa wyrzuca na zewnątrz. Następnie substancje te trafiają do wątroby i nerek, a tam pod wpływem pewnego enzymu są przetwarzane z powrotem na glukozę i komórka nowotworowa już glukozę ma! Czy ten proces da się zatrzymać? Tak, ale do tego przejdziemy w następnym rozdziale”.

I już tu jesteśmy.

Jak widzimy, nieprawdą jest to, co dość często możemy przeczytać w Internecie, że pacjentowi nowotworowemu wystarczy odstawić cukier. Oczywiście, zawsze jest to wskazane i zawsze powinno być praktykowane, żeby komórce nowotworowej życia nie ułatwiać. Natomiast widzimy, że nowotwór ma sposób na to, jak potrzebną mu do przeżycia glukozę jednak otrzymać.

Wiąże się z tym jeszcze jeden bardzo poważny problem. Otóż proces wytwarzania glukozy w powyżej opisany sposób wymaga dość dużo energii. Pamiętamy, że komórka nowotworowa nie jest w stanie pozyskać energii z tłuszczy. Usiłuje więc pozyskać energię z glukozy. Przy czym komórka nowotworowa jest w bardzo poważnym stopniu niedotleniona. Między innymi dlatego, jak wykazał Otto Warburg na początku zeszłego wieku, stała się właśnie komórką nowotworową. Niedostatek tlenu z kolei stymuluje zwiększone powstawanie specjalnych transporterów glukozy, które umieszcza na błonie komórkowej, żeby jak najwięcej glukozy wciągnąć do jej wnętrza. Pozyskiwanie energii z glukozy jest jednak mało efektywne. Ta efektywność może być zmniejszona przez zastosowanie substancji naturalnej znajdującej się w awokado. Prace na ten temat były już prowadzone

Board M, Colquhoun A, Newsholme EA. *High Km glucose-phosphorylating (glucokinase) activities in a range of tumor cell lines and inhibition of rates of tumor growth by the specific enzyme inhibitor mannoheptulose*. Cancer Res. 1995 Aug 1;55(15):3278–3285.

Scruel O, Vanhoutte C, Sener A, Malaisse WJ. *Interference of D-mannoheptulose with D-glucose phosphorylation, metabolism and functional effects: comparison between liver, parotid cells and pancreatic islets.* Mol Cell Biochem. 1998 Oct; 187(1-2): 113-120.

Komórka nowotworowa jednak walczy o glukozę. Dlatego właśnie nowotwór uruchamia procesy pozyskiwania glukozy z białek. Jakie praktycznie ma to znaczenie?

Do pozyskania energii nowotwór zaczyna zużywać białka mięśni szkieletowych. Innymi słowy, żeby zaspokoić swoje potrzeby energetyczne, w organizmie człowieka chorego na nowotwór dochodzi do postępującej utraty mięśni. Jest to zjawisko znane jako wyniszczenie nowotworowe lub kacheksja. Masa ciała chorego gwałtownie spada, w końcu dochodzi do tak silnego wyniszczenia organizmu, że pacjent umiera. Nie pomaga nawet najbardziej kaloryczne karmienie pacjenta. Proszę zauważyć, że pacjent umiera nie z powodu bezpośredniego działania guza nowotworowego. Umiera z powodu zwykłego zagłodzenia, ponieważ do tego bardzo często dochodzi jeszcze jadłoszczę, czyli anoreksja. Pojawiają się objawy, takie jak wymioty, nudności, zaburzenia przesykania, utrata węchu czy smaku. W krańcowych przypadkach pacjent wygląda tak, jakby nie pozostał na nim nawet jeden gram mięśni. Pozostają tylko skóra i kości.

**Szacuje się, że pomiędzy 60% a 70% pacjentów nowotworowych nie umiera na skutek bezpośredniego działania na przykład guza nowotworowego, tylko właśnie z powodu kacheksji.**

Niewiele się o tym mówi. Przeciętny pacjent, czy też jego rodzina w zasadzie nic na ten temat nie wiedzą, bo pacjent i jego rodzina modlą się tylko o jedno, żeby guz nowotworowy się zmniejszył, a przecież wiadomo, że tutaj nie o to chodzi lub też że jest to problem natury drugorzędnej.

Sprawę utrudnia fakt, że jednocześnie występują dwa bardzo intensywne działające zjawiska: wytwarzanie glukozy z substancji, które komórka nowotworowa wyrzuca jako odpad oraz utrata energii wynikająca z konieczności przetwarzania na glukozę mięśni szkieletowych osoby chorej. Widac

już jasno, że jest to jedno z najbardziej potężnych wyzwań, z jakimi borykają się lekarze onkologowie. Niestety współczesna onkologia ze swoim potężnym arsenalem farmakologicznym nie jest w stanie tych dwóch procesów zatrzymać.

Nie oznacza jednak, że tych procesów zatrzymać się nie da!

Tak jak wspomniałem wcześniej, proces przetwarzania produktów ubocznych metabolizmu komórki nowotworowej na glukozę przebiega pod wpływem pewnego enzymu – phosphoenol pyruvate carboxykinase (PEP-CK).

Działanie tego enzymu może być zatrzymane lub w znaczny sposób spowolnione poprzez zastosowanie prostej, bezpiecznej i niezwykle taniej substancji, jaką jest siarczan hydrazyny. Hydrazyna jest środkiem chemicznym o potędnej toksyczności, ale siarczan hydrazyny już nie jest toksyczny. Tak jak wcześniej opisywany przeze mnie sód, który jest niezwykle silną trucizną dla człowieka, ale w związku z chlorem tworzy NaCl, czyli zwykłą sól kuchenną.

W 1974 r. doktor Joseph Gold, po przetestowaniu wielu różnych substancji, zauważył, że siarczan hydrazyny wstrzymuje działanie tego enzymu! Kilka niezależnych badań przeprowadzonych w USA wykazało znaczną poprawę u pacjentów z nowotworem płuc. W jednych z badań trwających 17 lat (!) wzięło udział 740 pacjentów z różnymi typami nowotworów. Wszyscy w bardzo zaawansowanym stadium, gdzie chemioterapia, radioterapia i zabiegi chirurgiczne niczego już nie daly. Mimo to u 46,6% nastąpiła stabilizacja choroby. Skutków ubocznych było brak. Czy jest jeszcze ktoś na tyle odważny (a może użyć tu innego słowa...), kto powie, że zastosowanie chemioterapii daje lepsze wyniki?

Filov VA, Gershmanovich ML, Danova LA, Ivin BA *Experience of the treatment with Sehydrin (Hydrazine Sulfate, HS) in the advanced cancer patients*. Invest New Drugs. 1995;13(1):89–97.

Fakt, że tylko u 4% pacjentów z nowotworem płuc wystąpiła poprawa. Za sprawę wzięła się słynna klinika Mayo. Przeprowadzono badania i co się okazało? Siarczan hydrazyny nie działa!

Loprinzi CL, Goldberg RM, Su JQ, Mailliard JA, Kuross SA, Maksymiuk AW, Kugler JW, Jett JR, Ghosh C, Pfeifle DM, et al. Placebo-controlled trial of hydrazine sulfate in patients with newly diagnosed non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 1994 Jun;12(6):1126-1129.

No i co teraz pomyśli sobie przeciętny lekarz? Skoro taka renomowana klinika stwierdziła, że nie działa, no to nie działa. Sprawę można wrzucić do szuflady albo do śmiecinika.

Przyjrzyjmy się tym badaniom jednak trochę bliżej. Pacjenci, którzy braли udział w badaniach w klinice Mayo (240 osób), byli niedawno zdiagnozowani. Hmm.. coś mi tu już nie gra. Jak to się stało, że w badaniach przeprowadzonych w Rosji poprawa wystąpiła u 4% pacjentów straszliwie zniszczonych długotrwalem procesem leczenia, w stanie beznadziejnym, z przerutami, itd. A w badaniach w klinice Mayo u dopiero co zdiagnozowanych pacjentów zero efektów. Smierdzi mi to na kilometry. W dalszej części książki wykaże, że klinika Mayo to jest ta sama klinika, która tak prowadziła badania nad zastosowaniem witaminy C, żeby nie wyszły. No i? No i, jak opisalem to na początku tej książki, nie wyszły. Czyż nie jest to zastanawiające? Może przyczyną jest to, że Rosjanie dawno temu przemysłowi farmaceutycznemu po prostu pokazali środkowy palec i są naprawdę niezależni? Komu wierzyć?

A teraz pozwól sobie przytoczyć badania przeprowadzone również przez naukowców rosyjskich.

Siarczan hydrazyny zastosowano u 52 pacjentów w wieku od 6 do 62 lat. 46 pacjentów z tej grupy, cierpiało na bardzo zaawansowane nowotwory mózgu z odnowami, które pojawiły się po zabiegach chirurgicznych. Rokowania u takich pacjentów to ŚREDNIO zaledwie około 6 miesięcy.

U 38 pacjentów, z guzami typu glioblastoma (nowotwór złośliwy mózgu) i malignant astrocytoma (szczególnie agresywna forma nowotworu mózgu), dokonano częściowego usunięcia guzów. Wszyscy ci pacjenci wykazywali ostre symptomy neurologiczne, zwiększone ciśnienie wewnętrzczaszkoowe, ataki padaczki, bardzo silne bóle głowy, zaburzenia motoryczne, itd.

U 5 pacjentów z 6, którzy mieli niezłośliwe guzy mózgu, występuły symptomy neurologiczne tego samego typu.

Siarcan hydrazyny był zastosowany w następujący sposób: 60 mg, 3 razy dziennie, przez 30 do 40 dni. Dzieci w wieku 6 do 12 lat otrzymywały 30 mg 3 razy dziennie. Przyjęto, że w tych przypadkach można uznać za stosunkowy sukces przeżywalność tych pacjentów powyżej 6 miesięcy.

Wyniki zastosowanej terapii siarczanem hydrazyny były następujące: całkowita regresja, czyli cofnięcie się symptomów neurologicznych wystąpiła u 63,5% pacjentów. Jeśli uwzględnić częściową regresję, poprawa nastąpiła u 73,1% pacjentów.

U 38 pacjentów z glioblastomą wystąpiła stabilizacja, a u 27 (71%) nastąpiła regresja guza i ośmiu z tych pacjentów przeżyło więcej niż 19 miesięcy. 1 pacjent ponad 30 miesięcy. Leczenie było nieskuteczne tylko u 11 z 38 pacjentów z zaawansowaną glioblastomą. Ci pacjenci zmarli w czasie 4 do 5 miesięcy po zabiegu chirurgicznym. U jednego z trzech chorych z opiniakiem złośliwym ustąpienie symptomów trwało 11 miesięcy po zastosowaniu 2 serii podawania siarczanu hydrazyny.

U innego pacjenta, u którego po zastosowaniu zabiegu chirurgicznego, chemioterapii i radioterapii nastąpił ponowny wzrost guza, ustąpienie symptomów trwało 18 miesięcy (w 5 seriach). W grupie 6 pacjentów z niezłośliwymi nowotworami mózgu, u 5 z nich nastąpiła całkowita regresja guzów i symptomów neurologicznych, co utrzymało się przez następne 5 lat w wyniku podania 8 serii. Już w drugim tygodniu terapii wystąpiły widoczne, pozytywne różnice w stanie zdrowia tych pacjentów.

Efekty terapeutyczne zastosowania Sehydryny w złośliwych i niezłośliwych nowotworach mózgu

| Rodzaj nowotworu             | Liczba pacjentów | Regresja Symptomów Neurologicznych |           | Bez efektu lub progress choroby |
|------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------|---------------------------------|
|                              |                  | całkowita                          | częściowa |                                 |
| Glioblastoma                 | 38               | 24                                 | 3         | 11                              |
| Undifferentiated astrocytoma | 4                | 2                                  | 1         | 1                               |

**Efekty terapeutyczne zastosowania Sehydryny  
w złośliwych i niezłośliwych nowotworach mózgu**

| Rodzaj nowotworu                | Liczba pacjentów | Regresja Symptomów Neurologicznych |           | Bez efektu lub progress choroby |
|---------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------|---------------------------------|
|                                 |                  | całkowita                          | częściowa |                                 |
| Malignant meningioma            | 4                | 2                                  | 1         | 1                               |
| Astrocytoma (benign)            | 3                | 3                                  |           |                                 |
| Ependymoma (benign)             | 1                | 1                                  |           |                                 |
| Meningioma (benign)             | 1                |                                    |           | 1                               |
| Acoustic neuroma giant (benign) | 1                | 1                                  |           |                                 |
| Total (%)                       | 52 (100)         | 33 (63.5)                          | 5 (9.6)   | 14 (26.9)                       |

Zwracam uwagę jeszcze raz: to byli pacjenci w większości w stanach beznadziejnych, gdzie wszystko zawiodło. Co by było, gdyby tego typu leczenie wprowadzono u nich na samym początku choroby? Strach pomysleć... :-)

Inna istotna publikacja osiągalna bezpłatnie to:

**Joseph Gold, Use of Hydrazine Sulfate in Terminal and Preterminal Cancer Patients: Results of Investigational New Drug (IND) Study in 84 Evaluable Patients.** Syracuse Cancer Research Institute, Syracuse, N.Y. Oncology 32: 1–10, 1975.

W 1980 r. Harbour-UCLA Medical Center in Torrance w Kalifornii przeprowadziło dalsze badania, tym razem podwójnie ślepe, z grupą kontrolną. Trwające 10 lat badania zakończyły się całkowitym sukcesem! Narodowy Instytut ds. Nowotworów w USA (NCI) postanowił przeprowadzić swoje własne badania, pod pełną swoją kontrolą. Dr Gold bardzo dokładnie opisał procedurę, jaką należy zastosować, żeby badania te były powtarzalne. Opisał bardzo dokładnie, kiedy i w jakich warunkach zastosowanie tej substancji może nie przynieść oczekiwanej rezultatu.

Po pierwsze, dawka zastosowanej substancji miała znaczenie krytyczne. Po drugie, pacjenci w żadnym przypadku nie mogli przyjmować jakichkolwiek innych leków, takich jak np. antydepresynty, barbiturany czy alkohol.

Jak się okazało, 94% pacjentów, czyli prawie wszyscy brali te zabronione przez doktora Golda substancje. Czy trudno się domyśleć jakie światu medycznemu ogłoszono wyniki tych badań? Oczywiście, ogłoszono wszem i wobec: „siarczan hydrazyny nie działa”! To jednak nie był koniec.

Jeden z redaktorów z niezależnej stacji telewizyjnej, Jeff Kamen, narobił takiego hałasu wokół tego fałszerstwa, że wszczęto śledztwo, które prowadził Barry Tice z General Accounting Office (GAO). Wyniki śledztwa były dla fałszerzy badań druzgocące, co opisano w raporcie z dnia 5 czerwca 1995 r., zatytułowanym: „NIH Actions Spur Continued Controversy Over Hydrazine Sulfate Therapy.”

W Narodowym Instytucie ds. Nowotworów zawrzało. Dyrektor badań, Barry Tice, został natychmiastowo zwolniony z pracy. Trzy miesiące później, opublikowano „nowy” raport, który już miał tytuł: „*Contrary to Allegation, NIH Hydrazine Sulfate Studies Were Not Flawed*”, czyli: żadnego fałszerstwa nie było! Jedne badania – dwa kompletnie różne raporty. Czy to wszystko? Ależ skąd!

Wykazano, że badania były prowadzone niezgodnie z procedurami, jakie są opisane w Deklaracji Helsińskiej! W punkcie 30. Deklaracja ta mówi, że badania, które nie spełniają jej warunków, nie powinny być akceptowane do publikacji. Czyli badania, które mimo wszystko były opublikowane, a mówiąły, że siarczan hydrazyny nie działa, zgodnie z postanowieniem Deklaracji Helsińskiej powinny znaleźć się w śmiertniku!

Co jeszcze można powiedzieć? Dużo, dużo więcej. Oszustwo goni oszustwo, fałszerstwo goni fałszerstwo, tylko po to, żeby na siłę pokazać, że siarczan hydrazyny nie działa. Ile tysięcy ludzi z tego powodu być może niepotrzebnie cierpi, albo straciło życie? Kogo to jednak obchodzi? Jeśli ktoś jest zainteresowany, jak można zniszczyć coś, co z pewnością byłooby niezwykle przydatne w leczeniu nowotworów, zachęcam do zapoznania się z następującą, fascynującą lekturą:

#### **THE TRUTH ABOUT HYDRAZINE SULFATE, Dr. Gold Speaks – 1,**

można to znaleźć tutaj:



<http://ukryte.info/61>

Jeśli ktoś to przeczytał, to widzi, że praktycznie nie ma granic, których nie da się przekroczyć, żeby tylko wykazać, że jakakolwiek substancja naturalna nie działa w leczeniu jakiejś choroby, a choroby nowotworowej w szczególności. W tym celu da się zmanipulować wszystko i wszystkich, nawet najbardziej (niby) wiarygodne instytucje rządowe z klinikami medycznymi włącznie. Co było powodem tego, że z taką niespotykaną zaciętością i za-wziętością tak bardzo z tą substancją walczono? To była jej skuteczność.

Siarczan hydrazyny sprzedawany jest w kapsulkach po 60 mg. Jest kilka procedur zastosowania siarczanku hydrazyny, ale najczęściej stosuje się to tak, dla osoby o wadze od 55 kg w zwyk³ (dla osób ważących poniżej 55 kg należy zastosować 30 mg):

1. Jedna kapsulka dziennie przez pierwsze 3 dni, przed śniadaniem,
2. Jedna kapsulka 2 razy dziennie przez następne 3 dni przed posiłkiem
3. Jedna kapsulka 3 razy dziennie, przed posiłkiem
4. **W żadnym przypadku nie można zwiększać dawki.**
5. Najlepsze wyniki osiągano, stosując siarczan hydrazyny przez 45 dni. Następnie należy zrobić przerwę trwaną co najmniej 1 do 2 tygodni. Po tym czasie można wznowić zastosowanie tej substancji.
6. W czasie terapii nie wolno brać żadnych substancji, takich jak etanol, barbiturany, czy jakiekolwiek inne środki uspokajające czy przeciwdepresywne. **Siarczan hydrazyny jest inhibitorem monoaminoooksydazy (MAO).**

Potencjalne skutki uboczne: chociaż siarczan hydrazyny jest środkiem bezpiecznym, zaakceptowanym jako dodatek wielu suplementów, mogą zdarzyć się pewne skutki uboczne, szczególnie przy dużych dawkach. Należą do nich: nudności, zawroty głowy, uczucie senności, swędzenie skóry, cierpnienie palców u rąk i u stóp. Po tygodniu mogą wystąpić efekty lekkiego pobudzenia. Przy dłuższym stosowaniu, kilka miesięcy, mogą wystąpić symptomy polineuropatyczne. W takim przypadku doktor Gold sugerował zażycie witaminy B6, w przeciwnym wypadku witaminy B6 nie stosować.

Ze względu na działanie na monoaminooksydazy, zaleca się, aby nie spożywać produktów zawierających tyraminę, co może spowodować przyspieszenie akcji serca, zwiększenie ciśnienia tętniczego czy ból głowy. Dlatego w czasie terapii zaleca się:

- unikać produktów, takich jak: wszelkiego rodzaju produkty fermentowane i marynowane: sery pleśniowe, pekowane mięsa, jogurty i wino piwo, marynowane śledzie, solone suszone ryby, fasole, produkty robione na drożdżach, kiszona kapusta, banany, awokado, maliny, śliwki, rodzynki, kwaśna śmietana, maślanka, czekolada, herbata, słodzone napoje gazowane, orzeszki ziemne, migdały, wątrobka wołowa lub kurza, soja, figi, keczup, musztarda, majonez, ocet, orzechów, słodzików,
- spożywać można: świeże mleko, świeże mięso, drób czy ryby, świeże owoce, świeże warzywa, zupy gotowane ze świeżych warzyw,
- unikać owoców Goi, ananasów,
- nie spożywać orzechów,
- w czasie terapii nie spożywać więcej niż 250 mg witaminy C dziennie pochodzącej ze wszystkich źródeł.

Rygory dieletyczne należy wprowadzić na 3 do 4 dni przed rozpoczęciem terapii. Dobre wyniki, szczególnie jeśli wystąpiła kacheksja, daje zastosowanie D-Rybozy (2 do 4 g dziennie).

### **Terapia chlorkiem cezu**

Komórka nowotworowa charakteryzuje się tym, że jej metabolizm przebiega w środowisku kwaśnym. Naukowcy wiedzą już od dawna, że w śró-

dowisku zasadowym nowotwór nie jest w stanie się rozwijać. Zauważono również, że wtedy, kiedy środowisko wewnętrz komórki nowotworowej osiągnie poziom pH=8, wtedy przemiany metaboliczne w niej zachodzące znacznie zwalniają... komórka nowotworowa nie jest w stanie przeżyć. Badania wykazały, że potas, rubid, a w szczególności właśnie cez, są niezwykle łatwo wchłaniane przez komórkę nowotworową. Reakcje te przebiegały znacznie lepiej w obecności cynku, selenu, witaminy A i witaminy C. Dr Keith Brewer, po przeprowadzeniu wielu eksperymentów, opracował terapię leczenia nowotworów, której podstawy opisał w swojej pracy:

Brewer AK. *The high pH therapy for cancer tests on mice and humans*. Pharmacol Biochem Behav. 1984;21 Suppl 1:1-5.

Sluszność tego modelu potwierdzili również:

Neulieb RL, Neulieb MK. *K-Na transport: the Brewer model replaces the active transport model*. Cytobios. 1987;49(196):57-63.

Neulieb RL, Neulieb MK. *The diverse actions of dimethyl sulphoxide: an indicator of membrane transport activity*. Cytobios. 1990;63(254-255):139-165.

Podstawą tej terapii jest to, że chlorek cezu:

1. powoduje **selektywne zalkalizowanie** komórki nowotworowej,
2. nie powoduje szkodliwego zalkalizowania krwi,
3. utrudnia transport glukozy do komórki nowotworowej, co stanowi niezwykle istotny element utrudniający komórce nowotworowej produkcję energii z glukozy,
4. neutralizuje kwas mleczny, który, jak pamiętamy, jest używany do ponownego przekształcenia go w glukozę, której komórka nowotworowa tak bardzo potrzebuje. Można byłoby założyć, że stanowiłyby to niezwykłe wsparcie terapii nowotworowej przy zastosowaniu siarczanu hydrazyny.

Jeden z naukowców postanowił przetestować na sobie stosowaną w tej terapii substancję:

**Neulieb R. Effect of oral intake of cesium chloride: a single case report.** *Pharmacol Biochem Behav.* 1984;21 Suppl 1:15-6.

Inne badania, jakie z kolei przeprowadził dr Sartori na 50 pacjentach, których nowotwory nie reagowały na wcześniej stosowane metody leczenia, również wskazały na ogromny potencjał tego typu podejścia terapeutycznego. Wszyscy pacjenci byli zaklasyfikowani jako pacjenci terminalni, nie do wyleczenia. Niemniej jednak, po zastosowaniu tej terapii 50% pacjentów odzyskało zdrowie!

Osoby te cierpały z powodu nowotworów piersi, jelita grubego, prostaty, trzustki, płuc, wątroby, układu lymfatycznego, miednicy i pęcherzyka żółciowego. W przypadku najczęściej chorych, 26% zmarło w ciągu pierwszych 2 tygodni, 24% zmarło w ciągu kolejnych 12 miesięcy terapii. Ponownie przypominam, wszyscy pacjenci byli w najwyższych stadiach zaawansowania choroby nowotworowej. W tym kontekście terapię tę należy uznać za niezwykły sukces. **Osiągnięto sukces, do którego nie jest nawet w stanie się zbliżyć współcześnie stosowana chemioterapia czy radioterapia.**

**Sartori HE. Cesium therapy in cancer patients.** *Pharmacol Biochem Behav.* 1984;21 Suppl 1:11-3.

Na początku stosowania tej terapii używano chlorku cezu w postaci proszku. Praktyka jednak wykazała, że znacznie lepszym rozwiązaniem jest stosowanie tej substancji w postaci płynu znanego jako: „Ionic Cesium Chloride Concentrate”.

Najczęściej stosowana procedura to podawanie 3 razy dziennie po 1000 mg chlorku cezu zawsze z posiłkiem. Ponieważ chlorek cezu w niższych dawkach może sprzyjać rozwojowi nowotworów, zaleca się oczywiście, żeby dawka dzienna nie była niższa niż 3 gramy. Konieczne jest również jednocześnie podawanie potasu i magnezu.

Bezwzględnie konieczne jest kontrolowanie poziomu potasu we krwi. Zastosowanie chlorku cezu może spowodować spadek potasu we krwi, co może doprowadzić do zaburzenia pracy serca.

Konieczne jest również intensywne nawadnianie organizmu. Do badania poziomu potasu należy również dokonać badań, takie jak: kwas moczo-wy, elektrolity, magnez, wapń. Szczególnie na początku terapii, aby stać po stronie bezpiecznej, badania te należy robić co kilka dni. Chlorek cezu podaje się przez 7 dni, następnie jest przerwa trwająca 3 dni. Może to również dobrze być 5 dni stosowania i 2 dni przerwy.

W kolejnych badaniach należy zwracać uwagę na tendencje zmian i odpowiednio dostosowywać dawkowanie poszczególnych elementów. Może również zajść potrzeba dodatkowej suplementacji wapniem. Suplementację potasem i magnezem, a jeśli potrzeba wapniem, należy kontynuować każdego dnia. Nie ma złotego środka ani konkretnej reguły. Przyjmuje się, że terapię cezem stosować nie dłużej niż przez 90 dni. Jeśli zachodzi potrzeba powtórzenia pełnego cyklu terapii, należy zrobić co najmniej jeden miesiąc przerwy. U pacjentów, którzy wcześniej brali chemioterapię, w czasie stosowania terapii cezem może pojawić się na skórze nieprzyjemna wydzielina.

Znając już działanie tak prostego środka, jakim jest DMSO, nietrudno się domyślić, że u szczególnie chorych pacjentów, którzy nie są w stanie przyjąć niczego doustnie, można wykorzystać DMSO jako transdermalny (przez skórę) transporter chlorku cezu. Innymi słowy, chlorek cezu można podawać przez skórę, nawet w przypadkach zaklasyfikowanych jako przypadki beznadziejne lub wręcz agonalne.

W przypadku kiedy choroba jest już w bardzo zaawansowanym stadium lub kiedy niższe dawki nie dają efektu, stosowano nawet 9 g chlorku cezu 3 razy dziennie.

W czasie terapii należy unikać produktów spożywczych, które mają działanie zakwaszające: mięso, jaja, cukier, soki owocowe, produkty zbożowe, produkty mleczne, alkohol, kawa, herbata, orzechy. Najlepiej przejść na dietę warzywną, ze sporym udziałem oleju kokosowego.

Ze względu na to, że chlorek cezu działa na poziomie komórkowym, badanie pH śliny czy moczu, a nawet krwi nie stanowi żadnego odzwierciedlenia rzeczywistej wartości pH na poziomie komórki nowotworowej.

Terapia ta, jak widać, może być niezwykle przydatna w leczeniu choroby nowotworowej. Należy ją przeprowadzać ZAWSZE pod kontrolą lekarza. To oczywiście nie musi być onkolog.

## Potencjonowanie Insuliną

Jak wiadomo, w obrazie ogólnym leczenia choroby nowotworowej usuwanie guza nowotworowego ma niewiele wspólnego z leczeniem choroby nowotworowej, to jednak bywają przypadki, kiedy zastosowanie chemioterapii ma sens. Kiedy guz nowotworowy stanowi bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta, wtedy rzeczywiście należy coś z tym fantem zrobić. Jeżeli guz nowotworowy uciska na narząd, naczynie krwionośne czy naczynie limfatyczne, może to doprowadzić do bezpośredniego stanu zagrożenia życia. Wtedy zastosowanie np. chemioterapii ma swoje uzasadnienie. Tak to też się robi w ramach istniejących procedur. Ja nie mam z tym problemu, mam tylko problem z tym, JAK to się robi.

Jak wiemy, w takich przypadkach podaje się taką ilość środka chemioterapeutycznego, że pacjent czasami ledwo to znosi. Czasami znosi to w ogromnych cierpieniach. Dzieje się tak dlatego, że środek chemioterapeutyczny nie działa wybiórczo wyłącznie na tkankę nowotworową. Środek chemioterapeutyczny działa na wszystkie komórki organizmu chorego człowieka, bez względu na to, czy są one chore, czy zdrowe. Czy jest rozwiązanie lepsze? Oczywiście, że jest!

Co by się stało, gdybyśmy w pewien określony sposób, na siłę, poziom glukozy we krwi jednak obniżyli. Wtedy komórki zdrowe, które nie potrzebują aż tak dużej ilości glukozy, mogłyby sobie dalej funkcjonować, ponieważ natychmiast przestawiliłyby się na produkcję większej ilości energii z tłuszczy.

Komórki nowotworowe natomiast, nie będąc w stanie pozyskać odpowiedniej do ich przeżycia ilości glukozy, znalazłyby się w bardzo poważnej sy-

tacji. Co jeszcze to oznacza? Jak już nietrudno wydedukować, bez odpowiedniej do ich życia dostawy glukozy komórki nowotworowe natychmiast by uległy osłabieniu lub wręcz zniszczeniu. Czując tego typu niebezpieczeństwo, natychmiast zwiększą one ilość receptorów glukozy na swoich błonach i robią wszystko, żeby glukoza mogła do nich dotrzeć. W tym stanie stają się również bardzo wrażliwe na środek chemioterapeutyczny. W tym przypadku jest to dla nas informacja niezwykle ważna. Co zrobić, żeby te zjawiska wykorzystać dla dobra pacjenta?

Po pierwsze, trzeba silowo wręcz obniżyć poziom glukozy we krwi. Jak to zrobić? W jaki sposób chorzy na cukrzycę obniżają poziom glukozy we krwi? Wstrzykują sobie insulinę. W tym przypadku robi się to samo. Najczęściej, podaje się około 0,4 do 0,6 JEDNOSTKI insuliny na kilogram wagi ciała pacjenta (średnio pomiędzy 20 a 40 jednostek). Jedna z procedur polega na wyliczeniu odpowiedniej liczby jednostek insuliny (u pacjentów bez innych komplikacji) w następujący sposób:

#### **Liczba jednostek insuliny: (waga (kg) / 2) – 5**

U wegetarian liczba jednostek insuliny może być zmniejszona o 5 jednostek. Nie jest to jednak regułą. Całość tej techniki sprowadza się do tego, aby zastosować jak najmniejszą ilość insuliny do wywołania odpowiedniego efektu.

W przypadku dzieci ilość potrzebnej insuliny to:

- Poniżej 1 roku: 0,5 jedn.
- 1 do 10 lat: 1 do 2 jedn. (w zależności od reakcji)
- 10 do 15 lat: początkowo 5 jedn., a następnie w zależności od reakcji można zwiększyć ilość insuliny co dwie jednostki

Ogólna procedura jest następująca:

1. Po jednorazowym podaniu insuliny dożylnie, jak najczęściej wykonywany jest pomiar poziomu glukozy. Mniej więcej po 20 do 40 min poziom glukozy będzie wynosił ok. 40 do 60 mg/dl.

2. Po osiągnięciu wymaganego możliwie jak najniższego poziomu (po ok. 20 do 40 min), po pewnym czasie pacjent zacznie odczuwać typowe efekty hipoglikemii: głód, zwiększone pragnienie, lekkie zwroty głowy, pocenie się, wzrost temperatury ciała, czy przyspieszoną akcję serca, niepokój, drżenie rąk... U niektórych pacjentów efekty te są widoczne już po 25 do 30 minutach. Najwyższy poziom hipoglikemii występuje na ogół po 25 do 30 minutach po wystąpieniu pierwszych objawów hipoglikemii, chociaż były przypadki, że te objawy wystąpiły dopiero po dwóch godzinach.

Określenie najniższego poziomu glukozy jest krytyczne i wiele zależy od doświadczenia przeprowadzającego ten zabieg lekarza. Kiedy pacjent mimo wszystko nic nie czuje, jest to reakcja negatywna; kiedy czuje efekty hipoglikemii po dwóch godzinach, jest to reakcja słaba; silna racja jest wtedy, kiedy kilka objawów występuje po kilkunastu minutach jednocześnie. W czasie prawidłowo przebiegającego zabiegu pacjent nie powinien stracić przytomności. Kiedy jednak dojdzie do utraty przytomności, należy natychmiast podać nieco glukozy.

Kiedy pacjent wykazuje objawy zbliżającej się utraty przytomności, jest to moment przejścia do następnego etapu. Jest to punkt terapeutyczny. Przed zabiegiem pacjent powinien być w pełni poinformowany o możliwych do wystąpienia efektach hipoglikemii.

3. Po osiągnięciu powyższego stanu podawana jest substancja, którą wykorzystuje się do terapii, np.: środek chemioterapeutyczny czy np. witamina B17. W tym momencie można też dokonać nastrzyków lokalnych w przypadku np. guza nowotworowego. Następnie można podać dożylnie środek terapeutyczny.
4. Natychmiast po podaniu zaplanowanego środka terapeutycznego podaje się 40-procentowy roztwór dekstrozy lub glukozy. Zazwyczaj pacjent otrzymuje również do wypicia sok owocowy, w celu doprowadzenia do jak najszybszej normalizacji poziomu glukozy we krwi. Symptomy hipoglikemii ustępują natychmiastowo.

Polecam zapoznanie się z pracami lekarzy argentyńskich:

Lasalvia-Prisco E, Cucchi S, Vazquez J, Lasalvia-Galante E, Golomar W, Gordon W. **Insulin-induced enhancement of antitumoral response to methotrexate in breast cancer patients.** Cancer Chemother Pharmacol. 2004 Mar; 53(3): 220-224.

Lekarze z Bułgarii również przeprowadzili istotne w tej sprawie eksperymenty.

Damyanov C, Gerasimova D, Maslev I, Gavrilov V. **Low-Dose Chemotherapy with Insulin (Insulin Potentiation Therapy) in Combination with Hormone Therapy for Treatment of Castration-Resistant Prostate Cancer.** ISRN Urol. 2012; 2012: 140182.

Całość zabiegu trwa od 1,5 do 2 godzin. Na ogół stosuje się 1 do 2 sesji tygodniowo. W zależności od przypadku, sesje redukuje się do jednej na miesiąc, a nawet jednej na trzy miesiące. W ten sposób można podać 10 do 15% środka chemioterapeutycznego, ze skutkiem bardzo podobnym do podania pełnej dawki, tak jak się to do tej pory stosuje, natomiast bez powodowania strasznych czasami skutków ubocznych wynikających z tak dużej dawki.

Dlatego jeśli zachodzi konieczność zastosowania chemioterapii, można ją zastosować w sposób łagodniejszy, być może nawet częstszy, a co najważniejsze skuteczny i bezpieczny. Większość środków farmakologicznych, szczególnie w leczeniu schorzeń związanych z układem nerwowym, z mózgiem, ma problem z przedostaniem się przez barierę krew-mózg.

Bywa, że lekarze, w pewnego rodzaju desperacji, stosują środki chemioterapeutyczne w przypadku nowotworów mózgu, nawet wtedy, kiedy wiadomo, że środek ten nie jest w stanie przejść przez tę barierę. Takie postępowanie oczywiście nie ma najmniejszego sensu, szczególnie, że stosuje się to u dzieci! Czy nie byłoby bardziej rozsądne, aby sięgnąć właśnie np. do potencjonowania insuliny? Może właśnie jako nośnik wykorzystać DMSO? Dlaczego medycyna akademicka tak bardzo broni się przed wprowadzaniem tego typu rozwiązań?

Ktoś proponuje rozwiązanie następujące: zamiast dawki 100% zastosujemy 10% środka chemioterapeutycznego, ale podanego w inny, znacznie

**bardziej bezpieczny sposób.** Dodatkowo, są tysiące przykładów praktycznych, gdzie sposób ten doskonale ktoś sprawdził przez np. 20 lat. Zwykła logika nakazywałaby, aby posłuchać tego kogoś i skoro ten ktoś ma doświadczenie na tysiącach pacjentów, to może tego jednak spróbować np. na 10 pacjentach. Czy też uparcie, bezsensownie, odmawiać nawet przeanalizowania czy też spróbowania tej metody? Tak jest to teraz.

**Przecież nie proponuje się zwiększenia dawki silnie toksycznego środka chemioterapeutycznego 10 razy, tylko właśnie 10-krotnego jego zmniejszenia!** A może to jest właśnie problemem?

Jaki jest powód? Jestem pewien, że każdy na to pytanie może odpowiedzieć sobie sam. Każdy liczyć potrafi, a przemysł farmaceutyczny w szczególności.

Są jak zawsze krytycy tego typu rozwiązania, wskazując na jego niedociągnięcia, ograniczenia czy możliwe do wystąpienia skutki uboczne. Czy takie są? Tak. Ale praktycy, mający doświadczenie w tej metodzie doskonale sobie z nimi radzą. Nie są to ograniczenia czy nawet skutki uboczne w najmniejszym stopniu przypominające ograniczenia czy skutki uboczne chemioterapii. Przez wiele lat metoda ta przeszła również wiele udoskonalen.

Dawno temu, podczas pierwszych zastosowań tej metody np. wprowadzano pacjenta w krótkotrwały (kilkanaście sekund) okres utraty przytomności wynikającej z hipoglikemii. Wtedy stanowiło to dla medycyny akademickiej powód do odrzucenia tej metody. Od dawnna jednak praktycy wykazali, że taka głęboka hipoglikemia wcale nie jest konieczna do uzyskania niezwykle pozytywnego efektu. Co więcej, ta metoda może być stosowana również do zwiększenia skuteczności podawanej witaminy C czy też witaminy B17, a być może innych środków leczniczych też.

To jest tylko bardzo ogólny opis. Szczegółowe dane tego typu terapii uzależnione są od danego pacjenta. Nie istnieje tylko jedna metoda, która pasuje do każdego. Odpowiednio przeszkolony w tej technice lekarz jest w stanie opracować właściwy schemat dla danego pacjenta. Ktoś zapyta, co z pacjentami chorymi na cukrzycę, co z tymi, którzy są dializowani, co z tymi,

którzy mają nadciśnienie czy inne schorzenia? Są to przypadki wymagające szczególnego podejścia i szczególnej uwagi, ale książka ta nie jest miejscem na opisywanie tego. Tutaj odpowiedź krótko: da się.

Co ciekawe, były już takie doniesienia, że **potencjonowanie przy użyciu DMSO było bardziej efektywne niż przy użyciu insuliny**. Pole do poważnych i niezwykle interesujących badań medycznych jest wręcz nieograniczone.

Powiem jeszcze coś, co moim zdaniem powinno może nie tyle wstrząsnąć, co w poważnym stopniu zainteresować przede wszystkim onkologów: wiele razy macie doczynienia z kobietami w ciąży, u których trzeba (a może nie?) zastosować chemioterapię. Jakie to jest nadzwyczaj wysokie ryzyko, to Wy, drodzy onkolodzy, wiecie najlepiej. Czy w związku z tym chcielibyście się zapoznać z metodą, która w znacznym stopniu to ryzyko by obniżyła? Jeśli tak, to zapraszam do gruntownego zapoznania się z tą metodą.

Prowadzone są oczywiście szkolenia dla lekarzy, ale z tym już jest problem. Żadna firma farmaceutyczna Wam takich szkoleń nie zafunduje. Ciekawe dlaczego? No i inna, bardzo prozaiczna sprawa: czy szef Was na takie szkolenie puści? Czy zechce to sfinansować? A może pojedzie z Wami? Na Hawajach to na pewno nie będzie, ale wierzę mi, z pewnością będącą będzie warto!

Jeśli ktoś chce zapoznać się ze szczegółami dotyczącymi tej terapii, to pośród wielu osiągalnych w tej chwili materiałów, polecam według mnie najlepszą w tej dziedzinie książkę, napisaną przez praktyków, ekspertów w tej dziedzinie:

*Hauser RA, M.D., Houser MA, M.S., R.D., Treating Cancer With Insulin Potentiation Therapy*

## **Artemisinin**

Czy ktoś słyszał o zastosowaniu chrząstki rekina w onkologii? Jeśli tak, to chyba nie ma co sobie głowy zwracać, bo jest coś znacznie bardziej lepszego. Substancja ta nazywa się artemisinin i znajduje się w zwykłym pio-

Iunie. Jest jedną z najbardziej przebadanych substancji naturalnych, w odniesieniu do jej działania w przypadku choroby nowotworowej.

Jest to substancja tania i niedająca praktycznie żadnych istotnych skutków ubocznych. Podaje się ją dożylnie. Badań na ten temat jest naprawdę bardzo dużo. Żeby wzbudzić zainteresowanie, zacytuję zaledwie kilka.

*Lai H, Sasaki T, Singh NP. Targeted treatment of cancer with artemisinin and artemisinin-tagged iron-carrying compounds. Expert Opin Ther Targets. 2005 Oct;9(5):995-1007.*

*Efferth, T., Dunstan, H., Sauvrey, A., Miyachi, H., Chitambar, CR The anti-malarial artesunate is also active against cancer. International journal of oncology, Volume 18, Issue 4, April 2001, Pages 767-773*

*Maria P. Crespo-Ortiz and Ming Q. Wei, Antitumor Activity of Artemisinin and Its Derivatives: From a Well-Known Antimalarial Agent to a Potential Anticancer Drug, Journal of Biomedicine and Biotechnology Volume 2012 (2012), Article ID 247597.*

*Gordi, T., Lepist, E.-I. Artemisinin derivatives: Toxic for laboratory animals, safe for humans? Toxicology Letters, Volume 147, Issue 2, 1 March 2004, Pages 99-107*

*Zhang S, Gerhard GS. Heme mediates cytotoxicity from artemisinin and serves as a general anti-proliferation target. PLoS One. 2009 Oct 28;4(10):e7472.*

*Lai, H.ab, Singh, N.P.c Selective cancer cell cytotoxicity from exposure to dihydroartemisinin and holotransferrin, Cancer Letters, Volume 91, Issue 1, 4 May 1995, Pages 41-46*

*Lu JJ, Chen SM, Zhang XW, Ding J, Meng LH. The anti-cancer activity of dihydroartemisinin is associated with induction of iron-dependent endoplasmic reticulum stress in colorectal carcinoma HCT116 cells. Invest New Drugs. 2011 Dec;29(6): 1276–1283.*

Oczywiście jest bardzo wiele źródeł tych badań, ja mam ich ponad 382. Nie byłoby sensu cytować ich tutaj wszystkich, chodzi mi tylko o zwrócenie uwagi na to, jak wiele badań w tym zakresie już wykonano. Jak zwykle, chcę tylko wzbudzić zainteresowanie i spowodować, żeby tego typu metoda również była obiektem badań prowadzonych przez polskie uniwersytety medyczne. Wszyscy Polacy by na tym skorzystali.

## Witamina B17

Każdy, kto chociaż trochę interesuje się metodami komplementarnymi leczenia choroby nowotworowej, słyszał o witaminie B17 (choć technicznie nie jest to witamina, będę używał tego skrótu, ponieważ jest on po-wszechnie znany i zrozumiały).

Znana również pod nazwą amigdalina, a jej izolat stosowany dożylnie to laetrile, albo letril. Znajduje się ona w naturze w pestkach wielu owoców, takich jak śliwki, czereśnie, wiśnie, gruszki, jabłka, itd.... Znajduje się ona również w ziarnach prosa, jęczmienia, owsa, żyta... Najwięcej jest jej jednak w pestkach moreli. Amigdalina składa się dwóch molekułów glukozy, grupy nitrylowej i benzaldehydu. Cyjanowodór i bezaldehyd to, jak wiadomo, silne trucizny. Ich siła rażenia jest zwiększena niemal 100 razy, kiedy występują razem.

Terapia nowotworowa z użyciem witaminy B17 uchodzi za terapię o niesprawdzonej skuteczności. Tutaj ponownie dochodzimy do problemu, o którym wspomniałem już powyżej, a mianowicie: na czym polega sprawdzona skuteczność?

W onkologii polega to na tym, że terapię uważa się za skuteczną, jeśli pacjent po diagnozie i zastosowanej terapii przeżył 5 lat. Jeśli u takich pacjentów zastosować witaminę B17 jako środek terapeutyczny, to czy należałoby uznać za skuteczną tę terapię, gdyby 3% pacjentów przeżyło 5 lat? Z taką definicją skuteczności z pewnością nikt by się nie zgodził. Każdy by taką terapię wyśmiał. Dziwnym trafem, co opisałem w poprzednich rozdziałach, zastosowanie chemioterapii i radioterapii w takim samym przypadku (średnia skuteczność ok. 3%) uważa się za terapie skuteczne. Czy ktoś widzi w tym jakąś logikę? Jakiś sens? A może ktoś widzi pieniądze? Tylko kto? :-)

O skutkach ubocznych chemioterapii i radioterapii nawet nie wspomnę. Wspomnę jednak, że zastosowanie witaminy B17 nie łączy się prawie z żadnymi skutkami ubocznymi. Dla niektórych może to mieć znaczenie, szczególnie kiedy jest się pacjentem.

W związku z tym, jeśli terapia witaminą B17 miałaby skuteczność taką samą jak ma w tej chwili chemioterapia, ale nie byłaby związana z tragicznymi wręcz skutkami ubocznymi, jakie powoduje chemioterapia, to który środek powinien być zaakceptowany do użycia w onkologii? Czym drodzy Czytelnicy wolelibyście, aby Was leczono?

Jest jeszcze inne pytanie. Gdybym powiedział, że terapia witaminą B17 jest skuteczna i po latach jej stosowania okazało się, że przedłużała życie pacjentom średnio o całe 3 miesiące, to chyba każdy by po raz wtóry mnie wyśmiał. A przecież, jak pokazały badania naukowe (cytowane powyżej), zastosowanie chemioterapii daje właśnie taki wynik! I co? Onkologia „pieje” o skuteczności chemioterapii!

Od ponad 40 lat leje się w pacjentów środki chemioterapeutyczne ze skutkiem katastrofalnym, ze skutecznością, którą w każdym innym przypadku by po prostu wyśmiano, ale... „władze medyczne” wbrew jakimkolwiek rozsądkom czy naukowo udowodnionemu brakowi skuteczności, uznały ten proceder za leczenie! Nikt przez 40 lat nie stosował witaminy B17 w takim samym zakresie jak chemioterapię, a więc nie można mówić o jakimkolwiek porównaniu skuteczności. Nie można też mówić o braku skuteczności witaminy B17, bo badań takich formalnie nie przeprowadzono.

No dobrze, ale czy w takim razie nie można było wykonać badań laboratoryjnych, a jeszcze lepiej, czy nie można było po prostu użyć tego w praktyce lekarskiej? To wszystko zrobiono. Tylko jakoś tak się składa, że niewiele osób o tym wie. Z jakiegoś powodu tego się nie nagłaśnia. Nagłaśnia się natomiast to, że witamina B17 nie działa. Trzeba się temu jednak przyjrzeć bliżej. Zróbmy to razem...

Zaczniemy od tego, że w literaturze czy też na wielu stronach internetowych można spotkać dość dużą liczbę opisów dotyczących działania witaminy B17 w organizmie. Wiele z tych opisów polega na bardzo skomplikowanych teoriach biochemicznych. Teorie, jak wiemy, mają duże znaczenie

szczególnie wtedy, kiedy wkraczamy na nieznany grunt. Teorie mają sens wtedy, kiedy chcemy zastosować coś, czego nigdy jeszcze nie potwierdzono praktyką. Czasami prowadzi się bardzo głębokie analizy teoretyczne, wykonuje się miliony obliczeń, symulacji komputerowych, szczególnie wtedy, kiedy wprowadzenie danego rozwiązania może się łączyć z ryzykiem utraty czegoś życia.

Czasami jednak mamy do czynienia z sytuacją odwrotną. Mamy efekty praktyczne zastosowania jakiegoś nowego rozwiązania. Co wtedy? Czy tworzenie teorii ma wtedy jakikolwiek sens? Oczywiście, że ma. Ma sens w tym, że stworzenie teorii pozwala nam na zrozumienie mechanizmu działania tego, co funkcjonuje w praktyce. Często jednak widzimy, że teoria sobie, a praktyka sobie. Czy w takim przypadku jakiekolwiek znaczenie ma teoria mówiąca, że czegoś się nie da lub że coś nie działa, podczas gdy praktyka pokazuje, że się da i że to coś działa? Co w takim razie dla nas jest ważniejsze do oceny zjawiska i jego skuteczności: teoria czy praktyka? Czy powinniśmy zrezygnować z tworzenia teorii? W żadnym przypadku nie! Natomiast błędem byłoby stawianie teorii przed istniejącą już praktyką.

Jeżeli teoria mówi, że czegoś się nie da albo że coś nie działa, a praktyka pokazuje zupełnie coś odwrotnego, to stworzona teoria jest zła. Trzeba tę teorię zmienić na inną albo ją dopracować. Korzystając z doświadczeń praktycznych, należy poznać prawdziwe mechanizmy działania, stworzyć teorię, którą praktyka potwierdzi. Jaki ma sens w takim razie, po przeprowadzeniu rozważań czysto teoretycznych, twierdzenie, że witamina B17 nie działa, skoro praktyka mówi zupełnie coś innego?

Dlatego właśnie zaczynę od doświadczeń praktycznych wielu lekarzy, którzy stosowali w swojej praktyce terapię opartą na witaminie B17. Teoria w tym przypadku zupełnie mnie już nie interesuje. Interesuje mnie skuteczność leczenia pacjenta, ale nie skuteczność teoretyczna, tylko praktyczna.

Jakie były efekty praktyczne zastosowania terapii metabolicznej przy użyciu witaminy B17?

Na przykład: 180 pacjentów z 30 rodzajami nowotworów pierwotnych, czyli jeszcze bez przerzutów, gdzie 10 pacjentów miało agresywny rodzaj raka

skory. Od roku 1974 do 1991 42 pacjentów z tej grupy zmarło, 23 z tych 42 zmarło z powodów związanych z ich chorobą nowotworową. U trzech pacjentów wystąpiły przerzuty, jeden z nich żył dwa lata po wystąpieniu przerzutów i zmarł w wieku 73 lat. Jeden z nich żył 4 lata, a drugi 9 lat. U innych pięciu pacjentów wystąpiły przerzuty, ale ciągle, w 1991 r. żyli.

W czasie obejmującym tę analizę 23 pacjentów zmarło z powodu nowotworu, 12 zmarło z powodów, które nie miały niczego wspólnego z nowotworem, ale przed ich śmiercią (udar, zawał, zadławienie się) wszyscy czuli się dobrze.

**Najważniejsze tutaj jest to, że po 18 latach 87,3% pacjentów ciągle żyło! Nie zmarli z powodu nowotworów!**

Nawet jeśli się uwzględni siedmiu pacjentów, którzy zmarli z „powodów nieznanych”, a niekoniecznie była nimi ich choroba nowotworowa, to ciągle **83,3% pacjentów przeżyło 18 lat i żyło nadal**. Czy to można nazwać, skromnie nawet, niezłą skutecznością leczenia? Jak to się ma do oficjalnie ogłaszań statystyk w zastosowaniu chemio- i radioterapii? Strach porównywać.

Powyższa analiza przeżywalności dotyczyła pacjentów z nowotworem pierwotnym czyli takich, u których nie wystąpiły jeszcze przerzuty.

Kiedy wzięto pod uwagę przeżywalność pacjentów, którzy już przerzuty mieli, wyniki tych analiz wyglądają następująco. Uwzględniono 108 pacjentów, u których stwierdzono 23 rodzaje różnych typów nowotworów. W ciągu 18 lat, które objęto tą analizą, 29,6% pacjentów zmarło. U 7 pacjentów stwierdzono rozwój następnych przerzutów. 3 pacjentów z tych 7 zmarło z tego powodu. 3 pacjentów ciągle żyje, 1 z pacjentów zmarł z powodów niemających niczego wspólnego z chorobą nowotworową. W sumie, zmarło 47 pacjentów. 9 pacjentów zmarło z przyczyn nieznanych, ale w analizie uwzględniono ich jako pacjentów, za których śmierć odpowiada choroba nowotworowa. **76 pacjentów (czyli 70,4%) spośród 108 pacjentów z nowotworami z przerzutami przeżyło 18 lat**. Jeśli nawet uwzględnić pacjentów, którzy zmarli z powodów nieznanych, jako jednak ofiary choroby nowotworowej, to przeżywalność 18-letnia wyniosła 62,1%.

Jaka jest przeżywalność 18-letnia pacjentów nowotworowych z przerzutami „leczonymi” chemioterapią i radioterapią? Nie wiem. Wiem jednak na pewno, że nie jest to 62%.

Należy tutaj podkreślić, że we wszystkich przypadkach diagnozy zostały potwierdzone histopatologicznie. Nie ma więc mowy o tym, że to nie były nowotwory. Trzeba to tutaj wyraźnie zaznaczyć, bo wtedy, kiedy zastosowanie środków naturalnych wykazuje się skutecznością, najczęściej słyszy się argument, że nie była to ta choroba, że postawiono złą diagnozę. Aha... no i oczywiście słyszy się nieśmiertelny argument: placebo.

Pytanie: Kto z chorych na chorobę nowotworową chciałby być w ten sposób leczony? Kto z chorych na chorobę nowotworową, szczególnie kiedy już wystąpiły przerzuty, chciałby być leczony przez takiego lekarza? Który z pacjentów, po zapoznaniu się z tymi wynikami, zdecydowałby się jednak na chemioterapię czy radioterapię?

Kto takie wyniki osiągnął i w jaki sposób? Czy ktoś z onkologów jest tym zainteresowany? A może zainteresowany jest któryś uniwersytet medyczny w Polsce? Jeśli tak, to proszę o kontakt. Wszystko udostępnię.

Spokojnie... to tylko żart, bo przecież wiadomo, że nikt w tej sprawie się ze mną nie skontaktuje. To byłaby ujma na honorze. No więc zaoszczędzę wielu osobom takiego ambarasu i te informacje przekażę wszystkim, którzy tę książkę teraz czytają.

Dokonał tego dr Philip E. Binzel. Skromny, prawdziwy lekarz z małego amerykańskiego miasteczka. Czy ktoś się tym fenomenalnym osiągnięciem zainteresował? Naturalnie! Było to amerykańskie FDA. Historia ta jest niezwykle ciekawa, a opisał ją w swojej książce (*„Alive and Well”*) właśnie dr Binzel. W książce tej dr Binzel podaje dużo więcej przykładów wyleczeń, opisując to swoimi własnymi słowami. Już widzę oczami wyobraźni, szczególnie medyczną „młodzież” pytającą: „A gdzie badania kliniczne, a gdzie dowody naukowe, a gdzie publikacje...??”

Już odpowiadam: dr Binzel nigdy nie był zainteresowany publikowaniem czegokolwiek, on po prostu leczył. Tak jak powiedziałem, po wielu latach zapoznawania się z wieloma pracami naukowymi, po przeczytaniu na-

prawdę nieskończonych setek takich prac, komentarzy, analiz, opisów wielu metod, wielu rozmów jakie przeprowadziłem z lekarzami takimi jak dr Binzel, po raz wtóry stwierdzam: **praktyka lekarska liczy się przede wszystkim.**

Pewnie teraz będzie pytanie: skąd wiem, że pisał prawdę? W dzisiejszym świecie oszustwa ja wierzę lekarzom takim jak dr Binzel. Bardziej wierzę lekarzom, których niszczono, gnębiono, odbierano prawa wykonywania zawodu, ośmieszano, czasami nawet wtrącając do więzienia tylko dlatego, że odważyli się robić coś, co nawet w najmniejszym stopniu podważało obecnie stosowane metody leczenia choroby nowotworowej. Lekarzy takich, z których wielu mialem przyjemność spotkać osobiste, pytałem: „Dlaczego tego nie opublikujecie?” Odpowiedź zawsze była: „A po co? I tak mi tego nie opublikują” lub też „Próbowałem wiele razy, ale żebym mógł to opublikować, moja praca musi być recenzowana przez kilku innych, tak zwanych niezależnych lekarzy, wtedy dopiero może ukazać się to w różnego rodzaju bazach danych, a to, jak się okazało, jest nie do przejścia, dlatego niczego nie publikuję, ja po prostu leczę”. Ja osobiste wierzę praktykom.

Dla zilustrowania zagadnienia posłużę się zaledwie kilkoma, skrótnie tutaj przedstawionymi przykładami cytowanymi z książki tego lekarza.

### **Przykład 1.**

Kobieta, lat 59, rak piersi z przerzutami, opinia lekarzy: szanse na przeżycie nikłe. Zaproponowano jej udział w eksperimentalnym programie „leczenia” przy użyciu nowoczesnej chemioterapii. Odmówiła. Wybrała sposób leczenia, jaki stosował dr Binzel. Po 20 latach cieszy się dobrym zdrowiem, nowotwór nigdy nie powrócił. Wszystkie osoby uczestniczące w ww. programie leczenia nowoczesną chemioterapią zmarły w ciągu pierwszych 18 miesięcy.

### **Przykład 2.**

Kobieta, lat 51, nowotwór jelita grubego z przerzutami. Poddana była 4 sezonom chemioterapii. Zaprzestano dalszego podawania ze względu na skutki uboczne związane z chemioterapią. Zastosowano terapię metaboliczną. Minęło 17 lat, kobieta ciągle żyje, nowotwór nie powrócił, przerzutów nie było.

**Przykład 3.**

Kobieta, lat 48, nowotwór kości (w okolicach miednicy). Po 6 latach bez symptomów choroby.

**Przykład 4.**

Kobieta, lat 43, nowotwór jajnika z przerzutami do jamy brzusznej. Po chemioterapii. Po kilku miesiącach stosowania terapii metabolicznej kobieta uznala, że jest wyleczona i zaprzestała leczenia. Po dwóch latach nowotwór rozprzestrzenił się od prawej strony miednicy do prawej strony jamy brzusznej. Wróciła do terapii, jaką stosował dr Binzel. Po dwóch miesiącach czuła się już znacznie lepiej i, co ciekawe, guzy nowotworowe były znacznie bardziej miękkie. Po roku okazało się, że od 7 czy 8 miesięcy kobieta już nie używała terapii metabolicznej. Nowotwór się powiększył, powodował bóle brzucha, wystąpił obrzęk prawej nogi. Guz nowotworowy został usunięty chirurgicznie. W raporcie patologicznym stwierdzono obecność głównie „obumarłych” komórek nowotworowych. Po 3 latach pacjentka zaprzestała terapii. Nowotwór powrócił. Doszło do zaciśnięcia światła jelita grubego, trzeba było wyłonić stomię. Kobieta powróciła do stosowania terapii metabolicznej. Po 3 latach nie stwierdzono choroby.

Jest to ciekawy przypadek, który wskazuje na to, że zastosowaniem lub przerywaniem terapii metabolicznej, jakiej używał doktor Binzel, chorobę nowotworową można powiedzieć, „włączono” i „wyłączano”.

Co prawda jeden, ale taki sam przypadek „włączania” i „wyłączania” choroby dietą widziałem w Australii u kobiety z genetycznie potwierdzoną, nieuleczalną (?) hemochromatozą.

**Przykład 5.**

Kobieta, lat 24, nowotwór mózgu, częściowo usunięty. 25 sesji radioterapeutycznych, 4 lata później ponowne usunięcie guza z pozostawieniem jednak dużej jego części. Pacjentce powiedziano, że pozostaje jej tylko radioterapia. Po 19 latach od wprowadzeniu terapii metabolicznej pacjentka ciągle cieszy się dobrym zdrowiem.

**Przykład 6.**

Mężczyzna, lat 59, nowotwór płuc. 5 sesji radioterapeutycznych i jedna chemioterapeutyczna. Skutki uboczne tych terapii spowodowały zaprzestanie

ich stosowania. Po wprowadzeniu terapii metabolicznej po 6 miesiącach całkowity zanik guza nowotworowego. Stan ten utrzymywał się bez zmian po kolejnych 12 latach.

### **Przykład 7.**

Kobieta, lat 62, złośliwy nowotwór skóry. Nie zastosowano radioterapii ani chemicznej. Terapię metaboliczną zastosowano natychmiast. Kobieta żyje już 15 lat bez objawów choroby.

### **Przykład 8.**

Mężczyzna, 57 lat, nowotwór pluca, operowany. Jednorazowa chemiczna terapia z takimi skutkami ubocznymi, które spowodowały jej przerwanie. Został poddany 25 sesjom radioterapeutycznym. W ciągu kolejnych dwóch miesięcy nastąpił znaczny wzrost guza nowotworowego. 14 miesięcy po rozpoczęciu terapii, jaką stosował dr Binzel, nastąpiło wstrzymanie rozwoju guza. W ciągu kolejnych czterech miesięcy stwierdzono istnienie tylko zmian bliznowatych w płucu.

To tylko kilka przykładów.

Czy terapia, jaką stosował dr Binzel, była zawsze w 100% skuteczna? Nie. Czy była jednak bardziej skuteczna niż standardowa chemiczna i radioterapia? Pozostawiam to do oceny Czytelnikom. Tak, wiem... nie było po dwójnie ślepych prób, grup kontrolnych itd., itd.... Do tego jeszcze dojdę.

Niezwykle ważnym elementem tej terapii jest to, że nawet jeśli pacjent umarł, to, stosując swoją metodę, dr Binzel wielokrotnie wskazuje na to, że ludzie ci odchodzili w godności, bez cierpień. Wypisz, wymaluj, jak po chemicznej - czy radioterapii... ☺

Tutaj przychodzi mi na myśl historia mężczyzny, lat 72, z nowotworem nerki z przerzutem do wątroby i płuc, u którego taką terapię stosowałem, ale bez podawania witaminy B17 dożył nieco dłużej, tylko ze względu na brak możliwości finansowych pacjenta. Mężczyzna ten był przyjęty do jednej z klinik onkologicznych, gdzie przeprowadzono wiele badań, co rzeczywiście zrobiono niezwykle kompleksowo. Mężczyzna ten odmówił jednak zastosowania u niego chemicznej. Był to wspaniały człowiek, z równie wspaniałą i wspierającą go rodziną. W sposób niezwykle precyzyjny stosował się

do wszystkich zaleceń. Dzwonił do mnie z najbardziej nawet błahym pytaniem dotyczącym terapii. Pamiętam jak dzisiaj, kiedy w jednej z naszych rozmów powiedział mi, że właśnie wrócił z kliniki, w której przebywał. Pojechał tam odwiedzić swoich przyjaciół z sali szpitalnej.

Cytuję jego własne słowa: „Kiedy wszedłem do sali, zapytali mnie, co ty robisz, że tak dobrze wyglądasz? Moi koledzy przypominali ludzkie cienie, każdy z nich to wrak człowieka. Ja wyglądam tak, jakbym w ogóle nie był chory, cieszę się życiem i każdą wolną chwilę spędzam z moimi wnukami. Wiem, że umieram, ale fizycznie ja tego nie czuję”.

Po kilku miesiącach zawiadomił mnie, że żadnego z jego kolegów z sali szpitalnej już nie ma na świecie. „A ja ciągle żyję” powiedział. Dzwonił do mnie dość często, czasami tylko po to, żeby powiedzieć mi o tym, co w tym dniu robił, jak się czuje, jak się bawił ze swoimi wnukami. Czułem, że chciał po prostu porozmawiać, opowiadać... słuchałem i słuchałem. Od naszego pierwszego spotkania minął rok.

Jednego dnia odebrałem od niego telefon, powiedział: „Mam kaszel, pluję krwią, doskonale wiem, co to oznacza, umieram. Dzwonię do pana, może już po raz ostatni, ale dlatego właśnie dzwonię, żeby podziękować nie tylko za ten rok życia, ale za to, że umożliwił mi pan godne odejście z tego świata, w przeciwieństwie do moich kolegów, bez bólu, bez cierpienia, z rodziną, która nie widzi cierpiącego dziadka, z którego po chemii pozostały tylko skóra i kości. Cierpienie pewnie przyjdzie, ale wiem, że nie będzie długie, za co panu bardzo dziękuję”.

Do dziś słyszę w moich uszach te słowa i wyciąg mi się chce, że nie mogłem dla niego zrobić więcej, wiedząc, że można było! Tak, to był już ostatni jego telefon do mnie. Tydzień później zmarł.

Opisuję to w tym celu, żeby zwrócić uwagę na to, że leczenie choroby nowotworowej nie zawsze się uda, nie zawsze zakończy się sukcesem. Nowotwór to bardzo trudny przeciwnik. Osobom, którym naprawdę już nie da się pomóc, zapewnienie godnego jejścia z tego świata jest zadaniem i obowiązkiem dla każdego lekarza największym. Pytanie: czy w sposób, jaki opisałem powyżej, odchodzą osoby, u których stosuje się chemo- czy radioterapię? Czy w ten sposób odchodzą od nas nasi bliscy w różnego

rodzaju hospicjach? Zdaje sobie sprawę z tego, że jest wielu wspaniałych lekarzy, którzy zajmują się takimi właśnie pacjentami, otaczając ich tak zwaną opieką paliatywną.

Jednakże w zdecydowanej większości przypadków, aby pacjentowi zapewnić godne odejście z tego świata, do dyspozycji mają w zasadzie tylko morfinę. Wiadomo, że substancja ta ma wiele skutków ubocznych. Wiadomo również, że zastosowanie witaminy B17, witaminy C, czy odpowiedniego ekstraktu z konopi działa przeciwbólowo, ale bez skutków ubocznych. Dlaczego się tego nie stosuje? Pozostawiam to sumieniu tych wszystkich, którzy stanowią tzw. „władze i autorytety medyczne” w Polsce z politykami włącznie.

Dr Binzel opisuje sporo podobnych przypadków. Wiele osób zmarło, nawet stosując się do jego terapii, ale większość z nich, żyjąc z nowotworem, przeżyła 7, 10 i więcej lat. Niektórzy zmarli, ale nie odchodziły od nas w cierpieniu.

Swoje doświadczenia w leczeniu choroby nowotworowej dr Binzel opisał, będąc już na emeryturze. On już swoje osiągnął, nie szukał publicznego poklasku, ani nie występował w świetle medialnych „reflektorów”. Zachęcam wszystkich do przeczytania jego książki „Alive and Well”, która wielu osobom naprawdę otworzy oczy. W momencie pisania tego tekstu książka ta nie jest przetłumaczona na język polski, ale mam nadzieję, że ktoś to zrobi. Oby jak najszybciej.

Jak można przypuszczać, dr Binzel trafił oczywiście do sądu. W swojej książce dr Binzel opisuje, jak prawnicy FDA zostali przez prowadzącego sprawę sędziego po prostu zniszczeni! Fascynująca lektura. Nie chcę tutaj nawet streszczać tej książki, bo wiem, że wielu czytelników z niecierpliwością w tej chwili czeka na konkretы.

Zanim przejdziemy do konkretów, jedna niezwykle ważna uwaga:

W swojej terapii dr Binzel używał witaminy B17, ale... nie tylko! To niezwykle ważne. Wielokrotnie słyszymy najczęściej internetowe doniesienia, że witamina B17 jest lekarstwem na raka. Mam ogromny problem, żeby z takim stwierdzeniem się zgodzić. Jest to tak samo ryzykowne stwierdzenie,

jak to, że witamina C jest lekarstwem na raka. Rzeczywiście, w literaturze medycznej, a niektóre takie doniesienia cytowałem w pierwszej części „Ukrytych Terapii”, opisano wiele przypadków wyleczenia choroby nowotworowej, stosując tylko witaminę C lub tylko witaminę B17, ale do stwierdzenia, że witamina C czy witamina B17 są lekami na raka, jest jeszcze duga droga. Oczywiście, to wcale nie oznacza, że jeżeli pacjent tego chce, żeby tych substancji nie stosować, jeśli pacjent za to prywatnie plací.

Spotkałem się z kilkoma doniesieniami, gdzie zawiadomiono mnie, że choroba nowotworowa zupełnie się cofnęła zaledwie po spożywaniu pestek moreli, niczego więcej. Znam osobiście kilka przypadków raka prostaty u kilku mężczyzn, którzy, stosując tylko pestki moreli, utrzymują nowotwór prostaty w stanie stabilnym, bez dalszego rozwoju guza, bez przerzutów i tak już od 15 lat. Czy w takim razie można powiedzieć, że pestki moreli są lekiem na raka?

Zwracam też ponownie uwagę na to, że zgodnie z wieloma opisami teoretycznymi, które można znaleźć na wielu stronach internetowych, amigdalina, czyli witamina B17 podawana doustnie nie ma prawa działać. Skąd więc bierze się jej skuteczność? Skąd też u wielu ludów, których dieta jest bogata w witaminę B17, choroba nowotworowa w zasadzie nie występuje, co wielu naukowców dawno już udowodniło. Teoria teorią, a praktyka praktyką. Ja wierzę praktykom.

Wielokrotnie podkreślam: monoterapia w leczeniu choroby nowotworowej nie jest wcale najlepszym rozwiązaniem. Wiedział to doskonale dr Binzel. Dlatego w leczeniu swoich pacjentów wcale nie polegał tylko na witaminie B17. Z tego właśnie powodu unikam jak ognia stwierdzenia, że swoje fenomenalne sukcesy uzyskał, stosując tylko witaminę B17, bo nie jest to prawda! Na czym w takim razie polegała jego terapia, już ją w całości opisuję:

Terapia, jaką stosował doktor Binzel, może być podzielona na 3 części:

1. witaminy i enzymy,
2. witamina B17,
3. dieta.

## Witaminy i enzymy:

1. Multiwitaminy – dwa razy dziennie
2. Witamina C – 2 gramy, dwa razy dziennie
3. Witamina E – 400 IU, dwa razy dziennie
4. Megazyme Forte – 2 kapsułki, trzy razy dziennie (kombinacja enzymów takich jak trypsyna, chemotrypsyna, bromelina i cynk)
5. Witamina B15 – 100 mg, trzy razy dziennie
6. Witamina A – 25 000 IU, pięć razy dziennie
7. Cynk – 40–50 mg, dziennie

Powyższy zestaw witamin powinien być brany z posiłkiem.

## Witamina B17:

Witaminę B17 podawał dożylnie w ciągu 1 do 2 minut w zależności od podanej ilości, przez trzy tygodnie, 3 razy w tygodniu, co drugi dzień, a więc np. w poniedziałek, środę i piątek.

Dawki są, jak następuje:

- Pierwsza dawka 10 cm<sup>3</sup>, 3 g (gram)
- Druga dawka: 20 cm<sup>3</sup>, 6 g
- Trzecia dawka: 20 cm<sup>3</sup>, 6 g
- Czwarta do dziewiątej dawki: 30 cm<sup>3</sup>, 9 g

Po pierwszych trzech tygodniach pacjent dostawał 3 gramy raz w tygodniu, przez trzy miesiące. Jeśli pacjent zauważał znaczną różnicę w swo-

im samopoczuciu, wtedy dawki były zredukowane do jednej w tygodniu. Jeśli nie, wtedy dawki zwiększano do dwóch lub trzech w tygodniu przez następne trzy tygodnie. Po tym okresie dawka jest zredukowana do jednej w tygodniu. Schemat ten jest powtarzany tak często i tyle razy, ile potrzeba, aż pacjent dobrze się czuje przy pojedynczej dawce jeden raz w tygodniu.

Doustnie podawano 2 tabletki amigdaliny po 500 mg dziennie w te dni, kiedy pacjent nie otrzymywał amigdaliny dożylnie. Obie tabletki podawano razem, na pusty żołądek, przed snem, popijając wodą.

Poziom nitrylozydów może być określony poprzez pomiar tiocyjanianów. Dr Binzel zauważył, że terapia była najbardziej efektywna kiedy poziom ten wynosił 1,2 do 2,5 mg/dl. Poziom ten może być podnoszony lub obniżany poprzez zastosowanie odpowiedniej ilości amigdaliny w tabletach.

Taki zestaw stosował dr Binzel. W tej chwili wiadomo, że najprawdopodobniej można ten zestaw jeszcze bardziej ulepszyć poprzez dodanie np. jodu, selenu, magnezu itd.

#### **Dieta:**

Dieta oparta tylko na świeżych owocach i warzywach. Chodzi o to, żeby zasoby enzymów trawiennych potrzebnych do trawienia białek zwierzęcych, były w jak największej części zachowane. Warzywa i owoce nie mogą być mrożone ani w żaden inny sposób przetwarzane. Najlepiej, jeśli byłby stosowane na surowo w postaci różnego rodzaju sałatki. Sałatki mogą zawierać olej np. z oliwek, ale nie mogą zawierać jaj ani cukru. Nie można spożywać produktów wytworzonych z białej mąki. Pomarańcze, cytryny, grejpfruty i pomidory nie mogą stanowić więcej niż 10% dziennego spożycia wszystkich owoców. Pacjenci powinni spożywać około 60% warzyw i 40% owoców w ich posiłkach dziennych.

Mogą spożywać masło, orzechy (oprócz prażonych orzeszków ziemnych), suszone owoce takie jak rodzynki czy figi, warzywa strączkowe muszą być dobrze ugotowane. Nie spożywać mleka ani żadnej postaci kawy, ale można spożywać herbaty ziołowe.

Tego typu podejście dietetyczne dr Binzel stosował u swoich pacjentów przez okres co najmniej 4 miesięcy. W jego opini. w oparciu o dwudziestoletnią praktykę, taki okres jest wymagany, żeby wszystkie mechanizmy ochronne zostały uruchomione ponownie. Jeśli po upływie 4 miesięcy pacjent nadal nie czuje się dobrze, dieta ta jest kontynuowana. Jeśli po 4 miesiącach diety pacjent czuje się znacznie lepiej, wtedy do diety można powoli wprowadzać kurczaka, indyka czy ryby. Zawsze zwracał swoim pacjentom uwagę na to, żeby w jakimkolwiek okresie 2 tygodni, czerwone mięso, gotowane warzywa czy produkty mleczne nigdy nie przekraczały około 10% całosci spożywanych posiłków dziennie.

Dr Binzel od każdego pacjenta wymagał, aby kontynuował używania witamin, enzymów i amigdaliny do wieku 130 lat. Wymagał, aby po osiągnięciu wieku 130 lat, ponownie się z nim skontaktować w celu rozważenia możliwości zredukowania stosowanych ilości tych substancji. Oczywiście żartował, chodziło mu o to, że to był jego sposób powiedzenia pacjentowi, uświadomienia mu, że tak naprawdę nie wyleczył go jeszcze z nowotworu. Tłumaczył, że tak długo, jak układ odpornościowy funkcjonuje odpowiednio, choroba taka nawet jak nowotwór nie może się rozwinać. Jeśli pacjent wróci do odżywiania, które tego nie zapewni, w niedługim czasie ponownie będzie miał problemy. Bardzo trzeźwe podejście. Czyż od wielu lat nie mówię tego samego?

Podawanie dożylnie witaminy B17 zaczyna się wtedy, kiedy pacjent co najmniej przez dwa tygodnie stosuje w/w zestaw witamin, enzymów oraz diętę. Wraz ze zwiększaniem dawek witaminy B17 zwiększa się ilość podawanej witaminy C, najczęściej dodaje się 1 g co trzeci dzień, aż uzyska się 6 g dziennie, czasami stosuje się nawet więcej niż 6 g dziennie.

W dniach podawania witaminy B17 dożylnie nie podaje się dawki witaminy A, jak również amigdaliny w tabletkach.

Moje uwagi co do tego składu są następujące:

Uważam, że być może jeszcze lepsze efekty byłyby po wprowadzeniu diety ketogennej. W czasach, kiedy dr Binzel stosował swoją terapię, wielu rzeczy na temat działania diety ketogennej w chorobie nowotworowej nie widziano. Dzisiaj tę wiedzę warto jest wykorzystać.

Chciałbym również zwrócić uwagę, że witamina B17 musi być w formie kryształicznej rozpuszczonej np. w soli fizjologicznej tuż przed podaniem jej dożylnie. Tak, jak robi się to np. z penicyliną. Witamina B17, którą wiele osób kupuje w postaci gotowej do iniekcji, czyli już rozpuszczoną w płynie, w zasadzie nie działa. Kiedy byłem w Meksyku u producenta witaminy B17, to wszystko zostało mi potwierdzone. Witamina B17 w postaci kryształicznej słabo się rozpuszcza w wodzie w temperaturze pokojowej. Po rozmieszananiu jej z solą fizjologiczną, ampulkę wkładamy na chwilę do cieplej wody i po kilku minutach witamina B17 ulegnie rozpuszczeniu, wtedy natychmiast podajemy dożylnie. Podawano nawet 60 g witaminy B17 w jednym wlewie bez żadnych skutków ubocznych.

Nawet kryształiczna forma nie zawsze będzie działać, jeśli przy jej produkcji nie zwróci się szczególnej uwagi na oddzielenie izomerów nieaktywnych od aktywnych. Tak więc skuteczność w dużym stopniu zależy od jakości zakupionej witaminy B17.

Jeden z lekarzy amerykańskich powiedział mi na przykład, że stosuje wlewy dożylnie w następującym składzie:

1. 1 g askorbinianu sodu na kilogram wagę ciała
2. 1 g DMSO (99.9%) na kilogram wagę ciała
3. 6 do 18 g witaminy B17
4. 500 ml soli fizjologicznej
5. wlew podawany przez około 1 do 2 godzin

Wspomniał mi, że szczególnie dobre rezultaty uzyskuje w przypadku nowotworów mózgu. Kiedy powiedziałem mu, że raczej nie zaleca się podawania witaminy C i witaminy B17, powiedział: „to tylko teoria”. Kiedy zapytałem go, czy są jakiekolwiek skutki uboczne, odpowiedział, że z takimi się jeszcze nie spotkał. A na pytanie, od jak dawna to w ten sposób stosuje, odpowiedział: „dobrze ponad 20 lat”. I komu mam wierzyć ☺.

Znany aktor Steve McQueen zmarł z powodu raka. Będąc po raz kolejny w Meksyku, miałem przyjemność porozmawiać z lekarzem, który go leczył. Jego słowa, w późniejszym terminie, potwierdziły też doniesienia w prasie czy w dostępnej literaturze. Steve McQueen umierał z powodu nowotworu trzustki. W meksykańskiej klinice, stosując terapię opartą na witaminie B17, witaminie C, itd... doprowadzono do wstrzymanie rozwoju choroby i zmniejszenia się guza nowotworowego na trzustce. Badania wykazały, że tkanka, która na trzustce pozostała, nie miała cech charakterystycznych dla nowotworu. Potwierdzili to amerykańscy lekarze, którzy również przeprowadzili swoje badania. Lekarze amerykańscy przekonali McQueena, że skoro guz się zmniejszył, będzie lepiej jeśli się go usunie.

Lekarze meksykańscy zalecali kontynuację terapii, bo zdecydowanie szlaku dobra. Niestety lekarze amerykańscy „wygrali”. Na czym polegała ich wygrana? Na tym, że na drugi dzień po operacji Steve McQueen już nie żył. Trzeba wyraźnie powiedzieć: Steve McQueen nie zmarł z powodu nowotworu lub z powodu leczenia go w Tijuanie. Co natomiast ogłosili media? Witamina B17 nie działa! Nie wspomniano nawet jednego słowa o tym, że Steve McQueen nie zmarł z powodu nowotworu. Nie wspomniano nawet jednym słowem o tym, że tak agresywny rodzaj nowotworu, jakim jest nowotwór trzustki, był całkowicie opanowany. Wiele osób blisko związanych z tym przypadkiem jest absolutnie przekonanych, że gdyby pozwolić McQueenowi żyć, ze względu na wcześniejsze już nagłośnienie tego przypadku, niemożliwe byłoby przekazanie opinii publicznej tego, na co liczono, tzn. że witamina B17 nie działa.

Ktoś może zapytać: czy jakieś ośrodki naukowe kiedykolwiek podjęły się sprawdzenia skuteczności działania witaminy B17. Oczywiście, że tak. Czy kogoś jednak nie zdziwi fakt, że badania takie przeprowadzały tylko ośrodki, które z wielką żarliwością zwalczaly wprowadzenie witaminy B17 do leczenia? Żadne inne ośrodki nie miały prawa do przeprowadzania jakichkolwiek badań. Ciekawe prawda?

Dlaczego FDA i inne agencje rządowe po prostu na głowie stawały, żeby w żadnym przypadku nie dopuścić do rozprzestrzeniania się informacji czy też danych zbieranych przez lekarzy odnośnie do terapii witaminą B17? Dlaczego z taką zawziętością to robiono? Dlaczego dopuszczano się nawet

aresztowania, jak również więzienia osób, które mówili, że witamina B17 dala jakiś pozytywny skutek? Dlaczego tak prześladowano lekarzy, którzy ratowali i ratują wiele istnień ludzkich? Dlaczego skonfiskowano filmy, książki, które mówily cokolwiek na ten temat? Komu na tym aż tak bardzo zależało? Dlaczego? Dlaczego tak bardzo niby chronią obywatele amerykańskich przed tą substancją, mówiąc: „będziemy obywatele amerykańskich chronić, nawet jeśli sami tego nie chcą”. Dlaczego członek amerykańskiej izby lekarskiej, która prześladowała lekarzy stosujących witaminę B17, sam ją stosował u siebie? Miał raka.

Dlaczego jeden z agentów FDA przed sądem amerykańskim przyznał, że kłamał 28 razy, będąc pod przysięgą?

W roku 1953 opublikowano raport przygotowany przez Komisję do Spraw Nowotworów kalifornijskiej Izby lekarskiej, gdzie stwierdzono, że witamina B17 nie wykazuje żadnych efektów niszczenia komórek nowotworowych. Czy nie jest ciekawe to, że żaden z autorów tego raportu nie miał najmniejszego nawet kontaktu z chorymi, którzy tego typu leczeniu byli poddani? Żaden z nich nie miał najmniejszej praktyki w zastosowaniu witaminy B17. Raport ten środowisko medyczne potraktowało jak Biblię!

Autorami tego raportu byli ci sami lekarze (dr MacDonald i dr Garland), którzy poruszyli amerykańskie społeczeństwo innym swoim „raportem”, w którym twierdzili, że **palenie papierosów nie ma żadnego związku z powstaniem nowotworów, w tym nowotworów płuc**. Zalecali wręcz: „**paczka papierosów dziennie zabezpieczy cię przed rakiem płuc**”. Nie chcę tego oceniać, ale tak się złożyło, że dr MacDonald spalił się we własnym łóżku. Pożar, jak ustalono, powstał z powodu papierosa, który palil. Drugi autorytet, dr Garland, zmarł z powodu nowotworu płuc. To byli naukowcy uchodzący za prawdziwe autorytety medyczne.

Czy w związku z tym moglibyśmy ich zalecenia wprowadzać również w Polsce? Dlaczego nie? Przecież amerykańskie autorytety tak zalecają?

Jak przystało na prawdziwe storpedowanie jakichkolwiek rezultatów badań, witaminę B17 stosowano zupełnie inaczej, niż stosowali w praktyce lekarze, którzy uzyskiwali efekty pozytywne. Czy to jednak nas jeszcze dziwi?

Lekarze praktycy wskazywali na to, że ich kryterium sukcesu w zastosowaniu witaminy B17 jest: znacznie lepsze samopoczucie, znaczne zmniejszenie bólu i zwiększoną przeżywalność pacjentów. Wielkość guza nowotworowego nie stanowi takiego kryterium!

No więc, co naukowcy badający na zlecenie rządu skuteczność witaminy B17 przyjęli jako kryterium? Oczywiście wielkość guza nowotworowego! Jakie to typowe. Przecież to samo zrobiła słynna klinika Mayo z witaminą C. To samo zrobili inni „naukowcy” w badaniach substancji opisanych w poprzednich rozdziałach.

Nasuwa się pytanie: czy mamy do czynienia z ludźmi o ograniczonych możliwościach intelektualnych czy ze zwykłymi oszustami i hochszaplerami. Można wybrać jedno albo drugie.

Dr Ernesto Contreras rozmawiał kiedyś z amerykańskimi onkologami. Zgodnie z jego własną relacją rozmowa wyglądała w następujący sposób:

Lekarze amerykańscy „Pana terapia jest nieskuteczna, ponieważ guz nowotworowy zmalał tylko o 50%, a u naszego pacjenta, poddanego chemioterapii znikł całkowicie”.

Dr Contreras spokojnie zapytał: „Jak długo przeżył wasz pacjent?”

Odpowiedź brzmiała: „trzy miesiące”.

Dr Contreras na to: „A mój pacjent przeżył trzy lata i... żyje nadal”.

Każdy z pewnością może odpowiedzieć sobie sam na pytanie: „U którego z lekarzy wolalby się leczyć?”

Działania współczesnej onkologii są skierowane na zlikwidowanie guza nowotworowego, czyli na likwidowanie symptomu, co oczywiście jest potwornym błędem. Innymi słowy, jeżeli u chorego człowieka metodami innymi niż chemioterapia czy radioterapia doprowadzono do zatrzymania rozwoju guza, czy do jego zmniejszenia np. o 10%, uważa się to za brak skuteczności, pomimo że pacjent czuje się świetnie i w tym stanie żyje 5, 10 czy 20 lat.

Jeśli po zastosowaniu chemioterapii czy radioterapii guz zmniejszone o 60% czy 80%, wtedy uznaje się, że chemioterapia czy radioterapia są metodami skutecznymi, a to, że pacjent zmarł, nikogo już nie obchodzi. W ten sposób oklamuje się społeczeństwo, twierdząc, że są to metody skuteczne.

Kiedy ta cała historia z witaminą B17 się rozwijała, doszło do niecodziennej sytuacji. Pacjenci i ich rodziny utworzyli specjalny „Komitet Wolności w Wyborze Terapii”. Amerykański „National Cancer Institute” (NCI) nie miał wyjścia i zainicjował, po raz któryś już, zbadanie sprawy. Przeanalizowano 93 przypadki leczenia choroby nowotworowej, stosując witaminę B17. Wszystkie dane, całą dokumentację medyczną przekazano do NCI, a ci z kolei mieli przekazać ją 12 specjalistom onkologom.

Z nieznanych przyczyn, grupa specjalistów otrzymała wyniki tylko 22 pacjentów. W tej grupie zanotowano 2 pacjentów, u których nowotwór całkowicie znikł, u 4 pacjentów zmniejszył się o 50%, u 9 pacjentów wzrost guza nowotworowego został zatrzymany, u 3 pacjentów odnotowano zwiększone okresy, które nie wskazywały na proces chorobowy. U 100% pacjentów nastąpiła poprawa!

Usunęmy jednak tych 3 ostatnich pacjentów. Inaczej mówiąc, u 18 pacjentów z 22, a więc u 82% wystąpiły pozytywne skutki terapeutyczne, nawet jeśli się weźmie pod uwagę tylko rozmiar samego guza. Skutków ubocznych nie było!

Czy onkologia stosująca chemioterapię i radioterapię może się pochwalić wynikami, które w najmniejszym stopniu nawet nie zbliżyły się do wyżej opisanych? Gdyby tego typu wyniki były otrzymane poprzez zastosowanie chemioterapii czy radioterapii, wszystkie media zawyłyby z zachwytu. Co stało się w tym przypadku? To, czego można było oczekiwać. Wiadomość poszła w eter: „Terapia witaminą B17 nie działa!”

Kiedy mówimy o zastosowaniu terapii opartych na środkach naturalnych, wtedy najczęściej słyszymy zastrzeżenia, że są to terapie, których skuteczność nie została potwierdzona naukowo. Kiedy jednak właśnie badania naukowe potwierdzają, że chemioterapia przyczynia się do przeżywalności pięcioletniej, ale tylko średnio w dwóch czy trzech procentach, jakoś nikt nie chce zauważać tej „skuteczności”. Kiedy najnowsze badania wskazują,

ły na to, że zastosowanie chemioterapii przedłuża życie pacjentowi średnio o niecałe 3 miesiące, onkologia schowała głowę w piasek. A przecież ta „skuteczność”, a właściwie jej brak, w obu przypadkach zostały jak najbardziej naukowo potwierdzone. Dlaczego cały czas oklamuje się społeczeństwo, twierdząc, że są to metody skuteczne, potwierdzone naukowo, kiedy metody naukowe właśnie tego nie potwierdzają?

Jak widać z opisanej powyżej wieloletniej praktyki lekarskiej, jaką prowadził dr Binzel, oraz z innych źródeł opisujących dokładnie poszczególne przypadki (np. „*Laetnie Case Histories: The Richardson Cancer Clinic Experience*”, zachęcam do zapoznania się z treścią, naprawdę warto!) w sposób zdecydowany wynika, że właściwe, zgodne z zasadami wypracowanymi przez tych lekarzy zastosowanie witaminy B17 ma niespotykane pozytywny wpływ w leczeniu choroby nowotworowej.

Szczególną uwagę zwraca to, że zastosowanie tego typu terapii w sposób oczywisty wstrzymuje rozwój przerzutów! To jest krytyczna część leczenia choroby nowotworowej, z którą medycyna akademicka zupełnie sobie nie radzi, bo radzić sobie nie może, ze względu na szczególny sposób funkcjonowania macierzystych komórek nowotworowych.

Tak jak opisywałem to wcześniej, niewielu pacjentów z nowotworem pierwotnym umiera, natomiast 80 do 90% pacjentów umiera z powodu przerzutów. Kiedy przeanalizować dokładnie opisane przypadki, wielu pacjentów terminalnie chorych przeżyło wiele lat, ale tylko dlatego, że terapia ta nie dopuszczała do rozwoju przerzutów. W związku z tym, należałoby sobie zadać pytanie: „Czy amigdalina, czyli witamina B17, spowalnia czy też hamuje rozwój przerzutów?”. Jeśli okazałoby się, że witamina B17 przerzuty wstrzymuje, to byłaby to rzeczywiście rewolucja w onkologii. Czy jakieś poważne ośrodki naukowe zajęły się tym tematem? Oczywiście.

Na przykład:

Naukowcy koreańscy pokazali, że amigdalina wywołuje zjawisko apoptozy. Co to oznacza, wie z pewnością każdy bez wyjątku onkolog:

Kwon HY, Hong SP, Hahn DH, Kim JH. *Apoptosis induction of Persicae Semen extract in human promyelocytic leukemia (HL-60) cells*. Arch Pharm Res. 2003 Feb;26(2):157-61.

Japońscy naukowcy pokazali działanie przeciwnowotworowe substancji zawartych w amigdalinie:

Fukuda T, Ito H, Mukainaka T, Tokuda H, Nishino H, Yoshida T. *Antitumor promoting effect of glycosides from Prunus persica seeds*. Biol Pharm Bull. 2003 Feb;26(2):271-3.

Za badania dotyczące zastosowania witaminy B17 wziął się również „Memorial Sloan-Kettering Cancer Center” z Nowego Jorku. Jest to klinika o niepodważalnej renomie, jeśli chodzi o badania medyczne. Z tematem postanowiono rozprawić się raz na zawsze. Badania trwające 5 lat niezwykle skrupulatnie prowadził dr Kanematsu Sugiura. Doktora Sugiurę wybrano dla tego, że oprócz 60 lat doświadczenia, cieszył się najwyższym respektem w środowisku naukowym. Był całkowicie nieprzekupny. Z wielu setek prac naukowych jakie opublikował, nikt, nigdy nie zakwestionował nawet jednego jego zdania. Wydawało się, że była to osoba wręcz stworzona do przeprowadzania badań dotyczących witaminy B17.

Władze kliniki Sloan-Kettering dokładnie wiedziały, że ten naukowiec, był już wtedy pracownik tej kliniki (był już na emeryturze). Zwolenników stosowania witaminy B17 po prostu zniszczyły argumentami, które z góry wiedziano że będą niepodważalne. Do badań, jako model biologiczny wybrały myszy.

Po kilku latach badań, dr Sugiura stwierdził, co następuje:

1. Witamina B17 wstrzymywała rozwój przerzutów (ale... czy kogoś to dziwi, bo mnie nie).
2. Witamina B17 poprawiała ogólny stan zdrowia.
3. Witamina B17 wstrzymywała rozwój małych guzów nowotworowych.
4. Witamina B17 działała przeciwbólowo.

5. Witamina B17 wykazywała działania profilaktyczne, zabezpieczała przed powstaniem nowotworów.

W oficjalnym raporcie napisano, że:

„Wyniki badań jasno wskazują, że amigdalina w sposób znaczący hamuje rozwój przerzutów nowotworowych płuc u myszy, u których spontanicznie (a nie w wyniku wszczepienia nowotworu) wystąpił nowotwór płuc, jak również w znaczny sposób spowalnia rozwój nowotworów pierwotnych (a więc tych, które powstały najpierw, zanim pojawiły się przerzuty). [...] Amigdalina wydaje się w pewnym stopniu zabezpieczać przed powstawaniem nowych guzów nowotworowych. [...] W porównaniu do grupy kontrolnej, zawsze następowała poprawa zdrowia i wyglądu zwierząt poddawanych terapii. [...] W swoim ogromnym doświadczeniu dr Sugiura nigdy nie zaobserwował kompletnej regresji przy zastosowaniu środków chemioterapeutycznych”.

Władze kliniki zwijały się niemalże z „bólą”. Dr Sugiura rzeczywiście zniszczył, ale nie tych, kogo zaplanowano, że zniszczy.

Po wydaniu tego raportu, rzecznik Kliniki, Sloan-Kettering, publicznie powiedział, iż nie ma żadnego dowodu na to, że witamina B17 ma jakikolwiek wartość. Czy jest to ktoś w stanie zrozumieć? Przecież co tej klinice zależało na tym, żeby nie ujawniać prawdy? Gdyby klinika ta była producentem środków chemioterapeutycznych, można byłoby to zrozumieć, bo przecież nie podcinałaby gałęzi, na której sama siedzi. A może było to spowodowane tym, że kiedy dr Sugiura prowadził swoje badania, w zarządzie tej kliniki siedziało trzech facetów o tych samych nazwiskach? James Rockefeller, Laurance Rockefeller i William Rockefeller? Czyżby to miało jakikolwiek związek z firmami, które oni posiadaли, a które z kolei produkowały środki chemioterapeutyczne? A może to miało związek z tym, że już od 1927 r. „tata” Rockefeller czyli John D. Rockefeller finansował działalność tej kliniki? Hmm...

Sprawa jednak nie została tak łatwo zamieciona pod dywan. Inni naukowcy, zatrudnieni w klinice Sloan-Kettering (dr Elizabeth Stockert i dr Lloyd Schloen) powtórzyli badania, jakie wykonał dr Sugiura. Wyniki, ja-

kie otrzymali, potwierdzały, że dr Sugiura miał rację! Dr Schloen poszedł o krok dalej. Do zastrzyków z witaminą B17 dodawał również porcje enzymów, zgodnie z tym, co stosowali lekarze praktycy. Wyniki, jakie otrzymała, niestety nie były takie, jakich zarząd kliniki oczekwał. Tym razem osiągnięto wyleczenie 100%. No i... czy nie zaczyna się komuś robić już gorąco?

Podobnego typu „badania” przeprowadzały również inne tzw. renomowane kliniki. Jedną z nich złapano nawet na tym, że to, co w ich badaniach podawano, wcale nie było witaminą B17. Jak daleko można zajść w kłamstwie i oszustwie? Czy jest gdzieś jakaś granica? Przecież tego typu oszustwa dokonywały znane na świecie instytuty naukowe, których badania są przekazywane środowisku medycznemu jako jedyne prawdziwe? Środowiska medyczne na całym świecie im bezgranicznie wierzą. W ten sposób właśnie oszukuje się lekarzy, jak również studentów medycyny, którzy są absolutnie przekonani, że jeżeli badania były robione przez jakąś znaną klinikę na świecie, jest to na tyle prawdziwe, że dla potomności można już wykuć w skale czy odlać w brązie.

Kiedy się analizuje te wszystkie dane, fakty, wskazujące na gigantyczne kłamstwa i oszustwa, śniadanie z całego tygodnia staje człowiekowi w garde. Dla tych, którzy mają nerwy ze stali i są w stanie w spokoju zapoznać się z danymi, polecam książki „World Without Cancer, autor Edward Griffin” oraz „Doctored Results. The Suppression of Leatrise at Sloan-Kettering Institute for Cancer Research, autor Ralph Moss”. Ostrzegam, po ich przeczytaniu może ktoś już nigdy więcej nie uwierzyć w jakąkolwiek uczciwość w badaniach dotyczących substancji naturalnych w leczeniu chorób. Kłamstwo pogania kłamstwo, oszustwo goni oszustwo. Tylko po to, żeby wykazać, że substancja naturalna nie działa.

Musimy zdać sobie sprawę z tego, że jakakolwiek terapia przeciwnowotworowa oparta na substancjach naturalnych znajdujących się w przyroście nigdy nie będzie zaakceptowana, żeby nie wiem jak była skuteczna i bezpieczna.

W takim świecie przyszło nam żyć. Możemy go zmienić, to się da zrobić, ale tak jak powiedziałem w części pierwszej „Ukrytych Terapii” – ja sam nie dam rady.

## **IP-6 (Inositol 6-Phosphate)**

Inozytol (substancja należąca do witamin z grupy B), chociaż jest bardzo słabo wchłaniany, wykazuje niezwykle ciekawe właściwości, jeśli chodzi o wpływ na komórkę nowotworową. Wstrzymuje jej rozwój.

*EI-Sherbiny YM1, Cox MC, Ismail ZA, Shamsuddin AM, Vukenik I. G0/G1 arrest and S phase inhibition of human cancer cell lines by inositol hexaphosphate (IP6). Anticancer Res. 2001 Jul-Aug;21(4A):2393-403.*

Tam, gdzie terapia hormonalna sobie nie radzi (w tym przypadku w nowotworze prostaty) i pacjent jest skazany na najgorsze, inozytol daje sobie radę:

*Zi X, Singh RP, Agarwal R. Impairment of erbB1 receptor and fluid-phase endocytosis and associated mitogenic signaling by inositol hexaphosphate in human prostate carcinoma DU145 cells. Carcinogenesis. 2000 Dec;21(12):2225-35.*

Inozytol nie działa tak jak witamina B17, witamina C czy np. woda ułeniowa. To znaczy nie niszczy w sposób bezpośredni komórki nowotworowej, zaburza jednak (na poziomie genetycznym) procesy sygnalizacyjne, które są niezbędne do jej powstania. Nowotwór nie powstaje czy też nie zamiera się.

*Shamsuddin AM. Metabolism and cellular functions of IP6: a review. Anticancer Res. 1999 Sep-Oct;19(5A):3733-6.*

Inozytol również wspomaga działanie układu odpornościowego, co, jak wiadomo, nie jest bez znaczenia w chorobie nowotworowej.

*Eggleton P. Effect of IP6 on human neutrophil cytokine production and cell morphology. Anticancer Res. 1999 Sep-Oct;19(5A):3711-5.*

W badaniach laboratoryjnych wykazano, że inozytol może być bardzo efektywnym środkiem działającym na wiele różnych rodzajów nowotworów.

Pluc:

*Wattenberg LW. Chemoprevention of pulmonary carcinogenesis by myo-inositol. Anticancer Res. 1999 Sep-Oct;19(5A):3659-61.*

Piersi:

*Shamsuddin AM, Vuconik I. Mammary tumor inhibition by IP6: a review. Anticancer Res. 1999 Sep-Oct;19(5A):3671-4.*

Watroby:

*Vuconik I, Zhang ZS, Shamsuddin AM. IP6 in treatment of liver cancer. II. Intra-tumoral injection of IP6 regresses pre-existing human liver cancer xenotransplanted in nude mice. Anticancer Res. 1998 Nov-Dec;18(6A):4091-6.*

Jelita grubego

*Shamsuddin AM, Elsayed AM, Ullah A. Suppression of large intestinal cancer in F344 rats by inositol hexaphosphate. Carcinogenesis. 1988 Apr;9(4):577-80.*

Mięsaka:

*Vuconik I, Kalebic T, Tantivejkul K, Shamsuddin AM. Novel anticancer function of inositol hexaphosphate: inhibition of human rhabdomyosarcoma in vitro and in vivo. Anticancer Res. 1998 May-Jun;18(3A):1377-84.*

Zabezpiecza przed przerzutami:

*Min Fu, Yang Song, Zhaoxia Wen,<sup>2</sup> Xingyi Lu,<sup>3</sup> and Lianhua Cui **Inositol Hexaphosphate and Inositol Inhibit Colorectal Cancer Metastasis to the Liver in BALB/c Mice.** Nutrients. 2016 May; 8(5): 286.*

Oczywiście jest to tylko fragment dotyczący działania tej substancji. Chodzi mi tutaj tylko o to, aby wskazać na ogromne możliwości, jakie wykazuje ta substancja naturalna. Czyż nie zasługuje na natychmiastową uwagę? Dlaczego nie?

### **Dieta ketogenna i choroby przewlekłe**

Celowo umieściłem ten rozdział w tym miejscu, ponieważ, jak się okazuje, dieta ketogenna odgrywa pierwszorzędną rolę w leczeniu choroby nowotworowej. Oczywistym jest fakt, że prawidłowa dieta jest bezwzględną podstawą zachowania zdrowia i zapobiegania wielu chorobom pod warunkiem, że produkty spożywcze, jakich używamy, są pozbawione toksyn i zawierają to, co zawierać powinny.

Jeśli jednak chodzi o leczenie choroby nowotworowej, to specjalny rodzaj diety ma znaczenie szczególne. Jest to właśnie tak zwana dieta ketogenna. Polega ona na tym, że spożywa się niezwykle małe ilości węglowodanów, niewielkie ilości białka i stosunkowo duże ilości tłuszczy, najlepiej w postaci oleju kokosowego. Wynika to z tego, że w oleju kokosowym są specjalne rodzaje tłuszczy, które sprzyjają wytworzeniu przez nasz organizm ciał ketonowych.

W diecie ketogennej na ogół stosuje się taką ilość tłuszczy nasyconych, aby pokrywały około 75% do 80%, białka 10% do 15%, a węglowodany tylko 5% do 10% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Tak więc można powiedzieć, że **jest to dieta bardzo wysokotłuszczowa, bardzo niskowęglowodanowa z niewielkim spożyciem białka**.

Jest ona zbliżona do tak zwanej „diety optymalnej” doktora Jana Kwaśniewskiego. Nie jest jednak taką samą dietą. Często można usłyszeć wypowiedzi, że dieta doktora Kwaśniewskiego jest dietą ketogenną i wysokobiałkową, co oczywiście nie jest prawdą.

**Dieta Optymalna doktora Kwaśniewskiego jest dietą wysokotłuszczową i niskowęglowodanową, ale ani nie jest dietą ketogenną, ani też dietą wysokobiałkową.**

Wręcz przeciwnie, spożycie białka nie jest wcale takie wysokie. Jest znacznie niższe niż w diecie Montignaca czy diecie Dukana.

Jeśli ktoś czytał książki doktora Kwaśniewskiego ze zrozumieniem, to wie, że dr Kwaśniewski w zdecydowany sposób opowiadał się za tym, żeby nie powodować ketozy poprzez zbyt niską konsumpcję węglowodanów. Zwraca dużą uwagę również na to, żeby nie spożywać bardzo dużych ilości białka. Tak więc to podejście dietetyczne, jakkolwiek bardzo bliskie, nie jest jednoznaczne z dietą ketogenną. Można powiedzieć, że dieta ketogenna idzie o spory krok dalej, ponieważ stosuje się w niej jeszcze więcej tłuszcza oraz celem jej jest wprowadzenie danej osoby w ketozę.

Dieta ketogenna została opracowana już prawie 100 lat temu w celu pomocy chorym na padaczkę, również na padaczkę lekooporną.

Rzeczywiście, to podejście dietetyczne sprawdziło się doskonale w takich przypadkach. Nazwa tej diety pochodzi z tego, że przy bardzo ograniczonym spożyciu cukrów i węglowodanów, w wyniku braku odpowiedniej ilości glukozy powstają tzw. ciała ketonowe.

Nasz organizm, ze względu na to, co NA OGÓŁE spożywamy, w większości przypadków wytwarza energię z glukozy raczej niż z tłuszcza. Oznacza to, że w naszej diecie cały czas pojawiają się węglowodany, które wcześniej czy później przetwarzane są na glukozę. W wyniku tego we krwi pojawiają się dosyć duże wahania poziomu glukozy. Tego typu sytuacja jest dla nas bardzo niekorzystna. Znacznie lepszym rozwiązaniem byłoby przedstawienie całego mechanizmu pozyskiwania energii na pozyskiwanie jej z tłuszczy. Ma to wiele zalet.

Główną zaletą jest to, że przy niskiej konsumpcji węglowodanów doprowadzamy do niskiego poziomu glukozy we krwi, ale co jest najważniejsze, to że w tym przypadku trzustka nie musi wytwarzać tak dużej ilości insuliny. Zbyt wysoki poziom insuliny nie jest dla zdrowia człowieka korzystny. **Kluczem do zdrowia, jak i osiągnięcia największej długowieczności, jest między innymi stabilny i niski poziom insuliny.** Nastąpi to wtedy, kiedy w naszym organizmie będzie również stabilny i niski poziom glukozy.

Zmniejszenie spożycia węglowodanów, a więc obniżenie poziomu glukozy, w znaczny sposób przyspiesza spalanie naszej własnej tkanki tłuszczowej. Jak wiadomo, tłuszcz w naszym organizmie znajduje się właściwie w dwóch miejscach, tzn. pod skórą i w okolicach jamy brzusznej. Tłuszcz znajdujący się pod skórą jest zjawiskiem normalnym, natomiast nadmiar tłuszcza zgromadzonego w jamie brzusznej, tworzącego tak zwaną otyłość brzuszną, jest zjawiskiem dla nas niekorzystnym.

Kwasy tłuszcze, z których wszystkie komórki, oprócz komórek mózgowych, wytwarzają energię, nie przedostają się do mózgu przez barierę „krew-mózg”. Mózg nie ma możliwości magazynowania jakiegokolwiek materiału energetycznego. Mózg jednak potrzebuje bardzo dużej ilości energii bez względu na to, czy śpiemy, czy chodzimy. Energię czerpie z glukozy, ponieważ, jak wspomniałem, kwasy tłuszcze związane z białkami nie są w stanie przejść przez barierę „krew-mózg”. Jak się jednak okazuje, mózg może czerpać energię z ciał ketonowych. W dodatku robi to znacznie bardziej efektywnie, znacznie bardziej sprawnie energetycznie.

Do ok. 1967 r. uważano, że mózg do prawidłowego funkcjonowania wymaga tylko glukozy.

Jak się okazuje, nie jest to już prawda. Dlaczego jednak ciągle tak się uważa? Tego nie wiem. Wystarczy w Google wpisać „mózg glukoza” i można zobaczyć wypowiadające się na ten temat autorytety, o pełnym spektrum tytułów naukowych twierdzących, że mózg do prawidłowego funkcjonowania wymaga tylko i wyłącznie glukozy. Dlaczego ignoruje się badania naukowe, które od 50 lat mówią zupełnie coś innego? Tego też nie wiem, chociaż się domyślams.

Badania naukowe wskazują na to, że mózg do wytworzenia energii świetnie wykorzystuje właśnie wspomniane wcześniej ciała ketonowe. Jeśli ktoś jest tym faktem zaskoczony, to nie rozumiem dlaczego. Gdyby mózg nie miał takiej możliwości, to dawno by już nas na tej planecie nie było. Całe generacje naszych przodków przetrwały właśnie dzięki temu, że mózg potrafi wykorzystać ciała ketonowe do produkcji energii. Wiemy z danych historycznych, że dostępność pożywienia nie była zawsze taka, jaką jest dzisiaj. Były czasy głodu, a ludzie jednak przetrwali. Dlaczego? Dlatego właśnie,

że w czasie głodówka mózg metabolizuje ciała ketonowe, bo z niczego innego energii nie może pozyskać.

*Oliver E. Owen, Ketone bodies as a fuel for the brain during starvation. Biochemistry and Molecular Biology Education. July 2005.*

Sato K, Kashiwaya Y, Keon CA, Tsuchiya N, King MT, Radda GK, Chance B, Clarke K, Veech RL. *Insulin, ketone bodies, and mitochondrial energy transduction.* FASEB J. 1995 May;9(8):651-8.

W procesie metabolizowania glukozy powstaje dość duża ilość szkodliwych dla nas wolnych rodników. **Znacznie mniejsza ilość wolnych rodników powstaje w procesie metabolizowania ciał ketonowych.** Mitochondria, w których właśnie wytwarzana jest energia, zaczynają znacznie lepiej funkcjonować wtedy, kiedy w celu pozyskania energii metabolizują ciała ketonowe raczej niż glukozę. Tak więc działania zmierzające do obniżenia produkcji wolnych rodników u źródła są znacznie lepsze niż walka z wolnymi rodnikami, kiedy one już powstaną. Takie zabezpieczające działanie na nasz mózg, między innymi, ma witamina K2-MK7, o czym pisalem w pierwszej części „Ukrytych terapii”.

Jak niedawno wykazano, ciała ketonowe spełniają rolę sygnalizatorów w procesie ekspresji genów, czego efektem jest zmniejszenie tak szkodliwego dla nas stresu oksydacyjnego:

Shimazu T, Hirshey MD, Newman J, He W, Shirakawa K, Le Moan N, Grueter CA, Lim H, Saunders LR, Stevens RD, Newgard CB, Farese RV Jr, de Cabo R, Ulrich S, Akassoglou K, Verdin E. *Suppression of oxidative stress by  $\beta$ -hydroxybutyrate, an endogenous histone deacetylase inhibitor.* Science. 2013 Jan 11;339(6116):211-4.

Odkrycie to ma ogromne znaczenie dla nas wszystkich. Jest to spowodowane tym, że nadmierny stres oksydacyjny występuje w całej gamie chorób przewlekłych, gdzie wiele z nich uznawanych jest za choroby nieuleczalne. Dotyczy to również choroby nowotworowej. Co więcej, ciała ketonowe mają istotne znaczenie w profilaktyce wielu chorób, czego nie trzeba komentować. Trzeba tylko to wiedzieć, żeby lepiej, zdrowiej, żyć.

Najbardziej spektakularne efekty takiego podejścia dietetycznego są widoczne w przypadku cukrzycy typu II oraz otyłości.

*Bueno NB1, de Melo IS, de Oliveira SL, da Rocha Ataide T. Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Nutr. 2013 Oct;110(7):1178-87.*

*Gumbiner B1, Wendel JA, McDermott MP. Effects of diet composition and ketosis on glycemia during very-low-energy-diet therapy in obese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Clin Nutr. 1996 Jan;63(1):110-5.*

*Boden G, Sargrad K, Homko C, Mozzoli M, Stein TP. Effect of a low-carbohydrate diet on appetite, blood glucose levels, and insulin resistance in obese patients with type 2 diabetes. Ann Intern Med. 2005 Mar 15;142(6):403-11.*

### Cukrzyca typu 2 jest chorobą uznawaną za nieuleczalną, co oczywiście nie jest prawdą.

Z uporem godnym lepszej sprawy nie zwraca się uwagi na możliwość wyleczenia cukrzycy poprzez zastosowanie odpowiedniej diety. Kiedy od ponad 20 lat powtarzam, że jest to możliwe, spotykam się z reakcjami, których nie chciałbym tutaj opisywać zbyt dosadnie. Wieloletnia praktyka wskazuje, że leczenie pacjenta z cukrzycą może być znacznie, ale to znacznie bardziej efektywne, między innymi poprzez zastosowanie odpowiedniej diety. Ponownie, logika nakazywałaby, żeby tego typu podejście dietetyczne natychmiast zastosować. Po co ludzie mają niepotrzebnie cierpieć? Po co niepotrzebnie pozwalać na powstanie poważnych skutków ubocznych, jakie niesie ze sobą ta choroba. Wielokrotnie, w przypadku wystąpienia tzw. stopy cukrzycowej, jedynym „leczeniem” jest amputacja stopy. Takich amputacji wykonuje się w Polsce kilkanaście tysięcy rocznie! Zupełnie niepotrzebnie.

Jak już wcześniej wspomniałem, podczas gdy są efektywne sposoby leczenia naturalnego, „leczenie” w stylu „obciąż i nie będzie boliło” jest ogrom-

ną porażką medycyny. Wiem, że będą tacy, którzy ciągle, niemalże na siłę, będą nazywać to sukcesem medycyny.

Czy są jakieś dowody naukowe na to, że cukrzycę typu 2 można wyleczyć na trwałe? Oczywiście, że są (choćż nie są to jedynie metody):

*Dash HM, Mathew TC, Khadada M, Al-Mousawi M, Talib H, Asfar SK, Behbahani AI, Al-Zaid NS. Beneficial effects of ketogenic diet in obese diabetic subjects. Mol Cell Biochem. 2007 Aug;302(1-2):249-56. Epub 2007 Apr 20.*

*William S Yancy, Jr.corresponding author<sup>1,2</sup> Marjorie Foy,<sup>1</sup> Allison M Chalecki,<sup>1</sup> Mary C Vernon,<sup>3</sup> and Eric C Westman **A low-carbohydrate, ketogenic diet to treat type 2 diabetes.** Nutr Metab (Lond). 2005; 2: 34.*

Jeśli tego typu rezultaty osiągnięto, to dlaczego tego się nie robi na znacznie szerszą skalę? Dlaczego bez litości i jakby z definicji pompuje się w ludzi insulinem? Dlaczego zalecenia dietetyczne, jakie stosuje się w przypadku cukrzycy, są takie, że pacjenci ci nigdy w życiu z tej cukrzycy się nie wylecza?

Spektakularne wyniki leczenia cukrzycy, jakie wielokrotnie naukowo udowodniono, były możliwe wyłącznie ze względu na zastosowanie w diecie u takich osób dużej ilości tłuszczów nasyconych i obniżenie ilości węglowodanów do ok. 10% wartości dziennego zapotrzebowania energetycznego. W tym przypadku, określenie „duże ilości” oznacza, że tłuszcze te stanowią 70% do 80% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Wtedy i tylko wtedy, długoterminowo, można oczekiwać tego typu efektów terapeutycznych. Tego niestety nie da się osiągnąć wtedy, kiedy tłuszcze nasycone stanowić będą mniej niż 10% wartości energetycznej diety. Dlaczego więc, właśnie takie (mniej niż 10%) zalecenia przekazywane są osobom chorym na cukrzycę? Tego nie wiem. Przecież to nie ma żadnego uzasadnienia metabolicznego.

Jeśli chorym na cukrzycę mówi się, że 40% do 50% (a nie 10%) ich zapotrzebowania energetycznego powinno pochodzić z węglowodanów, to czy chodzi o to, żeby tych chorych naprawdę utrzymywać w stanie choroby do

końca ich życia? A może byłoby lepiej, żeby spojrzeć na najnowsze osiągnięcia nauki i zignorować takie zalecenia?

Grupa poważnych naukowców dokonała bardzo obszernej analizy dotyczącej zastosowania diety niskowęglowodanowej do leczenia chorych na cukrzycę typu 2, jak również wspomagania leczenia cukrzycy typu 1.

Swoje spostrzeżenia opisali w rewelacyjnej publikacji, która ujrzała światło dzienne w 2015 r. Czy ujrzała to światło dzienne w Polsce też? Który z tak zwanych dziennikarzy medycznych wyniki tych rewelacyjnych analiz opublikował w Polsce? Kto to naglaśniał? Naukowcy ci stwierdzili, między innymi podkreślając, że:

- Nie ma korelacji pomiędzy konsumpcją tłuszczy zwierzęcych i ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej serca (to jednak nas już chyba nie dziwi). Po raz któryś już z kolei naukowcy udowadniają, że straszenie ludzi tłuszczyami zwierzęcymi, takimi jak np. masło, boczek, smalec, śmietana, pełnotłuste mleko, itd., jest pozbawione jakiegokolwiek sensu i nie ma żadnego uzasadnienia naukowego.
- Stężenie nasyconych kwasów tłuszczowych we krwi w znaczniej mierze zależy od spożycia węglowodanów niż od spożycia tłuszczy.
- Naukowcy na całym świecie od lat mówią, i lekarze to oczywiście potwierdzają, że poziom cholesterolu całkowitego, a tym właśnie się nas straszy, nie ma najmniejszego znaczenia diagnostycznego ani terapeutycznego. Dlatego właśnie stosowanie jakichkolwiek substancji obniżających poziom cholesterolu całkowitego w sposób szluczny jest działaniem na szkodę człowieka. Statyny jednak płyną szeroką rzeką.
- Znacznie większym ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej jest wysoki poziom triglicerydów i niski poziom HDL. Naukowcy stwierdzili, że ograniczenie spożycia węglowodanów, oprócz głodówki, jest najbardziej efektywną metodą obniżania poziomu triglicerydów i podwyższania poziomu HDL. Niech mi teraz ktoś wyjaśni, dlaczego **zalecenia, jakie się przekazuje pacjentom, są dokładnie odwrotne?**

- U chorych z cukrzycą typu 2 przestrzeganie niskiego spożycia węglowodanów jest co najmniej równe lub lepsze niż jakiekolwiek inne proponowane diety.
- No i teraz coś, co bardzo zaboli... Naukowcy stwierdzili, że u pacjentów z cukrzycą typu 2, po znacznym zredukowaniu węglowodanów, wielokrotnie można wyeliminować używane przez nich leki. Pacjenci z cukrzycą typu 1 zazwyczaj wymagają stosowania znacznie mniejszej ilości insuliny.

*Feinman RD, Pogozelski WK, Astrup A, Bernstein RK, Fine EJ, Westman EC, Accurso A, Frassetto L, Gower BA, McFarlane SI, Nielsen JV, Krarup T, Saslow L, Roth KS, Vernon MC, Volek JS, Wilshire GB, Dahlqvist A, Sundberg R, Childers A, Morrison K, Manninen AH, Dashhti HM, Wood RJ, Wortman J, Worm N. Dietary carbohydrate restriction as the first approach in diabetes management: critical review and evidence base. Nutrition. 2015 Jan;31(1):1-13.*

A teraz zagadka. Co nam wyniki tych analiz przypominają? Przecież to jest dokładnie to samo, co już 40 lat z okładem pisał, proponował, propagował nasz własny, nadwiślański dr Jan Kwaśniewski.

Cały czas mówi się nam, że przyczyną cukrzycy typu 2 jest insulinooporność. Co jednak jest przyczyną insulinooporności? Coś taką insulinooporność musiało wywołać. Tylko co?

Tak wiele się mówi o oporności komórek na działanie insuliny, jak też o związanej z tym otyłością brzusznej. Ale czy ktoś się zastanawiał nad tym, czy otyłość brzuszna powoduje powstanie oporności na insulinę czy też jest jakiś inny mechanizm, który powoduje taką właśnie oporność. Jeśli wystąpi taka oporność, to wiadomo, że poziom insuliny we krwi pozostanie wysoki, ponieważ insulina nie będzie zużywana, a to z kolei oznacza między innymi powstanie... otyłość!

Dlaczego jednak tak się dzieje, że wiele osób z tak zwaną otyłością brzuszną nie wykazuje jakichkolwiek symptomów oporności na działanie insuli-

ny? Dlaczego tak się dzieje, że wiele osób szczupłych, mało tego, czasami bardzo wysportowanych, wykazuje oporność na działanie insuliny?

Jeśli komórka wykazuje oporność na działanie insuliny, to ja mam następny związek z tym problemem. Wiadomo, że z czasem chory na cukrzycę musi zacząć brać insulinę. Ponieważ oporność komórek na działanie insuliny ciągle wzrasta, to ilość wstrzykiwanej insuliny również jest coraz większa. Insuliny jest coraz więcej, w związku z tym komórki coraz bardziej stają się na nią oporne. Wysoki poziom insuliny jest dla organizmu człowieka bardzo szkodliwy. No i na tym polega mój problem. Im więcej insuliny, tym dla chorego gorzej, a leczenie chorego na cukrzycę polega na tym, że na siłę podaje mu się coraz większe ilości szkodliwej dla niego insuliny. Czy leczenie chorego na cukrzycę nie przypomina gaszenia ognia poprzez dolewanie do niego benzyny? Czy coś umknęło mojej uwadze?

Rozsądek nakazywałby, aby leczeniem chorego na cukrzycę tak kierować, aby potrzebował coraz mniej insuliny, a robi się zupełnie odwrotnie? Może mój rozsądek mnie zawodzi. Sam już nie wiem.

Pozwólę sobie przypomnieć, że: **kluczem do zdrowia, jak i osiągnięcia największej długowieczności, jest między innymi stabilny i niski poziom insuliny.**

No więc, jak ten chory na cukrzycę człowiek ma odzyskać swoje zdrowie? Czy kiedykolwiek wyleczy się go z cukrzycy?

Czy otyłość brzuszna nie jest czasami naturalną reakcją organizmu na powstanie oporności na insulinę? Redukcja wagi, a szczególnie pozbycie się otyłości brzusznej bardzo sprzyja leczeniu cukrzycy, to nie ulega wątpliwości.

Być może otyłość brzuszna, jakkolwiek niekorzystna, nie jest przyczyną cukrzycy, chociaż dosyć często się tak uważa. Jeżeli u chorego na cukrzycę występuje tzw. zespół stopy cukrzycowej, wtedy na stopie pojawiają się otwarte, niemożliwe do wyleczenia rany. Czy ciągłe opatrywanie ran i zmienianie opatrunków cokolwiek daje? Nie. Czy w ten sposób można uratować nogę przed amputacją? Oczywiście, że nie. Czy bezustanne podawanie insuliny tylko po to, żeby obniżyć poziom glukozy, doprowadzi do wylecze-

nia tej choroby, oczywiście że nie. Przyczyna leży zupełnie gdzieś indziej, ale tym tematem rzadko kto już się zajmuje.

Może to znowu zabrzmi obrazoburczo, ale jeśli ktokolwiek się tym zajmuje, to jakie są tego efekty? A mnie właśnie chodzi wyłącznie o skuteczność, o POZYTYWNE efekty. Jeśli któryś ośrodek naukowy zajmuje się tym problemem i poznal przyczynę cukrzycy, to dlaczego nic o tym nie wiemy? W części pierwszej „Ukrytych Terapii” opisałem naukowo udowodniony mechanizm, który prowadzi do uodpornienia się komórek na insulinę. Dlaczego tego opisu nie propagują tak zwani dziennikarze medyczni? Dlaczego właśnie tego nie uczy się w szkołach? Dlaczego dzieciom, które najbardziej są narażone na powstanie cukrzycy typu 2, nie tłumaczy się tego mechanizmu? To są mechanizmy, które bez żadnego problemu można wytlumaczyć dziecku w 6 klasie. Rodzice też by to zrozumieli ☺. To właśnie byłoby prawdziwe działanie edukacyjne, profilaktyczne!

Mechanizm ten jest prawdopodobnie jednym z wielu prowadzących do uodpornienia się komórek na działanie insuliny. Skąd jednak wynika oporność komórek na insulinę? Przed czym te komórki tak intensywnie się bronią? Przed insuliną? Przecież insulina jest hormonem, dzięki któremu do komórki może dostać się glukoza. W związku z tym, jeśli komórka uodparnia się na działanie insuliny, to może po prostu, najnormalniej na świecie, nie chce mieć więcej glukozy? Jeśli tak, to może trzeba byłoby zacząć od drastycznego ograniczenia glukozy u osoby chorej na cukrzycę? Co prawda zalecenia dietetyczne również o tym mówią, ale czy mówią to w sposób dostateczny? A może u takiego chorego komórki są tak już wrażliwe na działanie glukozy, że nawet niewielkie jej ilości powodują, że stają się oporne na działanie insuliny, bo **nie chcą nawet najmniejszej ilości glukozy**? Czy nie byłoby w związku z tym logiczne, żeby komórkom tym dać odpocząć od zalewającej ich glukozy i dać im czas na przemodeleowanie wszystkich procesów wewnętrzkomórkowych, żeby doprowadzić je do ich prawidłowego funkcjonowania?

Ktoś zapyta: „to na czym ta komórka ma żyć?” Komórka może funkcjonować, otrzymując energię z tłuszczy. Jest jednak problem, ponieważ do pełnego, wewnętrzkomórkowego spalania tłuszczy potrzebna jest glukoza, a my chcemy znacznie mniej glukozy! Czy to oznacza, że koło się zamknęło? Ależ skąd!

Jeśli ograniczymy podaż węglowodanów do wartości prawie bliskiej zera, a nawet do zera, wtedy z powodu niedoboru glukozy powstaną ciała ketonowe i... właśnie o to chodzi! Nasze komórki potrafią rewelacyjnie funkcjonować, generując energię z ciał ketonowych. Mało tego, ten proces przebiega bardziej efektywnie, niż przy metabolizowaniu glukozy czy też kwasów tłuszczowych. Czy w takim razie jest sens, żeby pójść w tym kierunku? Oczywiście że jest. Jak to jednak osiągnąć?

Właśnie uda się to osiągnąć poprzez zastosowanie diety ketogennej. Już słyszę pytania lekarzy: „Jak to? Chcesz wprowadzić w ketozę chorego na cukrzycę? Z pewnością umrze”. Tak, chcę wprowadzić chorego na cukrzycę w stan ketozy, ale nie w stan kwasicy ketonowej, dlatego nie umrze, a raczej... będzie bardzo zadowolony! Wykazano, że stosując dietę ketogenną, niemożliwe jest doprowadzenie do kwasicy ketonowej.



<http://ukryte.info/58>

**Ketoza dietetyczna, a kwasica ketonowa to są dwie różne planety!** Zeby pacjent znalazł się w zagrażającej mu życiu kwasicy ketonowej, musi mieć:

1. wysoki poziom ciał ketonowych tzn. powyżej 10 mmol/l

oraz, JEDNOCZEŚNIE:

2. wysoki poziom glukozy we krwi.

W ketozie dietetycznej glukozy jest bardzo mało we krwi, a poziom ciał ketonowych utrzymuje się pomiędzy 2 a 8 mmol/l. Bardzo często u chorych na cukrzycę, przy zastosowaniu diety ketogennej, poziom glukozy we krwi utrzymuje się na poziomie 70 do 100 mg/dl, a nawet dużo niżej.

Badania naukowe wskazują, że pacjenci z cukrzycą, z otyłością, stosujący dietę ketogenną doskonale funkcjonują nawet wtedy, kiedy po-

ziom glukozy wynosi 25 mg/dl! Tak niski poziom glukozy normalnie oznacza niemalże pewną śmierć, a tak się jednak nie dzieje. Osoby takie wcale nie umierają, wręcz przeciwnie, czuję się doskonale pod warunkiem, że... mają wysoki poziom ciał ketonowych. To fascynujące odkrycie i jego opublikowanie miało miejsce w 1972 r.

*Ernst J. Drenick, Lia C. Alvarez, Gabor C. Tamasi, and Arnold S. Brickman, Resistance to Symptomatic Insulin Reactions after Fasting, J Clin Invest. 1972 Oct; 51(10): 2757–2762.*

Dlaczego dzisiaj tego nie wykorzystujemy?

Przy tak niskim poziomie glukozy, można obrazowo powiedzieć: „komórka odpoczywa, regeneruje się, daje się jej możliwość powrócenia do prawidłowego funkcjonowania”. Z czasem, zaczyna z powrotem uwrażliwiać się na działanie insuliny. **Cukrzyca typu 2 mija.**

Niestety, zgodnie z obecnie stosowanymi zaleceniami, **kiedy poziom glukozy wynosi mniej niż 70 mg/dl, uważa się, że pacjent cierpi już z powodu hipoglikemii, co zagraża jego życiu i ratuje się go przez podanie... glukozy!** (Są osoby, które rzeczywiście zareagują bardzo źle, jeśli poziom glukozy spadnie im poniżej 70 mg/dl. Inne osoby nawet przy 17 mg/dl dały sobie radę z pomocą lekarza oczywiście).

Teraz dopiero koło się zamknie. Widzimy też, że poprzez tego typu postępowanie nigdy nie przywróci się komórkę możliwości odzyskania prawidłowego funkcjonowania. Chory na cukrzycę jak cierpiał, tak cierpi, nadal z bażetą całego spektrum wynikających z tej choroby powikłań.

A co z chorymi na cukrzycę typu 1? Tutaj też osiąga się znaczną poprawę. Przede wszystkim polega ona na zmniejszeniu zapotrzebowania na insulinę. Czy zawsze komórki beta, czyli te komórki, w których trzustka wytwarza insulinę, są u takich chorych zniszczone? Nie. Czasami przyczyną bywa otluszczenie trzustki. Kiedy po zastosowaniu diety ketogenicznej otluszczenie jest usunięte, trzustka podejmuje normalną pracę. Jeden z moich wspaniałych przyjaciół lekarzy (ze specjalizacją z medycyny tropikalnej) powiedział mi, że czasami jednak przyczyną może być pasożyt, np. przywra trzustkowa. Spowoduje ona zatrzymanie działania komórek wytwarzających in-

sulinę i mamy coś, co wygląda jak cukrzyca typu 1. Wtedy zastosowanie diety ketogennej, oprócz utraty wagi, nic nie da. Usunięcie tego pasożyta natychmiast usuwa „chorobę”, jaką wydawała się być cukrzyca typu 1.

Z uporem maniaka odwołam się ponownie do logiki: czy nie byłoby w takim razie logiczne zastosowanie u tych chorych diety ketogennej?

W przypadku cukrzycy nie chodzi tylko o leczenie jej bez końca. Tutaj ogromnym problemem są powikłania z tą chorobą związane.

Ostatnio (2014) wydany raport „Cukrzyca. Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce” wskazuje na to, że w 2013 r. choroba ta kosztowała budżet naszego państwa czyli nas wszystkich, co najmniej 11 000 000 000 zł! MILIARDÓW! To nie jest pomyłka. Tego rodzaju kwota nie dotyczy tylko jednego roku, to jest koszt, który my, Polacy, ponosimy każdego roku. Jeśli nic nie zrobimy, to koszt ten z roku na rok będzie się zwiększał. Co do tej pory zrobiliśmy? Nic.

Ponownie, może to zabrzmieć jak kolejna moja krytyka. Skoro oficjalne dane mówią, że pograjamy się coraz bardziej, to z całym szacunkiem dla lekarzy diabetyków, organizacji związanych z pomocą chorym na cukrzycę i kogokolwiek, kto ma jakikolwiek udział w leczeniu czy profilaktyce cukrzycy, pytam: „Jaki jest efekt, skoro oficjalne publikacje wskazują, że będzie tylko gorzej?”. Nie będę dalej tematu cukrzycy rozwijał, bo jest to temat zbyt obszerny do omówienia w tym rozdziale, dlatego zajmę się tym tematem w części trzeciej. Mając jednak dostęp do najnowszej wiedzy dotyczącej spraw związanych z zastosowaniem diety ketogennej u osób chorych na cukrzycę, postanowiłem ten temat poruszyć właśnie w tym rozdziale.

Badania przeprowadzone przez kilka ośrodków w USA również potwierdzają niespotykany wręcz wpływ diety ketogennej na osiągnięcia sportowców. Niezwykle drobiazgowe badania przeprowadzano na biegaczach, dla których dystans maratonu (42 km) był zaledwie rozgrzewką. Sportowcy ci przebiegali nawet 275 km, biegając BEZ PRZERWY przez 24 godziny.

Dietetycznie podwyższony poziomiał ketonowych we krwi powoduje, że nie czuje się głodu. Ogólnie rzecz biorąc, samopoczucie znacznie się po-

lepsza. Jeśli spożycie węglowodanów jest na minimalnym poziomie, przy niewielkiej ilości białka w diecie, organizm uruchamia mechanizm pozyskiwania energii z tłuszczy, to znaczy z... naszego tłuszczy! W praktyce oznacza to, że stopniowo tracimy wagę w wyniku utraty naszej własnej tkanki tłuszczowej.

(Pisząc te słowa, od 6 tygodni stosuję dietę ketogenną, ale od 10 dni nic nie jem, piję tylko wodę z solą. Rzeczywiście doskonale się czuję. Jutro post ten kończę. Działanie takie jest niezwykle ważne dla całego naszego organizmu. W tym przypadku również nauka ma bardzo duże osiągnięcia, co szczegółowo opiszę w części trzeciej)

### **Dieta ketogenna i choroba nowotworowa**

Jak już wiemy, komórki naszego organizmu mają możliwość reagowania na zmieniające się warunki dostarczania substancji, z których mogą pozyskać energię. Komórka może pozyskiwać energię z glukozy lub z tłuszczy, a jeśli zajdzie taka potrzeba, to z ciał ketonowych. Komórka nowotworowa takich możliwości nie posiada. Jeśli już, to może produkować energię z glukozy i to tylko w mało efektywnym procesie fermentacji. Nie jest w stanie wykorzystać tłuszczy ani ciał ketonowych. Jest to jej ogromna słabość. Słabość, którą można wykorzystać.

**AM Poff, C Ari, P Arnold, TN Seyfried, and DP D'Agostino, Ketone supplementation decreases tumor cell viability and prolongs survival of mice with metastatic cancer, Int J Cancer. 2014 Oct 1; 135(7): 1711–1720.**

**Shelton LM, Huysentruyt LC, Seyfried TN. Glutamine targeting inhibits systemic metastasis in the VM-M3 murine tumor model. Int J Cancer. 2010 Nov 15;127(10):2478-85.**

**Thomas N. Seyfried, Roberto E. Flores, Angela M. Poff and Dominic P. D'Agostino, Cancer as a metabolic disease: Implications for novel therapeutics, Carcinogenesis. 2014 Mar; 35(3): 515–527.**

Jak widać, to wszystko jest w absolutnej sprzeczności z genetyczną teorią pochodzenia nowotworu. Teoria ta przypomina ogromne rozpedzone

koło, które ktoś, gdzieś, usiłuje zatrzymać, ale toczy się ono z ogromną bezwładnością i z niezwykłą siłą.

Wiele badań naukowych przeprowadzonych przez różne ośrodki badawcze wykazało poza wszelką wątpliwość, że zastosowanie diety ketogennej w chorobie nowotworowej powinno być absolutną podstawą w jej leczeniu. Dotyczy to każdego rodzaju nowotworu. Nie jest trudno przyjąć to do wiadomości, wiedząc już o tym, jak funkcjonuje komórka nowotworowa, jakie ma słabości i jak je wykorzystać, co opisałem powyżej.

W przypadkach tak groźnego rodzaju nowotworu mózgu, jakim jest glioblastoma czyli glejak wielopostaciowy, statystyczna szansa na przeżycie pacjenta z tym rodzajem nowotworu dłużej niż rok jest w zasadzie równa零. Skuteczność obecnie stosowanego leczenia tego typu nowotworów jest niemalże równa零. Wydawać by się mogło, że najlepszym rozwiązaniem jest zabieg chirurgiczny. Tutaj jednak jest ogromny problem. Nowotwory mózgu najczęściej nie mają postaci kulki pingpongowej, którą chirurg może po prostu bardzo łatwo wyciąć. Nowotwory te mają niewidoczne dla oka chirurga rozgałęzienia jak pajęczyna. Dlatego właśnie neurochirurzy walczą o życie pacjenta, robiąc dosłownie i bez wątpienia absolutnie wszystko, żeby usunąć jak najwięcej widocznych zmian nowotworowych. Niestety, ze względu na nieregularny kształt takiego nowotworu w zasadzie nigdy nie udaje się go wyciąć w całości. Po kilku miesiącach najczęściej nowotwór mózgu powraca, czasami ze wzmacnioną siłą.

Wiemy jednak, że komórka nowotworowa potrzebuje bardzo dużej ilości glukozy. Wiemy również, że największe zapotrzebowanie na glukozę jest właśnie w mózgu. A co by było, gdyby udało się dopływu glukozy do mózgu zmniejszyć do minimum? Skoro tam, w mózgu, jest największe zapotrzebowanie na glukozę, a nowotwór właśnie tam się umieścił, to w związku z tym nowotwór mózgu powinien być jednocześnie najbardziej wrażliwy na obniżenie poziomu glukozy we krwi. Idąc dalej tym tropem, logiczne wydaje się więc, żeby dopływu glukozy do mózgu ograniczyć do minimum, ale jak to zrobić? Czy to się w ogóle da zrobić? A może by tak spróbować? Spróbowano. Zastosowano dietę ketogenną. Efekt? Nowotwór mózgu był... znikł. Pewnie wielu Czytelników pomyśli, że opowiadam bajki. Naukowcy, którzy jednak tego dokonali, bajkopisarzami nie byli. Dr Nebeling oraz

jej zespół byli pierwszymi lekarzami, którzy tę metodę zastosowali u człowieka, i to u... dziecka!

*L C Nebeling, F Miraldi, S B Shurin & E Lerner, Effects of a ketogenic diet on tumor metabolism and nutritional status in pediatric oncology patients: two case reports. Journal of the American College of Nutrition Volume 14, 1995 – Issue 2.*

Nie wiem, czy wszyscy zdają sobie sprawę z tego, jakie to było potężne osiągnięcie! W bardzo zaawansowanym stopniu tej choroby, nie dotykając dziecka skalpelem, nie stosując chemioterapii ani radioterapii, stosując tylko i wyłącznie dietę, osiągnięto taki sukces! To ja nazywam „nowoczesną onkologią”. Ci lekarze właśnie dla mnie są wybitnymi onkologami. Dokonali czegoś, czego do tej pory nikt nie dokonał, a oni dokonali – dietą. Nawet gdyby to były bardzo rzadkie przypadki, to wskazują one na coś niesłychanego, zasługującego na najwyższy stopień uwagi i zainteresowania.

Mnie jednak zastanawia to, że fakt ten miał miejsce w 1995 r. Po tym niebywały osiągnięciu tych lekarzy byli jeszcze inni, którzy dokonali tego samego. Dlatego dręczy mnie pytanie: „Kto o tym w Polsce słyszał?” I dla mnie pytanie najważniejsze: „A nawet jeśli słyszał, to kto cokolwiek w tym zakresie w Polsce zrobił?”

Kiedy przemysł farmaceutyczny ogłasza kolejne swoje rewelacje dotyczące „najnowocześniejszego leku chemiczno-terapeutycznego, przy użyciu którego już na pewno zwalczymy raka”, dziennikarze medyczni potykają się jeden o drugiego zawiadamiając nas o tym wiekopomnym osiągnięciu. Piszą artykuł za artykułem, oczywiście za darmo ;-) Kpię z tego, bo przecież powszechną praktyką jest zamawianie u ich wydawnictw tzw. artykułów sponsorowanych, czyli słono opłacanych właśnie przez przemysł farmaceutyczny reklam w postaci opisów, wywiadów, itd.... Często w takich artykułach wspierają się zdaniem ekspertów, często wybitnych, ale zawsze tych, od których równie często zależy wprowadzenie takiego nowego „wynalazku” na rynek i dla nich, dla tych redaktorów jest to OK. No ale, klient płaci, klient żąda, klient ma.

A kto zapłaci za artykuł sponsorowany o najwyższej nawet wadze, doniosłości i randze w onkologii, jeśli na tym się nie da zarobić? Przecież nie zapłaci za to lekarz, który diety dla tych ciężko chorych ludzi opracował. Kucharz też nie zapłaci.

Dlaczego nie rozpoczęto natychmiast jakichkolwiek badań w tym zakresie w Polsce? Może od 1995 r. udałoby się pomóc tysiącom pacjentów z nowotworem mózgu, i nie tylko. Dlaczego w Polsce się nic nie robi, kiedy inni to już robią?

*Giulio Zuccoli, Norina Marcello, Anna Pisanello, Franco Servadei, Salvatore Vaccaro, Purna Mukherjee and Thomas N Seyfried. Metabolic management of glioblastoma multiforme using standard therapy together with a restricted ketogenic diet: Case Report, Nutrition & Metabolism 2010.*

*Weihua Zhou, Purna Mukherjee, Michael A Kiebish, William T Markis, John G Mantis and Thomas N Seyfried The calorically restricted ketogenic diet, an effective alternative therapy for malignant brain cancer Nutrition & Metabolism 2007 4:5.*

*Seyfried TN, Marsh J, Shelton LM, Huysentruyt LC, Mukherjee P. Is the restricted ketogenic diet a viable alternative to the standard of care for managing malignant brain cancer? Epilepsy Res. 2012 Jul;100(3):310-26.*

*Seyfried TN, Kiebish MA, Marsh J, Shelton LM, Huysentruyt LC, Mukherjee P. Metabolic management of brain cancer. Biochim Biophys Acta. 2011 Jun;1807(6):577-94.*

Wszystko to były przypadki w bardzo zaawansowanym stopniu choroby. Co by było, gdyby tego typu podejście zastosować tak szybko, jak tylko jest możliwe, tuż po diagnozie i całą terapię właśnie od tego zacząć? Może nie doszłoby do tysięcy tragedii?

Opisane powyżej badania, jakie przeprowadził dr Thomas Seyfried, w sposób niemalże doskonały odzwierciedlają działanie natury. W sposób jasny i klarowny pokazują, że choroby nowotworowe można znacznie łatwiej le-

czyć, niż robi się to do tej pory. Dlaczego jednak tak się do tej pory nie stało? Dlatego, że do głosu doszedł „ojciec pieniądza”, który zniszczył w tym małżeństwie „matkę naturę”.

Zainteresowanym znacznie głębszym poznaniem tematu bardzo polecam książkę „*Cancer as a Metabolic Disease: On the Origin, and Prevention of Cancer*”, której autorem jest dr Thomas Seyfried. Uważam, że książka ta powinna stać się lekturą obowiązkową dla wszystkich studentów medycyny, lekarzy, a w szczególności lekarzy onkologów. Nie jest to jedyne źródło informacji na temat diety ketogennej i jej zastosowań w chorobie nowotworowej. Różnego rodzaju publikacji medycznych na ten temat jest niezliczona ilość. Trzeba je tylko czytać.

Rozważając zastosowanie diety ketogennej, trzeba wziąć pod uwagę fakt, że w wielu przypadkach jest ona **skuteczna tylko wtedy, kiedy ograniczy się kaloryczność posiłków**. To jest bardzo ważne, dlatego że można być na diecie ketogennej o stosunkowo wysokiej kaloryczności. Ograniczenie kalorii w diecie może okazać się kluczem do sukcesu. Dlatego w literaturze można spotkać opis tej diety, szczególnie w przypadku nowotworów, jako „Dietary Energy Reduction” czyli „dietetyczna redukcja energii”. Chodzi oczywiście o redukcję wytwarzania energii z glukozy.

Dieta ketogenna odznacza się pewnymi charakterystycznymi cechami, o których warto wiedzieć:

1. Dieta ketogenna działa ochronnie na układ nerwowy, a więc ma szcze- gólnie znaczenie w chorobach neurodegeneracyjnych, takich jak np. choroba Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, stwardnie- nie zanikowe boczne, itd. To są skrajnie inne schorzenia, a jednak reagują na ciała ketonowe dokładnie w taki sam sposób!
2. Ciała ketonowe mają działanie toksyczne w stosunku do komórek nowotworów u dzieci, gdzie jednym z takich nowotworów jest na przy- kład neuroblastoma, jednocześnie wykazując działania ochronne, te- rapeutyczne w stosunku do komórek normalnych, zdrowych. Proszę zwrócić uwagę na to, że mowa jest o jednej substancji, która **jedno- cześnie wykazuje działanie toksyczne w stosunku do komórek nowotworowych i działanie terapeutyczne w stosunku do ko-**

mórek zdrowych. Czy ktoś z lekarzy zna chociaż jedną taką substancję stosowaną w onkologii o takim działaniu?

*Skinner R, Trujillo A, Ma X, Beierle EA. Ketone bodies inhibit the viability of human neuroblastoma cells. J Pediatr Surg. 2009 Jan;44(1):212-6.*

3. Jednym z głównych celów onkologii jest ograniczenie prędkości wzrostu guza nowotworowego. Drugim takim celem jest ograniczenie wzrostu nowych naczyń krwionośnych, dzięki którym guz może się rozwijać. Trzecim celem jest ograniczenie stanów zapalnych, szczególnie w przypadku nowotworów mózgu, gdzie powstanie stanu zapalonego łączy się z obrzękiem mózgu, który bez odpowiedniej interwencji może doprowadzić do śmierci pacjenta. Stany zapalne w ogóle, a szczególnie stany zapalne podkliniczne, niewykrywalne, ale długotrwałe, są bardzo niebezpieczne. Trzeba pamiętać o tym, że przed powstaniem każdej choroby, z chorobą nowotworową włącznie, najpierw wystąpił stan zapalny. Dieta ketogenna hamuje rozwój nowotworów, zmniejsza prędkość podziałów komórkowych, zmniejsza angiogenezę (wzrost nowych naczyń krwionośnych), jak też w znaczny sposób ogranicza procesy zapalne.
4. **Dieta ketogenna z ograniczeniem energii**, jak wykazano, jest w stanie doprowadzić do zniszczenia komórki nowotworowej poprzez przywrócenie jej mechanizmu apoptozy.
5. Działanie diety ketogennej w znaczny sposób może być wspomagane poprzez zastosowanie specjalnych substancji (leków?) hamujących procesy metabolizmu glukozy. Niestety zastosowanie TYLKO tych substancji łączy się z poważnymi skutkami ubocznymi. Wprowadzenie do leczenia diety ketogennej umożliwia użycie tych substancji w mniejszych ilościach, które nie powodują lub w znacznym stopniu obniżają efekty uboczne ich zastosowania.
6. Jak wynika z najnowszych badań, przyczyną nowotworów jest nieodpowiednie funkcjonowanie mitochondriów. Dieta ketogenna w znacznym stopniu wspomaga prawidłowe działanie mitochondriów.

7. Dieta ketogenna o ograniczonej kaloryczności (tak jak kilku-dniowe posty!) sprzyja powstaniu nowych, zdrowych mitochondriów i usuwaniu z organizmu mitochondriów chorych, uszkodzonych.
8. Dieta ketogenna zwiększa ruchliwość plemników.
9. Dieta ketogenna ZMNIEJSZA zapotrzebowanie komórek na tlen! Niezwykle ważny aspekt tej diety.
10. Ciała ketonowe w sposób niezwykle intensywny zwiększą produkcję ATP, czyli dają nam znacznie więcej energii, niż energia pozy skana z glukozy czy z tłuszczy!

Jestem pewien, że wszyscy lekarze po zapoznaniu się z faktami dotyczącymi diety ketogennej w odniesieniu do wielu różnych schorzeń z pewnością tę metodę zastosują u swoich pacjentów.

Opiszę poniżej kilka podstawowych zasad, jak taką dietę najlepiej jest wprowadzić i na co zwracać uwagę. Posłużę się tutaj informacjami z ww. książki, której autorem jest dr Thomas Seyfried. Książka jest dosyć droga (ok. 500 zł), dlatego w ogromnym skrócie postaram się o przekazanie tego, co w praktycznym zastosowaniu jest najważniejsze.

1. Kluczem stosowanej terapii jest doprowadzenie do stanu, w którym poziom glukozy we krwi waha się pomiędzy 55 a 65 mg/dl lub niżej, a poziom ciał ketonowych (beta hydroksymaszlan) we krwi waha się w zakresie 3 do 7 mmol/l.

U pacjentów, którzy cukrzycy nie mają, poziom ciał ketonowych bardzo rzadko przekroczy wartość 7–9 mmol/l. U pacjentów z cukrzycą zaleca się znacznie częstsze monitorowanie parametrów krwi.

2. Pomiaru należy dokonać przed śniadaniem, 2 godziny po posiłku południowym i 2 godziny po obiedzie czy obiadko-kolacji. U dzieci pomiarów można dokonać 2 razy dziennie.

3. Jeśli nie można dokonać pomiaru ciał ketonowych we krwi, można poziom ciał ketonowych zmierzyć w moczu. Są w aptekach dostępne paseczki pod nazwą „Keto-Diastix”. Niestety mierzą one poziom kwasu acetoooctowego, a nie beta hydroksymasołanu, o który nam chodzi. Niemniej jednak dają jakieś przybliżenie wskazujące na obecność ciał ketonowych w organizmie. Znacznie bardziej dokładne wyniki daje zastosowanie specjalnych paseczków do badania poziomu ciał ketonowych we krwi. Są również specjalne glukometry, które pozwalają na zbadanie poziomu glukozy oraz ciał ketonowych we krwi. Pomiar wykonywany jest w taki sam sposób jak po-miar poziomu glukozy.
4. Faza pierwsza wprowadzająca diety ketogennej jest bardzo istotna. Osoby, które są przyzwyczajone do częstych postów, lub w ogóle do spożywania produktów niskowęglowodanowych, przez tę fazę przechodzą najłatwiej. Fazę pierwszą należy rozpocząć od 2–3-dniowego postu, gdzie jedynym posiłkiem jest tylko i wyłącznie woda z solą np. kłodawską. Nie jest to konieczne, ale najbardziej efektywne. Ciała ketonowe powinny się pojawić w określonym powyżej zakresie w ciągu pierwszych 48–72 godzin.
5. Autor wyżej wskazanej książki pokazał, że poziom glukozy może być zredukowany tak, aby wywrzeć odpowiednio wysoki stres metaboliczny na komórki nowotworowe, ale bez szkody dla komórek zdrowych.
6. Bardziej powolne wprowadzanie diety ketogennej powinno być przeprowadzone u osób, które są już w bardzo złym stanie zdrowia lub u osób w wieku bardzo zaawansowanym. U tych pacjentów wprowadzenie kilkudniowego postu tylko z piciem wody może być wyzwaniem zbyt dużym. W takich przypadkach należy spożycie węglowodanów ograniczyć do poniżej 12 g dziennie i ograniczyć spożycie białka do około 0,8 do 1,2 g / kg wagi ciała. Resztę powinny stanowić wyłącznie tłuszcze, najlepiej w postaci oleju kokosowego. Takie podejście jest łagodniejsze, ale wymagające znacznie dłuższego czasu, zanim osiągnie się wymagane poziomy ciał ketonowych i glukozy, co może potrwać nawet kilka tygodni. Niemniej jednak zawsze należy dążyć do tego, aby poziomy terapeutyczne osiągnąć

jak najwcześniej, żeby też jak najwcześniej rozpocząć ograniczanie rozrostu komórek nowotworowych.

7. Po osiągnięciu poziomu glukozy 55–65 mg/dl i poziomu ciał ketonowych w zakresie 3–7 mmol/l należy tak dostosowywać posiłki, aby te poziomy utrzymywać dalej. Kompozycja posiłków może być dowolna, z zachowaniem jednak zasad wcześniej wspomnianych po to, żeby poziomy glukozy i ciał ketonowych były właściwe przez cały czas.
8. Dieta ketogenna działa moczopędnie. Dlatego osoby, które biorą środki moczopędne, muszą uważać, żeby nie doszło do nadmiernego odwodnienia. Wskazane jest dobre nawadnianie organizmu, najlepiej wodą z solą (do każdej szklanki wody należy dodać np. szczypkę soli kłodawskiej).
9. Stosowanie diety ketogennej, ale bez ograniczenia kaloryczności, może u niektórych pacjentów wywołać skutki uboczne. Może np. dojść do zwiększonej odporności komórek na insulinę, co z kolei spowoduje znaczne podniesienie poziomu glukozy, a tego chcemy za wszelką cenę uniknąć. Dlatego nie wolno się przejadać. W ogóle należy jeść znacznie mniej, niż to normalnie robimy ☺. Zalety są OGROMNE. Temat ten szerzej poruszę w części trzeciej „Ukrytych Terapii”.
10. Ze względu na to, że stosując dietę ketogenną, organizm jest zmuszony do spalania własnego tłuszcza, osoby z nadwagą będą stopniowo tracić wagę (ok. 1 kg tydzień), ale... bez ścisłającego żołądek uczucia głodu! Co ciekawe, utrata wagi będzie spowodowana przede wszystkim utratą tłuszcza brzusznego. U pacjentów szczególnie ostatecznych należy zwracać uwagę, żeby spadek wagi nie był zbyt szybki.
11. Ze względu na to, że potencjalnie dieta taka może oznaczać niedobory witamin i minerałów, zaleca się suplementację preparatami wapnia, witaminy D, tłuszczami Omega-3, jak również kompleksem witamin B.

**Moja uwaga jest taka:** jeśli w tej (czy innej) diecie stosować się będzie wysokiej jakości warzywa, żółtka jaj, witaminę C, czy też witaminy A, D,

E i K, wtedy jakaś szczególna suplementacja może nie być potrzebna. Jeśli to możliwe, suplementować się, stosując 2 łyżki pierzgi dziennie lub 1 buteleczkę wysokiej jakości niepodrabianego „Mumio”. Pierzga może zawierać wosk, którego spożycie nie jest dla nas korzystne. Dlatego pierzgę (1 łyżka stołowa) należy zalać wodą i pozostawić na około 12 godzin. Powstały roztwór dobrze wymieszać i przed wypiciem przecedzić przez sitko.

12. Na samym początku, u niektórych osób, szczególnie tych, które przez długi okres były przyzwyczajone do spożywania dużej ilości węglowodanów, mogą wystąpić typowe objawy odstawienia substancji uzależniającej (taką przecież jest cukier); bóle czy zawroty głowy, nudności czy nawet wymioty. W takich przypadkach całość należy przeprowadzać trochę wolniej. Wymaga to zdyscyplinowania i motywacji ze strony pacjenta, wsparcie i pełna współpraca rodziny jest często wymagana. Nie ma żadnych przeszkód, żeby cała rodzina zastosowała ten sposób żywienia.
13. Powstrzymanie się od spożywania posiłków, czyli wprowadzenie krótkotrwałego postu, działa terapeutycznie u pacjentów, którzy są poddani chemioterapii.

Safdie FM, Dorff T, Quinn D, Fontana L, Wei M, Lee C, Cohen P, Longo VD. *Fasting and cancer treatment in humans: A case series report*. Aging (Albany NY). 2009 Dec 31;1(12):988-1007.

14. **Dieta ketogenna zupełnie nie działa w przypadku stosowania sterydów**, które mają tendencję do podnoszenia poziomu glukozy we krwi, np. dexametazon. Fakt ten, czyli zwiększenie poziomu glukozy we krwi, sprzyja rozwojowi komórek nowotworowych i negatywnie wpływa na leczenie choroby nowotworowej. Stosowanie sterydów, jakkolwiek czasami konieczne, jest porównywalne do dodawania oliwy do ognia.
15. Intensywne ćwiczenia fizyczne nie są zalecane ze względu na zwiększoną produkcję kwasu mlekowego, który, jak wiadomo, jest przetwarzany w wątrobie ponownie na glukozę. Spacery tak, bieganie nie.

**Moja uwaga.** Ćwiczenia fizyczne działają jednak przeciwnowotworowo. Sprzyjają obniżeniu poziomu glukozy. Dlaczego więc nie zastosować powyżej opisanego siarczanu hydrazyny? Koniecznie przydalyby się jakieś poważne badania.

16. Jak już powyżej opisałem, ogromnym problemem dla chirurga onkologicznego jest słabe, a czasami zupełnie niewidoczne odgraniczenie tkanki nowotworowej od tkanki zdrowej. Wycięcie całości guza nowotworowego może w wielu przypadkach oznaczać wyleczenie chorego człowieka. Natomiast pozostawienie tkanki nowotworowej w postaci niewidzialnych dla oka chirurga fragmentów wcześniej czy później oznacza nawrót choroby. Wykazano, że dieta ketogenna z ograniczoną kalorycznością może doprowadzić to znacznie bardziej wyraźnej różnicy w wyglądzie pomiędzy tkanką nowotworową a zdrową. Fakt ten dla pacjenta i chirurga może oznaczać możliwość pełnego usunięcia guza nowotworowego, co może zakończyć się wspaniałym sukcesem. Dlatego, natychmiastowe po diagnozie zastosowanie interwencji chirurgicznej może nie leżeć w najlepszym interesie pacjenta. Szczególnie tam, gdzie sytuacja nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia. Lepiej jest zaczekać i przygotować chirurgowi znacznie lepsze pole do manewru w postaci lepiej zdefiniowanego guza w stosunku do tkanki zdrowej. To właśnie może zadecydować o całkowitym sukcesie lub jego katastrofalnym w swoich skutkach braku.
17. Zaleca się jednoczesne stosowanie inhibitorów glikolizy (2-deoxy-D-glukoza, 2-DG, 30–40 g/dzień) i działania glutaminy (phenylbutyrate, 15 g/dzień).
18. Jak wcześniej już opisywałem, ogromnym problemem pacjentów nowotworowych jest kacheksja, czyli niekontrolowana utrata wagi doprowadzająca do śmierci większości pacjentów. Jak więc w takim przypadku zastosować dietę, której jednym ze skutków jest utrata wagi? Wprowadzenie diety ketogennej z ograniczeniem kalorii wpływa na obniżenie poziomu IL-6, co oznacza potencjalną redukcję tego zjawiska, jak również towarzyszącej mu anemii. Po powstrzymaniu wzrostu nowotworu można stopniowo zwiększyć liczbę kalorii w diecie, aby pacjent odzyskał wagę.

Fearon KC, Borland W, Preston T, Tisdale MJ, Shenkin A, Calman KC. *Cancer cachexia: influence of systemic ketosis on substrate levels and nitrogen metabolism*. Am J Clin Nutr. 1988 Jan;47(1):42-8.

Jak widać, dieta ketogenna w przypadku choroby nowotworowej może okazać się niezwykle przydatna. Należy zwrócić uwagę ponownie na fakt, że opisane przypadki wyleczenia przez zastosowanie tylko samej diety wskazują na jej ogromny potencjał. Wagi temu dodaje to, że **we wszystkich przypadkach wykazano niespotykaną skuteczność tej diety, a stosowano ją u osób w zasadzie nieuleczalnie już chorych**.

W żadnym przypadku nie można powiedzieć, że dieta ketogenna jest lekiem na raka. Natomiast można powiedzieć, że dieta ketogenna (jak i witamina C podawana we wlewach dożylnych) jest więcej niż tylko uzupełnieniem tradycyjnego leczenia choroby nowotworowej. W żadnym przypadku nie twierdzę, że należałoby zaniechać chociażby obecnie stosowane metody i zamiast nich stosować dietę ketogenną. Bezwzględnie jednak ta metoda powinna natychmiast znaleźć się w arsenale metod stosowanych przez onkologów, i nie tylko.

Prostota, bezprecedensowa skuteczność i niski koszt tej metody nie mogą być zignorowane. Potencjalne efekty uboczne tej metody są niczym, w porównaniu z obecnie stosowanymi skomplikowanymi, drogimi, niebezpiecznymi i mało skutecznymi metodami.

Ponieważ nauka potwierdza tak wysoką skuteczność tego rodzaju podejścia dietetycznego w przypadku choroby nowotworowej, więc grzechem jest niewprowadzanie go do chociażby standardowej procedury leczenia. Onkolodzy moce tego do tej pory nie zrobili, bo o diecie ketogennej zastosowanej w chorobie nowotworowej niczego nie wiedzieli. Nie wiedzieli o jej działaniu w tym przypadku. No to teraz już wiedzą. Wprowadzą, czy nadal będą żyć w grzechu ☺?

Uważam, że w świetle istniejących danych wystarczająco opisanych w literaturze, jak i wynikających z praktyki lekarskiej, niewprowadzenie tego typu podejścia dietetycznego do leczenia tak ciężkiej choroby, jaką jest choroba nowotworowa nosi znamiona zaniedbania. W sytuacji kiedy medycyna powinna zrobić wszystko, ale to absolutnie wszystko, żeby ratować życie pa-

cjenta, wprowadzenie do leczenia wyżej opisanej diety ketogenicznej powinno być zrobione natychmiast, dla dobra pacjentów. Nie wyobrażam sobie, aby którykolwiek z polskich onkologów mógł być temu przeciwny. A jeśli jest, to również dla dobra pacjentów, lepiej niech zmieni zawód.

Kiedy proponowałem, żeby u wszystkich dzieci z lekooporną padaczką zastosować dietę ketogeniczną, od jednego z lekarzy usłyszałem, że po dwóch latach stosowania diety ketogenicznej dzieci te dostały osteoporozę. Czy w związku z tym rodzice takich dzieci powinni się bać? Moim zdaniem nie. Uważam, że w tych przypadkach wystąpił gdzieś błąd. Nie znam szczegółów, ale bardzo bym chciał je poznać.

Chciałabym na przykład wiedzieć czy monitorowano u tych dzieci poziom witaminy D, to znaczy poziom metabolitu 25(OH)? A jeśli tak, to jakie poziomy u tych dzieci utrzymywano? Czy podawano tym dzieciom witaminę D3, jeśli poziom 25(OH) był poniżej 50 ng/ml?

Czy dzieciom podawano witaminę K2 MK-7, która stanowi podstawę do zabezpieczania organizmu PRZED powstaniem osteoporozy?

Czy badano u tych dzieci poziom buforów kwasowo-zasadowych? Jakie były wyniki? Czy te badania regularnie wykonywano? Jeśli tego nie robiono, to dlaczego nie?

Jeśli dziecko miało niski poziom 25(OH), nie miało odpowiedniej ilości witaminy K2, być może (być może, bo nie koniecznie tak było) wystąpiły obniżone poziomy buforów zasadowych, to czy można się dziwić, że u tych dzieci wystąpiła osteoporoza? Moim zdaniem wystarczyło zaledwie upewnić się, że dziecko miało odpowiedni poziom 25(OH), a jeśli nie miało, to odpowiednio dziecko suplementować, dodać witaminę K2 i najprawdopodobniej byłoby po problemie. Z tego co się później dowiedziałem, nikt tym dzieciom poziomu 25(OH) nie badał, ani nikt im witaminy K2 nie podawał.

Tutaj nie można się lekarzom dziwić, skoro wielu z nich w kontaktach ze mną potwierdzało, że o witaminie K2 i jej działaniu na organizm dowiedzieli się ode mnie, po przeczytaniu pierwszej części „Ukrytych Terapii”. Jak mogli podawać dziecku witaminę, o której istnieniu nie wiedzieli?

Czy badano u tych dzieci pełen zakres białek? Czy badano poziomy hormonu wzrostu i IGF-1?

Czy wskazaniem do przerwania diety ketogenicznej u takiego dziecka jest tylko podwyższony poziom cholesterolu? Takie obawy widziałem, że są opisywane na różnych portalach internetowych. Jeśli u dziecka w ciągu pierwszych dwóch czy czterech dni wystąpi biegunka, to czy to jest wystarczający powód, żeby diétę przerwać? Okres adaptacyjny może trwać dwa, trzy, a nawet cztery tygodnie. Jeśli dziecko było przyzwyczajone do życia „na węglowodanach”, a w większości przypadków tak jest, to nagle podanie tłuszczy w większej ilości rzeczywiście może się skończyć biegunką. To jednak nie jest powód, aby z tej diety po kilku dniach zrezygnować. Trzeba ją tylko dostosować do danego dziecka. Nie ulega wątpliwości, że u dorosłych czy u dzieci początki mogą być dosyć trudne. Szczególnie z dziećmi trzeba być bardziej cierpliwym, ale nie rezygnować. Za dużo jest do stracenia.

Czy w takim razie dieta ketogeniczna jest dla dzieci i kogokolwiek innego niebezpieczna? Odpowiedź nasuwa się sama.

Jak zawsze – trzeba się na tym znać i wiedzieć co się robi. Dlatego to podejście dietetyczne opisuję tutaj w szczegółach, żeby każdy wiedział w jaki sposób można to prawidłowo i długoterminowo zastosować.

Naukowcy również przyjrzały się zagadnieniu długoterminowego zastosowania diety ketogenicznej.

*Dashti HM<sup>1</sup>, Al-Zaid NS, Mathew TC, Al-Mousawi M, Talib H, Asfar SK, Behbahani AI. Long term effects of ketogenic diet in obese subjects with high cholesterol level. Mol Cell Biochem. 2006 Jun;286(1-2):1-9.*

Po zastosowaniu diety ketogenicznej wszystkie markery biologiczne u osób biorących udział w tych badaniach powróciły do wartości prawidłowych. Zastosowanie tego prostego podejścia dietetycznego, pozwoliło wielu ludziom na zastosowanie go przez 10, 15 czy nawet 20 lat, bez jakichkolwiek skutków ubocznych. Wręcz przeciwnie.

Mam wielką nadzieję, że po opisaniu tych faktów polskie instytuty badawcze i uniwersytety medyczne natychmiast rozpoczną stosowne badania. Jakkolwiek metoda ta przynosi ogromne, niezwykle korzyści dla pacjenta, to jednak ciągle pozostaje wiele pytań, na które nie znamy odpowiedzi. Z tego co już wiadomo, działała w zdecydowanej większości przypadków. Wiemy już dlaczego działa, ale nie wiemy, dlaczego u niektórych nie działa. Czy nie byłoby warto, żeby dla dobra pacjentów ten fakt przeanalizować, zbadać, sprawdzić i dojść do przyczyny braku jej skuteczności w pewnych, rzadko występujących przypadkach?

Wiadomo, że nie ma diety, która zawsze, bez wyjątku będzie pasować każdemu człowiekowi. Tak też może być z dietą ketogenną. O tym nie wolno zapominać.

Badania, jakie ostatnio przeprowadził i nadal przeprowadza dr Dominic D'Agostino, wskazują na to, że skuteczność diety ketogennej może być zwiększena poprzez włączenie do procedury leczenia pacjenta komory hiperbarycznej. Po przeczytaniu poprzednich rozdziałów nikogo to już nie powinno dziwić. Właściwe natlenienie pacjenta na poziomie komórkowym jest podstawą do leczenia choroby nowotworowej, jak też wielu innych chorób. Czy to nie zasługuje na uwagę? Tutaj pozwolę sobie przypomnieć, że podanie wlewu dożylnego z wody utlenionej, jak wykazano, ma jeszcze lepszą skuteczność niż komora hiperbaryczna, a poza tym jest taniejsze, prostsze i bezpieczniejsze. Z tego, co mi wiadomo, nigdzie na świecie nie prowadzi się badań dotyczących połączenia zastosowania diety ketogennej i wlewów z wody utlenionej. Pole do popisu jest ogromne i... pozostaje otwarcie.

Co prawda dr Otto Warburg pokazał, że przyczyną wszystkich nowotworów jest spadek natlenienia tkanek na poziomie komórkowym, gdzie konsekwencją tego jest powstanie pierwszej komórki nowotworowej. Ta pierwsza komórka nowotworowa powinna być zidentyfikowana i usunięta przez nasz układ odpornościowy. Kiedy to się nie stanie, komórka ta zacznie się dalej namnażać, czego skutkiem jest np. guz nowotworowy. Wiemy, że guz nowotworowy nie jest przyczyną nowotworu, co w tej chwili dla każdego Czytelnika powinno być już krystalicznie jasne. **Guz nowotwowy jest tylko symptomem.**

Dlaczego więc większość tego, co napisalem powyżej, dotyczy metod czy substancji niszczących ten symptom? Zrobiłem to dlatego, że obciążenie organizmu szczególnie wtedy, kiedy guz ma już duże rozmiary, jest również bardzo ważne w leczeniu chorego na nowotwór, ale można tego dokonać w sposób znacznie bardziej intelligentny, bardziej skuteczny i bardziej bezpieczny.

**Usuwanie guza nowotworowego powinno być traktowane wyłącznie jako wsparcie leczenia choroby, ale w żadnym przypadku, tak jak to jest teraz, nie powinno być to traktowane jako cel, który chcemy osiągnąć.**

Leczenie choroby nowotworowej zaledwie poprzez usuwanie guza oznacza całkowitą katastrofę, co widzimy każdego dnia. Naprawianie, wzmacnianie, odbudowywanie prawidłowego działania układu odpornościowego jest prawdziwym celem, który należy osiągnąć. Osiągnięcie takiego celu, oznacza całkowite i trwałe wyleczenie każdego nowotworu. Dowodów tego jest co nie miara. Niektóre z nich opisałem na samym początku tego rozdziału.

Tak więc doprowadzenie do właściwego działania układu odpornościowego jest postępowaniem jak najbardziej właściwym, żeby nowotwory leczyć, jak też im zapobiegać. Jest to rzecz znana, wiadoma czy podświadomie wyчувana. Do tego nie trzeba być lekarzem. Dlaczego w takim razie, kiedy już wystąpiła choroba nowotworowa, medycyna akademicka tego nie stosuje? Dlaczego nie leczy układu odpornościowego? Dlaczego go nie naprawia? Dlaczego go nie wzmacnia? Oooppss... co za faux pas! Przecież jak mi niedawno wytknięto, opowiadam bzdury czy wręcz kłamię, bo przecież najnowszym osiągnięciem onkologii jest immunoterapia, a to właśnie polega na stymulowaniu układu odpornościowego do zwalczania raka! Wielu natychmiast wykrzyknie: „Oh! Naprawdę?” Ci, co Polaków udają, albo udają, że znają język angielski krzykną: „Wow.. tań..”, niech im będzie.

Kiedy prawie wszystko, o czym ja mówię, wiąże się właśnie z zastosowaniem substancji naturalnych, wzmacniających i odbudowujących układ odpornościowy, wtedy nazywa się mnie znachorem, szarlatanem, hochszaplerem, itd.

Kiedy jednak onkolodzy, po 50 latach „leczenia” doznali olśnienia i oznajmili światu, że trzeba jednak uruchomić układ odpornościowy, nikt ich od zna-

chorów szarłatanów i hochszaplerów nie wyzywa. Stało się to z dnia na dzień wielką nauką, głoszoną na lewo i prawo przez tych samych „dziennikarzy naukowych”, którzy głosili to z minami pełnymi balwochwałstwa i podziwu dla właśnie następnego osiągnięcia nauki. Na czym jednak to osiągnięcie polega?

### **Osiągnięcie to polega na mobilizowaniu układu odpornościowego pacjenta do walki z nowotworem.**

EUREKA! A co od dziesiątków lat mówią lekarze, którzy leczą chorobę nowotworową znacznie bardziej efektywnie, skutecznie i bezpiecznie? O nich jakoś nikt nie chce niczego powiedzieć, a przecież robią to znaczenie dłużej, mają znacznie większą praktykę niż którykolwiek onkolog stosujący od niedawna to samo, tylko jako mądrze nazwaną – immunoterapię.

Przecież na początku tej książki opisywałem, że nasz organizm poradzi sobie z każdym bez wyjątku nowotworem, bez względu na jego typ czy położenie pod warunkiem, że doprowadzi się do prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego. Mówię o tym od lat, powtarzam to do znużenia na każdym moim spotkaniu, na każdym wykładzie czy seminarium. Nie piszę tego po to, żeby przypinać sobie gwiazdki na epoletach. Nie piszę tego też po to, żeby w jakikolwiek sposób deprecjonować pracę onkologów zajmujących się immunoterapią. Piszę to po to, żeby wykazać hipokryzję, z jaką mamy tutaj do czynienia.

Czy w takim razie, mimo wszystko mówimy tym samym językiem? Raczej nie. Na czym polega różnica? Właśnie na tym, że po pierwsze ja mówię o zastosowaniu substancji naturalnych do osiągnięcia tego celu, podczas gdy leczenie immunologiczne całkowicie polega tylko na zastosowaniu leków. Syntetyków wytworzonych przez przemysł farmaceutyczny.

Po drugie, metody naturalne są prawie całkowicie pozbawione skutków ubocznych, czego w żadnym przypadku nie można powiedzieć o wspomnianej powyżej immunoterapii. Skutki uboczne tej terapii, przejawiają się inaczej niż skutki uboczne chemioterapii, ale są paskudne. Nie zapominajmy, że w immunoterapii, jaką zaczyna stosować się w onkologii, w sposób poważny ingerujemy z zewnątrz w układ odpornościowy, stosując substancje szluczne. To są działania dla naszego organizmu obce, niefizjologicz-

ne. Czy tego rodzaju manipulacje w systemie odpornościowym mogą się na chorym zemścić? Oczywiście.

A co się stanie, jeśli tak sztucznie zastymulowany system odpornościowy obróci się przeciw tkankom zdrowym? Czy może to doprowadzić do wywołania jakiś stanów zapalnych? Może i... doprowadza. Doprowadza na przykład do zapalenia płuc, zapalenia trzustki, zapalenia tarczycy, zapalenia jelita grubego, itd. Każdy onkolog przecież wie, że jakiekolwiek stany zapalne u chorego z nowotworem są niezwykle niebezpieczne. Co robić, kiedy takie skutki uboczne wystąpią? Jak to co? Skoro są to stany zapalne, to należy „leczyć” to sterydami. Czasami będzie potrzebna interwencja gastroenterologa lub nawet chirurga, ale... nie ma się co martwić, są już całe prace naukowe, wytyczne, jak opanowywać skutki uboczne immunoterapii.

### **W przypadku zastosowania metod naturalnych tego typu skutki uboczne nie występują nigdy.**

Po trzecie – wcześniej napisałem: „Nie wiem dlaczego, wielu ludziom jest tak trudno zrozumieć, że jeśli w zbiorniku samochodu nie ma paliwa, to ten samochód już dalej nie pojedzie i nawet najbardziej intensywne kopanie w opony go nie uruchomi”.

Wiem, że teraz znowu się narażę i stos do spalenia mnie żywcem jest już przygotowany, bo to sztuczne stymulowanie układu odpornościowego dobrze brzmi, ale jest to tylko „kopanie w opony” samochodu, w którym nie ma paliwa. Może mnie moja logika zawodzi, ale jeśli mamy przed sobą pacjenta nowotworowego, to wiadomo, że przestał u niego odpowiednio pracować układ odpornościowy. Tak?

Dlaczego tak się stało, pisalem już wcześniej: może zabrakło mu witamin, może zabrakło mu mineralów, a może było to spowodowane obecnością toksyn, a może układ ten został uszkodzony metalami ciężkimi?

Czy w związku z tym, takie stymulowanie układu odpornościowego nie przypomina komuś kopania w opony samochodu, żeby jechał dalej, a w którym nie ma paliwa, filtr oleju zapchany, rozrusznik nie działa, akumulator roz-

ładowany, łożyska zatarte? Można sobie tak samochód „stymulować” do woli. Nigdzie nie pojedzie.

Powyższe terapie opisałem po to, aby zwrócić uwagę środowiska medycznego, ale też i polskiego społeczeństwa również na to, że istnieją jeszcze inne metody leczenia nowotworów. Być może bardziej skuteczne, bardziej bezpieczne i zdecydowanie tańsze niż chemioterapia czy radioterapia. Nie można pozwolić, żeby tego typu terapie były przez obecny system zignorowane.

Jeden z przyjaciół powiedział mi, że krytykując chemioterapię, odbieram chleb wielu onkologom, a oni mają na utrzymaniu urodziny, dzieci, itd. Po pierwsze, chemioterapia czy też radioterapia sama się krytykuje brakiem skuteczności. Po drugie, jeśli onkolodzy zaczęliby stosować metody bardziej skuteczne i bardziej bezpieczne, to przed ich gabinetami byłoby pola namiotowe pacjentów oczekujących na leczenie właśnie u nich. Kiedy pokazaliby pacjentom, że są skuteczni i bezpieczni, mieliby zapewnioną przyszłość dla siebie i swoich rodzin na całe lata.

Czy w tym przypadku wiedza i doświadczenie nabyte przez całe dekady na tysiącach pacjentów nie ma znaczenia dla medycyny akademickiej? Czy lepiej z uporem maniaka trwać przy swoim. Przy swoim, tzn. przy czym?

### **Uwagi końcowe**

Nie chciałbym, żeby ktokolwiek miał wrażenie, że to, o czym napisałem, stanowi wszelkie możliwe metody wspomagania leczenia pacjenta nowotworowego. Substancji naturalnych wspomagających leczenie choroby nowotworowej jest cała masa, np.: berberyna, Poly-MVA, kurkumina, kwercytyna, Indole-3-Carbinol, Haelan 951, wilkakora, Protocell, Ukrain, różnego rodzaju grzyby, itd.

Jest jeszcze wiele, wiele innych substancji, których tutaj nie wymieniłem. Nie chodzi mi o to, żeby wyliczać czy opisywać je wszystkie.

A co by było, gdyby zrobić tak, żeby KAŻDEGO pacjenta nowotworowego najpierw wprowadzić w stan ketozy dietetycznej (z opisanymi wyjątkami),

a następnie zastosować KOMBINACJĘ ww. terapii? Czy nie byłoby logiczne, aby spowodować osłabienie komórek nowotworowych i:

1. Wprowadzić dietę ketogenną.
2. Podawać np. witaminę C + DMSO + wit B17, być może potencjonując DMSO lub insulinę?
3. Wesprzeć cały proces natlenieniem tkanek poprzez podanie wody utlenionej.
4. Podnieść pH wewnętrz komórek nowotworowych przy pomocy chlorku cezu.
5. Dalej wyhamować produkcję glukozy, podając siarczan hydrazyny.
6. Podać dożylnie srebro i złoto.
7. Podnieść metabolit 25(OH) do wartości pomiędzy 80 i 100 ng/ml.
8. Dodać gamma tokotrienole.
9. Dodać betaglukany z grzybów.
10. Wprowadzić odpowiednią suplementację witaminami, minerałami np. jodem, itd., itd.... może olej z konopi? Dlaczego nie? Zawsze bym go podawał.
11. Wprowadzić terapie PSYCHOLOGICZNE, może hipnoterapia, która, jak wykazano, świetnie się sprawdza również w chorobie nowotworowej.

Jeśli zajdzie potrzeba, należy zastosować chemioterapię, radioterapię lub zabieg chirurgiczny.

**MYŚLĘ, ŻE TO BYŁOBY BARDZIEJ EFEKTYWNE  
LECZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ.**

**UWAGA:**

**W żadnym przypadku nie jest to jakakolwiek procedura leczenia choroby nowotworowej!** Nie jest powiedziane, że to wszystko trzeba zastosować w tym samym czasie. Usiłuję tylko pokazać, jak wiele jeszcze można zrobić z człowiekiem chorym na chorobę nowotworową. Wszystkie metody i substancje, które opisalem, są fajne i bezpieczne. Z braku oczywiście miejsca nie opisuję ich wszystkich, a **jest ich dużo, dużo więcej!**

Drodzy lekarze, przedstawiłem tutaj tylko „krośno z przedzą” pod względem systemowym jak i pod względem zastosowań praktycznych. Co Wy na tym krośnie utkacie, zależy od Was.

Tak, wiem, zaraz zacznie się dyskusja o dowodach naukowych, o badaniach klinicznych, o publikacjach, o grupach kontrolnych, itd. Pytanie do onkologów jest zasadnicze: „Macie przed sobą pacjenta nowotworowego, co mu teraz oferujecie?”. Chemicznie? Wystarczy tylko pacjenta w pełni poinformować o wszystkim, co tutaj opisalem, a potem się go zapytać, na jaką terapię chciałby się zdecydować. A jeśli pacjentem jest członek Waszej rodziny albo Wy sami? Zawsze jest wybór. Zawsze można czekać na dowody naukowe, badania kliniczne, publikacje, itd.... Wybór jest zawsze, w większości przypadków nie ma tylko czasu.

**Pacjent ze swoim lekarzem decyduje, jak chce być leczony i nie wolno mu pod żadnym pozorem tego prawa odbierać, tak jak się to robi teraz.**

Wyobraźmy sobie, że nowotwór to taki wielki koń. Wiadomo, że do konia nie należy podchodzić od tyłu. Dlaczego z taką upartością robi to onkologia? Kon kopie pacjenta tak, że najczęściej go zabija. Czy nie byłoby mądrzej, żeby onkologia robiła to tak, jak robią to osoby zajmujące się końskimi, czyli podejść do konia od przodu i wziąć go delikatnie za uздę? Przecież wtedy, taki wielki „kon” podąży za Wami tam, gdzie zechcescie.

Wyrażam tutaj publicznie moją wielką nadzieję, że tak jak w stosunku do innych metod czy substancji, o których mówię czy piszę, dojdzie kiedyś do tego, że w Polsce będą prowadzone na te tematy prawdziwe, rzetelne, uczciwe badania naukowe.

Kiedy badania jakieś naturalnej substancji przynosiły spektakularne efekty terapeutyczne, wtedy natychmiast agencje rządowe zabierały się za ich własne tzw. badania naukowe. Jak to się dzieje, że lekarze praktycy, którzy daną substancję przetestowali na tysiącach pacjentów, zawsze mieli doskonale wyniki, a kiedy za tego typu badania bierze się instytucja rządowa, tym specjalistom nigdy to nie wychodzi. Nikogo to nie zastanawia?

Jak widać, możliwości znacznie lepszego leczenia pacjenta są.

Jak wykazalem z doświadczenia, z długolejnej praktyki lekarskiej, z wielu badań naukowych, człowieka chorego na nowotwór da się leczyć bez użycia chemioterapii czy radioterapii skutecznie, tanio i bezpiecznie. Tego wielu lekarzy już dawno temu dokonało i w niektórych krajach nadal dokonuje.

Jak to się ma do oficjalnie prezentowanego stanowiska polskiej onkologii? W tym celu zdum się na opinię, jaką był uprzejmy wygłosić czołowy polski onkolog, prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, który wielokrotnie, publicznie, w różnych mediach twierdził, że choroby nowotworowej nie da się wyleczyć bez chemioterapii. Komu wierzyć? :-)

Bez wątpienia jednak naukowe poznanie mechanizmów działania takich terapii byłoby niezwykle przydatne. To jest właśnie rola uniwersytetów medycznych. Mam nadzieję, że do tego kiedyś dojdzie, chociaż wiadomo, jak z tą nadzieję jest i kto ją najczęściej ma.

Wielokrotnie taki pogląd wyrażam w czasie wielu rozmów prowadzonych z lekarzami, którzy natychmiast te sposoby chcą zastosować w sposób praktyczny. Chcieliby też poznać głębiej mechanizmy biologiczne, biochemiczne czy fizjologiczne tych metod. Tego im bardzo brakuje. A więc, drodzy Rektorzy... zróbcie coś. Poznanie tych mechanizmów nikomu z pewnością by nie zaszkodziło.

Czy nie warto byłoby, żeby polskie uniwersytety medyczne i podlegające im kliniki uruchomili odpowiednie programy badawcze, aby te tematy zgłębić? Przecież kliniki właśnie są stworzone po to, żeby tego typu badania czy eksperymenty medyczne przeprowadzać. To jest ich zadanie. Za to my, podatnicy, im placimy. Chociaż może nie do końca, bo badania jakie wie-

le klinik wykonuje, są również finansowane przez bogatego „wujka”, który na takie badania wykłada ogromne pieniądze, oczekując, że koszty badań nie tylko się mu zwrócią, ale że na tym zarobi miliardy.

Dlaczego nie spowodować, aby to polscy pacjenci „zarobili” miliardy na proponowanych przeze mnie badaniach? Przecież mówimy, że życia pacjenta, życia dziecka nie da się zamienić na jakąkolwiek kwotę pieniężną, tak wysoka jest ta wartość, a pacjentów są setki tysięcy. Czy nie byłyby to zyski tak wielkie, że aż niemożliwe do określenia? Ekonomiści z pewnością potrafią to przeliczyć na zyski dla budżetu państwa.

Kiedy mówię o tego typu terapiach, czy o tego typu podejściu naturalnym, całosciowym do leczenia człowieka chorego, wtedy słyszę argument, który według mnie jest naprawdę nie do przyjęcia: „nie ma badań”. No i już, problem mamy z głowy, ręce w kieszenie można wsadzić i dalej nic nie robić. Polskie społeczeństwo nie oczekuje od środowiska medycznego takiej prymitywnej postawy, bo jeśli rzeczywiście: „nie ma badań”, to je po prostu trzeba wykonać!

Nie widzę żadnego powodu, dlaczego polscy naukowcy medyczni nie mieliby stanowić międzynarodowej elity, z której inne kraje mogłyby brać przykład. Nie widzę żadnego powodu, dlaczego to właśnie polscy naukowcy medyczni nie mieliby stać się ekspertami w dziedzinie wyżej wymienionych terapii? Jestem świadom do bólu tego, że na takie badania potrzebne są fundusze. Wiadomo, że na tego typu badania nawet 1 złotówki nie przeznaczy przemysł farmaceutyczny, który przeznacza miliardy na badania dotyczące produktów, które chce nam sprzedać.

Czy to oznacza, że sytuacja jest beznadziejna? Ależ skąd! Przecież mamy w Sejmie naszych wysłanników, naszych posłów, których właśnie my Polacy posłaliśmy tam między innymi do ochrony naszego zdrowia. To ich upoważniliśmy do zarządzania budżetem państwa czyli naszymi pieniędzmi. To od nich powinniśmy wymagać tego, aby znalazły się fundusze na prowadzenie takich badań. Jestem pewien, że wiele firm prywatnych również by się do tego dorzuciło.

Wiem, że często to powtarzam, ale zrobię to jeszcze raz: „polscy pacjenci by na tym zyskali, komu by to przeszkadzało?”

## Szczepionki – wielkie oszustwo

Szczepionki, jak wiadomo, to temat niezwykle kontrowersyjny. Rozdział ten miałem umieścić w części trzeciej, ale po premierze filmu „Vaxxed” (w Sieci pojawiła się jego polska wersja zatytułowana „Wyszczepieni – od tuszowania prawdy do katastrofy”), zdecydowałem, że ze względu na niezwykłą wręcz wagę tego zagadnienia należy to wszystko ujawnić w tej części. Już teraz.

W polskich mediach toczą się niekończące dyskusje dotyczące tematu szczepień. Wielokrotnie w mediach nazywano mnie antyszczepionkowcem. Rodzice wielu dzieci nie wiedzą, co robić. Szczepić czy też nie szczepić? Ja natomiast zawsze i wszędzie mówię to samo: każdy rodzic powinien mieć prawo zaszczepić, jak również każdy rodzic powinien mieć prawo nie szczepić. Wielokrotnie rodzicom, którzy jakąś decyzję muszą podjąć, mówilem o rzeczach, których się raczej nie upublicznia. Uważam, że każdy rodzic najpierw powinien zapoznać się z faktami, często takimi, o których się nam nie mówi, a następnie podjąć swoją niezależną decyzję. Przy takich okazjach proszę rodziców, by przed podjęciem jakiejkolwiek decyzji rozważyli kilka istotnych spraw:

1. Czym jest szczepionka? Nie chodzi mi tutaj o to, jak ona działa. Chodzi o to, czy szczepionka jest czymś, co ma zapobiegać chorobom, czy też ma służyć do leczenia chorób już istniejących. Zgodnie z polskim prawem farmaceutycznym szczepionka jest o dziwo (!) lekiem, czyli czymś, co służy do leczenia. Zgodnie ze słownikiem języka polskiego „leczyć” oznacza: „przywracać komuś zdrowie za pomocą leków lub zabiegów”. Innymi słowy, jeśli ktoś zachoruje, stosuje się lek, żeby przywrócić mu zdrowie. Może wyglądać, że się czepiam i nie ma to nic wspólnego z tematem, proszę jednak o trochę cierpliwości.

Zgodnie z prawem farmaceutycznym lekiem, a właściwie produktem leczniczym jest „substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu

przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne".

Środki antykoncepcyjne dokonują modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu. Czy w takim razie są lekiem? Zgodnie z tą definicją są. A co leczą? Nic. Szczepionki, które podajemy dzieciom, również zaklasyfikowane są jako lek, ale co leczą?

Jeśli dziecko jest przeziębione, nie wolno go zaszczepić. Jeśli zachoruje na ospę, nie wolno go w trakcie choroby szczepić na ospę. Jeśli zachoruje na odrę, nie wolno go w trakcie choroby szczepić na odrę. Jeśli zachoruje na koklusz, nie wolno go już wtedy szczepić na koklusz, itd. Jednak **szczepionki są zarejestrowane jako leki!** Ale leki podaje się wtedy, kiedy już choroba wystąpi. Nie ma choroby – nie ma leczenia. Pytanie: **jakie choroby zakaźne wieku dziecięcego należy leczyć szczepionkami?** Nie chodzi mi o działanie profilaktyczne, tylko o lecznicze. Pytałem tylu lekarzy i żaden nie może mi na to pytanie odpowiedzieć. Czy nie mamy tutaj do czynienia z oszustwem na potężną skalę? **Dlaczego coś, czego nie stosuje się jako lek, mimo to jest zarejestrowane jako lek? Czy to jest legalne?**

Dlaczego tak się dzieje? Dlatego, że gdyby szczepionki nie były zarejestrowane jako lek, nie podlegałyby refundacji. Nikt by ich nie kupował lub kupowałby bardzo niewielu rodziców. Sprzedaż szczepionek natychmiast by spadła, ponieważ wielu rodziców po prostu nie byłoby na nie stać. Jeśli na przykład refundowana szczepionka kosztuje 150 zł, a rodzic za to płaci 20 zł, to my wszyscy przemysłowi farmaceutycznemu płacimy 130 zł pomnożone razy wiele, wiele milionów, co daje kwoty wyrażane już w miliardach. Kto by z takich dochodów zrezygnował? Żadna z firm produkujących szczepionki nie zaryzykuje powiedzenia prawdy. Za dużo by ją kosztowało. My jednak wiemy, ile nas, polskich podatników, to kosztuje. Kupujemy coś za miliardy, a to, co dostajemy w zamian, jest ciągle jednym wielkim znakiem zapytania.

2. Żeby jakaś substancja była zaklasyfikowana jako lek, musi przejść przez bardzo rygorystyczne badania kliniczne. To jest absolutna podstawa stwierdzenia jej bezpieczeństwa. Ponieważ zdecydowana większość leków jest najpierw rejestrowana w USA, tego typu bada-

nia kliniczne muszą być najpierw zaakceptowane przez amerykańską FDA, czyli Urząd ds. Żywności i Leków. Powstanie tego urzędu w roku 1906 miało sens, ponieważ chronił on społeczeństwo amerykańskie przed **nienaturalnymi produktami spożywczymi** oferowanymi mu jako produkty naturalne. W 1938 r. uprawnienia urzędu zostały rozszerzone na substancje, takie jak sztucznie syntetyzowane leki produkowane przez przemysł farmaceutyczny. Mialo to również bardzo dużo sensu: przemysł farmaceutyczny zaczął produkować substancje, które dla organizmu człowieka były substancjami nienaturalnymi i należało wprowadzić jakiś mechanizm obrony ludzi przed nieograniczonym negatywnym działaniem takich substancji na ich organizm.

Dzisiaj, jak wspomniałem, każda substancja, która ma być przez którkolwiek firmę farmaceutyczną wprowadzona na rynek, musi zostać poddana badaniom klinicznym. Badania takie trwają czasami 5, 8 czy więcej lat. Ich celem jest udowodnienie, że dana substancja jest skuteczna i bezpieczna. Będąc lekiem, szczepionki powinny więc spełnić warunki takie, jakie są na-rzucone innym lekom, a więc m.in. warunek testowania ich przez wiele lat. Dopiero wtedy, po udowodnieniu bezpieczeństwa, dana szczepionka mogłaby być dopuszczona do użycia. **Niestety tak nie jest.** Nie widziałem nigdzie prawdziwych badań klinicznych dotyczących skuteczności, a przede wszystkim bezpieczeństwa szczepionek podawanych noworodkom w pierwszej dobie po urodzeniu! A przecież wiadomo, że noworodek nie posiada bariery krew-mózg chroniącej jego mózg przed toksynami. Mózg tak małego dziecka zostaje poddany działaniu bardzo silnych toksyn – bo przecież substancji zawartych w szczepionkach nie można nazwać eliksirem zdrowia. Chodzi mi oczywiście o badania przeprowadzane tak samo, jak badania każdego innego leku. Czyli nie na 10 czy 20 noworodkach, a na kilku tysiącach i bezwzględnie z podwójnie ślepą próbą, grupą kontrolną, itd.! Inaczej, jak twierdzą medycy, takie badania nie będą nic warte!

### **NIGDY TAKICH BADAŃ NIE PRZEPROWADZONO!**

Czy prowadzono obserwacje takich zaszczepionych noworodków w badaniach trwających 5 czy 7 lat? Jakie w ogóle prowadzono obserwacje? Np. w przypadku krztusia obserwowano te malutkie dzieci, odnotowując zmniejszenie okresu trwania kaszlu. To było podstawą do określenia sku-

**teczności szczepionki! To jest kpina z lekarzy i z rodziców. Czy to może być oszustwo?**

Prawdziwych badań oczywiście nie ma, a mnie jako rodzica bardzo by one interesowały. Szczególnie że w ciągu pierwszych dwóch lat życia mojego dziecka miałbym się zgodzić, zgodnie z kalendarzem szczepień, żeby podać mu tego typu szczepionkowy „koktajl” co najmniej dwadzieścia kilka razy.

Nie ma żadnych badań, takich jak dla innych leków: z grupą kontrolną, po-dwójkrotnie ślepych, trwających kilka lat, itd., co oczywiście w przypadku tak małych dzieci jest niezwykle trudne, to też musimy zrozumieć. To wskazuje również na to, że nawet przy najlepszych chęciach wychwycenie wszystkich problemów jest niemożliwe. Niemożliwe jest więc także ustalenie rzeczywistego poziomu ryzyka. Inaczej mówiąc, nie wiadomo, co się z moim dzieckiem może stać. A mimo to do mnie jako do rodzica kieruje się nakaz podania mojemu dziecku substancji z zawartością bardzo toksycznych elementów, grożący mi karą finansową, jeśli się na to nie zgodzę!

Jak się temu przeciwstawić? Przede wszystkim należy skontaktować się z organizacją STOPNOP: [www.stopnop.pl](http://www.stopnop.pl)



<http://ukryte.info/31>

Lub posłuchać na YouTube nagrania „Jak nie szczepić – aspekty prawne – Urszula Tomiczka”:



<http://ukryte.info/60>

Trzeba pamiętać o tym, że rygorystyczne badania kliniczne, jakim poddawany jest każdy bez wyjątku lek, zanim będzie dopuszczony do sprzedaży, służą przede wszystkim do ustalenia jego bezpieczeństwa. **Gdyby szczepionki były poddawane tego typu badaniom, nigdy nie zostałyby dopuszczone do sprzedaży.** Z tego właśnie powodu, podając dziecku szczepionkę, gramy w rosyjską ruletkę.

3. Ciekawe jest to, że nikt (to znaczy: nikt o minimalnej wiedzy i odrobinie zdrowego rozsądku) nie powie, że jakiekolwiek związki rtęci, a tym bardziej związki aluminium czy formaldehyd są nieszkodliwe dla organizmu człowieka. No to weźmy pod lupę formaldehyd, o którym tak niewiele się mówi, bo uwaga społeczności zainteresowanej bezpieczeństwem szczepionek skupia się zwykle na rtęci i aluminium. Otóż działająca w strukturze Światowej Organizacji Zdrowia Międzynarodowa Agencja do spraw Badań nad Rakiem (*International Agency for Research on Cancer*) zaklasyfikowała formaldehyd jako substancję wywołującą u człowieka nowotwory! Substancję tę zaliczono do Grupy 1,



<http://ukryte.info/32>

<http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification>

co oznacza, że nawet najmniejsza jej ilość nie powinna się znaleźć w organizmie żadnego człowieka, a tym bardziej małutkiego dziecka.

A tymczasem np. koncern GSK podaje, że jego szczepionka Pediarix może zawierać do 100 µg formaldehydu. To prawda, że to jest bardzo mało i że w ciągu naszego życia wdychamy tej toksyny znacznie więcej. Niemniej jednak mówimy tutaj o podaniu jej do krwiobiegu dziecka, które nie ma jeszcze wykształconej bariery krew-mózg. Co prawda niektórzy twierdzą, że formaldehyd jest metabolizowany do formy nieaktywnej, ale gdyby tak było, producent bez wątpienia by się tym pochwalił.

Na jakiej więc podstawie małym dzieciom podajemy substancję, która może wywołać chorobę nowotworową? Dlaczego podajemy ją w tym krytycznym dla dziecka wieku? I, zgodnie z kalendarzem szczepień, tę raka-twórczą substancję chcę się mojemu dziecku podać 30 razy? A jeśli się na to nie zgodzę, to będę za to ukarany!

Tak mi nakazuje urzędnik państwowaty, na którego wynagrodzenie zrzucam się ja, podatnik. No, a jeśli z moim dzieckiem stanie się coś zlego? To tego urzędnika już nic nie obchodzi. Co mam zrobić, jeśli moje dziecko w wyniku podania tej substancji dozna ciężkiego kalectwa, ciężkiej, nieuleczalnej lub długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu albo trwalej choroby psychicznej? Polski Kodeks Karny mówi wyraźnie:

**Art. 156. § 1.** Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,

2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Nie spieszymy się jednak zbytnio z wsadzaniem za kraty lekarza, który naszemu dziecku podał szczepionkę, albowiem dalej czytamy:

**Art. 157a. § 1.** Kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

**§ 2.** Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpie-

czeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego.

No i tutaj jest następny problem, bo jako rodzic mam dziecko – już poczęte, ale uszkodzone na całe życie, bo ktoś u niego takie uszkodzenie spowodował czyli popełnił przestępstwo. Powyższy przepis mówi jednak, że lekarz w tym przypadku nie popełnił przestępstwa, bo uszkodzenie organizmu mojego dziecka nastąpiło jako „następstwo działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu...] lub życiu dziecka poczętego”.

Zgłaszam tutaj jednak małe „ale”. Rozważając rzecz hipotetycznie: kiedy zgłosiłem się z moim dzieckiem do lekarza, aby je zaszczepić, musiało ono być zdrowe, bo gdyby było chore, to zgodnie z zasadami lekarz odmówiłby podania szczepionki. Innymi słowy, podając mojemu dziecku szczepionkę, lekarz nie wykonywał żadnych działań leczniczych. Gdyby moje dziecko było chore, to owszem, mógłby mu podać nawet coś, co jest zaklasyfikowane jako substancja toksyczna (vide: wiele leków) i wtedy przestępstwa by nie popełnił. Ale w tym przypadku moje dziecko nie było chore, a lekarz jakby nigdy nic podał mu substancję sprzyjającą powstaniu nowotworów!

Oczywiście moje dziecko niekoniecznie musi zachorować na nowotwór na drugi, dziesiąty czy sto pięćdziesiąty dzień. Kto jednak wie, jaki długoterminowy wpływ na zdrowie dziecka będzie miało podanie mu tego kancirogennego formaldehydu? Wiadomo, że guz nowotworowy nie rozwija się z dnia na dzień. Czasami na jego uwidocznienie potrzeba 10, 15 i więcej lat. Kiedy moje dziecko będzie miało 15 czy 30 lat i w wyniku podawanego mu we wczesnym dzieciństwie formaldehydu zachoruje na chorobę nowotworową, kto będzie w stanie to udowodnić? Kto weźmie na siebie jakkolwiek za to odpowiedzialność?

Przymijmy jednak, że u mojego dziecka wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne np. już na następny dzień (a tak często bywa) i w rezultacie dziecko będzie miało np. nieuleczalną lekooporną padaczkę, paraliż, wady rozwojowe, itd.... co wtedy? W czasie wizyty u lekarza dziecko było zdrowe, nie było więc działań leczniczych wykonywanych przez tego lekarza. Po wizycie, której celem NIE BYŁO LECZENIE, moje dziecko ciężko zachorowało. Na zawsze, na całe życie. Czy w takim razie, zgodnie z po-

wyższym prawem, lekarz popełnił przestępstwo? Lekarz? Nie, chronią go procedury. To może urzędnik, który zaakceptował tę toksynę jako coś, co można podać tak małemu dziecku? Też nie. Szukaj wiatru w polu.

Ale nie tylko o toksyczny formaldehyd tutaj chodzi. Wiadomo, że szkodliwa jest też rtęć, a ostatnio wskazuje się na to, że substancją chyba jeszcze bardziej toksyczną od rtęci jest aluminium (ześcięle chemicznego punktu widzenia to glin, choć w mowie potocznej używamy metalurgicznego terminu aluminium). Naukowcy już dawno ustalili, jaki jest dla człowieka bezpieczny poziom tego pierwiastka. Jak to się ma do szczepionek sprzedawanych w Polsce? Popatrzymy: toksykologów ustalili, że dziecku można podać nie więcej niż 1 µg aluminium na 1 kilogram masy ciała. W pojedynczej szczepionce znajduje się jednak 225, a nawet 850 µg aluminium. Czyli dziecko w momencie podawania takiej szczepionki powinno ważyć od 250 do 850 kg! Czy w takim razie można spodziewać się problemów?

4. Jako rodzic, który chciałby swoje dziecko zaszczepić zgodnie z kalendarzem szczepień, mam prawo przypuszczać, że ktoś kiedyś wykonał badania sprawdzające, jakie są długoterminowe skutki zastosowania tych wszystkich szczepionek. Jednak, z tego co wiem, **nikt nigdy takich badań na dzieciach nie wykonał**. Dr Andrew Wakefield zaszczepił małpy zgodnie z kalendarzem szczepień dzieci. Następnie dokonał analizy stanu zdrowia tych małp. Okazało się, że bardzo wiele z nich miało dosyć poważne problemy rozwojowe. Całość swoich spostrzeżeń opisał i opublikował w renomowanym periodyku medycznym „Neurotoxicology”. Czy ktoś może chce zapoznać się z tą pracą i poznać jej szczegóły? Jak to się mówi: szukajcie, a znajdziecie, ale... nie w tym przypadku.

Wkrótce po opublikowaniu tej pracy w wersji elektronicznej została ona z tego periodyku usunięta. A przecież, zanim taka praca się ukaże, muszą ją zrecenzować inni naukowcy. I zrecenzowali. To dlaczego ją usunięto? Dr Andrew Wakefield został uznany za oszusta, o czym trąbiły media na całym świecie. Kiedy jednak Sąd w Wielkiej Brytanii wyrzucił całość oskarżeń do śmiecinika, jakimś cudem wszystkie medialne trąby się zapchaly. Nikt już o tym nie słyszał. Historia ta jest niezwykle ciekawa, ukazuje groteskowy wręcz, ale w swej naturze tragiczny, stan medycyny w tak zwanym świecie zachodnim, do którego również należy Polska.

Nie chcę tutaj zabierać miejsca na szczegółowe wyjaśnianie tej sprawy. Ponieważ jednak w Polsce krąży tyle nieuzasadnionych negatywnych opinii, zachęcam do obejrzenia wystąpienia dra Wakefielda z 2 października 2015 r. To wystąpienie i informacje w nim zawarte mają ogromne znaczenie również dla polskich dzieci i ich rodziców. Rewelacyjny, oświecający wykład, niestety tylko po angielsku:



<http://ukryte.info/33>

Bardzo też polecam tę rozmowę (tym razem z napisami w języku polskim):



<http://ukryte.info/34>

5. Określenie skuteczności tylko i wyłącznie na podstawie powstających po szczepieniu przeciwciał prowadzi do błędnych wniosków. W szczepionkach znajdują się różne substancje, jak np. aluminium, na które organizm dziecka również reaguje wytworzeniem przeciwciał. Skąd wiemy, że takie przeciwciała powstały w malym organizmie z powodu zawartego w szczepionce wirusa, a nie przeciw znajdującemu się w tej szczepionce aluminium? Nie wiemy.
6. **Usuńmy ze szczepionki zawartego w niej wirusa**, pozostawiając płyn z rozpuszczonymi substancjami pomocniczymi – tymi, które, jak się nas oszukuje, krzywdy nikomu, a szczególnie żadnemu dziecku, nie wyrządzają. Który lekarz zgodzi się na to, aby taką ciecz podać dziecku w postaci wlewu nawadniającego w roztworze soli fizjologicznej? A może ci, którzy są święcie przekonani, że jest to bezpieczny roztwór, doleją go do kompociku, który ich

dziecko wypije sobie po obiadku? Dlaczego nie? Przecież to takie bezpieczne.

- Jeśli amerykańskiemu lekarzowi rozbije się ampulka ze szczepionką, nie może rozlanego płynu po prostu zebrać i wyrzucić. Musi przyjechać specjalna ekipa specjalizująca się w usuwaniu odpadów toksycznych. Jak widać, podanie dziecku tej substancji i to bezpośrednio do krwiobiegu, bo przecież jest to wstrzykiwanie domięśniowo, dla nikogo jakoś nie stanowi wielkiego problemu. Pytanie: **gdzie jest SANEPID?** W Polsce przecież mamy takie same szczepionki. Mnie osobiście przeraża fakt, że przez następne 2 czy 3 lata temu dziecku ten sam toksyczny odpad poda się jeszcze prawie 30 razy!



<http://ukryte.info/59>

Działanie toksyczne ręci polega między innymi na utrudnianiu dopływu tlenu do komórek. Z tym nikt już nie dyskutuje. Wykazano, że tego typu działanie ręci często uwidacznia się jako syndrom ciągłego zmęczenia. I tutaj przypomina mi się ciekawe spostrzeżenie, o jakim powiedziały mi bardzo doświadczone pielęgniarki z oddziału noworodków. Cytuję ich słowa: „Po zachowaniu noworodków jesteśmy w stanie powiedzieć, które z nich były szczepione, a które nie, bo np. rodzice pilnowali, żeby ich nie zaszczępić. Te, które nie są szczepione, wrzeszczą, krzyczą, są bardzo aktywne, a te szczepione po prostu leżą”. A może po prostu są gigantycznie niedotlenione? A może już wtedy cierpią na syndrom ciągłego zmęczenia? Małuch nie jest w stanie powiedzieć nikomu, co mu dolega. Ciekawe, co powiedziałby taki zaszczępiony noworodek, gdyby mógł mówić.

- Dr Andrew Moulden pokazał, że podanie KAŻDEJ szczepionki dziecku czy osobie dorosłej powoduje mikro udary mózgu. Wykonał ponad 5000 fotografii twarzy dzieci, na których były widoczne zmiany poszczepieniowe. To, co pokazał, PRZERAŻA!

Część 1:



<http://ukryte.info/35>

Część 2:



<http://ukryte.info/36>

Część 3:



<http://ukryte.info/37>

Część 4:



<http://ukryte.info/38>

Część 5:



<http://ukryte.info/39>

I jeszcze link do doskonałej polskiej strony, gdzie można się bardzo dużo o tym dowiedzieć:



<http://ukryte.info/40>

Te mikro udary mogą wywołać u zaszczepionych dzieci wiele różnych niekorzystnych skutków. Oczywiście, jasną rzeczą jest, że skutki te w zdecydowanej większości przypadków ustępują same. Jednak niektóre z nich, niestety, w różnym stopniu pozostają. Mogą one wywołać upośledzenie dziecka, ale w żadnym przypadku nie będzie to przez lekarzy wiązane z podaną wcześniej szczepionką. W związku z tym lekarz, nawet jeśli jest z tych odważnych, takiego przypadku nie będzie zgłaszał do Sanepidu. Zaznaczam natychmiast, że wcale nie twierdzę, że lekarze zatajają takie informacje celowo – a na pewno nie w każdym przypadku. Ale jednak wielu rodziców w Polsce publicznie opisuje przypadki, kiedy problemy zdrowotne ich dzieci, jakie wystąpiły po podaniu szczepionki, zostały zignorowane i nie były zgłoszone do Sanepidu.

Dlatego właśnie oficjalne dane są zupełnie nie do przyjęcia, po prostu są niewiarygodne. Jest to dla nas, Polaków, zjawisko katastrofalne. Dlatego, że nawet jeśli założymy szczerą intencję naszych posłów, to ich decyzje są podejmowane właśnie na podstawie oficjalnych danych. Rzadko kto przygląda się tym danym bardziej dokładnie. Rzadko kto zastanawia się bardziej dogłębie, czy są to dane kompletne. Czy są tam wszystkie przypadki uszkodzenia zdrowia dzieci, jakie zostały zgłoszone przez polskich lekarzy? Bo o tym, że nie wszystkie przypadki są zgłasiane, wspomniałem przed chwilą.

Natomiast nie ulega żadnej kwestii, że liczba przypadków skutków ubocznych szczepień jakie się obserwuje **jest bardzo wysoka**. Zbyt wysoka! Tragedią jest to, że nie wszystkie takie przypadki są zgłaszane, bo wielu lekarzy po prostu boi się je zgłaszać. Sami Amerykanie (CDC) szacują, że jeśli chodzi o LEKI, zgłasza się nie więcej niż 5 do 20% przypadków skutków ubocznych ich działania.

Natomiast ze względu na „polityczny” charakter szczepionek, **skutki uboczne zgłaszane są zaledwie w 0,5% do 5% przypadków!** Nie do końca chyba zdajemy sobie sprawę, co to oznacza. Jeśli przyjmiemy wartość najbardziej optymistyczną, czyli 5%, to **liczbę zgłaszanych przypadków powikłań poszczepiennych należałoby pomnożyć przez 20**, żeby mieć orientację, jaki jest stan rzeczywisty. Niestety, nasi decydenci opierają się na liczbach zupełnie nierealnych. **Gdyby w ich rozważaniach pojawiła się liczba rzeczywistych przypadków powikłań 20 razy większa niż jest oficjalnie zgłoszonych, to z pewnością żaden z polityków nie podjąłby decyzji, żeby polskie dzieci szczepić!**

Czy nie oznacza to, że żyjemy w świecie fikcji? Czy nie oznacza to, że tak ważne dla zdrowia naszych dzieci decyzje oparte są właśnie na fikcji? A dowód? Bardzo proszę: oto jak to się dzieje w Polsce. Jak wygląda zgłaszanie poszczepiennych odczynów niepożądanych przez wielu polskich pediatrów:

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szeszepieniach  
STOP SOP

„Muszę przyznać, że kiedyś byłem zwolennikiem szczepień - myślałem, że chronią moje dziecko. U mojej obecnie już 11 letniej córki po szczepionce WZW A wywiązał się odczyn poszczepienny. Siedziałam, że idąc do pediatry zgłasząc owe dolegliwości, zostało to zgłoszone. Na nieszczęście wypraczyliśmy wtedy zdrowia dziecka potrzebną do szpitala - admisję odnośnie odczynu poszczepiennego BRĄZ, natomiast znalazłam inną (ponownie zdjęte) RĘCE opasając...

*BRAZ. WUCZPIENIA J. D. MARY*

*OPÓRZ MATEO Z LEASAN  
TEORIA ANTYVACCINOWA*

**Czyli to, co nam się przedstawia, jest niewiarygodne.** Jeden z polskich wiceministrów zdrowia publicznie powiedział: „Na temat niepożądanych oddziałyń poszczepieniowych u polskich dzieci wiemy wszystko, bo mamy dane z Sanepidu”. Pora wrócić na Ziemię, panie ministrze! Można by się z tego uśmiać po pachy, gdyby nie to, że tak właśnie „poinformowani” posłowie czy ministrowie podejmują decyzje dotyczące zdrowia naszych dzieci! Matrix? Kabaret? Piaskownica? Do wyboru.

9. Rodzic może chcieć wiedzieć, powinien wiedzieć, co w tych szczepionkach tak naprawdę jest. Te dane, chociaż dość niechętnie, są publikowane. Rzadko kiedy jednak są uwidocznione w ulotkach czy w innych materiałach marketingowych przekonujących rodziców do szczepień. Stąd wielu rodziców nie wie, jakie substancje szkodliwe zawierają ampułki ze szczepionką. A już nikt nawet nie podejrzewa, co jeszcze w tych szczepionkach może być...

Kilka lat temu przedstawicielka jednego z wielkich koncernów farmaceutycznych produkujących szczepionki została zapytana o to, co jest w ampułce ze szczepionką. Zgodnie z prawdą odpowiedziała, że jest tam wirus i różnego rodzaju substancje „pomocnicze”, jak np. formaldehyd, związki rtęci, aluminium, itd. Zapytano ją, czy w ampułce ze szczepionką może znaleźć się jeszcze jakiś inny, nieznany producentowi wirus. Odpowiedziała, że tego nie można wykluczyć! Zapytano ją również, czy jest możliwe, żeby w produkowanej przez jej firmę szczepionce był jakiś onkogen, czyli coś, co w przyszłości może doprowadzić do rozwoju choroby nowotworowej, bo jak wiadomo było tak w przypadku szczepionki przeciw polio (choroba Heinego-Medina). Jej odpowiedź brzmiała: „Tego też nie mogę wykluczyć”. Zapytano: dlaczego? Odpowiedziała: „Ponieważ metody filtryacji, jakimi w tej chwili dysponujemy, są na tyle niedoskonale, że nie mogę z całą pewnością powiedzieć, że w szczepionce nie znajdują się jeszcze jakieś inne substancje biologicznie aktywne”.

Wiadomo przecież, że szczepionki są wykonywane na bazie żywych tkanek. Mówiąc konkretniej, szczepionki produkowane są na bazie tkanek z małpy, z jaja, czy też z **dzieci, które poddano aborcji**. Dlatego nikt nie jest w stanie zapewnić biologicznej czystości i biologicznej powtarzalności szczepionek. Naukowcy zauważyl, że w szczepionce przeciw świnie znalazły się odzwierzęcy wirus, który może być obecny właściwie w prawie

kazdej szczepionce. Co prawda wirus ten może wywołać „zaledwie” krwawienia, doprowadzić do poronienia lub też do śmiertelnych schorzeń dotyczących błony śluzowej, a tak poza tym, to... może to już nam wystarczy?

*Studer. Bertoni G. Candrian U. Detection and characterization of pestivirus contaminations in human live viral vaccines. Biologicals. 2002 Dec;30(4):289-96.*

Naukowcy co prawda pospiesznie dodają, że naświetlenie tego wirusa promieniami gamma całkowicie go niszczy, ale... czy już wszyscy odetchnęliśmy z ulgą? Czy już wszyscy są w 100% przekonani, że kontrola jakości dotyczyć będzie każdej jednej ampulki, że jest całkowita gwarancja odnośnie do tej szczególnej ampułki przeznaczonej dla mojego dziecka? No, nie wiem, gnębią mnie tu następujące problemy:

- a) Pod wpływem promieniowania gamma ten szkodliwy wirus jest niszczony – zgoda. Ale pod wpływem tego samego promieniowania zniszczony zostanie również ten drugi, nieaktywny wirus, który jest powodem wyprodukowania danej szczepionki. Innymi słowy, naświetlając szczepionkę zniszczymy tego szkodliwego wirusa, którego tam nie powinno być, ale zniszczymy też i tego, który chcemy, żeby tam był. Promienie gamma nie odróżniają, który wirus jest „dobry”, a który „zły”.
- b) Nie ma też żadnej pewności, że pod wpływem promieniowania gamma nie dojdzie do jakiejś mutacji DNA, co może spowodować powstanie w szczepionce materiału zupełnie innego niż zamierzano.

Nikt nie jest w stanie nam tego zapewnić. Co to oznacza? Oznacza to coś, co nieco wyżej nazwalem rosyjską ruletką.

10. Owszem, biorąc pod uwagę oficjalne dane, można stwierdzić, że te szczególnie ciężkie formy niepożądanych odczynów poszczepieńnych zdarzają się bardzo rzadko, np. 1 przypadek na 10 000. Ponieważ w rzeczywistości negatywne skutki poszczepieniowe mogą występować nawet dwudziestokrotnie częściej niż jest to zgłasiane, to 10 000 należy podzielić przez co najmniej 20, a to nam da 1 przy-

padek na 500 (lub nawet jeszcze mniej) szczepień. Wyobraźmy sobie teraz rewolwer, który ma w magazynku 500 otworów na nabóje. Włózmy w jeden otwór nabój z „ciężkim powikłaniem poszczepieniem” i zakręćmy bębenkiem. Który z rodziców przystawi taki pistolet do głowy dziecka i pociągnie za spust? A przecież, jak nam się mówi, prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiego niepożądanego odczynu poszczepiennego jest takie niskie.

Od 2003 roku w USA rodzicom dzieci wyплачono odszkodowania o wartości ponad 9 miliardów dolarów. MILIARDÓW! Odszkodowania te są wyплачиваły w przypadkach ciężkich powikłań poszczepiennych lub śmierci, a nie po kilkudniowej gorączce, zaczerwienieniu skóry czy placzu. A mnie przerasta fakt, że na samym początku, gdy zaczęto wyplacać te odszkodowania, stwierdzono, że u 227 z 579 zmarłych dzieci (40%) początkowo postawiono diagnozę „nagła śmierć lóżeczkowa”! Dopiero w wyniku śledztwa wykazano, że śmierć była spowodowana podaniem szczepionki. Czy w Polsce jest lepiej? Ile takich przypadków „naglej śmierci lóżeczkowej” jest stwierdzanych w Polsce? Ile z nich jest spowodowanych podaniem dziecku szczepionki? W ilu przypadkach lekarz to zgłasza jako możliwe powikłanie poszczepienne?

A co z INNYMI powikłaniami? A co z tymi, które nie zostają zgłoszone? A zgłaszanych jest od 0,5% do 5% – tylko! Jużilkakrotnie personel medyczny szpitali informował mnie: „u nas powikłania nie występują”. No... niechby spróbowali wystąpić. Wygląda na to, że Amerykanie powinni przyjeżdżać do Polski szczepić swoje dzieci. Bo u nas jest tak bezpiecznie, nie to, co tam u nich w Stanach!

11. Jednym z najważniejszych problemów, z jakimi mamy do czynienia, jest stosowanie szczepionek na kilka wirusów jednocześnie, w jednej szczepionce. Ja również byłem szczepiony, ale nigdy się to nie działo tak, że podano mi szczepionkę na kilka wirusów w jednej dawce! Na ten temat wypowiada się wielu naukowców. Nawet tych, którzy co do zasady zgadzają się z koncepcją szczepień, jak np. dr Andrew Wakefield. Wskazują na to, że takie gwałtowne jednorazowe podanie małemu dziecku tak niesamowitej ilości różnego rodzaju osłabionych wirusów, których celem jest zastymulowanie układu odpornościowego do produkcji odpowiednich przeciwciał, doprowadza do

całkowitego chaosu. Układ odpornościowy dziecka nie jest przygotowany do radzenia sobie z taką ilością stymulantów. Efektem jest właśnie powstawanie tylu niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Czy tak trudno zrozumieć, analizując historię szczepień, że tego typu incydenty prawie nie miały miejsca w przeszłości, kiedy stosowano tylko jedną szczepionkę naraz i to dopiero wtedy, kiedy dziecko było już trochę starsze? Dlaczego teraz z uporem maniaka pompuje się w dzieci coraz więcej wirusów w jednej szczepionce, widząc jednocześnie wzrastającą liczbę skutków ubocznych takich działań? Podanie jednej tylko szczepionki, a następnie dopiero za jakiś czas, za kilka miesięcy, najprawdopodobniej ten problem by zminimalizowało. To jednak oznaczałoby znaczny spadek zysków producentów szczepionek. Ale ja się pytam: „A co ma wspólnego ich zysk ze zdrowiem naszych dzieci?”. Wiadomo, że muszą dla swoich akcjonariuszy wypracować zysk, tylko dlaczego kosztem naszych dzieci?

12. Bywa tak, że dziecko może nabyć od matki elementy wspomagające układ odpornościowy do walki np. z krztuścem (kokluszem). Przeciwnica może przecież odziedziczyć po mamie na choroby wirusowe, jak np. ospa. W takim przypadku, kiedy dziecko przeciwnica np. przeciw ospie już ma, podanie dziecku szczepionki „na ospę” może się dla tego dziecka skończyć tragicznie. Logika i wiedza nakazywałaby sprawdzić czy dziecko takie przeciwicała już ma, zanim mu się poda którąkolwiek szczepionkę. Wiemy doskonale, że tak się przecież nie robi! Dlaczego? Brak logiki czy brak wiedzy? Następna runda „rosyjskiej ruletki”.

**Dzieciom podaje się szczepionki w ciemno**, nie mając najmniejszego pojęcia, jakie przeciwnica u danego dziecka już być może występują.

13. Możliwe, że Matka Natura miała jakiś powód, by zesłać na nas te wszystkie choroby wieku dziecięcego. Być może ma to jakieś swoje uzasadnienie. Mamy wiele przykładów, kiedy usiłowaliśmy przehydrzyć Matkę Naturę, ale na dobre nam to nie wychodziło – i nadal nie wychodzi. W tym kontekście poddaje pod zastanowienie to, co znaleźli i opisali naukowcy japońscy. Opublikowali to zaledwie rok temu, w 2015. Co znaleźli i opisali? Ano to, że u osób, które przeszły infekcję odry lub świniki, a szczególnie u tych, które na odrę lub

świnę zachorowały, w latach późniejszych wystąpiło niższe ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową serca.

Kubota Y, Iso H, Tamakoshi A: JACC Study Group. **Association of measles and mumps with cardiovascular disease: The Japan Collaborative Cohort (JACC) study**. *Atherosclerosis*. 2015 Aug;241(2):682-6.

Och...! To by oznaczało, że te infekcje wieku wczesnodziecięcego odgrywają istotną rolę w zabezpieczaniu organizmu przed powstaniem groźnych chorób serca w przyszłości. **Czy ta informacja nie powinna się czasami znaleźć na pierwszych stronach gazet?** Przecież robimy wszystko, żeby ustrzec się przed chorobami serca, które do niedawna były na pierwszym miejscu wszystkich chorób cywilizacyjnych (teraz to „zaszczytnie” pierwsze miejsce przejęły nowotwory).

Dlaczego to nie jest głębiej rozważane przez lekarzy? Dlaczego w medialnym „eterze” panuje taka cisza? Dlaczego tak zwani „dziennikarze medyczni” nic o tym nie piszą, dlaczego tego nie nagłašniają? Pewnie są zbyt zajęci pisaniem kłamstw o cholesterolu i jego szkodliwości. Przecież tutaj chodzi o zdrowie całego społeczeństwa. Dlaczego środowisko medyczne udaje, że tego tematu nie ma? Nie widzę też, żeby było nim zainteresowane Ministerstwo Zdrowia. O co chodzi?

Jakoś tak dziwnie nie zauważono też publikacji naukowców szwedzkich:

„(U badanych osób) choroby zakaźne wieku dziecięcego miały efekt zabezpieczający przed chorobą wieńcową serca. Ryzyko związane z ostrymi przypadkami choroby wieńcowej serca znacznie się zmniejszało ze zwiększoną liczbą chorób zakaźnych, jakie pacjenci przeszli w wieku dziecięcym. [...] Chronienie przed infekcjami zakaźnymi występującymi w wieku dziecięcym może predysponować dzieci do zachorowania w przyszłości na chorobę wieńcową serca”.

Pesonen E, Andsberg E, Ohlin H, Puolakkainen M, Rautelin H, Sarna S, Persson K. **Dual role of infections as risk factors for coronary heart disease**. *Atherosclerosis*. 2007 Jun;192(2):370-5.

Nawet jeśli można kwestionować metodologię użytą w tych badaniach, to konkluzje tego typu pochodzące z DWOCH NIEZALEŻNYCH ośrodków naukowych nigdy nie powinny być, tak jak zostały, zamiecone pod dywan! Wyniki tych badań są niesamowicie istotne, ponieważ wskazują na to, że być może popełniamy ogromny, niewybaczalny błąd, który na naszych dzieciach zemści się za następne 40 czy 50 lat. Chyba, że na tym już nam nie zależy.

I następny, niezwykle ciekawy tekst, znajdujący swoje odzwierciedlenie w praktyce:

„Nasze dwie ostatnie hipotezy mówią, że zachorowalność na cukrzycę typu 1 jest mniejsza w tych rejonach kuli ziemskiej, gdzie genetycznie podatne osobnicy uzyskują odpowiednią ilość witaminy D – z diety i / lub w wyniku ekspozycji na światło słoneczne, a także tam, gdzie ludzie we wczesnym dzieciństwie są narażeni na infekcje bakteryjne, wirusowe lub pasożytnicze”.

*Barbeau WE1, Bassaganya-Riera J, Hontecillas R. Putting the pieces of the puzzle together – a series of hypotheses on the etiology and pathogenesis of type 1 diabetes. Med Hypotheses. 2007;68(3):607-19.*

Chciałem zwrócić uwagę, że to, co autorzy powyższej pracy nazywają hipotezą dotyczącą wpływu witaminy D na zachorowania dzieci na cukrzycę typu 1, naukowcy z Finlandii już dawno widzą w realnym życiu. To już nie jest hipoteza. Opisałem to w pierwszej części książki. Autorzy powyższej pracy również nazywają hipotezą zmniejszoną zapadalność na cukrzycę typu 1 w tych krajach świata, gdzie społeczeństwo było **we wczesnym dzieciństwie** narażone na różne infekcje. Powyżej cytowane badania mogą również postawić pod znakiem zapytania to, czy w tym przypadku cały czas mówimy jeszcze o hipotezie. Czy stwierdzoną mniejszą zapadalność na cukrzycę typu 1 u dzieci, które przeszły wczesnodziecięce infekcje wirusowe, można nadal traktować tylko jako hipotezę? Rodzice sami niech sobie odpowiedzą na to pytanie.

Wyniki badań wręcz krzyczą o zastanowieniu się nad tym, co w tej chwili wyczynamy z naszymi dziećmi. Krzyczą również o więcej badań na ten

temat, bo to jest ważne dla całego naszego społeczeństwa. Dlaczego się tego nie robi? Dlaczego się o tym milczy? Nie chcę tu ponownie wywoływać do tablicy tych, którzy są odpowiedzialni lub powinni być odpowiedzialni za nagłaśnianie tego typu informacji. Czy ukrywanie takich informacji przed społeczeństwem polskim dzieje się tylko dlatego, że komuś by to zepsuło niezwykle lukratywny biznes?

No, a teraz coś, co należy koniecznie obejrzeć w spokoju, z całą rodziną. Właściwie po tym filmie już nie muszę w tym rozdziale nic więcej pisać:



<http://ukryte.info/41>

lub



<http://ukryte.info/42>

## SZCZEPIONKOWE OSZUSTWO ZOSTAŁO UDOWODNIONE!

Oszukani zostali lekarze! Trzeba zwrócić uwagę na reakcje oszukanych lekarzy. Oni z kolei zupełnie nieświadomie oszukiwali i nadal oszukują rodziców! Nasi polscy lekarze również! Piszę o tym od dawna, ale ten film pokazuje **DOWODY** na to megaoszustwo na najwyższych poziomach! Z tego powodu cierpią również polskie dzieci! Zobaczcie, jak oszukiwano PEDIATRÓW, fałszując oficjalne raporty im przedstawiane. **Ten film powinien znać na pamięć KAŻDY RODZIC, który myśli o szczepieniu swojego dziecka.**

Nie ma co liczyć na SKORUMPOWANE DO GRANIC MOŻLIWOŚCI środowisko medyczne (poza niezwykle chlubnymi wyjątkami). Zauważcie, jak amerykański przemysł farmaceutyczny bronii się przed wystąpieniem dra Thompsona na forum Kongresu! To wystąpienie oznaczałoby katastrofę tamtejszego przemysłu szczepionkowego oraz całego CDC!

Zwracam też uwagę na ten fakt: w roku 2014 w 27 stanach USA zanotowano 644 przypadki odry. W tym samym roku zanotowano 1 082 353 przypadki autyzmu! Kiedy stwierdzono 644 przypadki odry, ogłoszono niemalże stan zagrożenia narodowego. stacje telewizyjne krzyczały: „odra atakuje”. No i gdzie jest ta epidemia? Tajemniczo wyparowała. Kiedy jednak formalnie zidentyfikowano ponad milion przypadków autyzmu u dzieci, nie stanowiło to żadnego problemu. Stacje telewizyjne nabraly wody w usta. Co w takim razie jest tutaj epidemią? Ten milion chorych dzieci nie zniknie. Kiedyś będą miały po 30, 40 lat. Kto się nimi zaopiekuje, gdy ich rodziców już nie będzie?

Polskie Ministerstwo Zdrowia powinno NATYCHMIAST ZAREAGOWAĆ! Te doniesienia natychmiast powinny być wzięte pod uwagę, bo o zdrowie Polaków tutaj chodzi. Ministerstwo Zdrowia NIE ZAREAGUJE, bo jest „eunuchowate” i wcale nie stoi w obronie zdrowia i życia Polaków. Możemy liczyć tylko na siebie!

A teraz każdy rodzic, po zapoznaniu się z tymi faktami, niech podejmie decyzję: szczepić czy nie szczepić? Czy mówienie o tym jest czymś naganym? Czy przedstawianie ww. faktów, które, jak zaznaczylem, przekazuję rodzicom pod rozważkę, robi ze mnie antyszczepionkowca, jak tego chcą niektórzy tzw. dziennikarze medyczni? A dlaczego sami nie informują o tych faktach polskich rodziców? Czy czasami nie jest to ich dziennikarskim obowiązkiem? Taki obowiązek oczywiście mają, ale jeśli mają dochody pochodzące z firm farmaceutycznych, to czy mogą kiedykolwiek komukolwiek powiedzieć coś innego niż tylko to, za co im firmy farmaceutyczne płacą?

A jeśli polskiego społeczeństwa rzetelnie nie informują, a raczej celowo nie mówią nam prawdy, to znaczy, że w sposób świadomy polskie społeczeństwo jest przez nich oszukiwane. Zastanawiam się: kim oni są? Czy nadal mają prawo mówić o sobie, że są dziennikarzami, szczególnie dziennikarzami medycznymi? Polacy, jak każde inne społeczeństwo, od dziennika-

rzy oczekuje prawdy. Jaką jednak prawdę o szczepionkach może Polakom przekazać dziennikarz, który, jak to kolokwialnie mówimy, siedzi w kieszeni przemysłu farmaceutycznego? Czy po takiej osobie można się spodziewać, że kiedykolwiek powie nam prawdę?

Właśnie to, co opisalem powyżej, mówiłem na wszystkich moich wykładach, na wszystkich moich spotkaniach z Polakami w Polsce czy za granicą. Jedna z dziennikarek tak zwanej prasy kolorowej, Filc-Redlińska, była inicjatorką wysyłanego do władz polskich uniwersytetów listu – apelu, aby zakazywać mi mówienia tej właśnie prawdy.

Powtarzam jeszcze raz: to są fakty. To informacje, które na ogół nie są upubliczniane, nie są przekazywane polskiemu społeczeństwu. Dlaczego? Kilka razy spotkałem się już z zarzutem, że przedstawiam informacje w taki sposób, żeby rodziców przestraszyć. Jeśli ktoś potrafi te informacje przekazać w inny sposób, bardzo proszę, niech to zrobi. Czy wtedy też będzie nazywany antyszczepionkowcem?

Chodzi mi tylko o jedno: aby rodzice mieli wszystkie, ale to wszystkie informacje potrzebne do podjęcia decyzji. I te dobre, i te złe. W ulotce opisującej działanie szczepionki, której jednym ze skutków ubocznych jest autyzm, producent nakazuje, aby powiadomić o tym rodziców. **Dlaczego więc trzem lekarkom pediatrom, które robiły to, co nakazuje sam producent szczepionki, Naczelna Izba Lekarska grozi odebraniem prawa wykonywania zawodu? JAKIM PRAWEM!?**

Kiedyś na moim Facebookowym profilu pojawił się wpis: „Wszystko, co Pan tutaj przekazał, przeczytałem, przeanalizowałem i moje dziecko zaszczepię”. Odpowiedziałem: „Szczęśliwie Pani decyzję, trzymam kciuki, mając nadzieję, że dziecku nic się nie stanie”. Miałem niestety również takie informacje: „Czytałem to wszystko i czytałem, dziecko zaszczepiłem i do dziś tego żałuję, bo niby mam dziecko i go nie mam. Zero kontaktu, zero okazywania uczuć. W oczach mojego dziecka pustka, a moje serce mi pęka”.

**Gdyby szczepionki były tak bezpieczne, jak nie są, szczepienia bym z całą pewnością popierał.** Byłyby wspaniale, gdyby można było podać dziecku szczepionkę, po której nigdy już więcej nie zachoruje na daną chorobę.

robę. No a jeszcze gdyby można to było zrobić w sposób bezpieczny, to już mielibyśmy ideal. Wtedy kazałbym szczepić wszystkie dzieci, wszystkich dorosłych, psy, koty, a nawet leżący przy drodze kamień. Ale... tak nie jest.

Staramy się ochronić nasze dzieci przed chorobami wirusowymi. A czy kiedykolwiek zastanawialiśmy się nad tym, że gdy gdzieś szaleje wirus, wśród dzieci czy wśród dorosłych, nie wszyscy w 100% procentach chorują? Wirus jest, a nie każdy mu się poddaje. Może przyczyną tego stanu nie jest wirus, tylko brak odporności organizmu? Może na tym trzeba byłoby się skupić?

Dawno temu Francuzi produkowali szczepionki, które były całkowicie bezpieczne. Dlaczego dzisiaj już się tego nie robi? Chociaż, czy tylko o szczepionki chodzi? Zarejestrowanie substancji naturalnej dla człowieka jako suplementu, o, to czasami jest nie lada problem! A gdyby na rynku pojawił się niezarejestrowany suplement diety, to cała wtedy jest afera. Kontrole, wysokie kary, itd. – za SUPLEMENT DIETY! Za substancję dla człowieka naturalną. A tutaj? Chemiczne syntetyki, substancje obce dla organizmu dziecka, są sprzedawane rodzicom i podawane dzieciom bez żadnego problemu! I to jest OK! Jakoś naszych „władz” to nie martwi. Natomiast jeśli w suplementie diety znajdzie się substancja, nawet w minimalnej ilości, która według przepisów wykazuje działanie lecznicze, to co wtedy? Wtedy od producenta żąda się BADAŃ KLINICZNYCH i zarejestrowania tego jako lek!

Dlaczego w żadnym przypadku nie wolno mi na stronie sklepu opisać RZECZYWIESTEGO działania chociażby preparatu takiego jak EPA Forte? Dlaczego na stronie sklepu nie mogę nawet wymienić słowa „wspomaga” działanie układu odpornościowego czy jakiegoś innego? Dlaczego nie wolno mi napisać, że jakiś środek NATURALNY ma działanie przeciwzapalne lub przeciwdepresyjne?

Dla nikogo nie jest tajemnicą, że zatrucie organizmu człowieka toksynami, takimi jak np. metale ciężkie, może doprowadzić do bardzo poważnych schorzeń. Wszyscy wiedzą, że szczepionki zawierają metale ciężkie. W ciągu kilku pierwszych lat życia dziecka podajemy mu niesamowitą ilość metali ciężkich i innych toksyn, ale który pediatra udziela porad rodzicom, jak te metale ciężkie i inne toksyny z organizmu dziecka usunąć?

Czy kogoś z Ministerstwa Zdrowia interesują ostatnie doniesienia, że szczepionki są zanieczyszczone mykoplastą? Albo to, że w wielu z nich (także w tych, które mamy w Polsce) znajduje się glifosat, składnik Roundupu? Glifosat to substancja, którą Światowa Organizacja Zdrowia zaklasyfikowała jako „prawdopodobnie kancerogenną dla człowieka”. Niektórzy rodzice mogą powiedzieć „A co tam, niech mojemu dziecku to podadzą”, ale będą też rodzice, którzy się na to nie zgodzą. Pod warunkiem, że będą o tym wiedzieć. Tylko który z „dziennikarzy medycznych” cokolwiek o tym napisał w szeroko dostępnych mediach? Niechby tylko spróbował!!

Nie zdziwmy się, jeśli znajdą się prawnicy, którzy wystosują pozew zbiorowy przeciwko ministrowi zdrowia o narażanie zdrowia i życia polskich dzieci.

W tej chwili w przygotowaniu jest ponad 300 nowych szczepionek, w tym na cholesterol, alkoholizm, palenie papierosów, jak również... na poszczepienne skutki uboczne!

Wszędzie, przy każdej okazji, rodzicom, którzy chcą szczepić swoje dzieci, bo MAJĄ DO TEGO PRAWO (lub też chcą zaszczepić siebie), sugeruję:

1. Zbadać dziecko u dwóch pediatrów, żeby potwierdzili na piśmie, że dziecko jest ZDROWE w każdym calu i że nie ma przeciwwskazań do podania szczepionki. Jeśli z jakiegokolwiek powodu nie jest zdrowe, szczegółowo opisać CO MU DOLEGA, JAKIE SĄ OBJAWY itd. Obejrzenie i osłuchanie dziecka to w tym przypadku ZA MAŁO.

Dr Diane Harper, która była członkiem zespołu opracowującego szczepionkę przeciw HPV, powiedziała publicznie, że jest ona bezużyteczna i że rodzice powinni być w pełni poinformowani, ale wskazywała na to, że przed podaniem koniecznie należy sprawdzić poziom żelaza, bo może się to źle skończyć.

2. Zbadać poziom 25(OH)D3, fibrynogen, CRP i pełną morfologię – wtedy dopiero zaszczepić.

3. Otrzymać na piśmie potwierdzenie od dwóch psychologów dziecięcych, że dziecko rozwija się normalnie pod każdym względem. Jeśli tak nie jest, poprosić o szczegółowy opis.
4. Zrobić kilka filmików jak dziecko się bawi, jak chodzi, jak biega, jak mówi, jak się zachowuje, jak reaguje na różne bodźce, itd.
5. Zrobić ZDJĘCIA BUZI DZIECKA przed szczepieniem i co najmniej przez 30 dni po szczepieniu – codziennie!
6. Przed i natychmiast po szczepieniu podawać dziecku witaminę C. Dawkę powinien ustalić lekarz.
7. Jeśli się da, natychmiast usuwać metale ciężkie!

Należy pamiętać że jeśli zdarzy się, że Wasze dziecko dostanie po szczepieniu reakcji ubocznych, macie przynajmniej JAKIŚ DOWÓD, że mogło się to stać z powodu podanej mu szczepionki, bo oczywiście w takim przypadku:

1. lekarz schowa się za procedurami i nie poniesie żadnej odpowiedzialności;
2. producent za skrzywdzenie Waszego dziecka nie odpowiada;
3. nasze państwo, nasz rząd, pokaze Wam środkowy palec.

Skargę czy wniosek o odszkodowanie i fundusze na leczenie dziecka, które może potrwać i przez całe życie, możecie oczywiście napisać i wysłać tu czy tam, ale.. równie dobrze możecie pisać na Berdyczów. Skutek będzie taki sam.

Nie mówię rodzicom, żeby nie szczepili swoich dzieci. Przekazuję tylko informacje, które mnie jako rodzicowi byłyby potrzebne do podjęcia decyzji. Kto da gwarancję, że po zaszczepieniu na 100% dziecko nie będzie miało żadnych problemów zdrowotnych?

**Trzymam kciuki za wszystkie zaszczepione dzieci!**

Mądry Polak po szkodzie... ale czy ma być głupi przed?

Zachęcam również do zapoznania się istotnymi informacjami na temat szczepionek, które w sposób bardzo eloquentny zebrał i opublikował pan dr Jerzy Jaśkowski:



<http://ukryte.info/43>

## Źle się dzieje w państwie polskim...

W listopadzie 2015 miałem mieć wykład i seminarium w Gdańsku. Dwa tygodnie przed tym wydarzeniem powiadomiono mnie, że na Facebooku został założony specjalny profil do tzw. *hejtowania* mnie. Tam po całej Polsce zbierano podpisy pod wystosowanym do władz Uniwersytetu Gdańskiego listem, którego autorzy wzywali władze Uniwersytetu do odwołania moego wystąpienia. Uniwersytet odpowiedział, że nie jest organizatorem i nie jest w żaden sposób łamane prawo. I słusznie, bo kto ma prawo dyktować władzom uniwersytów, komu mogą wynająć salę, a komu nie. Pewnego dnia zajrzałem na ten profil... i coż tam zobaczyłem? Twórcą tego profilu był jakiś tchórz – osoba ukrywająca się za zdjęciem przedstawiającym paja, niepodająca swojego nazwiska ani imienia.

Jednym z pierwszych wpisów była historia córki i matki: córka podawała matce płyn Lugola rzekomo zgodnie z moimi zaleceniami z „Ukrytych terapii”. A ja w książce wyraźnie napisałem, że nie jest ona podręcznikiem medycyny, że to, co piszę, jest tylko przekazaniem wiedzy praktykujących lekarzy. Szczególnie w rozdziale o jodzie podkreślałem, żeby nie stosować jodu bez konsultacji z lekarzem! Ale to już we wpisie Pajaca skrzętnie pominięto.

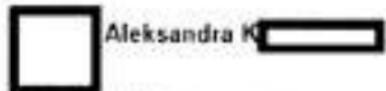
 **Jerzy Zięba** Ludzie... przeczytajcie DOKŁADNIE, co napisałem w książce na temat leczenia tarczycy!! szczególnie samemu!! i przestańcie wypisywać bzdury. Nigdzie, ale to NIGDZIE w książce nie napisałem, żeby się leczyć "zgodnie z książką". Nie napisałem niczego, żeby LECZYĆ tarczycę.

17 lutego Lubię to!

Wielokrotnie zarzucano mi, że rozdział o jodzie napisałem tak, żeby nikt nie mógł z niego skorzystać. TAK! To prawda, zrobiłem to celowo, podejrzewając, że ludzie mogą chcieć się leczyć na własną rękę. **A ja napisałem, żeby robić to tylko we współpracy z endokrynologiem**, bo jakkolwiek leczenie tarczycy jodem jest możliwe, to trzeba naprawdę dużo wiedzieć, zanim się zacznie to robić. No, ale... córka wiedziała lepiej (a może czytała i nie zrozumiała co czyta?) i, pomimo moich ostrzeżeń, zaczęła bawić się w endokrynologa i podawać mamie jod! **Zaczęła sama mamie leczyć**

**tarczycę! Tego w ten sposób robić NIE WOLNO!** (Jak to się robi, opisze w szczegółach w części trzeciej „Ukrytych terapii”.) Po jakimś czasie zrobiła mamie badania, które pokazały, że poziom TSH, mówiąc obrazowo, powędrował w kosmos, chociaż inne parametry, jak FT3 i FT4, były w normie! Obie panie pokazały te wyniki endokrynologowi, który nie wiadomo po co mamę natychmiast odesłał na oddział ratunkowy szpitala... i się zaczęło!

Facebookowi „eksperci od leczenia tarczycy”, a głównie filozofowie, filo-lodzy germanscy, studenci ekonomii, dziennikarze medyczni, itd. zaczęli ścigać się, kto zrobi wpis z większą niż normalnie ilością hejtu, czyli mowy nienawiści. Jedni przez drugich wyrażali swoją „ekspercką” opinię o tym, że przeze mnie biedna mama już prawie pukała do bram niebieskich! A przecież w tym samym e-mailu „córka niby-lekarz” napisała, że „mama czuje się dobrze”!



Aleksandra K [REDACTED]

[Tarczycę] Pisalam miesiąc temu, że próbujemy leczyć z mama tarczycę zgodnie z tym, co opisał w ukrytych terapiach Pan Jerzy Zięba.

Początkowo mama zmagała się z nadczynnością, jednak po miesiącu poszło w niedoczynność. Zwiększyliśmy dawkę lugoli, dodatkowo mama smarowała się jodyną. Dziś odebrałyśmy kolejny wynik i jesteśmy załamani. Wszystko źle, choć mama czuje się dobrze.

FT 4 wynik < 3,2

FT 3 wynik 2,25

TSH 3 generacja wynik >100000

Mamy skierowanie na SOR

Lubie ETC! Komercja!

Nikt z tych „ekspertów”, jak widać niestety nawet endokrynolog, nie wiedział, że przy podawaniu jodu TSH może poszybować w górę i to bardzo, ale że to jest NORMALNE i tymczasowe. Zadam teraz drażliwe pytanie: dlaczego endokrynolog nie wiedział? Ano, nie wiedział, bo nikt go tego nie nauczył. Endokrynolodzy nie potrafią leczyć tarczycy, stosując **W ODPOWIĘDNI SPOSÓB** jod. Wręcz przeciwnie, **na podstawie tego, czego ich nauczono, boją się jodu, z tego też powodu straszą nim swoich pacjentów**. Efekty takiego leczenia tarczycy są takie, jakie są. Nie potrafią wyleczyć takich chorób tarczycy, które są całkowicie wyleczalne. Wiem o tym, że w tym momencie wielu lekarzom, a szczególnie endokrynolo-

gom, chodzi tak zwana „gula”. Spowodowane jest to oczywiście potężną złością skierowaną ku mnie za powyższe słowa. Czy ja jednak napisalem nieprawdę? Który endokrynolog potrafi wyleczyć choroby tarczycy, stosując we właściwy sposób jod?

Wiele razy słyszymy, że najważniejsza rzecz to być otwartym, szczerym i mówić prawdę. Niestety, kiedy ktoś jest otwarty, szczerzy i mówi prawdę, wtedy się na niego słuchacze obrażają. W tym przypadku mogę ze 100% pewnością powiedzieć, że nie wszyscy lekarze, nie wszyscy endokrynolodzy tak reagują na moje słowa. Nie oburzają się, przyznają, że powiedziałem prawdę, ale – co najważniejsze – pytają, w jaki sposób takich pacjentów leczyć. Dla nich właśnie planuję zorganizować specjalne szkolenia, do prowadzenia których sprowadzę z zagranicy lekarzy – najlepszych z najlepszych fachowców, żeby się podzieliли swoją wiedzą. Ci specjaliści taką chęć już wyrazili. Tylko dlaczego mam to organizować ja? Czy czasami nie jest to zadanie Naczelnej Izby Lekarskiej?

Ze względu na duże zainteresowanie poruszanymi przeze mnie tematami i wobec braku sal o odpowiedniej wielkości, o udostępnienie swojej auli po prosiliśmy Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Władze uczelni zgodziły się. Znajomi zaczęli się ze mnie podśmiewać, że pewnie uniwersytet szykuje dla mnie doktorat honoris causa za edukowanie Polaków w kwestii dbania o zdrowie. Rzeczywiście, sprawiono nam nie lada niespodziankę, choć nie do końca taką. Niemalże na dzień przed wydarzeniem, kiedy uczelniane władze dowiedziały się, kto tam ma wystąpić, odebrano nam możliwość skorzystania z auli. Wtedy natychmiast z pomocą przyszeli Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, którego władze wykażały się przytomnością umysłu i zwykłym rozsądkiem, za co im publicznie serdecznie tutaj dziękuję.

Rozpoczęła się na mnie medialna nagonka. Do jej rozkręcania aktywnie włączył się Mateusz Kijowski, lider KOD-u. Zrobił nawet wywiad na mój temat z... magistrem filozofii. Tak, to nie jest żart!

Pomijam już fakt, że obaj panowie opowiadają niestworzone wręcz bzdury, przerzucając się bardzo górnolotnie brzmiącymi określeniami i opowiadając jeden drugiemu zwykle klamstwa o mnie. Ale zastanawiam się, czy nie byłoby lepiej, bardziej konstruktywnie i etycznie zrobić taki wywiad po prostu ze mną? Czy nie byłoby lepiej, zamiast fantazjowania, wypisywa-

nia bzdur, jakby byli „pod wpływem”, zebrać informacje u źródła? Chyba jednak nie, bo wtedy nie byłoby już sensacji. Dziwne, że redakcji portalu „NateMAT.pl”, w którym wywiad ten się ukazał, nie zależało na rzetelnym sprawdzeniu publikowanych informacji. Z nieznanej mi przyczyny włodarze witryny mającej się za poważny portal publicystyczny zdecydowali się na opublikowanie tworu przypominającego jazgot dwóch bazarowych plotkarek. A przecież można było to zrobić po prostu uczciwie.



<http://ukryte.info/1>

W wywiadzie tym pan magister filozof twierdzi, że zajmuje się filozofią medycyny. Za jakiś czas usłyszmy pewnie, że jest filozofem medycyny. Czemu już bym się nie zdziwił. **Filozofem medycyny ma prawo nazywać się tylko profesor medycyny na emeryturze.**

Następny popis dala redakcja wrocławskiego wydania Gazety Wyborczej.



<http://ukryte.info/2>

Jak poprzednio, żadnej rozmowy ze mną, żadnego usiłowania dotarcia do prawdy. Lepiej polskie społeczeństwo oszukiwać, wypisywać kłamstwa, byleby wzbudzić sensację.

Następny przykład dziennikarstwa brukowego, przekazującego społeczeństwu bazarowe plotki zamiast rzetelnej sprawdzonej informacji, pokazała TVP Info.



<http://ukryte.info/3>

Od tej stacji telewizyjnej jednak oczekwałbym dziennikarstwa wyższych lotów i przekazywania polskiemu społeczeństwu informacji sprawdzonych. Szczególnie że to ja, polski podatnik, płacę ich wynagrodzenia. Ktoś by pomyślał, że to do czegoś zobowiązuje. A tutaj, tak samo jak poprzednio, żadnego wysiłku, nikt nawet nie pomyślał, żeby przekazywane informacje sprawdzić przed ich emisją. Wystarczył telefon do mnie, ale wtedy... no właśnie, wtedy nie byłoby sensacji, bo wtedy nie mogliby nadać temu tytułu „Leczy raka i powiększa piersi w hipnozie”. Jak można się było spodziewać, natychmiast po emisji tego przykładu dziennikarstwa brukowego moja skrzynka e-mailowa została wręcz zalana e-mailami od par o odnośnie do tych piersi! ☺ Opiszę to w części trzeciej „Ukrytych terapii”, bo jak widać dla wielu par jest to problem. Od panów nie dostałem ani jednego e-maila w sprawie podobnej, ale męskiej, co jest pocieszające. ☺

Innym przykładem nierzetelnego dziennikarstwa był artykuł, którego autorka powinna znać ustawę „Prawo Prasowe”, a wychodzi, że jej nie zna. Dziennikarz obowiązany trzymać się faktów i zdobywać informacje ze sprawdzonych źródeł.



<http://ukryte.info/4>

Treść tego czegoś muszę jednak skomentować. Autorka paszkwiliu pisze:

„...neguje sprawdzone metody leczenia, uznane przez autorytety medyczne. Jest przeciwnikiem szczepień i sposobu leczenia nowotworów, jaki proponują onkologrzy”

Za chwilę się okaże, czy autorka tego artykułu ma rację. Czytajmy dalej:

„Ja jako lekarz za to, co robię, odpowiadam głową. Jeśli komuś zrobię krzywdę, samorząd lekarski może odebrać mi prawo wykonywania zawodu, odpowiadam też przed Rzecznikiem Praw Pacjenta, sądem powszechnym. Natomiast znachorzy nie odpowiadają za nic – tłumaczy dr Janicka”.

Naprawdę?! O jakiej odpowiedzialności jest mowa? Kto by się uśmieał! Pozwolę sobie tutaj nie zgodzić z tą wypowiedzią. Czy jako pediatra pani Janicka podaje dzieciom szczepionki? Pewnie tak. Założymy hipotetycznie, że dziecko po podaniu przez tę panią szczepionki zostało sparaliżowane, dostało autyzmu, niedowładu, zaczęło cierpieć na zaburzenia rozwoju, a może dostało lekoopornej padaczki... to czy pani ta rzeczywiście odpowie za to głową? Odpowie za to, co zrobiła jako lekarz? Bo kto temu dziecku szczepionkę podał? Kto mu zrobił krzywdę? Jakiś „pan Józio” spod budki z piwem? Czy, jak twierdzi, za zrobienie komuś krzywdy samorząd lekarski odbierze jej prawo wykonywania zawodu?

Tego typu twierdzenie o „odpowiadaniu głową” jest kpiną i sążnistym policzkiem wymierzonym rodzicom dzieci, które z powodu tego typu skutków ubocznych szczepionek przecież cierpią i będą cierpieć przez całe życie. Kto kiedykolwiek za to odpowiedział? Lekarze bardzo często wręcz omamiają społeczeństwo, mówiąc, jaką to na nich spoczywa odpowiedzialność. Pięknie to brzmi, bo też tak powinno być. Jak jest jednak naprawdę?

W rozmowie z jednym z lekarzy, kiedy poruszyłem temat odpowiedzialności zawodowej, usłyszałem zdanie: „My żadnej odpowiedzialności nie ponosimy”. Osłupiały mówię: „Jak to, przecież bierzesz zawsze na siebie odpowiedzialność za leczenie każdego człowieka”. W odpowiedzi słyszę: „To tylko teoria, bo tak długo, jak stosuję się do procedur, nikt i nic mi nie jest w stanie zrobić. Pacjent może umrzeć z powodu podanego mu leku czy też dlatego, że coś poszło nie tak, z dokumentacją też można pokombinować, ale tak długo, jak jestem w stanie wykazać, że zrobilem wszystko zgodnie z procedurami, jestem nietykalny, wtedy za nic nic odpowiadam, taka jest prawda”. Ta wypowiedź dała mi wiele do myślenia. Mam nadzieję, że nie tylko mnie.

No więc co by się stało wymienionej przed chwilą pani doktor pediatrze, gdyby zdarzyło się to, o czym napisałem? Spowodowała przecież (rozważam hipotetycznie), że dziecko zostało kaleką, że pozostanie uszkodzone do końca swojego życia. Czyż jednak nie pozostałaby bezkarna dla tego, że zrobiła wszystko zgodnie z procedurami? I tak jest zawsze, bo przecież tysiące dzieci w Polsce cierpią z powodu podanych im szczepionek, a jednak żaden lekarz za to głowy nie stracił, choć przekonuje o tym pani doktor! No więc to, co mi powiedział mój znajomy lekarz, jest chyba prawdą, czyż nie? A w takim razie kogo ukarać? Producenta szczepionki? Przecież on tej szczepionki nie podał. Zatem kto jest winien uszkodzenia dziecka, ten kto szczepionkę wyprodukował czy ten, który ją podał? Oczywiście wiele osób powie: „odpowiada za to producent szczepionki”. Prawo jednak, żeby być prawem, musi być ZAWSZE takie samo dla każdego, inaczej byłoby bezprawiem.

I tutaj doszliśmy do kolejnego absurdzu, a może bezprawia. Jest prawo, które nakazuje ukarać zabójcę, który zastrzelił swoją ofiarę z pistoletu, ale nikt za ten czyn nie wsadza do więzienia producenta pistoletów. Przecież stare powiedzenie mówi, że to nie pistolety zabijają, tylko ci, którzy ich używają. W przypadku uszkodzeń poprzez szczepionki jest dokładnie tak samo. To pani doktor „strzeliła w dziecko szczepionką”, ale tutaj prawo nagle jest inne. Wygląda na to, że George Orwell, autor książki „Rok 1984”, miał rację: wszyscy są równi, ale niektórzy są równiejsi.

A teraz przykład wzięty z życia:



<http://ukryte.info/5>

Oto pierwsze zdanie tego artykułu:

„Sąd Rejonowy w Warszawie przy ul. Ogrodowej 51A podczas czwartkowego posiedzenia podtrzymał skandaliczną decyzję prokuratury dotyczącą umorzenia sprawy przeciwko

lekarzom i urzędnikom, którzy zdecydowali o podaniu szczepionki Pentaxim 6-tygodniowemu dziecku, mimo że producent szczepionki dopuścił ją do użycia dopiero po ukończeniu drugiego miesiąca życia dziecka".

Po pierwsze, szczepionka została podana niezgodnie ze wskazaniami producenta. Jeśli lekarz poda pacjentowi lek niezgodnie ze wskazaniami, Naczelna Izba Lekarska może mu odebrać prawo wykonywania zawodu. Lekarz taki trafia do sądu lekarskiego. Czy w tym przypadku sprawa ta trafiła do tego sądu? Po drugie, dziecko zostało trwale uszkodzone. Kto teraz za to odpowie głową? Przecież ktoś za to powinien w ten sposób odpowiedzieć zgodnie z tym, co powyżej powiedziała pani doktor pediatra. Jeśli lekarz, który to zrobił, nie odpowiedział za to głową, to czy pani doktor pediatra kłamie? A, no tak, jest niewinny, bo... chronią go procedury. No i jeszcze dlatego, że wciska się rodzicom kłamstwo, że szczepionki są przecież takie bezpieczne. Usunmy te chroniące lekarza procedury. Niech wtedy lekarz PEDIATRA sam zadecyduje: podać dziecku szczepionkę czy nie. Idę o zakład, że wtedy 90% pediatrów nigdy szczepionki by nie podały! Tylko dlaczego? Nie ma się co bać, przecież jest taka bezpieczna!

A teraz uwaga: **będę teraz bronił lekarzy!** (Zwracam uwagę, bo ktoś może tego nie zauważyc i wolę takim osobnikom pokazać to palcem. Wystarczająco dobrze to widać i „słyszać”?)

Nie może być tak, że lekarz boi się leczyć pacjenta. W praktyce lekarskiej może się działać wiele złych rzeczy w sposób zupełnie niezamierzony. Chirurg, operując pacjenta, może też trafić na sytuację całkowicie nieprzewidywalną i, jak to czasami ironicznie mówimy, „operacja się udała, ale pacjent zmarł”. Czy za to chirurg ma ponieść odpowiedzialność? Moim zdaniem nie, o ile wykonał wszystko zgodnie ze sztuką lekarską. Odrębną sprawą jest zaniedbanie czy zwykłe niechlujstwo, polegające np. na wycięciu prawej nerki zamiast lewej, na amputacji lewej nogi zamiast prawej – a takie przypadki też się zdarzały.

Dlatego tutaj należy zachować nie tylko pewien dystans, ale mieć też zrozumienie dla lekarzy. Gdyby wspomniana powyżej pani doktor powiedziała: „robię wszystko co w mojej mocy, aby zgodnie z moją wiedzą i doświadcze-

niem pacjentowi pomóc, ale jeśli nastąpi jakiekś nieprzewidziane zdarzenie losowe, to muszę być w jakiś sposób chroniona", to takie podejście do sprawy byłoby przynajmniej uczciwe i prawdziwe! I tylko o to mi chodzi. Mam nadzieję, że wszyscy to dobrze zrozumieli.

Monumentalną nieprawdą zaś jest często powtarzane twierdzenie, że lekarz odpowiada głową, a „znachor” nie odpowiada niczym. Czyżby? Jak wykazalem powyżej, lekarz jest zawsze chroniony, nawet przez polski sąd, mimo że zrobił złe, bo podał dziecku szczepionkę niezgodnie ze wskazaniami producenta! Chroniony jest nawet, jeśli coś nie wyjdzie, nawet jeśli pacjent będzie na trwale miał uszkodzone zdrowie, nawet jeśli umrze.

Gdybym ja, nielekarz, miał swój gabinet i udzielił komuś porady z takim skutkiem, że pacjent miałby trwale uszkodzone zdrowie, a może nawet by umarł, to co mnie chroni? NIC! Za mną nie stanie grupa kolegów z mojego związku zawodowego, którzy będą mnie bronić w ciemno, za wszelką cenę. Kto tu naprawdę ryzykuje głowę? Piszę to tylko dlatego, żeby, słuchając nielogicznych wypowiedzi, jak ta autorstwa wyżej wspomnianej pani doktor, pokazać prawdziwy obraz sytuacji. Żeby pokazać prawdę.

Niektórzy lekarze w przypadkach aborcji sięgają do tak zwanej „klauzuli sumienia”, bo z powodów moralnych czy etycznych nie godzą się na zakorczenie życia człowieka, który się jeszcze nie urodził. Lekarz taki może odmówić przeprowadzenia aborcji. Są jednak lekarze, którzy absolutnie nie zgadzają się z faktem, żeby malutkiemu dziecku, często noworodkowi bez wykształconej bariery krew-mózg, wstrzyknąć do krwi toksynę, np. aluminium. Dlaczego ci lekarze nie mają dostępu do „klauzuli sumienia”, choć przecież, wiercie mi, sumienie mają! Czy podanie tak małemu dziecku toksyny jest sprawą sumienia czy nie? Przecież celowe podanie toksyny, jakiekolwiek i komukolwiek, podlega karze więzienia. Wyłączone są przypadki, kiedy lekarz może taką substancję podać wtedy, kiedy ona wykazuje właściwości lecznicze i może komuś w nagłym przypadku np. uratować życie, czyli wtedy, kiedy jest lekiem.

Co by się stało, gdyby lekarze pediatry mieli dostęp do klauzuli sumienia? Wielu lekarzy po prostu odmówiliby podawania dzieciom szczepionek. Dalej w tym samym artykule czytamy:

„Pytam więc prezesa Hamankewicza, (prezes Naczelnej Izby Lekarskiej – przyp. mój) co może zrobić w sprawie Jerzego Zięby? – Mogę zrobić tyle samo, co pani. Złożyć zawiadomienie do prokuratury o popełnieniu przestępstwa. W tym wypadku oszustwa”.

Z prawnego punktu widzenia powinienem poprosić o przedstawienie w ciągu 14 dni informacji o tym, kogo, gdzie i kiedy oszukałem. Na polskim rynku jest wiele książek poświęconych terapiom naturalnym, gdzie (w odróżnieniu od tego, w jaki sposób robię to ja) mówi się o konkretnych metodach leczenia bez podania jakichkolwiek postaw naukowych, bez wzmianki o choćby jednej publikacji medycznej na ten temat.

Proponuję więc, aby pan Hamankiewicz, zamiast zgłaszać do prokuratury tylko mnie, zrobił to w sposób sprawiedliwy i „hurtem” zgłosił do prokuratury wszystkich autorów tego typu publikacji. Przedstawione przeze mnie zarówno w tym, jak i poprzednim wydaniu „Ukrytych Terapii”, badania naukowe świadczą o tym, że Pan Hamankiewicz nie raczył się z nimi zapoznać, jak również nie przedstawił żadnego kontrargumentu co do tej materii chociażby poprzez przedstawienie równej rangi dowodów naukowych poddających pod merytoryczną wątpliwość przywołane przeze mnie prace cenionych naukowców i praktyków. W tych okolicznościach nasuwa się pytanie, w oparciu o jaką podstawę prawną i merytoryczne zarzuty pan Hamankiewicz proponuje składać zawiadomienie do prokuratury przeciwko mojej osobie? W polskim prawie powiedzenie publicznie o kimś, że jest oszustem, wymaga bardzo solidnego uzasadnienia.

Póki co, jako dowód mojej szkodliwości społecznej, oszukiwania ludzi i niszczenia im zdrowia, proponuję zapoznać się chociażby z tym materiałem, który stanowi zaledwie ryse, bo nawet nie czubek góry lodowej:



<http://ukryte.info/6>

A następnie proszę się zapoznać z opinią ANONIMOWYCH „zawodów” medycyny naturalnej:

**Uniwersytety dla nauki, payjące do cyrku**

Efekty działalności Zięby i promocji jego kłamstw. My nie żartujemy jak piszemy o tym że ludzie umierają i będą umierać przez tego palanta.

No właśnie widać, jak trup pokolem się kładzie. Myślę jednak, że „ludzi dobrej woli jest więcej i mocno wierzę w to, że ten świat nie zginie tylko dzięki nim”.

Proszę mi tylko nie mówić, że to są moje personalne ataki, jakaś vendetta czy wylewanie lez. Piszę to, bo praktyki stosowane przez media są według mnie je poniżające, czego sami oczywiście nie rozumieją. Przedstawiłem tylko małe przykłady, jest tego więcej. Chodzi mi o to, że niektórzy „pisarze” pracujący w tych mediach wykorzystują to, że mają możliwość przekazania dotyczących mnie bzdur, kłamstw i oszczerstw tysiącom, a może milionom Polaków. Mnie natomiast nie dają nawet najmniejszej szansy skomentowania tego czy sprostowania opublikowanych przez nich kłamstw.

Jeśli ktoś o mnie napisze, że jestem głupi, to wyrazi swoją prywatną opinię. Jednakże kiedy redaktor pisma czy programu telewizyjnego przekazuje o mnie kłamstwa, nie sprawdzając tych informacji u źródła czyli ze mną, to jest to już wkraczanie na grunt zniesławienia. Nie mam czasu ani ochoty na chodzenie po sądach, chociaż opinie prawne, jakie otrzymałem w odniesieniu do tego typu publikacji, są dla mnie niezwykle korzystne. Najchętniej redakcję taką podałbym do sądu, żądając minimum miliona złotych odszkodowania. Wiem, że sędzią takiej kwoty może nie zasądzić, ale jeśli będzie to przeznaczone w całości na chore polskie dzieci z Fundacji „Polacy dla Polaków”, to różnie może być. Niezbadane są wyroki boskie i wyroki sędziów polskich. Sędziowie też ludzie, chorują sami, chorują członkowie ich rodzin, a niektórzy na pewno mają dla dzieci wielkie serce! A więc... na miejscu mediów bym nie ryzykował.

Nie mam możliwości prostowania każdego publikowanego na mój temat kłamstwa. Dlatego korzystam z tego, że to jest moja książka i w niej napiszę to, co chcę.

Niech każdy wyciągnie swoje wnioski. Mikołaj Rej powiedział:

**„A niechaj narodowie wždy postronni znaj¹, iż Polacy nie gesi, iż swój język mają”.**

a ja zmienię to na:

**„A niechaj narodowie wždy postronni znaj¹, iż Polacy nie gesi, i swój ROZUM mają”.** Chociaž... to się jeszcze dopiero okaże.

## O absurdach w polskim świecie medycznym

Kiedy otwarcie mówię o metodach komplementarnych, kiedy mówię prawdę, wtedy zarzuca mi się, że jestem znachorem i szarlatanem, że neguję osiągnięcia nauki. A ja ciągle pytam: gdzie i kiedy to zrobiłem? Jakie konkretne osiągnięcia nauki neguję? Ja jedynie mówię: „król jest nagi”. Wszyscy o tym wiedzą, ale nikt tego nie chce powiedzieć głośno. Ja mówię. Zresztą, nie tylko mówię, że król jest nagi, ale także pokazuję, jak tego króla ubrać. Co w tym zlego, żeby mieć ubranego króla, a nie biegającego po ulicach golasa, który mówi, że jest królem? Takim właśnie golasem w przypadku chorób przewlekłych jest medycyna akademicka. Jej niedociągnięcia i katastrofalne porażki są ogólnie znane, ale wszyscy udają, że nie widzą, że ten medyczny król jest po prostu nagi i że wszyscy się z niego śmieją, oczywiście po kątach. Najgorsze jest to, że ten nagi król sam uwierzył w to, że jest ubrany w niezwykle piękne szaty i żeby nie wiem jakie robił głupoty, to wiele osób ciągle go uważa za ubranego króla. Pokażę to na przykładzie.

Czy ktoś z czytających słyszał o urynoterapii? Jeśli nie, to wyjaśniam, że jest to picie własnego moczu w celach leczniczych. Wielu uważa, że to świetna terapia i spotkalem osoby, które ją stosują. Twierdzą, że z dobrym skutkiem! Ja nie znam się na tym, nigdy nie stosowałem. Wiadomo, że zdecydowana większość lekarzy nigdy w życiu takiej terapii by nie

polecili. Podejrzewam, że wstrzemięźliwi byliby również ci najbardziej odważni z nich.

Gdybym ja gdziekolwiek, kiedykolwiek, szczególnie publicznie, proponował picie własnego moczu w celach terapeutycznych, to nietrudno sobie wyobrazić, że z jeszcze większą zajadłością uznawano by mnie nie tylko za znachora i szarlatana, ale z pewnością także za chorego psychicznie szaleńca. A przecież... to jednak tylko mocz. Przecież nie proponowałbym ludziom spożywania własnych odchodów, czyli prościej ujmując – własnego gówna. Tak to będę na razie nazywał dla lepszego zobrazowania sprawy. Proszę o wybaczenie, to wszystko się za chwilę samo wyjaśni.

A co by było, gdybym, mając tytuł profesora medycyny, taką terapię zaproponował jakiemuś pacjentowi? Mało tego, w dodatku powiedziałbym, że to DZIAŁA! Pomyślmy, z pewnością wyglądałoby to już zupełnie inaczej, poważniej, bardzo naukowo... Nie byłbym wtedy uważany za znachora, szarlatana czy chorego psychicznie szaleńca, bo przecież byłbym profesorem medycyny, a więc kimś, komu nie da się po prostu „podskoczyć”.

Cóż to by była za magiczna transformacja: z psychicznie chorego szarlatana do poważnego naukowca. Czego dokonałby mój tytuł? Co się zmieniło? Przecież smak i zapach proponowanego do spożycia gówna pozostały ten sam. Sedno terapii pozostało to samo, różnica jest w tym, że zaproponował ją profesor medycyny. Wpadliśmy w pułapkę. Przestaliśmy słuchać, co ktoś mówi. Znacznie ważniejsze dla nas jest to, kto to mówi, choćby opowiadał niesamowite brednie. Dziwny ten świat.

Wiadomo, że współcześnie używane antybiotyki mogą czasami spowodować całkowite zniszczenie flory bakteryjnej jelit. W wielu przypadkach zniszczenie flory prowadzi do tak strasznego problemów zdrowotnych, że jest nam to trudno sobie wyobrazić. Tacy ludzie bardzo często chorują po prostu na wszystko, są zupełnie wyniszczeni, wielokrotnie kończą się to śmiercią (chyba że są leczeni w szpitalu w Leśnej Górze, wtedy magicznie przeżywają). Dla niezorientowanych: to szpital z polskiego serialu „Na dobre i na złe”). Sytuacja jest szczególnie poważna wtedy, gdy z powodu zastosowania niektórych antybiotyków dochodzi to tak potwornego zniszczenia flory bakteryjnej, że bakteria niezagradzająca nam w normalnych warunkach, jak np. *Clostridium difficile*, staje się ŚMIERTELNIE GROŻNA.

Antybiotyki stosuje się „ochronnie”, np. w przypadku kokluszu (klania się podawana dożylnie witamina C... i po problemie). Kiedy w wyniku wcześniejszego zniszczenia antybiotykiem flory bakteryjnej jelit wystąpi zakażenie wspomnianą bakterią, prawdopodobieństwo zjęcia śmiertelnego wynosi 50%! Jest czego się bać. A gdy dochodzi do zakażenia tą bakterią, jedynym rozwiązaniem jest... tak, na pewno już zgadliście: więcej antybiotyków! To jednak często zawodzi. Co zrobić? Jak takiego człowieka ze zniszczoną florą bakteryjną uratować?

A może wziąć trochę odchodów (no, kalu... fuj!) od jakiejś innej osoby, przełać przez sitko, oddzielić co większe kawałki, dodać soli fizjologicznej, wrzucić do blendera, żeby to wszystko troszkę rozdrobić... no właśnie, i co? No i może choremu kazać to zjeść? Ciężko chory, umierający człowiek, jak to mówią – nawet własne gówno by zjadł, żeby żyć. OK, ale miałby zjeść cudze? Dobrze, STOP. Ani słowa więcej, bo już czuję przez skórę wielkie oburzenie dotyczące samego tematu, jak i użycia słowa na „g”. Zrobiłem to celowo.

Wiem, że gdybym komukolwiek zaproponował taką terapię, fala hejtu z komentarzami pełnymi nienawiści by mnie po prostu zmiotła z powierzchni Ziemi. No, a gdybym taką właśnie terapię (a nie „zaledwie” picie własnego moczu, jakie opisałem powyżej) zaproponował jakiemuś pacjentowi, ale mając tytuł doktora lub profesora medycyny? Co wtedy? Wtedy pewnie nic by mi nie groziło. Gdzie jest granica, której znachorowi nie wolno przekroczyć, a którą jako lekarz medycyny przekroczyć mógłbym? Nawet gdyby wyglądało to szczególnie ohydnie...?

Otoż spieszę donieść, że australijski **profesor medycyny Thomas Borody** taką właśnie terapię stosuje! Nazywa się to „*Fecal Microbiota Transplant*”. Prawda, jak ładnie i naukowo to brzmi? Czy mniej śmierdzi? Ależ skąd. A zabrzmiło pewnie niemalże fiolkowo. On, profesor, robi to dokładnie tak, jak opisałem powyżej. Czyli, innymi słowy: **gównotransplantacja robiona przez gównotransplantologa**. Nie chcę tutaj dalej roztrząsać, co w tym przypadku oznacza słowo „transplantacja” lub, jak często w tych przypadkach mówi się, „przeszczep”. Koi by się uśmiał. Kto taką dawkę leczniczego gówna połknie? Nikt. Co zrobić? Przez rurkę, prosto do żołądka, mocium panie... na tym właśnie polega ten „przeszczep”.

Kiedy ja do leczenia chorej osoby proponuję użycie banalnych minerałów, witamin czy właściwej żywności, nazywa się mnie szarłatanem czy znachorem. To czy w opisanym powyżej przypadku tym bardziej nie mamy do czynienia ze znachorem, szarłatanem i psychicznie chorym szaleńcem? Dlaczego nikt nie bije na alarm? Gdzie są media oblewające tego lekarza... no, wiadomo czym. Gdzie? Aha, nagle stało się to bardzo „naukowe”, bo czyjeś gówno jako „terapię” stosuje pan doktor. Hmm... Wydaje mi się, że w wystarczającym stopniu już wykazałem, że jako profesor, a nawet zaledwie doktor medycyny mógłbym wiele i wtedy nikt by mi nie zarzucił, że jestem znachorem, szarłatanem czy szaleńcem.

Najgorsze jednak jest to, że najpierw człowiekowi niszczy się zdrowie antybiotykami ZGODNIE Z NAJNOWSZĄ WIĘDZĄ LEKARSKĄ I OSiągnięciAMI NAUKI, a potem mu się podaje zwykle „g” i to czyjeś (!), żeby go z tego wyleczyć! Pogratulować panu profesorowi finezji w leczeniu! A gdzie zastosowanie PRAWIDŁOWEJ diety, probiotyków, prebiotyków, itd.... Dlaczego pan profesor zaczyna od d...y strony? – i to wcale nie w przenośni. Co tu jest bardziej straszne: zgodne z najnowszą NAUKĄ, a jakże, przewlekłe stosowanie zabijających człowieka antybiotyków czy leczenie góśmierdzącymi metodami szarłatańskimi?

Dlaczego nikt nie bije na alarm, że NAJPIERW doprowadzono czyjeś zdrowie do ruiny, doprowadzono do krawędzi grobu? Kto w pierwszym rzędzie za TO odpowiada? Ja NIKOGO nie skrzywdziłem, nikogo do takiej tragedii nie doprowadziłem, a lekarze TAKI! I co? I nic, im przecież wolno!

OK, zgadzam się. Australijczycy chodzą „do góry nogami”, my natomiast mamy w głowie poukładane. My Polacy, mądry naród. My takich „terapii” nie stosujemy. Czy wyobrażacie sobie, co by ze mną zrobiła Gazeta Wyborcza i cała reszta „redaktorów od nauki”, gdybym „leczył” ludzi czyimś gównem? Wiem, co by zrobili, gdybym taką „terapię” jedynie polecał!

Mając odrobinę wyobraźni oraz pamiętając, co na naszych oczach wypowiadają mędrcy w postaci niektórych „redaktorów medycznych”, możecie sobie właśnie wyobrazić, co by było, gdybym najpierw komuś całkowicie zniszczył zdrowie, a potem go leczył, w dodatku cudzym gównem. Pewnie takiego „eksperta” nikt nie chciałby wpuścić z jego wykładem nawet do toalety kolejowej rodem z PRL! Z pewnością byłbym medialnie „zakatowany”!

A teraz weźcie głęboki wdech, bo teraz będzie hit sezonu! Zobaczcie, KTO się tym tak zachwyca!



<http://ukryte.info/7>



<http://ukryte.info/8>

Tych, którzy nie mogą otworzyć linka, informuję: w wielkiej chwale i pod osłoną „nauki” **robią to polscy gównotransplantolodzy**. Jakoś nie słyszać, żeby dziennikarze medyczni nazywali ich szarłatanami i zanachorami.

Pytanie: co jest w kale od jakiegoś „dawcy”? A może są w nim wirusy, parazyty, jaja, groźne bakterie? Czy ktoś bada ten kął pod tym kątem? Pewnie i bada, ale na ile takie badanie jest wiarygodne? Na ogół badania kalu na pasożyty mają wiarygodność zaledwie około 10%. To tylko jeśli chodzi o pasożyty, a co z innymi patogenami, które być może nie zostaną wykryte i pacjent zachoruje? No jak to co?: wtedy będzie się leczyć pacjenta na tasiemca albo jakieś inne działostwo, które mu „przeszczepiono” z kalem dawcy. Kto za to weźmie odpowiedzialność? Chyba o to chodzi, aby pacjenta leczyć bez końca, a odpowiedzialności ŻADNEJ, bo oni, g... transplantolodzy są chronieni procedurami!

Czy jest to terapia powszechnie stosowane na świecie? Ależ skąd! W takim razie pytam publicznie: jakim cudem ta szarłatańska terapia jest stosowana w Polsce?

1. Gdzie są wieloletnie badania kliniczne, dowody naukowe, na podstawie których wydano zezwolenie na stosowanie tej terapii? Gdzie sa

tak bardzo przez wszystkich wymagane badania kliniczne, podwójnie ślepe, grupy kontrolne, itd?

## 2. Ktora komisja bioetyki na to pozwoliła? Czy w ogóle pozwoliła?

A *Clostridium* można wyleczyć w kilka dni, podając na zmianę żywe probiotyczne bakterie w płynie (11 zł za litr) i mieszankę kurkumy, lukrecji i OPC. Ale na tym niestety się nie zarobi, a lekarz g... transplantolog swoją dołę musi zgarnąć! Pewnie w imię „nauki”, żeby móc potem tę „naukę” wykładać w szacownych murach uniwersytetów medycznych, gdzie „Newsweeki” czy „Gazety Wyborcze” będą mu ścielić czerwony dywan, a TVN-y będą relacjonować na żywo to „gówniane” wydarzenie!

Jeszcze raz wszystkich przepraszam za użycie słowa „gówno”, ale, jak sami widzicie, w tym kontekście ma ono szczególny wydźwięk, „zapach” i „smak”.

No i najważniejsza w tym wszystkim sprawa, o której nikt nie mówi i na którą nikt nie zwraca uwagi: jak to się stało, że ta szarłatańska terapia, niepoparta żadnymi solidnymi dowodami naukowymi, została bez mrugnięcia okiem wprowadzona do polskiej medycyny, a terapia wykorzystująca olej CBD do ratowania życia i zdrowia dzieciom nieuleczalnie chorym na lekooporną padaczkę ma takie problemy z jej wprowadzeniem? Co chwila daje się nam kolejne preteksty, żeby tego nie wprowadzić, żeby procedury przedłużyć, a dziesiątki tysięcy dzieci na to czeka od wielu, wielu lat. Za to ktoś powinien zawisnąć na suchej gałęzi. Tylko kto?

Co jednak ma zrobić pacjent, któremu w procesie leczenia zniszczono zdrowie? Niestety, w dzisiejszych czasach zbyt często się zdarza, że pacjent pozostawiony jest już tylko samemu sobie, bo medycyna akademicka nie ma mu nic do zaoferowania. Wbrew jednak opinii medycyny akademickiej taki pacjent jest często uleczany!

W takich przypadkach lekarze za wszelką cenę starają się odwrócić uwagę od swojego braku wiedzy i doświadczenia, próbując takie uleczenia ośmieszać, obracać w żart, nazywać znachorstwem czy szarłatanerią. Jednak żaden z tych lekarzy o skomentowanie tego faktu nie prosi samego wyleczonego pacjenta. **Żaden nie zadaje sobie trudu, żeby porozmawiać**

**z tym kimś, kto tego pacjenta wyleczył.** Dlaczego nie poprosić o wyjaśnienia, jak ten ktoś tego dokonał? Korona by z głowy spadła? Być może taki lekarz, dowieiadując się czegoś na ten temat, mógłby w ten sam sposób pomóc wiemu innym chorym. Dlaczego nie stara się dochodzić do prawdy? Dlaczego nie stara się być bardziej skuteczny w leczeniu swoich pacjentów? Przecież taki jest obowiązek lekarza. Na szczęście dla wielu chorych Polaków tacy dopytyujący się lekarze już są. I jest ich coraz więcej.

Wielokrotnie pacjenci nazywają lekarzy konowalami. Zawsze i wszędzie w takich przypadkach bronię lekarzy i przy każdej okazji, w czasie każdego mojego wykładu, tłumaczę, że **nie wolno nazywać lekarza konowalem tylko dlatego, że nie wie, jak wyleczyć trapiącą nas chorobę przewlekłą**. Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że lekarz to nie jest ktoś, kto z siekierą w ręku czyha na nasze zdrowie i celowo chce nam je zniszczyć. Każdy z lekarzy przeszedł przez naprawdę bardzo ciężkie studia nie po to, żeby nas w sposób celowy krzywdzić. **Nie wolno winić lekarza za to, że nie nauczono go, jak naszą chorobę przewlekłą wyleczyć.** W tym przypadku zawsze bronilem i będę broniał wszystkich lekarzy do ostatnich moich dni na tej Ziemi! Nie można zarzucać lekarzom braku skuteczności wtedy, kiedy nikt nie nauczył ich, jak mogą być dużo bardziej skuteczní.

Jednego dnia odbieram telefon. Mity kobiecy głos zawiadamia mnie: „Jestem lekarzem, mam 25 lat doświadczenia i jestem wściekła!”. Pierwsza moja reakcja to oczywiście: czy, gdzie i co zawałam. A pani doktor kontynuuje: „Wprowadziłam u moich pacjentów wszystko to, co przeczytałam w pana książce i co usłyszałam na wykładach i seminariach, i... to działa!” Myślę sobie: co za ulga, będę żył ☺, a głośno pytam: „To gdzie jest problem?” Pani doktor odpowiada: „Jestem wściekła, bo nikt mi o tym nie powiedział, kiedy studiowałam medycynę, a teraz dochodzę do wniosku, że zamiast naprawdę leczyć, ja przez tyle lat tylko udawałam, że leczę!”.

Tego typu frustracje są udziałem wielu lekarzy. Trzeba pamiętać, że bardzo często to nie oni są temu winni, że nie mają odpowiedniej wiedzy. Zarzuty należy kierować do władz uczelni medycznych, które doprowadziły do tego, że inteligentny, mądry, bardzo wykształcony lekarz po wielu latach studiów, po stażach i często już po długolepszej praktyce ciągle nie potrafi wyleczyć choroby przewlekłe. Powtarzam jeszcze raz: to nie jest konował!

Czy jednak są lekarze, którzy są konowalami? Jak najbardziej tak! Mam tu swoją własną definicję: **konował to taki lekarz, który, wiedząc o tym, że pacjenta można znacznie lepiej leczyć, nie jest zainteresowany nabyciem takiej wiedzy.** To jest konował.

W jednym z programów tzw. telewizji śniadaniowej wystąpił młody pediatra, który u swoich małych pacjentów stosował homeopatię. Pan doktor opowiadał o bardzo dużej skuteczności metody, jaką stosował. Prowadzący program zaprosili do rozmowy również profesora medycyny. Po wypowiedzi pediatry pan profesor, usiłując ośmieszyć swojego młodszego kolegę, zdał pytanie: „A co w tych środkach homeopatycznych jest?”. Pediatra usiłował za wszelką cenę uniknąć odpowiedzi, że w preparatach homeopatycznych nie ma tak prawdę mówiąc niczego, co można uznać za substancję czynną. Młody lekarz w swojej wypowiedzi wskazywał na niezwykle wysoką skuteczność leczenia dzieci metodą, jaką on stosował. Ale ani pan profesor, ani prowadzący zupełnie nie byli tym zainteresowani.

Nie obchodziło ich to, że to przecież lekarz praktyk mówi o skuteczności leczenia dzieci, że mówi o doskonałych skutkach terapeutycznych, bez najmniejszych nawet skutków ubocznych. Pana profesora w ogóle to nie interesowało. A przecież logika nakazywałaby, żeby profesor (też lekarz), słysząc od swojego kolegi lekarza o prowadzonej przez niego skutecznej i bezpiecznej terapii, natychmiast zapytał: „Panie kolego, jak pan to robi? Gdzie mógłbym się czegoś więcej na ten temat dowiedzieć?”. Czy w tym przypadku zdrowie dziecka nie jest najważniejsze? Okazuje się, że nie. Ważniejsze dla pana profesora było to, żeby swojego kolegę lekarza ośmieszyć. Rozmowa trwała jakieś 7 czy 10 minut i w tym czasie prowadzący program razem z panem profesorem wręcz przekrzykiwali się, pytając biednego pediatrę o to samo: „Ale co w tym środku homeopatycznym jest?”. Pan profesor nie wykazał najmniejszego zainteresowania skutecznością terapii. To właśnie jest konował – i co z tego, że profesor? *Tym gorzej*, że profesor. Na szczęście nie wszyscy lekarze czy profesorowie medycyny tacy są.

Jest coraz więcej lekarzy w Polsce, którzy autentycznie są zainteresowani znacznie lepszym, bardziej efektywnym i bezpieczniejszym leczeniem pacjenta. Jest dla mnie wielkim honorem i wielkim szczęściem takich lekarzy znać osobiście. Z wieloma utrzymuję kontakt internetowy. Jest wielu, wielu lekarzy, którzy naprawdę chcieliby pacjenta leczyć znacznie lepiej, ale jest

problem i to niemały – po prostu się boją. Jak to, zapytacie: lekarze boją się leczyć? Kogo lub czego się boją? Miałem wiele telefonów od takich lekarzy, z wieloma rozmawiałem „twarzą w twarz”. Odpowiedź zawsze była taka sama. Przede wszystkim boją się swoich kolegów lekarzy z izb lekarskich. Fajni to „koledzy”. Przeciętny pacjent nie orientuje się, o co tu chodzi. Przeciętny pacjent nie wie, że o jego zdrowiu czy nawet życiu decydują urzędnicy. Decyduje SYSTEM. A jakiż to jest ten system? Wygląda to tak:

Podatnicy płacą ciężkie pieniądze za wykształcenie lekarza – bo to przecież z naszych pieniędzy finansowane są uczelnie medyczne. Po zakończeniu studiów lekarz idzie do pracy, a tam już urzędnik mówi mu, jak ma leczyć swojego pacjenta, co mu wolno stosować, a czego mu stosować nie wolno. Innymi słowy, SYSTEM mówi lekarzowi: „Słuchaj, drogi lekarzu, masz stosować w leczeniu swoich pacjentów tylko to, co my ci powiemy”. Czyli lekarzowi narzucono procedury leczenia, do których ma się bezwzględnie stosować (czym innym są oczywiście procedury administracyjne, które faktycznie mają sens). Ja, podatnik, nie płacę za utrzymanie uniwersytów medycznych i za kształcenie lekarzy po to, żeby po rozpoczęciu przez nich pracy jakiś urzędnik mówił im, jak mają leczyć chorego człowieka. To na co im były te długie studia? Zwłaszcza, że narzucone lekarzom procedury nakazują im stosowanie tylko i wyłącznie środków leczniczych, jakie wyprodukował przemysł farmaceutyczny.

Procedury te zrobiły z lekarza głupka, bo system nie wierzy lekarzowi, że ten może dobrze wykonywać swoją pracę. Ale oczywiście nie o to chodzi. Chodzi o to, żeby lekarz był już na zawsze sługą przemysłu farmaceutycznego. Dlatego powtarzam jeszcze raz: **nie w każdym przypadku, nie zawsze należy winić lekarza. Należy winić system, który go tak wykształcił.** Należy winić urzędników za narzucenie lekarzom procedur, które, jak widać, mogą się stać śmiertelnie niebezpieczne dla pacjenta, bo potrafią zabić.

Przykład? Proszę bardzo. W jednym z polskich szpitali umierał pięcioletni chłopiec, Max. Dziecko urodziło się z syndromem Downa, co samo w sobie stanowi predyspozycję do wystąpienia wielu schorzeń. U tego dziecka wystąpiło kilka schorzeń jednocześnie: zapalenie osierdzia, Hashimoto, zakrzepica, sepsa... Maxa wprowadzono w śpiączkę farmakologiczną, z której potem trudno było go wyprowadzić. Najgorsza była jednak poszczepiona

lekooporna padaczka. Rodzicom Maxa powiedziano, że dziecko ma przed sobą jeden do dwóch tygodni życia i należy się oswoić z tym, że niedługo Maxa już nie będzie. Internauci (nie lekarze!) podsunęli rodzicom rozwiązanie – medyczna marihuana. Po wykonaniu karkolomnego „biegu przez urzędnicze plotki” rodzice Maxa ten lek zdobyli. Podkreślam, że to rodzice go zdobyli, bo system tak zwanej opieki zdrowotnej nie ruszył w tej sprawie małym palcem. To rodzice sami musieli wszystko zrobić, a urzędnicy byli tylko opłacanymi przez nas, podatników, biernymi obserwatorami.

Pani Dorota, matka Maxa, przybiegła z preparatem do szpitala, przekazała specyfik lekarzom i poprosiła ich o podanie go umierającemu dziecku. Od wielu lat wiadomo (wszystkim, tylko nie lekarzom), że marihuana działa rewelacyjnie w przypadkach lekoopornej padaczki. Niestety, lekarze (hmmm... lekarze?) odmówili podania jej umierającemu dziecku. Dlaczego? Bo nie mieli tego w procedurach! A gdzie sumienie? Gdzie słynna „klauzula sumienia”? Dlaczego ta klauzula jest stosowana tylko do ochrony życia nienarodzonego? A co z życiem dziecka już narodzonego? Przecież takich przykładów są tysiące. Tysiące polskich dzieci cierpi i umiera, choć ich zdrowie i życie może być uratowane. Gdzie są ci, którym płacimy za ochronę takich dzieci? Gdzie jest minister zdrowia? Gdzie jest Naczelną Izba Lekarską, reprezentującą w tym kraju lekarzy? Mimo że każdy z nas widzi tę przerażającą głupotę, to nikt w tej sprawie niczego nie robi!

Życie konającego dziecka zeszło na dalszy plan, a przecież podobno nie ma nic cenniejszego niż życie człowieka. Procedury wygrały: Max miał umrzeć, ale... w zgodzie z procedurami! Ale NIC Z TEGO! Pani Dorota podała mu ten lek sama! Max natychmiast poczuł się lepiej. Potem leczenie tym preparatem kontynuował dr Marek Bachański, który w ten sposób uratował zdrowie, a może nawet i życie, kilkorga innych dzieci. Niestety, robił to niezgodnie z procedurami administracyjnymi, za co jego pracodawca, którym w tym czasie był Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, zwolnił go dyscyplinarnie z pracy. Chodziło tylko o procedury administracyjne. Czy nie lepiej byłoby, gdyby dyrekcja CZD zainteresowała się niebywałą skutecznością leczenia tych małych pacjentów? Nie, to już nikogo tam nie obchodziło, a przecież zarząd tej instytucji, oprócz dyrektorki (która, jak niektóre źródła wskazują, jest inżynierem!) w większości stanowią lekarze. Lekarze, którzy w żadnym stopniu nie wykazali nawet najmniejszego zainteresowania metodami leczenia, jakie zastosował

ich kolega. Brak zainteresowania. Co to oznacza – opisałem powyżej. Konowały. Co z sumieniem? Czy jeszcze je mają? Czy kiedykolwiek je mieli? Gdzie był w tym czasie ówczesny minister zdrowia? Gdzie byli inni lekarze, a szczególnie ci z Naczelną Izby Lekarskiej? A gdzie byli członkowie różnego rodzaju komisji bioetycznych? Na ile etyczne było niepodanie dziecku leku? Dlaczego nikt z nich nie pomyślał o tysiącach cierpiących dzieci? Takie dzieci jak Max przecież nadal cierpią. A ile z nich umiera zgodnie z procedurami? – kto to wie...

W maju 2016 we Wrocławskim autobusie jakiś szaleniec pozostawił bombę, którą sam zrobił. Autobus był pełen pasażerów. Zgodnie z obowiązującymi procedurami kierowca powinien był ewakuować ludzi i pozostawić w autobusie podejrzany pakunek, ale... to wymagało czasu. Kierowca wziął niebezpieczny ładunek w ręce i wyniósł go z autobusu. Postąpił niezgodnie z procedurami. Oczywiście nie ukarano go za to, bo, jak powiedziano, w tym przypadku, działając w sytuacji wyższej konieczności miał prawo zrobić to, co zrobił. Czyli kierowca, żeby ratować życie pasażerów, może postąpić niezgodnie z procedurami. A lekarz nie może. Kierowcy autobusu wolno uratować życie, a lekarzowi nie. Oczywiście, nie można w szpitalach zatrudniać kierowców autobusów, żeby ratowali ludzkie życie, ale, jak widać, coś jest nie tak.

Przypadek podłożenia bomby w autobusie nie zdarza się codziennie, codziennie natomiast umierają ludzie, bo lekarze boją się wyjść poza procedury, bo za uratowanie komuś w ten sposób życia stracą pracę. Czy ktoś z Czytelników chciałby się znaleźć w sytuacji, kiedy takie działanie lekarza byłoby potrzebne, ale nie będzie on mógł go podjąć? Czytający teraz tę książkę nie są w agonii, ale... nigdy nie wiemy, co będzie z nami jutro.

Lekarz ma obowiązek dzielenia się swoją wiedzą ze swoimi kolegami. Tak przynajmniej mówi „Przyrzeczenie lekarskie” w ostatnim punkcie. Jego treść przekazuję w całości:

„Przymuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomym związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązki te sumiennie spełniać;

- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
- według najlepszej mojej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek;
- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;
- stale poszerzać swoją wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić".

Co prawda prawie do każdego punktu można by dopisać oddzielnny krytyczny komentarz, ale teraz skupmy się tylko na punkcie ostatnim.

Na konferencji w Warszawie dotyczącej zalegalizowania marihuany (nie wchodząc w semantykę: tak to będę nazywał) do celów leczniczych, WSZY-SCY występujący tam politycy byli zgodni co do tego, że tak trzeba zrobić. Kiedy zadano obecnym tam lekarzom (politykom) pytanie, dlaczego w takim razie nie wypisują recept na ten środek, usłyszeliśmy: „Na pewno byśmy wypisywali, ale mało na ten temat wiemy”. No tak... brak wiedzy jest rzeczywiście przeszkodą, ale czy nie do przebrnięcia?

Nic prostszego: skoro jest lekarz, który to już robi, który wie JAK, ma już jakieś doświadczenie, to wystarczyło tylko zorganizować z drem Bachańskim spotkanie, w czasie którego mógłby się z innymi lekarzami podzielić swoją wiedzą – zgodnie z wymaganiami Przyrzeczenia lekarskiego. Ponieważ sprawą padaczki lekoopornej zajmują się specjalisci, tak zwani neurologi dziecięcy, wystarczyło zrobić spotkanie przynajmniej z tą grupą lekarzy. Mamy w Polsce organizację skupiającą neurologów dziecięcych,

pewnego rodzaju związek zawodowy występujący pod nazwą Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych. Członków tego towarzystwa, z tego co wiem, jest około 300. A więc istniała możliwość, żeby 300 specjalistów dowiedziało się od swojego kolegi, jak można pomóc tym niezwykle chorym dzieciom. Efekt byłby natychmiastowy, bo każdy z tych 300 lekarzy ma setki takich pacjentów. Innymi słowy, tysiące dzieci w Polsce natychmiast mogłyby być leczone – skutecznie i bezpiecznie. Co za ulga dla rodziców. Co za ulga dla zdychającego systemu opieki zdrowotnej w Polsce – bo obciążenia finansowe związane z leczeniem tych pacjentów znacznie by zmalały.

Ponieważ sprawa doktora Bachańskiego była nagłośniona w całej Polsce, środowisko medyczne wręcz wrzało, oczekując, że do takiego spotkania dojdzie natychmiast, żeby w krótkim czasie przerwać cierpienia tych dzieci. Nastąpiła jednak dziwaczna cisza... Nie mogłem w to uwierzyć, bo na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych wyraźnie widać, że Zarząd Towarzystwa stanowią SAMI LEKARZE! Przez jakiś czas zastanawiałem się nad tym, czy jest to właściwe Towarzystwo LEKARZY służące sprawie chorych dzieci, czy też raczej Towarzystwo, ale tak zwanej „wzajemnej adoracji”. Pomyślałem: „A może oni żyją w przestrzeni kosmicznej, a nie w Polsce?”. No ale chyba jednak nie, więc może tak są zajęci bezskutecznym leczeniem dzieci z lekooporną padaczką, że „światu nie widzą”? Może...

No ale dalej nic się nie działo, a dzieci dalej cierpiały. Żeby sprawę pochwycić do przodu, w lipcu 2015 zorganizowałem w Łodzi spotkanie z doktorem Bachańskim. Napisałem do Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych e-maila, informując o tym wydarzeniu. Prosiłem o zawiadomienie wszystkich członków Towarzystwa o tym spotkaniu, bo przecież sam do nich kontaktów nie miałem. Odpowiedzi nie dostalem... Napisałem jeszcze raz, znów cisza.

Takie samo zawiadomienie wysłałem również do prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, doktora Hamankiewicza, z prośbą o przekazanie informacji ponad 168-tysięcznej armii lekarzy w Polsce. Cisza... Wysłałem jeszcze raz, zero odzewu, choćby zdawkowego „Nie jesteśmy zainteresowani”. Nic nie musieli robić, niczego organizować, zero wysiłku. No, ale cóż począć, niezniechęcony rozsytałem zawiadomienia prywatnie, przez Facebooka, itd.

Spotkanie się odbyło, wzięło udział ok. 40 lekarzy, ale nie pojawił się żaden członek Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych (1). Na spotkaniu, które było pewnego rodzaju testem dla całej sprawy, zostało uzgodnione, że potrzebne jest następne spotkanie, bardziej formalne, znacznie większe i w Warszawie. Sugerowano, że na takim dużym spotkaniu doktor Bachański powinien przedstawić swoje doświadczenia bardziej dokładnie, poinformować kolegów lekarzy o szczegółach tego, co robił, itd. Chodziło o POINFORMOWANIE lekarzy o zastosowanej terapii bez względu na to, czy jest ona formalnie wprowadzona do wykorzystania w Polsce, czy nie. Chodziło o przekazanie WIEDZY, która pomogłaby tysiącom dzieci w Polsce. Wiedza przecież nie boli.

No więc z pomocą mojego przyjaciela, w październiku 2015 zorganizowałem następne spotkanie. Miałem wtedy serię wykładów i seminariów w USA, którą przerwałem, żeby tylko na ten jeden dzień przylecieć z Chicago do Warszawy, a następnego dnia wracać już do USA. Wynająłem salę w centrum Warszawy, w Bibliotece Narodowej, żeby wszystkim lekarzom było bliżej (nie musieli lecieć do Chicago (2)), zapłaciłem za salę sam, prywatnie i ponownie zawiadomiłem o tym spotkaniu Naczelną Izbę Lekarską i Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych.

Tym razem liczyłem, że ponieważ spotkanie odbywało się w sobotę, w Warszawie, wstęp był wolny, a informacje, które miał przekazać doktor Bachański, były fundamentalne dla niesamowicie chorych dzieci, to z 300 neurologów dziecięcych będzie przynajmniej połowa, a może... wszyscy? Niestety, z całego Towarzystwa zjawił się jeden członek, powitany oklaskami całej sali. Był to... doktor Bachański! Równie dobrze mógł mówić do lustra, bo żaden z jego kolegów neurologów dziecięcych się nie pokazał. A przecież doktor Bachański, postępując zgodnie z Przyrzeczeniem lekarskim, chciał po raz drugi podzielić się z innymi lekarzami swoją wiedzą. Tym razem w większym gronie, bardziej formalnie. W Przyrzeczeniu jest napisane o konieczności, wręcz o obowiązku, dzielenia się wiedzą, ale nie ma nic o tym, kim jest lekarz, który nie chce wiedzy nabyc, chociaż wie, że jest ona możliwa do nabycia.

Skoro jedynego lekarza, który coś wiedział na temat omawianej terapii, wyrzucono z pracy, to który z pozostałych lekarzy pracujących w Centrum Zdrowia Dziecka będzie poszerzał swoją wiedzę lekarską w tym temata-

cie? Który z pozostałych lekarzy pracujących w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie kontynuuje to, co robił dr Bachański? Z tego, co mi wiadomo, to w chwili, gdy piszę te słowa (wrzesień 2016), nie robi tego nikt. Co to oznacza? Oznacza to, że tysiące, ale to tysiące polskich dzieci niepotrzebnie cierpią i niepotrzebnie są narażane nawet na utratę życia. Z pracy go zwolniono. No, a ktoż tego „chwalebego czynu” dokonał? Celowo użyłem cudzysłowu, bo skoro lekarza wyrzuca się z pracy dyscyplinarnie, a robi to instytucja państwnowa, to pewnie jest to czyn chwalebny. Lekarz, który leczy nieuleczalne, został wyrzucony przez polskiego urzędnika – bo przecież dyrekcja Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie to urzędnicy państowi. Czyli są naszymi, podatników, pracownikami.

A tu... niespodzianka. Sąd Pracy po rozpatrzeniu sprawy nakazał CZD przyjęcie doktora Bachańskiego z powrotem do pracy, całkowicie oczyszczając go z zarzutów.

Minister zdrowia też jest naszym pracownikiem. Czy w takim razie wszystkim im płacimy za tego typu decyzje? Czy to z kolei jest zgodne z naszym sumieniem? Z moim nie!

Co to w praktyce oznacza? Oznacza to, że wiele dzieci nie będzie leczonych wystarczająco efektywnie, że wiele dzieci po prostu *nie będzie leczonych*. Wiele polskich dzieci prawdopodobnie umrze. Już umierają! Mały Kacerek zmarł... miał 4 latka. ☺ ☺

Dlaczego zmarł? Bo dyrekcja Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie zdecydowała, aby na kilkukrotne prośby ze strony rodziców praktycznie nie odpowiadać. Nie wydano zgody na sprowadzenie dla Kacperka medycznej marihuany. **Nie wydano zgody na leczenie polskiego dziecka!** Aaa, niech tam, niech sobie Kacerek pocierpi, może umrze? Będzie po problemie...

Marihuana uratowała życie malej Charlottcie. Cały świat o tym usłyszał. Charlotta cierpiała na zespół Dravet – to forma lekoopornej padaczki. Dziśaj Charlotta chodzi do szkoły, rozwija się. Kacerek też miał zespół Dravet. Być może mógłby żyć...

Na szczęście sprawę przejęła już prokuratura i mam wielką nadzieję, że winni zostaną ukarani. Tylko za co? Obawiam się, że za zaniedbanie czy

zaniechanie, nie za bezpośrednią śmierć dziecka. A dziecko nie żyje! Jaka karę dać? Pewnie będzie jakieś straszydło „upomnienie”.

Oleńka Janowicz, nasza wspólna podopieczna Fundacji „Polacy dla Polaków” zmarła, bo NIE DOCZEKAŁA SIĘ LEKU! Czy rozumiemy to do końca? Czy jesteśmy w stanie w ogóle takie coś zrozumieć? W tej naszej nowoczesnej Polsce?

Można o tym poczytać tutaj:



<http://ukryte.info/11>

Co do powiedzenia ma mama Oleńki? Tego naprawdę trzeba koniecznie posłuchać. Posłuchać i głęboko się zastanowić, czy w takim systemie chcemy żyć.



<http://ukryte.info/10>

KTO za to odpowie? Który urzędnik? Kto ma bronić tych dzieci i ich rodziców? Kto ma im pomóc? Minister zdrowia? Owcześnie minister zdrowia nawet się tym nie zainteresował, a też lekarz i to profesor. Naczelna Izba Lekarska w sprawie tego dziecka nie kiwnęła nawet placem, no bo pewnie powiedzą, że oni nie są od tego! I już sen spokojny... a dziecko zmarło. No tak, ale to nie ich dziecko. Dziecko zmarło z powodu niedołężnego systemu, który nazywa się systemem ochrony zdrowia! Jakiej ochrony? To przecież kpina z każdego rodzica, z każdego Polaka, a jak nie każdego, to wydaje mi się, że z większości Polaków. Czy czasami nie jest tutajlamana Konstytucja?

Dlaczego procedura tzw. importu docelowego trwa aż 4 miesiące, a ważność recepty jest TRZY miesiące? Dlaczego rodzice czekają na wydanie decyzji przez urzędników ponad sześć miesięcy?

Mała Ola zmarła z powodu takiego działania systemu „ochrony” zdrowia. Kacperka rodzicom nawet nie odpowiadano na prośbę o możliwość wprowadzenia dla niego tego leku! Są na to dowody i mam nadzieję, że prokurator prowadzący tę sprawę wykaże się rozumem i zdrowym rozsądkiem, a w procesie, do którego powinno dojść, sędzia skaza winnych na płacenie rodzicom Kacperka dozgonych alimentów w wysokości co najmniej 50% ich wynagrodzeń oraz dożywotnią karę bezpłatnego opiekowania się jeden dzień w tygodniu dziećmi w państwowych hospicjach. Przecież prokurator będzie działał nie tylko w imieniu rodziców Kacperka, będzie działał w imieniu wszystkich polskich dzieci. Wtedy był to Kacerek, a dzisiaj czy jutro może to być, drogi Czytelniku, Twoje dziecko, może wnuczek czy wnuczka. Ile gdzieś tam w Polsce jest takich dzieci jak Ola i Kacerek? Ile z nich niepotrzebnie cierpi i umiera? Szacuje się, że mamy takich dzieci około 30 000! Wyobraźcie sobie przez parę sekund, że czytacie tę książkę, a tam, gdzieś w Polsce, jakieś nasze dziecko cierpi, a być może umiera, bo urzędnicy stworzyli taki system. Taki system „ochrony” jego zdrowia. System, który jest fikcją, a najgorsze jest to, że nic się nie zmienia. Przynajmniej w momencie pisania tych słów.

Co zrobić? Jak tym chorym dzieciom pomóc? Jak pomóc dzieciom, które zostały całkowicie opuszczone przez system tzw. opieki zdrowotnej, za który my i rodzice tych dzieci przecież placimy? Placimy na opiekę zdrowotną, między innymi nad dzieckiem, ale pomimo opłaty uiszczonej w terminie opieki nie mamy. Czy ktoś rodzicom tych dzieci pieniądze zwrócił? Jeśli zapłaciliśmy za towar czy usługę, a w zamian nie otrzymujemy towaru czy usługi, to jak to się nazywa? Może się ktoś ze mną spierać, ale ja takie zjawisko nazywam złodziejstwem. Za to przecież można siedzieć w więzieniu. Tylko kto tu jest złodziejem? Kto spowodował, że w Polsce mamy tyle tysięcy tych „dzieci wyklętych” przez system, który sami finansujemy?

Czy sytuacja jest beznadziejna? Nie! Doktor Marek Bachański i inni światowi lekarze na świecie pokazali, że u zdecydowanej większości tych dzieci podanie oleju CBD pozyskanego z konopi czyni po prostu cuda. Jeśli dziecko ma np. 20, 100, 200 czy nawet 400 ataków padaczki dziennie,

a po zastosowaniu tego oleju liczba ataków u niektórych dzieci spada do kilku tygodniowo, to zapytajcie rodziców tych dzieci, jak to określają. Oni mówią na to: CUD!

Każde dziecko reaguje inaczej. Nie u każdego dziecka redukcja liczby napadów padaczkowych występuje w takim samym stopniu. To jest prawda. Z tego jednak, co wiem, każdemu dziecku przynosi to ulgę.

Olej CBD jest środkiem jak najbardziej legalnym, do nabycia w wielu w miejscowościach w Polsce czy na wielu portalach internetowych. Wydawać by się mogło, że problem tych nieuleczalnie chorych dzieci jest przynajmniej w pewnym stopniu rozwiązany. Tak jednak wydawać by się tylko mogło. Okazuje się, że miesięczny koszt zastosowania u tych dzieci oleju CBD to nawet 5 tysięcy i więcej złotych. Dla zdecydowanej większości rodziców tych dzieci jest to kwota absolutnie nieosiągalna. Jeśli dziecko ma 20 czy 50 ataków padaczki dziennie, nie ma najmniejszej możliwości, aby poszło do szkoły. Musi być pod stałą opieką. Kto takiej odpowiedniej opieki takiemu dziecku dostarczy? Mama! Tylko że ta mama już do pracy pójść nie może, a jeśli pracowała, to swoją pracę musi porzucić po to, aby zająć się swoim bardzo chorym dzieckiem. A co się dzieje wtedy, kiedy zarobki taty jako jedynego żywiciela rodziny nie wystarczają? Niestety, w Polsce nie każdy zarabia 10 000 zł, zeby z tego uszczknąć 5 tysięcy na leczenie dziecka. Zaznaczam tutaj, że takie dziecko wymaga dodatkowych jeszcze nakładów finansowych związanych z opieką. Jeśli rodziców nie stać na zakup oleju CBD, a w zdecydowanej większości przypadków tak właśnie jest, to dziecko przechodzi przez prawdziwe męki kilkaset razy dziennie, codziennie, tydzień po tygodniu, miesiąc po miesiącu, rok po roku. Nie można zapominać, że każdy atak padaczki u takiego dzieciaka to potencjalne zagrożenie jego życia. Rodzice nie mają żadnej pomocy od systemu ochrony zdrowia. Czy jednak tym dzieciom da się jakoś pomóc? Oczywiście, że się da!

## Urzędnik zgodę na leczenie Ci da, albo i nie da

Żyjemy w kraju, w którym urzędnik decyduje o leczeniu dziecka. Daje pieczątkę, a rodzic ma SAM, NA WŁASNA RĘKĘ starać się o ten lek! To nie jest zwykle wypisanie recepty i pójście z nią do apteki! Wielu z czytających

tę książkę nie wie, że po otrzymaniu **zgody na leczenie swojego dziecka** rodzic musi sam znaleźć sobie aptekę, która mu ten lek sprowadzi, bo nie każda chce czy może. Urzędnicy, którzy takie procedury stworzyli, powinni również stworzyć mechanizm pozwalający, żeby ten lek można było podać ciężko choremu dziecku w ciągu 24 godzin. Za trudne? Od czego jest minister zdrowia? To on odpowiada za administrację tego chorego systemu! Nie potrafi takiego systemu wprowadzić? To nie nadaje się na swoje stanowisko, bo przez niego tysiące polskich dzieci cierpi.

**Do leczenia dziecka w Polsce potrzebna jest ZGODA jakiegoś urzędnika! Nie lekarza... urzędnika!** Urzędnika, któremu my, Polacy, potulnie, pokornie, każdego miesiąca, bez opóźnienia placimy wynagrodzenie! Dzieje się tak tylko dlatego, że na to pozwalamy.

Czy my zbiorowo oczadziliśmy? Czy nam ktoś wyrwał mózg i serce z koreniami? Jeszcze nie tak dawno polskie media obiegły wywiad z doktorem Markiem Bachańskim:

**„Mój pacjent nie żyje, bo zamknięto program leczenia medyczną marihaną – mówi Marek Bachański”**



<http://ukryte.info/16>

Minął ponad rok i co się zmieniło? NIC! Co to oznacza? No właśnie to, że dzieci nadal cierpią, nadal umierają... Jakim prawem przerwano leczenie? KTO podjął taką decyzję? Czy takie postępowanie jest etyczne? Co na to Komisja Bioetyki i inni etycy polscy? Do czego ta komisja jest? Czy tylko do tego, żeby decydować o testowaniu na Polakach nowych leków? Gdzie był Rzecznik Praw Dziecka? Nóż się w kieszeni otwiera. Jakim prawem ci, którzy odpowiedzialni są za te decyzje, ciągle zajmują lukratywne pozycje zarządcze? Dlaczego o tym media nie krzyczą aż do nieba?! Czy może przedstawiciele mediów zaczną o tym krzyczeć dopiero wtedy, kiedy w taki sytuacji znajdzie się ich dziecko?

## Lekarskie „sądy kapturowe”

Musimy pamiętać też, że lekarz znajduje się w potrzasku. Między młotem a kowadłem, sytuacja nie do pozazdrosczenia. Nie zapominajmy, że odejście przez lekarza od ustanowionych procedur może zakończyć się tym, że jego „koledzy” z Naczelnej Izby Lekarskiej odbiorą mu prawo wykonywania zawodu. W tym zakresie są bezlitośni! Co ma zrobić lekarz z trzydziestoletnią praktyką, któremu odbierze się prawo wykonywania zawodu? Ma jeździć taksówką? Grabić liście w parku? Zadna praca nie hańbi, ja też wykonywałem różne, czasami egzotyczne prace, wcale się ich nie wstydząc, ale w tym przypadku wiemy, że nie o to chodzi. A poza tym to ja, podatnik, zapłaciłem za studia tego lekarza i nie zgadzam się, aby grupka innych lekarzy, za których wykształcenie również ja zapłaciłem, odbierała prawo wykonywania zawodu bez konsultacji z tym, kto za to prawo całkiem słono zapłacił! Dlaczego przed tego typu decyzją nie informuje się nas, jaką szkodę społeczną ten lekarz wyrządził? Czy kogoś zabił z powodu swojego niedbalstwa, czy może skutecznie leczył, ale nie było to komuś „po drodze”? Dlaczego jest w takim przypadku ciągnięty przed sąd lekarski?

*Chlamydia pneumoniae* to straszliwie wredna bakteria. Wywołać może symptomy prawie każdej choroby. Jeśli się zadomowi w stawach kolano-wych, wtedy mamy reumatoidalne zapalenie stawów, którego w żaden sposób nie da się wyleczyć, a cierpienia temu towarzyszą straszne. Jeśli zacisze domowe znajdzie w płucach, wtedy mamy do czynienia z ciągle nawracającymi infekcjami, suchym kaszlem, bez gorączki, objawy astmy i NIC nie działa. Bakteria ta wspaniale potrafi doprowadzić do miażdżycy w całym organizmie i do zawałów serca, stwardnienia rozsianego itd. Pozbicie się tej bakterii jest niezwykle trudne. Medycyna akademicka zupełnie sobie z tym problemem nie radzi, a tysiące ludzi niesamowicie cierpi całymi latami. Niemiecki profesor medycyny oraz kilku lekarzy amerykańskich opracowało procedurę pozbycia się tej bakterii. Nie jest łatwo, ale... działa! Tysiące pacjentów w Niemczech i w USA jest już wyleczonych. Bakteria ta stanowi też ogromny problem dla tysięcy chorych osób w Polsce, a jest ich coraz więcej! O kosztach społecznych, jakie ponosimy my wszyscy, nawet nie wspomnę.

Przydałby się lekarz, który potrafiłby polskiemu pacjentowi pomóc. Taki lekarz był, ale... się zbył. A mógł jeszcze pomóc setkom, a może tysiącom

chorych Polaków, dorosłym i dzieciom. Już nie pomoże. Jego „koledzy lekarze” ograniczyli mu właśnie na dwa lata prawo wykonywania zawodu. Już nie może leczyć tak jak leczył. Już nie może swoją wiedzą dzielić się z innymi kolegami lekarzami, żeby więcej lekarzy w Polsce mogło chorym ludziom pomagać. Może natomiast pracować, ale w szpitalu państwowym pod nadzorem innego lekarza, gdzie oczywiście nie pomoże już żadnemu pacjentowi z zakażeniem chlamydją. Równie dobrze może zacząć grabić liście w parku.

Ciekawa sprawa... odbył się „ sąd”, czy przesłuchano wyleczonego pacjenta? Dowody naukowe na skuteczność terapii, jaką opisywali inni lekarze z niemieckim profesorem medycyny włącznie zignorowano. Lekarz ten stosował leki na receptę (!), a nie jakieś cudowne napary z czarodziejskiego ziela, poszkodowanych nie było. Czy ktokolwiek z „sędziów” znał się na leczeniu, jakie stosował lekarz „przestępca”? Jeśli nie, to jak mogli się wyrażać, a co dopiero ferować wyrok w sprawie, na której się nie znają? Aha... czy był biegły? I czy ten biegły się na tym znał? Nie... to nie sen! To nasza polska, straszna, medyczna rzeczywistość! Zadanie zostało przez „ sąd” wykonane! Ciekawe, komu jego wykonanie zameldowano? Chyba nie tym, którzy mogliby przez tego lekarza być nadal leczeni. Setki chorych na tego lekarza czeka, bo potwornie cierpią! Czy wykonanie tego zadania też im zameldowano? Nie, bo oni się NIE LICZĄ! Jeśli dla członków Izby Lekarskiej i tego „sądu” nie liczy się pacjent, to kto się dla nich liczy?

**To jest niezwykle poważna sprawa dla wszystkich Polaków.** Tu nie chodzi o tego jednego lekarza, tu chodzi o coś innego!

Jakim prawem grupka kilku osób pozbawia polskie społeczeństwo JEDY-NEGO lekarza, który potrafi leczyć coś, co jest niemalże nieuleczalne? W ogóle jakim prawem grupka kilku osób pozbawia polskie społeczeństwo jakiegokolwiek lekarza, który nikomu krzywdy nie zrobił, a tylko skutecznie leczył? Nie zapominajmy, dzisiaj jesteśmy zdrowi, ale nie wiemy, co będzie jutro! Może któryś z Czytelników będzie potrzebował pomocy tego jedynego w Polsce lekarza? Co wtedy? Do kogo pojedzie? Do członków tego „sądu”? Kto im dał prawo do tego, aby uniemożliwić leczenie polskiego obywatela?

Zastanowienia w tym przypadku wymaga to, czy w tej sytuacji nie zachodzi podejrzenie przekroczenia norm zawartych w polskim prawie. Konstytucji czy postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej? Czy w takim razie **członkowie tego „sądu” nie wykraczają poza obowiązującą ce normy?** Pytam się „komu zaszkodził zniszczony przez nich lekarz?”. Czy sprawa tego lekarza nie wymagałaby ponownego rozpoznania przez wykwalifikowanych prawników.

Zastanawiam się, po co w ogóle istnieją izby lekarskie? Jakie są zadania Naczelnej Izby Lekarskiej? Czy Pan doktor popełnił błąd medyczny? Jeśli tak, to jaki? Lekarz leczył. Spłnił wymogi ustawowe, spełnił swój obowiązek. Przywrócił zdrowie, czyż nie jest to obowiązkiem lekarza? Lekarz ten zasługuje na najwyższą nagrodę. Za co wiec został ukarany? Za nieprzestrzeganie procedur administracyjnych? Czy nie warto byłoby mieć pojęcie „doradcze” raczej niż karzące? Czy nie byłoby lepiej poprosić tego lekarza o skorygowanie błędów czy uchybień administracyjnych, a następnie zapytać go, JAK on takie efekty terapeutyczne osiągał? Może należało zrobić szkolenie innym lekarzom, żeby pomagali innym chorym. Przecież dzielenie się wiedzą jest wpisane w Kodeks Etyki Lekarskiej. Jeśli na przeszkodzie leczenia obywatela polskiego są procedury, to może je zmienić? Chory polski obywatel chyba jest ważniejszy w tym kraju bardziej niż jakiekolwiek procedury?

Nie spotkałem ani jednego lekarza, który mógłby powiedzieć cokolwiek pozytywnego na temat tej organizacji. Składka, jaką lekarze płacą, to 60 zł miesięcznie, a lekarzy jest około 168 tysięcy, co po przemnożeniu daje 10 milionów złotych miesiąc w miesiąc, 120 milionów rocznie. A ja każdego miesiąca szukam paru złotych na chore polskie dzieci. Zwrócić się do Naczelnej Izby Lekarskiej o wsparcie. Z pewnością nie odmówią, bo co z taką potężną kasą mają robić? Jak ją wyciągnąć? Ja to bym najlepiej zrobił jakieś szkolenia dla lekarzy. Tylko że za takie szkolenia lekarze muszą sami zapłacić, muszą też opłacić dojazd, zapłacić za pobyt, za wyżywienie... wtedy dostaną ochlap w postaci „punktów edukacyjnych”. To na co idzie tych 10 milionów miesięcznie? Nie wiem. Na działanie ich „sądów”?

Pytam tych „sędziów”, kto ich upoważnił do odbierania prawa wykonywania zawodu lekarzom, którzy leczą inaczej? W prawodawstwie polskim nie ma czegoś takiego jak „sąd lekarski”. Polski pacjent nie wie, że być może wła-

śnie przez takich „sędziów” jest pozbawiany prawdziwej możliwości wyleczenia swojej choroby. A więc to nie są sprawy dotyczące tylko i wyłącznie lekarzy. Tego typu chore w swej naturze decyzje uderzają w pacjentów. Na ile te decyzje są, jak napisalem, chore, już to pokazuje.

Jak wyleczyć niegojącą się ranę na udzie kobiety, która z jej powodu cierpi męki wręcz nie do opisania? I tak już od 15 lat. Lekarze wykorzystali wszystko, co tylko mieli w swoim arsenale, ale efekt był zerowy. Nic nie działa.

Wspaniały lekarz Bogusław bliżej się temu przyjrzal, zastosował to, co on, lekarz, uważa za właściwe i po dwóch miesiącach jego terapii rana całkowicie się zaleczyła. Kobieta pochwaliła się swojemu lekarzowi rodzinemu, który z jej problemem poradzić sobie nie mógł. W niedługim czasie dr Bogusław został wezwany przed nieomylnie oblicze „sądu lekarskiego”. Ponieważ takich cudów medycznych dokonał u wielu osób, jego wdzięczni pacjenci z ogromną przyjemnością wystąpili przed tym „sądem” jako świadkowie. Wiedzieli o tym, że jeśli oni, żywi, chodzący, wyleczeni pacjenci przedstawią się osobiście „sędziowi”, to staną się niepodważalnymi dowodami świadczącymi o skuteczności zastosowanych terapii. Nie wiedzeli jednak, że tym „sędziom” wcale nie chodziło o uzyskane skutki terapeutyczne, wcale nie chodziło o pochwalenie lekarza, że potrafił wyleczyć nieuleczalne. A o co chodziło?

Przytaczam tutaj przedstawioną mi przez doktora Bogusława rozmowę, jaka się odbyła przed tym, pożał się Boze, „sądem”. Co prawda świadków było czterech, ale ja opiszę tu jedynie rozmowę z wspomnianą przed chwilą kobietą.

„Sąd” – Na co była pani chora?

Kobieta: (mówi to, co opisałem powyżej)

„Sąd” – Co u pani zastosował pan doktor jako środek leczniczy?

Kobieta: – Jakiś minerały i witaminy.

„Sąd” – Dziękujemy.

„Sąd” do doktora Bogusława – Panie doktorze, pan zastosował w leczeniu minerały i witaminy, a przecież minerały i witaminy niczego nie leczą.

I... to już był koniec przesłuchania i koniec sprawy.

Na tej podstawie panu doktorowi Bogusławowi odebrano dożywotnio prawo wykonywania zawodu. Z napisu na drzwiach „Gabinet lekarski” kazaano mu usunąć słowo „lekarski”, bo według „sądu” od tej pory przestał być lekarzem. Bzdura. Dr Bogusław nie przestał i nigdy nie przestanie być doskonałym lekarzem. Stał się po prostu naturopatą, czyli nie może tylko wpisywać recept. Czy leczy nadal? Oczywiście i to z fantastyczną skutecznością. Jakie wielkie szczęście mialem, że dane mi było go poznać. Po jednym z moich wykładów podszedł do mnie i tak się przedstawił: „Jestem lekarzem, ale 16 lat temu odebrano mi prawo wykonywania zawodu, bo skutecznie leczylem ludzi, nie stosując środków farmaceutycznych”. Ja na to: „Ja też nie jestem lekarzem, ale wiem, że choremu człowiekowi można pomóc na wiele różnych sposobów. A to, że z tego powodu odebrano panu prawo wykonywania zawodu, świadczy tylko o tym, że pan jest nie tylko lekarzem, pan jest *wspaniałym lekarzem*. Proszę o tym nie zapominać i robić to, co w tej chwili pan robi, dla dobra pana pacjentów”.

Zostaliśmy przyjaciółmi. Ani on, ani ja, nie mamy prawa do leczenia człowieka. Słowo „leczenie” ustawowo jest zarezerwowane do wyłącznie użytku przez lekarzy (pewnie kiedyś dowiemy się, że jacyś oglupiali urzędnicy zarezerwowali słowo „działka” tylko dla narkomanów, no i będzie spor z właścicielami ogródków działkowych! ☺, to już by mnie wcale nie zdziwiło). Kiedy się spotykam z doktorem Bogusławem, żartujemy, że ani on, ani ja nikogo nie leczymy, my „naprawiamy tych, którzy są leczeni” ☺. Teraz takich przyjaciół lekarzy mam już naprawdę wielu! Żyć nie umierać!

Jeden z innych moich znajomych lekarzy już kilka razy był pozywany przed oblicze „sądu lekarskiego”. Za co? Za to, że robi wlewy dożywne z EDTA (środek chelatujący, czyli usuwający metale ciężkie). Ktoś może zapytać: a co w tym zlego, skoro niezwykle ciężko chorujemy między innymi z tego powodu, że mamy w sobie potężne ilości metali ciężkich? Usuwanie metali ciężkich z naszego organizmu jest jednym z najbardziej istotnych elementów profilaktyki zdrowotnej. Na więc o co chodzi? Za co chce się ga-

ukarać? No i najważniejsze... gdzie są poszkodowani? Poszkodowanych nie ma! To o co tu chodzi? Chodzi o to, że wlewy z EDTA można podawać tylko pacjentowi na przykład ze stwierdzoną ołowicą. Jednakże środek ten usuwa z organizmu nie tylko ółów, ale także np. kadm. Oczywiście, lekarz stosujący wlewy z EDTA musi być doskonale zaznajomiony z tą techniką, ponieważ ciągle bierze za podanie pacjentowi tego środka pełną odpowiedzialność. Czy w takim razie należy go za to karać? Szczególnie wtedy, kiedy pacjent płaci za to prywatnie? Ja sobie też podaję co jakiś czas EDTA czy inne środki w celu przynajmniej częściowego pozbicia się metali ciężkich, które skażone środowisko pompuje w nas cały czas. I co...? Mam się bać, że przyjdzie do mnie „policja lekarska” i mi tego zabroni? To jest moja sprawa, bo to jest moje życie, moje zdrowie, no i moje siedzące we mnie metale ciężkie, których ja, ich „właściciel”, nie chcę tam mieć! Nie interesuje mnie opinia przeróżnych mądrali, czy to jest skuteczne czy nie, chociaż wiadomo, że w tym przypadku skuteczne jest. Ja tak chcę i nikomu nic do tego!

Kolejom fanałkom z tzw. „władz medycznych” nie spodobało się też, że lekarze swoim pacjentom podają naltrekson w niskich dawkach. Powtarzam... w NISKICH dawkach. Naltrekson, znany w Polsce jako Adepend, ma ciekawe właściwości. W wysokich dawkach całkiem FORMALNIE stosowany jest u narkomanów i alkoholików (choć korzeń kudzu jest może nawet lepszy), żeby pomóc im wydostać się ze szponów uzależnienia. W niskich dawkach w tym akurat przypadku nie zadziała, ale... w niskich dawkach (zamiast 50 czy 100 mg stosuje się standardowo 5 mg) czasami czyni CUDA! Zostało to opisane przez lekarzy już bardzo dawno temu.

Czy należy ciągać po sądach lekarza, który z wielkim powodzeniem i z dużą skutecznością stosuje u swoich pacjentów homeopatię? Jest takie przysłowie: „Co komu do domu, jak chalupa nie jego?”. Pomijam w tym przypadku jakiekolwiek zagadnienia dotyczące homeopatii samej w sobie. Jeśli lekarz taką terapię zdecydował się zastosować, wie jak to zrobić i pacjent wyraża na to zgodę, to żaden urzędnik nie powinien się w to wrącać. To, że lekarz stosuje u danego pacjenta homeopatię, jest tylko sprawą pomiędzy lekarzem i pacjentem. Są osoby, które z różnych powodów nie popierają homeopatii. Takie osoby nie zgodziłyby się na to, aby lekarz u nich zastosował środki homeopatyczne i należy to uszanować. Jeśli pacjent na jakąś

konkretną terapię się nie godzi, to jest to jego sprawa. Tak samo, jeśli po uzgodnieniu z lekarzem pacjent na jakiś terapię się godzi, to też jest tylko jego sprawa. Nikomu innemu do tego nie wolno się wtrącać.

Po wydaniu pierwszej części „Ukrytych terapii” z różnych zakamarków przestrzeni, w której żyjemy, zaczęły wypelzać różne dziwaczne stwory z różnymi naukowymi tytułami, oskarżające mnie o to, że metody, o których napisałem, są straszne, okropne, do niczego się nie nadają, są pełne znachorstwa, szarlatanerii, a przede wszystkim są nienaukowe. A coż z tego, że sposoby leczenia akademickiego są oparte czasami na potężnej nauce, kiedy są one nieskuteczne, a pacjent jak chorował, tak nadal choruje? Co pacjentowi z tego, że zastosowano u niego „naukowe” metody leczenia, kiedy są nie tylko nieskuteczne, ale wielokrotnie doprowadzają do katastrofy zdrowotnej z powodu skutków ubocznych?

Przytoczę tutaj jeszcze inny przykład, który jest dla mnie bardzo ważny. Wielu Czytelników widziało moje wystąpienie w programie Dzień Dobry TVN. Poniżej podaję link do strony tej stacji (w momencie pisania tej książki był ciągle aktywny – mam nadzieję, że jest tak nadal):



<http://ukryte.info/17>

Jeśli link nie jest już aktywny, albo jeśli ktoś z Czytelników z jakiegoś innego powodu tego programu nie będzie mógł obejrzeć, to wspomnę, że w programie tym, a konkretnie w materiale dokumentalnym wyemitowanym jako wstęp do przeprowadzonej ze mną rozmowy, pokazano młodą kobietę, która ponad 10 lat była leczona na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. **Efekty wieloletniego leczenia metodami naukowymi to:** silne bóle brzucha, nawet do 30 wizyt w toalecie dziennie, krew w kale, bardzo znaczne osłabienie, częste infekcje... Leczenie akademickie całkowicie zawiodło. Ta bardzo chora osoba szukała na własną rękę rozwiązania gnębiącego ją problemu. Korzystała z ziół, które początkowo przynosiły efekty w postaci dwóch do czterech tygodni pewnej przynajmniej ulgi (niestety, póź-

niej choroba wracała). Kiedy kobieta wróciła się do mnie o pomoc, była już naprawdę w tragicznej sytuacji. Jednak już po pierwszym miesiącu odstawiła stosowane dotąd przepisane przez lekarza sterydy. W programie telewizyjnym powiedziała, że zrobiła to sama, na własne ryzyko. Niestety ze względu na brak czasu nie zdążyła już powiedzieć, że odstawiła sterydy ze względu na to, że już nie były jej potrzebne!

Oczywiście, obecny w studio pan doktor (ginekolog) stwierdził, że to najprawdopodobniej jest efekt placebo, że to jest efekt tymczasowy... Widzowie niestety nie usłyszeli tego, że ów efekt placebo, efekt tymczasowy, trwa już dwa lata. Wygłoszony przez pana doktora komentarz sugerował ponadto, że to jest zaledwie jeden taki przypadek. Widzowie nie wiedzieli, że redaktor przygotowujący ten materiał prosił mnie o kontakt z osobami, którym pomogłem. Ze względu na bardzo ograniczony czas przeznaczony dla tego materiału poprosił tylko o dwa kontakty – choć ja takich osób mam setki. Podalem dwa, skorzystano tylko z jednego. I nie było czasu, żebym mógł powiedzieć, że to nie jest odosobniony przypadek, że jest ich dużo, dużo więcej.

Dlaczego leczenie, jakie stosowali lekarze od 10 lat, było tak nieskuteczne? Dlaczego? Przecież było oparte na naukowo udowodnionych metodach! Wytlumaczył to młodej, 33-letniej dziewczynie, która napisała do mnie wstrząsającego e-maila. Opisuje w nim 30 lat leczenia atopowego zapalenia skóry, opisuje totalne zniszczenie jej organizmu sterydami, dwukrotne przejście śmierci klinicznej w wyniku właśnie leczenia szpitalnego jej nieuleczalnej choroby. Kto bierze odpowiedzialność za zniszczenie człowieka zdrowia leczeniem opartym na „naukowych podstawach”? No, kto? Nikt. Procedury chronią...

Czy fakt, że po zaledwie dwóch miesiącach leczenia naturoterapeutycznego dziewczyna zapomniała o swojej jakoby nieuleczalnej chorobie, kogoś obchodzi? Czy któryś z lekarzy, wcześniej ją leczących, zainteresował się tym, że ta młoda kobieta w ciągu zaledwie dwóch miesięcy całkowicie odzyskała swoje zdrowie na stałe? ŻADEN. Pan doktor z telewizora (zresztą nie on jeden) mówi, że to tylko placebo, że tymczasowa remisja, że takie wyzdrowienia się zdarzają same, itd. Nie wie tylko, że takich przypadków są setki.

Podam inny: 36-letni mężczyzna z chorobą Leśniowskiego-Crohna, z bardzo dużą częścią jelita cienkiego zajętego poężnym stanem zapalnym, leczony przez 6 lat wszystkim, co tylko nauka była w stanie zaoferować. **Efekt zastosowanej u niego naukowo udowodnionej terapii był taki:** sterydy zniszczyły kości do tego stopnia, że lekarze odmówili dalszego ich przepisywania w obawie przed wystąpieniem wielomiejscowych złamań, otwarte rany w jamie ustnej utrudniały przekłykanie czegokolwiek, z przeloki okolo-odbytniczej cały czas w dużych ilościach wyplynąła cuchnąca wydziela na ropna. Z dobrze zbudowanego młodego mężczyznę pozostały przysłowiowe „skóra i kości”, bo ciągle tracił na wadze, choć praktycznie już nie było z czego tracić. Nieustanna niemalże biegunka, kilkunastokrotne wizyty w toalecie, krew w kale, praktycznie nieustający ból brzucha. Krańcowe wyniszczenie organizmu. Stan zbliżającej się agonii.

Co ma teraz do zaoferowania medycyna oparta na nauce? Co mogliby temu człowiekowi zaproponować czytający to medycy? A może zabiorą się za leczenie dziennikarze medyczni czy naukowi, którzy publicznie wypisywali na mnie niezliczone paszkwile? A może zrobią to piszący o mnie pracownicy uniwersytetów w randze doktorantów o specjalności filozofia, socjologia czy politologia (to tylko przykłady specjalności, które reprezentowali)? A może państwo z materiału wstępnego programu w TVN, która była autorką listu do władz uczelni medycznych w Polsce, żądającego, żeby mi zaksiąć mówienia tam między innymi o tym, jak takiego pacjenta leczyć? Gdzie są ci wszyscy specjaliści od publicznego krytykowania mnie? Dlaczego nie pomogą w cierpieniu tego typu chorym?

Który z leczących tego młodego człowieka lekarzy weźmie teraz odpowiedzialność za skutki opartego na potężnej nauce „leczenia”? Przecież ten człowiek nie tylko nie został wyleczony, ale został **poprzez proces leczenia** doprowadzony do stanu agonalnego. Leczenia czy może niszczenia zdrowia? Czy sam sobie przepisywał leki, którymi go leczono? Czy sam sobie zniszczył kości sterydam? Czy ktoś za to odpowie? Czy odpowiedzą za to lekarze, którzy go w ten sposób „leczyli”, a potem go po prostu zostawili samemu sobie? Ciekawe czy sami, gdyby w takiej sytuacji się znaleźli, chcieliby w ten sposób być leczonymi? Lekarzom tym nic się nie stanie, nawet gdyby ten człowiek umarł z powodu leczenia, jakie mu zastosowano, ponieważ lekarzy chronią procedury. A przecież tego leczenia nie za-

aplikował mu hydraulik czy elektryk. Czy ten człowiek ze swoim poważnym schorzeniem zwrócił się do jakiegoś znachora? Nie, zwrócił się o pomoc do lekarzy. No to mu pomogli.

Pewnie czekacie na final... Żonie tego chorego ktoś zasugerował dożylnie podanie DMSO. Dotychczasowe efekty „naprawiania zdrowia” są takie: po pierwszych dniach ból brzucha znikł. Po około 2 tygodniach brak biegunki, stolec unormowany, bez krwi, powrócił apetyt. Po 4 tygodniach znikły nieleczające się rany w jamie ustnej. Po dwóch miesiącach przetoka okołoodbytnicza całkowicie się zamknęła, pacjent dostał apetytu takiego, że konia by zjadł z kopytami. Przybrał na wadze 7 kg! Gastroenterolodzy, którzy to czytają (jeśli są tacy) doskonale wiedzą, co to znaczy! Tak, wiem, wielu powie jak „pan doktor z telewizora”: że pewnie to efekt placebo. ☺

Czy to koniec tej historii? Niestety jeszcze nie, bo pacjent ma również bardzo zaawansowaną kamicę żółciową. W momencie pisania tych słów wystąpił ból brzucha i wymioty. Chory znalazł się szpitalu. Usunięto sporą część jelita cienkiego i grubego. Oczywiście po zabiegu – sepsa! No i naturalnie odmowa zastosowania askorbnianu sodu. Stan bardzo ciężki i również ciężki opór personelu medycznego przed czymkolwiek innym, nawet jeśli miałoby się to zakończyć śmiercią tego pacjenta. Agresywna antybiotykoterapia spowodowała poważną dysbakteriozę i całą gamę związanych z tym problemów. Pacjent cudem przeżył. Wrócił do domu pod opiekę swojej żony. Przytył prawie 20 kg. Czuje się bardzo dobrze. Czy jest to sukces? Moim zdaniem tak, tylko czyj?

Co by było, gdyby tego młodego mężczyznę zacząć „naprawiać” 6 lat temu, kiedy choroba dopiero się ujawniła? Problem byłby w tym, kto by go ten sposób miał „naprawiać”.

Czy takich przypadków niby efektu placebo i niby krótkotrwałych remisji jest więcej? Tak, są tysiące. Można samemu sprawdzić:



<http://ukryte.info/6>

<http://ukrytetерапie.pl/strona/pomoglo>

Skąd pochodzi ten zbiór? Po wydaniu pierwszej części „Ukrytych terapii” nagle zacząłem dostawać e-maile z informacjami o wyleczeniach, a przecież „Ukryte terapie” napisałem nie po to, żeby ludzie się sami leczyli! No ale... stało się, zaczęli się leczyć.

Skrzepnie zbierałem e-maile z tego typu informacjami. Była to nie do ukrycia przyjemność, że komuś jakoś pomogłem. Ale potem nastąpił prawdziwy wysyp tego typu doniesień i przestałem już je zbierać. Najważniejsze było, że komuś pomagało. Kiedy jednak po ponad roku zaczęto podważać to, co mówiłem czy pisałem, bardzo żałowałem, że nie zbieram tych e-maili zawiadamiających mnie o niezwykle pozytywnych skutkach terapeutycznych. Ataki na mnie przybierały na sile, postanowiłem coś zrobić. Oczywiście nie po to, żeby je powstrzymać, bo tego się nie da, zawsze będą osoby, które za wszelką cenę będą chciały zdyskredytować mnie i to co robię. Tacy już jesteśmy.

W związku z tym na Facebooku dalem ogłoszenie, że jeśli komuś pomoże to, co mówię czy piszę, proszę mi to krótko opisać i wysłać na e-mail [pomoglo@ukryteterapie.pl](mailto:pomoglo@ukryteterapie.pl). Liczyłem na to, że jeśli dostanę 20 czy 30 takich zgłoszeń, to będzie już coś, już będę miał co pokazać. **W ciągu niecałego tygodnia miałem ponad 500 zgłoszeń!** W każdym z e-maili mialem kontakt, czasami przesyłano mi adresy i numery telefonów. Wrzuściłem wszystko do Worda i miałem z tego ok. 150 stron tekstu! Oczywiście było tego zbyt wiele do jednorazowego opublikowania. Po usunięciu danych osobowych, po skróceniu wielu historii, ale zachowując oryginalną pisownię „powiesilem” całość na ww. stronie internetowej. Każdy z tych przypadków jest prawdziwy. Zwracam też uwagę, że wiadomości wysłaly mi oczywiście tylko te osoby, które używają Internetu i które widziały mój wpis (zresztą zamieszczony tylko jeden raz!). A ile jest gdzieś tam osób, którym pomogło, ale które nie wiedziały o akcji, bo nie używają Internetu albo nie mają konta na Facebooku, albo po prostu ją przegapili? Ile jest takich osób? Kiedyś pomyślałem, żeby zbierać tego typu informacje pojawiające się na moim fanpejdżu na Facebooku, ale nie dałem rady, bo były tego setki i trzeba byłoby temu bez przerwy poświęcać uwagę, a na to nie mam czasu.

Jeszcze taka ciekawostka: kilka miesięcy temu zadzwonił do mnie lekarz, który przedstawił się jako reumatolog z ponad 25-letnią praktyką. Miał

do mnie prośbę o pomoc. Od kilku lat cierpiął na reumatoidalne zapalenie stawów i nie był w stanie sam sobie pomóc. Jak powiedział: "Przecież nie podam sobie metotreksatu" (tym, którzy tego nie wiedzą, wyjaśniam, że metotreksat to steryd, szczególnie powszechnie stosowany w reumatoidalnym zapaleniu stawów). Dlaczego o tym piszę? Czy dlatego, żeby pokazać, kto jest lepszy? Zeby kpić z lekarzy, wyśmiewać się z nich? Zdecydowanie nie! Po stokroć NIE! Piszę to wszystko po to, żeby uświadomić nam wszystkim, jaki w Polsce mamy potężny problem z leczeniem człowieka! A czy to jest problem tylko lekarzy? Nie, jest to problem każdego Polaka, każdego z nas, bo dzisiaj nie wiemy, co jutro może spotkać nas czy nasze dziecko. I wtedy my sami możemy się zetknąć z takimi doświadczeniami, jakie opisałem powyżej. Czy chcemy, żeby to się nam przydało? Czy chcemy tego typu efektów leczenia nas? Nikogo nie straszę, ja tylko opisuję naszą polską – smutną, a czasami wręcz tragiczną – rzeczywistość.

Zawsze powtarzam, że:

## **Leczyć powinniśmy się u lekarza! U nikogo innego!**

Tylko co wtedy, kiedy lekarze już nic więcej nie potrafią zrobić? Najgorsze dla mnie jest to, że ktoś, kto nie jest lekarzem, wielokrotnie potrafi pomóc osobie, której medycyna „naukowa” nie tylko nie pomogła, ale, jak widać z powyższych przykładów, wręcz zaszkodziła. Co zrobić? Dlaczego tak jest? Dlaczego bezustannie słyszę od lekarzy, którzy przeczytali pierwszą część książki: „Dlaczego nas tego nie uczyono na studiach”? No więc kto za ten program studiów jest odpowiedzialny? Oczywiście są to władze uczelni medycznych.

Mam jedynie nadzieję, że gdzieś w Polsce, na którymś z uniwersytetów medycznych ktoś chociażby w kąciku się nad tym zastanowi. Zdaję sobie sprawę z tego, że ogromnym problemem jest tutaj zwykła natura ludzka... Z pewnością będzie: „A kim jest ten facet? Przecież nie jest lekarzem!” Lekarskie ego i duma potrafią być większe od samego lekarza, wiem. Oczywiście, znacznie lepiej by było, gdyby to, co ja mówię, publicznie głosił jakiś lekarz, zgadzam się z tym! Ale gdzie on jest? Bo jak dotąd są tylko kryty-

kanci... Na szczęście wielu lekarzy mnie popiera, a przecież nie mają w tym żadnego zysku. Tylko na takich lekarzy pacjent może liczyć. Tylko tacy lekarze są w stanie pomóc pacjentowi z chorobą przewlekłą.

Dlaczego jednak lekarze nie radzą sobie z chorobami przewlekłymi?

### **COŚ JEST ZDECYDOWANIE NIE TAK!!!**

Medycyna akademicka ma pewne zasady. Trzeba najpierw postawić diagnozę, a następnie zgodnie z procedurami i wskazaniami przepisać dany lek. Innymi słowy, jeśli lekarz postawił diagnozę, na przykład: łuszczyca, wtedy, obrazowo mówiąc, sięga do wirtualnej „szufladki” z napisem ŁUSZCZYCA i wypisuje receptę, a aptekarz wydaje lek, który jest „na łuszczyce”. Skutki są takie, że pacjent jest leczony często całymi latami i nigdy nie jest wyleczony. Dlaczego? Dlatego, że jest to tzw. choroba nieuleczalna, co jest oczywistą nieprawdą.

Czy może być gorzej? Jeszcze jak! Ponad połowa e-maili, jakie otrzymałem, dotyczyła sytuacji, gdy niemożliwe było postawienie JEDNOZNACZNEJ diagnozy. Wtedy dopiero zaczyna się istny cyrk, bo gdy nie ma diagnozy, nie ma też „szufladki”, do której można byłoby sięgnąć i zaczyna się iście „chocholi taniec”. Często jest to karkołomna improwizacja i żonglerka antybiotykami, stosowanymi na przemian ze sterydami, środkami przeciwzapalnymi, przeciwbólowymi, itd., itp. A kiedy efektów brak, wtedy pacjenta często się informuje w sposób niezwykle „naukowy”, że: „No cóż, wiek robi swoje” albo że: „To jest Hashimoto, tego się nie leczy” (autentyk!). ... Jeszcze ciekawsze jest wtedy, kiedy wyniki laboratoryjne są w normie, a pacjent ciągle jest bardzo chory. Wtedy zaczyna się delikatne sugerowanie: „Może wizyta u psychiatry?” lub: „Taka już pani/pana uroda”, albo „Podejrzewam, że ma to pan(i) w swojej głowie”. Bezsilność przeradza się w głupotę. Czy w takim razie to wszystko, co oferuje nam medycyna akademicka, nadaje się tylko i wyłącznie na śmieci? Oczywiście, że nie!

Uwaga! Teraz pewnie wielu Czytelników zaskoczę poniższym osobistym zdaniem.

Szczególnie przez ostatnie 100 lat „medycyna akademicka” wspólnie z przemysłem farmaceutycznym dokonały fenomenalnego wręcz postępu. To, co

potrafi w dzisiejszych czasach chirurgia, ortopedia, współczesna rehabilitacja czy fizjoterapia, czasami graniczy z cudem. Jak inaczej można nazwać operacje wykonywaną na sercu dziecka, które jest jeszcze w łonie matki? Jak inaczej można nazwać sytuację, gdy życie odzyskuje osoba, która uległa straszelnemu wypadkowi. O tym, czego w dzisiejszych czasach mogą dokonać techniki analityczne czy badania obrazowe, lekarze praktykujący 100 lat temu nie mogli nawet śnić. Przykłady można by mnożyć bez końca.

Ten powszechnie znienawidzony przemysł farmaceutyczny również dokonał niewyobrażalnego postępu. To właśnie dzięki medycynie akademickiej działającej wspólnie z przemysłem farmaceutycznym uratowano życie wielu milionom ludzi na całym świecie. Było to efektem fantastycznej pracy naukowców: medyków, farmakologów, chemików, biochemików, inżynierów.

**Z tego też powodu mój respekt i szacunek dla medycyny akademickiej i przemysłu farmaceutycznego nie ma sobie równych. I dlatego tutaj, publicznie, składam im wielkie podziękowania, jak również po raz kolejny wyrażam mój głęboki szacunek i respekt. Ale...**

To wszystko jest prawda sprawdzająca się fantastycznie w przypadkach ostrzych, np. kiedy złamiemy nogę, mamy zawał, udar mózgu, kiedy nasze ciało zostanie niemalże rozerwane na strzępy w jakimś wypadku, kiedy ulegniemy oparzeniu, kiedy nastąpią komplikacje przy porodzie, kiedy dostaniemy ostrego zapalenia trzustki, wybija nam oko, itd. Tutaj medycyna akademicka łącznie z przemysłem farmaceutycznym bezwzględnie króluje. Jednakże w przypadkach chorób przewlekłych, nieuleczalnych, skuteczność medycyny akademickiej i przemysłu farmaceutycznego jest niemalże zerowa.

Gdyby akademicki sposób leczenia pacjenta przewlekle chorego był skuteczny tak, jak nie jest, to nie mielibyśmy chorób nieuleczalnych, nie mielibyśmy dewastujących nam życie chorób przewlekłych. A jednak... jednak takie choroby mamy i zachorowalność na nie wzrasta, zamiast się zmniejszać! No więc o jakim postępie można tutaj mówić?

Doskonale rozumiem to, że firmy farmaceutyczne nie są organizacjami charytatywnymi. Tajemniczą poliszyną jest, że firmy farmaceutyczne nie

są po to, żeby nas wyleczyć, tylko żeby nas leczyć bez końca. Jakże często mówimy, że „pacjent wyleczony to dla przemysłu farmaceutycznego pacjent stracony”. Stracone źródło ich dochodu, bo firmy farmaceutyczne nie zarabiają na ludziach zdrowych, tylko na ludziach chorych. Nie ma niczego zlego w zarabianiu pieniędzy na życie. Jeden pisze książki i na różne sposoby przekazuje ludziom informacje, jak sobie pomóc w gnębiącej ich chorobie czy jak tym chorobom zapobiegać, a ktoś inny kopie piłkę i na tym zarabia wiele, wiele milionów złotych (oczywiście dopóki jest zdrowy ☺). To wszystko jest dobre tak dugo, jak dugo jest robione uczciwie.

Piłkarzom zarabiającym miliony złotych graniem w piłkę czy występowaniem w reklamach telewizyjnych życzę wszystkiego najlepszego i... jeszcze większych zarobków! Dlaczego nie? Uczciwie na to pracują. Firmom farmaceutycznym też życzę wszystkiego najlepszego, bo one naprawdę są nam potrzebne i to bardzo! Chodzi mi tylko o to, żeby swoje pieniądze zarabiali uczciwie.

Mówi się pacjentowi, że choroba Hashimoto jest nieuleczalna, że łuszczyca jest chorobą nieuleczalną, że nie da się odtworzyć tkanki chrzęstnej i konieczna jest endoproteza, że nie da się zaprzestać brania insuliny, bo cukrzyca to choroba nieuleczalna, że istniejącej miażdżycy nie da się usunąć, itd., itd. Ludzi tych leczy się całymi latami, bez końca. Całymi latami leczy się chore stawy czy chore kości, skazuje się ludzi na branie leków do końca życia. Tak działa medycyna akademicka w przypadkach chorób przewlekłych. Czy czymś nagannym jest krytykowanie tego? To raczej kłos, kto tylko krytykuje, nie podając rozwiązań, zasługuje na potępienie i zdyskredytowanie. Czy tacy są wśród nas? Dlaczego mam nie wskazać palcem na to, że najczęściej są to lekarze? O „ekspertach” w typie niektórych dziennikarzy medycznych nawet nie wspomnę.

**Jak wiadomo, ja krytykuję i to czasami niezwykle ostro, ale ja również podaję rozwiązania. Tym się różni krytykowanie od krytykanctwa. Krytyka z podaniem rozwiązań jest działaniem konstruktywnym. Krytykanctwo natomiast jest objawem ignorancji i głupoty.**

W odróżnieniu od medycyny akademickiej, w przypadkach przewlekłych medycyna komplementarna sprawdza się doskonale. To wszystko, co uchodzi za nieuleczalne, w wielu przypadkach da się wyleczyć. Ale w przypad-

kach ostrych medycyna komplementarna, poza pewnymi wyjątkami, w za- sadzie do niczego się nie nadaje! I mówię to całkiem otwarcie. Mnie na to stać. Zajmując się naturopatią od wielu, wielu lat, jestem w stanie z po- korą powiedzieć: „W przypadkach ostrych naturopatia się nie sprawdza”. Takiego samego podejścia, uczciwego, szczerego, a przede wszystkim prawdziwego, oczekuję od medycyny akademickiej, która w tym przypad- ku powinna otwarcie przyznać, że zupełnie się nie sprawdza w przypad- kach przewlekłych.

A jakie jest obecne stanowisko medycyny akademickiej? Ano takie, że jest dobra na wszystko, że sprawdza się zawsze i wszędzie, bo jest oparta na nauce. Tylko jeśli tak, to dlaczego tyle schorzeń jest w podręcznikach dla studentów medycyny opisanych jako choroby nieuleczalne, jako choroby przewlekłe? To przecież oznacza zerową skuteczność! Dlaczego wie- lu lekarzy nie stać na to, tak jak mnie jest stać, żeby powiedzieć: „W przy- padkach przewlekłych mój sposób leczenia pacjenta się nie sprawdza”. To przecież żaden wstydu! Wstydem jest brnięcie w zaparte.

Co natomiast jest absolutnie niewybaczalne, to brak współpracy lekarzy z tymi, którzy przypadki przewlekłe czy wręcz nieuleczalne leczyć potra- fią. Z powodu takiej arrogancji tracą zawsze, bez wyjątku, pacjenci. Tak oczywiście nie powinno być. W żadnym przypadku nie powinno się two- rzyć obozów „my” i „wy”. Powinniśmy za wszelką cenę dążyć do integracji podejścia medycznego, do współpracy, a nie do dzielenia i popisywania się nienawiścią. Powinniśmy jednoczyć siły w trosce o każdą osobę chorą. Tutaj nie ma i nie może być miejsca na jakkolwiek konkurencję czy pokazywanie „czyje piórko jest ładniejsze”. Zdrowie pacjenta jest dobrem naj- wyższym i w tym przypadku tylko ono się liczy. Nic więcej! Nie rozumiem, z jakich powodów medycyna akademicka tak zawzięcie zwalcza wszelkie podejścia terapeutyczne odmienne od tych, które zostały lekarzom narzu-cone. A przecież, jak widać, oba podejścia mają swoje mocne i słabe stro- ny. Dlatego moim celem jest

**doprowadzenie do zintegrowania obu tych podejść- terapeutycznych, a nie utrzymywanie podziału na medycynę akademicką i medycynę komplementarną. Najważniejsza jest współpraca i jeszcze raz współpraca!**

Celowo używam słowa komplementarna, a nie alternatywna. Alternatywna sugeruje, że „albo jedno, albo drugie”, a tutaj wcale nie o to chodzi. Chodzi o zintegrowanie, o połączenie wysiłków w leczeniu człowieka. Medycyny nie powinno się dzielić na akademicką, chińską, ajurwedyjską, homeopatyczną...

## **Medycyna jest tylko jedna! Dzieli się tylko na: medycynę skuteczną i nieskuteczną.**

Pacjenta, często zniszczonego nieskutecznymi procesami leczenia, zmęczonego swoją chorobą, a czasami śmiertelnie chorego, nie interesują tytuły naukowe, nie interesują fachowe publikacje, nie interesują żadne teorie. Osobę taką interesuje tylko i wyłącznie pozytywny skutek terapeutyczny – nic więcej! Dla człowieka chorego liczy się tylko skuteczność. Końcowym sędzią jest zawsze pacjent, a w tej chwili dochodzi do sytuacji, że pacjenci czasami nienawidzą lekarzy, a lekarze czasami nienawidzą pacjentów. Przecież powód takiej sytuacji jest bardzo prosty, bo to zawsze sprowadza się do jednego: do braku skuteczności w leczeniu (pomijam tu już niejednokrotnie skandaliczne traktowanie pacjentów przez lekarzy i personel pielęgniarski. Przecież takie przypadki są i za to pacjenci kochać ich też nie mogą). To rodzi frustrację po obu stronach. Lekarz wielokrotnie czuje się poniżony tym, że nie potrafi pacjenta wyleczyć. Pacjent zieje ogniem w stronę lekarza dokładnie z takiego samego powodu. W tym przypadku jednak nie można za to winić pacjenta. To pacjent jest osobą chorą, to on potrzebuje pomocy. To on właśnie oddaje w lekarskie ręce swoje zdrowie i życie. Ponieważ jednak o zdrowie tu chodzi, sprawy się znacznie komplikują. Lekarz jest tylko człowiekiem, ma też swoje słabości. Niemniej jednak nie zwalnia to go od zapewnienia pacjentowi najlepszego leczenia, jakie tylko jest możliwe. Osobiście czułbym się bardzo źle, widząc swoją niemoc w leczeniu pacjenta z chorobą przewlekłą.

Spójrzmy na tę sytuację nieco inaczej. Każdy z lekarzy, oddając do naprawy swój samochód, oczekuje od mechanika, że otrzyma samochód w 100% sprawny. A co by było, gdyby pan mechanik powiedział tak: „Panie doktore, nie potrafię panu tego samochodu zreperować, ale jeśli każdego miesiąca będzie pan do mnie przyjeżdżał, to ja będę wymieniał olej i jakoś tam będzie. Czasami samochód panu nie zapali, czasami nie dowiezie pana do celu, czasami trzeba go będzie wziąć na lawetę i ponownie do mnie przy-

wieźć. I tak będzie pan musiał to robić przez całe lata."? Gdyby mechanik samochodowy miał taką „skuteczność”, to pan doktor już by doskonale wiedział, co takiemu fachowcowi powiedzieć. Pewnie w słowach by nie przebierał, a już z pewnością grosza by nie zapłacił.

A czym to się różni od sytuacji, kiedy przewlekle chory pacjent przychodzi do lekarza regularnie od wielu lat, a lekarz jest tylko w stanie ciągle przepisywać mu to samo, wiedząc o tym, że go nigdy nie wyleczy, tak jak wyżej opisany mechanik samochodowy nie zreperuje samochodu? Czy pan doktor mechanikowi by zapłacił? Raczej nie. Dlaczego? Bo mechanik wykazał się brakiem skuteczności w „wyleczeniu” samochodu pana doktora. A jeśli lekarz, tak samo jak mechanik samochodowy, jest nieskuteczny w swoim działaniu, to czy pacjent wobec takiego braku skuteczności lekarzowi mimo wszystko powinien za wizytę zapłacić? Ale placi...? Odpowiedź jest znana wszystkim.

Dlaczego, drodzy lekarze, jest Wam tak trudno zrozumieć pacjenta? Czy nie rozumiecie, że biorąc od niego pieniądze mimo całkowitego braku skuteczności tego, co mu oferujecie, traciecie swoją godność lekarską? O etyce takiego postępowania już nie wspomnę. A teraz drodzy pacjenci: kiedy już wyżyliśmy się na lekarzach, to pomyślicie z kolei Wy. Teraz ponownie będę bronił lekarzy, przynajmniej do pewnego stopnia.

Pacjenci muszą zrozumieć, że w obecnym systemie, jaki jest stosowany w medycynie akademickiej, lekarzowi związano ręce, związano mu nogi, wrzucono do morza z chorobami przewlekłymi i kazano mu pływać! A pacjent rozwścieczony brakiem skuteczności leczenia mówi o takim lekarzu, że jest konowalem, bo nie umie „pływać”. A jak ten lekarz ma to robić? No jak? Wcześniej pisałem o tym, że nie można mieć pretensji do lekarza za to, że nie może Was wyleczyć, skoro nikt go tego nie nauczył. Trzeba się koniecznie na tym zastanowić, pomyśleć, zanim się zacznie odsądzać lekarza od czci i wiary. No i jest jeszcze taka banalna sprawa: z czego ten lekarz miałby żyć? Przecież lekarze to też ludzie. Mają swoje rodziny, dzieci, domy, kredyty, itd. To też trzeba zrozumieć.

Wielu wspaniałych, wrażliwych lekarzy często przeżywa potworne dylematy moralne. Wielu z nich nie może się pogodzić z wymaganiami, jakie im stawia system, bo zdają sobie sprawę, że wymagania te niekoniecznie

chronią interesy pacjenta. Jak wykazałem już powyżej, częścią tego systemu są obowiązujące lekarza procedury.

A więc, drodzy lekarze, zróbcie wszystko, żeby odzyskać Waszą lekarską godność. Stańcie się po prostu bardziej skuteczní. Współpracujcie, zjednoczcie siły ze wszystkimi, którzy w swoich terapiach są skuteczní. Gdy już tą wiedzę nabędziecie, podzielcie się nią z innymi swoimi kolegami lekarzami. Znajdują się dziesiątki, a może nawet setki wspaniałych, prawdziwych lekarzy, którzy na takie spotkanie z Wami przyjadą. Nie liczcie oczywiście na to, że pomoc w rozpropagowaniu takiego spotkania otrzymacie od izb lekarskich czy innego „towarzystwa”. Przecież Krajowa Izba Lekarska wydała już dawno oświadczenie, że wszystko, co nie jest przez nich zaakceptowane, nadaje się do śmiertnika. Nawet jeśli ktoś Was nauczy, jak skutecznie leczyć np. tarczycę czy jak usunąć miażdżycę, jak wyleczyć osteoporozę albo luszczywę, i będziecie to robić, ale bez użycia środków farmakologicznych, to dla izb lekarskich jest to wiedza nic niewarta. Sami to napisali w oświadczeniu dotyczącym medycyny komplementarnej i organizowanych w tym zakresie szkoleń.

Wierzę mi, kiedy wykażecie pacjentom swoją skuteczność, będą Was za to kochać do końca swoich dni. Doświadczają tego niektórzy znaczący. ☺ Zdaję sobie sprawę, że uratowanie zdrowia czy życia nie zawsze jest możliwe, ale pacjent w takim przypadku jest niesamowicie wyczulony na Wasze do niego podejście. Pacjent natychmiast wyczuje, czy rzeczywiście robicie dla niego wszystko, co tylko się da. Czy jesteście prawdziwymi lekarzami i czy dla ich dobra, dla ratowania ich zdrowia i życia jesteście skłonni wyjść poza procedury. W żadnym przypadku nie namawiam Was do łamania przepisów. Gorąco jednak proszę Was o współpracę. O nieignorowanie zdobyczny medycyny naturalnej. Na tym zyskamy wszyscy. Wszyscy Polacy. Wy też, bo jak wiadomo lekarze również chorują.

Problem wprowadzenia takiej współpracy wynika też z tego, że nasi ministrowie zdrowia, jeden po drugim, bez względu na reprezentowaną opcję polityczną, powtarzają jak mantrę, że leczenie pacjenta w Polsce będzie się odbywało tylko przy pomocy „naukowo udowodnionych metod”. Efekt takiego podejścia opisałem już wcześniej. Druga rzecz, to również wspomniane wcześniej problemy lekarzy, którzy chcą pacjenta leczyć za wszelką cenę, ale się boją! Na co my pozwalamy? My, Polacy, pozwalamy na ist-

niemie systemu, w którym lekarz boi się leczyć pacjenta! Boi się leczyć nas czy nasze dziecko! Pozwalamy na to, żeby istniało podziemne medyczne, gdzie potajemnie, nielegalnie (!) ratuje się pacjentowi życie! Pozwalamy na to, żeby członek naszej rodziny umierał „zgodnie z procedurami”, chociaż lekarz chciałby go leczyć poza procedurami, ale się boi! Czy my naprawdę jesteśmy tacy głupi i naiwni? Dlaczego nic nie robimy?

Dlaczego cały czas ciąży na nas to PRL-owskie poddanie i bałwochwańskie wręcz podejście do przedstawicieli tak zwanej „władzy”? Dlaczego zgadzamy się na takie traktowanie? Dlaczego zgadzamy się, żeby o leczeniu nas czy naszych dzieci decydował urzędnik, a nie lekarz?! Dlaczego zachowujemy się jak niewolnicy? Człowiek wolny, kiedy mu się robi krzywdę, buntuje się, chce zmiany! Niewolnik jest bity i w milczeniu znosi to bicie. My to robimy właśnie teraz. Zachowujemy się jak niewolnicy. Niewolnicy systemu, który sami stworzyliśmy i na którego istnienie sami pozwalamy.

Dlaczego środowisko medyczne zachowuje się jak niewolnik? Z jednej strony ciągle słyszę, że lekarze nie są zadowoleni z obecnego systemu, że wielu lekarzy naprawdę chciałoby zastosować OBA podejścia medyczne, żeby lepiej, skuteczniej i bezpieczniej leczyć pacjenta, ale... NIKT NIC NIE ROBI W TYM KIERUNKU!

Przecież w Waszym Kodeksie Etyki (hmm...) w Artykule 6 wyraźnie Wam napisano:

„Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uznacie za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”.

No to jak to jest? Macie „swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uznacie za najskuteczniejsze” czy nie? Niby macie, a tak naprawdę to nie macie. Jeśli będę miał sepsę, której nabawię się w szpitalu, to czy mój lekarz będzie mógł podać mi askorbinian sodu, żeby uratować moje życie? No nie! A przecież mój LEKARZ może uznać to za najskuteczniejszy sposób leczenia mnie w tym przypadku. Jeśli nie poda (a nie poda), to tamte powyższe postanowienia Kodeksu Etyki Lekarskiej. I co w związku z tym? A nic... W ten sposób w polskich szpitalach umierają ludzie, cho-

ciaż ich życie można by było uratować. Chyba że, tak jak opisałem wcześniej, pacjent będzie miał niezwykłe szczęście i trafi na lekarza, który mu ten askorbinian sodu poda. Rewelacja! Polski pacjent musi mieć niezwykłe szczęście, żeby w dzisiejszych warunkach lekarz mógł mu uratować życie! Czy to jest normalna sytuacja? I Wy, lekarze, się na nią zgadzacie?

Co to znaczy „zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”? Jakiej wiedzy? Tej „wiedzy”, która nie radzi sobie z chorobami przewlekłymi? To co to za wiedza? Czy też chodzi tutaj o to, że jedynie i niepodważalnie słuszne jest to, czego lekarza nauczono na studiach, praktykach, stażach i kursach prowadzonych przez firmy farmaceutyczne? W świetle tego, co obserwuję i co opisałem oraz w świetle tego, czego doświadczyli PACJENCI (bo ich nie wyleczono), zakrawa to na kpinę.

W Kodeksie Etyki Lekarskiej jest jeszcze kilka bardzo interesujących (szczególnie dla pacjentów) wątków. Na przykład:

#### .Art. 1.

[...] 3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”.

O czym zaufanie chodzi? Lekarza czy pacjenta? Bo jeśli chodzi o pacjenta, to... gdy lekarz nie potrafi chorego wyleczyć, to podważa w ten sposób zaufanie pacjenta „do zawodu”, czyż nie? A jeśli tak, to co? Ukarać takiego lekarza, bo łamie zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej? W żadnym wypadku! Jego trzeba po prostu lepiej uczyć. Uczyć WSZYSTKICH możliwych metod leczenia, nie tylko tych wybranych, nieskutecznych. I przede wszystkim pozwolić mu na zastosowanie tego, co on, lekarz, uzna za stosowne.

#### .Art. 2.

[...] 2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”.

Och... to jest rzeczywiście prawdziwa BOMBA! Jeśli lekarz stawia ponad dobrem chorego wymagania administracyjne, to łamie postanowienia Kodeksu, na który przysiągał! To dlaczego lekarz, ze stoickim czasami spokojem, pozwala umrzeć pacjentowi, byle było to zgodne z procedurami? Czy może zwrot „wymagania administracyjne” odnosi się tylko do spraw np. socjalno-bytowych, wynagrodzeń czy papieru w toaletach...?

„Art. 8. Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.

Obecny system ZMUSZA lekarza do łamania tego postanowienia, bo przeciętny lekarz, pracujący np. w przychodni, nie ma możliwości, żeby pacjentowi poświęcić niezbędny mu czas!

„Art. 12.

1. Lekarz powinien zyczliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”.

Taaaa... to powinni skomentować sami pacjenci :-). Jeśli lekarz nie robi tego, co tu jest napisane to... łamie postanowienia Kodeksu!

„2. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza”.

Wybór lekarza? No masz pacjencie prawo i... sobie wybierz. Następna kpina.

„Art. 13. 1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”.

Tak, tak: „Panie doktorze, ja już nie chcę więcej chemicznych terapii, chcę czegoś innego...”, „Taaaak? To w takim razie proszę mi się tu więcej nie pokazywać”. Pan doktor, jak to się mówi „wałał focha”, no i... biedny pacjent

musiał sobie gdzieś wsadzić jego prawo do decyzji dotyczącej jego własnego zdrowia. To wcale nie jest śmieszne, bo to jest NAJCZĘŚCIEJ łamane przez lekarzy postanowienie Kodeksu Etyki Lekarskiej!

„Art. 15. 1. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem. 2. W przypadku osoby niepełnoletniej, lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody”

To jest prawdziwy HIT tego Kodeksu! Co to jest: „postępowanie zapobiegawcze”? W tym kontekście jest to zastosowanie metod zapobiegających chorobie. Uznaje się, że szczepionka jest taką metodą. To co z tą zgodą, której MUSI udzielić rodzic? A jeśli nie udzieli? Ile noworodków jest szczepionych w pierwszej dobie po urodzeniu bez pytania rodziców o zgodę? Lekarze najwyraźniej MASOWO łamią postanowienia Kodeksu – i co? Jak to co? Oglupiały system nie chce karać za to łamiących prawo lekarzy lecz... rodziców za niewyrażenie zgody, do czego mają absolutne prawo!

„Art. 17. W razie niepomyślnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością”.

Należało dodać: „oraz zainkasować za taką wiadomość 300 zł”, bo tak właśnie przekazuje tego typu wiadomość jeden z onkologów w czasie wizyty trwającej 3 minuty. Za skierowanie na radioterapię 150 złotych, w 5 minut. Nic tylko być onkologiem. ☺. Najlepiej wybitnym:

cochia... i po prostu... :)

staby

Wizyta trwała dokładnie 3 min edeskanie do innego onkologa Rada jaką otrzymałem od znajomego który wcześniej był pacjentem profesora masz samochód jeśli tak to go sprzedaj będą ci potrzebne pieniądze i to się sprawdzili -niestety!

Jesteś tym lekarzem? Odpowiedz na tę opinię! Zarejestruj się tutaj

-Gosc

slatby

Po pobycie oca w Instytucie Chorób Płuc w Warszawie na prośbie skierowem jakąkolwiek pomocy. Znalazłem tego człowieka, sądłem że może jakos pomoże. Zamodem się bardzo. Orak jakąkolwiek zainteresowania. Wypisał na recopole zalecenie na radioterapię ??? i radioterapia ma już wcześniej umówioną w Centrum Onkologii i Zakażonej 150 zł chociaz za 5 min powinien i nie chodzi mi o pieniądze ale o to ze nie wspali oca w chorobie. Zmity wyrażony brak podlega do pacjenta. Ewentualnie nastawiony na kasę. Gabinet w którym przyjmowałam prywatnie - obskurna dzura, nie pamiętam ulicy Gdańsk. Zdecydowanie nie polecam :)

*„Art. 31. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popelnieniu samobójstwa”.*

A co w przypadku, kiedy lekarz wie, że istnieje lek, sposób, technika, które pozwolilyby (nawet jeśli „być może” pozwolilyby) uratować choremu życie, ale ich nie zastosuje, bo „nie ma tego w procedurach” i pozwoli na to, żeby pacjent jednak umarł? Jeśli nie jest to eutanazja, to co to jest? Łamie to postanowienie Kodeksu czy nie?

Nie chce mi się dalej tego dokumentu komentować, bo już mam dość. Czy coś więcej jeszcze jest potrzebne? Czytelników zainteresowanych pełnym tekstem Kodeksu odsyłam do tego dokumentu w pdf-ie:



<http://ukryte.info/18>

Pytanie jest tylko takie: „Co wart jest ten dokument, skoro łamanie opisanych w nim zasad jest na porządku dziennym?”. Łamanie tych praw czasami w sposób bezpośredni prowadzi do katastrofy zdrowotnej pacjenta. Dlatego ktoś, kto jest za to odpowiedzialny, powinien natychmiast zareagować. Kto powinien dbać o przestrzeganie postanowień zawartych w tym kodeksie? Zgodnie z obecną ustawą (Dz.U. 2009 Nr 219 poz. 1708: Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, rozdział 2, Art. 5. punkt 1) jest to Naczelna Izba Lekarska.

Czy Izba Lekarska podjęła stosowane czynności w związku z tą nieprawidłowością, skoro należy to do jej kompetencji? To wszystko uderza w przeciętnego pacjenta, często walczącego o swoje życie! Dlaczego nikt nie reaguje? Dlaczego ja mam o tym pisać? Dlaczego ja mam o tym krzyczeć?

Dlatego wzywam Was, LEKARZY, zróbcie COŚ! Wzywam Was do buntu wolnych ludzi. W żadnym przypadku nie namawiam do lamania polskiego prawa, ale do ZMIANY! Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że dla wielu lekarzy to, co piszę, jest bardzo niekorzystne. Po co kołyśać tą „lodzią”? Po co się wychylać? Po co ryzykować? Po co się narażać? Tylko jeśli tak, ta... po co w ogóle być lekarzem? Dla pieniędzy? To nie ten zawód. Może lepiej jest ciągle być „medycznym niewolnikiem”? Pamiętacie, komu przysięgaliście swoją lojalność? Pacjentom czy przemysłowemu farmaceutyczнемu? A może ministrowi zdrowia czy innym urzędnikom? Czy ta przysięga coś nadal znaczy? Dlaczego tak wielu z Was narzeka na Naczelną Izbę Lekarską, ale nic nie robi? Nie wolno narzekać, bo jest to niekonstruktywne. Trzeba coś zrobić, a nie narzekać. Zmieńcie zarząd, zróbcie coś. Cokolwiek!

My, Polacy, mamy zwyczaj narzekania bez końca, bo jest nam źle, bo czujemy, że jesteśmy krzywdzeni, ale to my sami sobie jesteśmy winni. Koń nigdy by nie dał bata woźnicy i nie kazał mu się nim bić! My zaś dajemy bat (władzę) naszym przedstawicielom w Sejmie i pozwalamy na to, żeby tym batem bili, a oni... robią to! Koń, gdyby mógł, nigdy by tego nie zrobił, bo koń jest mądry, a my? Czy jesteśmy głupsi od konia w furmance?

## **Jak naprawić to co jest zepsute?**

Z niemałego już doświadczenia wiem, że wyciągnięcie ręki działa, ale tylko na poziomie indywidualnym, w kontaktach osobistych z niektórymi lekarzami, nie działa zaś zupełnie na poziomie systemowym. Czy w takim razie wszystko przepadło i nic się już nie da zrobić? Nie... jest na to sposób. Trzeba tylko znowelizować istniejącą już ustawę i natychmiast wszystko by się zmieniło. Z dnia na dzień! Lekarze (ale tylko ci, którzy by chcieli) w końcu mogliby leczyć nas najlepiej, jak tylko potrafią, najbardziej skutecznie, najbardziej bezpiecznie. Dlatego sprzeciwiam się temu, aby o tym,

czy u mnie bądź u mojego dziecka zastosować taką czy inną terapię, miał decydować ktoś inny niż tylko MÓJ lekarz.

Lekarz i tylko lekarz, powinien decydować o leczeniu pacjenta. W żadnym przypadku nie może to być urzędnik, choćby był nim lekarz. Nie może to też być minister zdrowia. Czy ktoś z Państwa czytał prawa i obowiązki ministra zdrowia? Bo ja tak. Minister zdrowia jest wynajętym przez nas człowiekiem do zarządzania administracją służby zdrowia. W tych dokumentach nigdzie nie napisano, że minister zdrowia ma jakiekolwiek prawo narzucań lekarzowi tego, w jaki sposób ma leczyć swojego pacjenta.

Nieskończoną ilość razy byłem pytany o to, co zrobić, żebyśmy byli leczeni znacznie efektywniej i bezpieczniej. Gdzie są lekarze, którzy stosują opisywane przeze mnie metody? Dlaczego lekarz nie może zastosować metod, które nie są ujęte w procedurach, nawet jeśli wie, że ten sposób mógłby uratować życie człowieka?

**Po wprowadzeniu nowelizacji ustawy  
to wszystko stałoby się możliwe.**

Proponowana przeze mnie nowelizacja ustawy wygląda tak:

+++++

**USTAWA**

z dnia ..... 20 ... r.

o zmianie Ustawy o zawodach  
lekarza i lekarza dentysty, o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych

**Art. 1.**

W Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz.152, ze zmianami) wprowadza się następujące zmiany:

1) w Art. 3 po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Ilekroć w Ustawie jest mowa o medycynie komplementarnej, należy przez to rozumieć wszystkie metody terapeutyczne, w szczególności tradycyjną medycynę chińską, ziołolecznictwo, medycynę ortomolekularną, akupunkturę, medycynę antropozoficzną, chiopraktykę, klawiterapię, hirudoterapię, terapię neuralną, apiterapię”.

(Moja uwaga wynikająca z komentarzy, jakie otrzymałem po upublicznięciu tej nowelizacji:

Zwrot:

„... w szczególności: tradycyjną medycynę chińską, ziołolecznictwo, medycynę ortomolekularną, akupunkturę, medycynę antropozoficzną, chiopraktykę, klawiterapię, hirudoterapię, terapię neuralną, apiterapię ...”

nie oznacza ZAMKNIĘTEJ LISTY możliwych do wykorzystania przez lekarzy terapii. Użyte na początku słowa: „w szczególności” wskazują na OTWARTY charakter tej listy.)

2) po Art. 4. dodaje się Art. 4a w brzmieniu:

„Art. 4a. Do dostępnych lekarzowi metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zalicza się także metody i środki z zakresu medycyny komplementarnej, określone w Art. 3 ust. 4”.

Zakresem tym jest to, co lekarz uzna za stosowne. Lekarz nie ma tutaj żadnego ograniczenia. Może wybrać taką terapię, jaką chce.

3) w Art. 32 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

.1a. Lekarz może zastosować leczenie z wykorzystaniem metod medycyny komplementarnej po wyrażeniu zgody przez pacjenta i nie może być w żaden sposób karany za użycie tych metod, jeśli nabył odpowiednią wiedzę do ich zastosowania oraz nie skrzywdził pacjenta”.

4) w Art. 38 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

.1a. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta z wykorzystaniem metod medycyny komplementarnej, jeżeli nie są one zgodne z oczekiwany skutkiem terapeutycznym, albo jeżeli według jego wiedzy medycznej sugerowana przez pacjenta terapia będzie szkodzić jego zdrowiu, albo kiedy lekarz nie posiada odpowiedniej wiedzy do zastosowania sugerowanej przez pacjenta terapii”.

Innymi słowy: żaden lekarz nie jest zmuszony do użycia jakichkolwiek metod innych niż proceduralne, ale jeśli tak zechce zrobić, to nie może być za to karany.

## Art. 2

W Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135, ze zmianami) wprowadza się następujące zmiany:

1) w Art. 2 po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Korzystanie z metod medycyny komplementarnej nie jest finansowane ze środków publicznych”.

Tutaj była prawdziwa burza, a więc wyjaśniam: czy ktoś jest na tyle naiwny, żeby pomyśleć, że w obecnej sytuacji i w obecnym stanie wiedzy i świadomości wśród większości posłów, zgodzono by się na finansowanie ze środków publicznych ziołolecznictwa, akupunktury czy homeopatii? Tak, ja wiem, tak zrobili Szwajcarzy, ale nasi posłowie Szwajcarami nie są...

Poza tym, w tej chwili tysiące ludzi korzysta z takich metod u różnego rodzaju terapeutów i płaci za te terapie z własnej kieszeni. Nic więc by się nie zmieniło oprócz tego, że znacznie więcej lekarzy mogliby to robić... bez żadnych obaw. Wiele osób z pewnością zgodziłoby się na DODATKOWĄ opłatę w ich ubezpieczeniu zdrowotnym za możliwość refundacji części przynajmniej takich terapii. Tak zrobili Szwajcarzy, ale my... itd.

### Art. 3

Ustawa wchodzi w życie w czternastym dniu po jej ogłoszeniu.

\* \* \*

### UZASADNIENIE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polski w art. 68 gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia.

Podkreślić należy, iż wskazany powyżej przepis osadzony jest w rozdziale, który akcentuje podmiotowe prawo jednostki, jakim jest m.in. wolność. Wolność oznacza sytuację, w której człowiek może dokonywać swobodnych, zgodnych ze swoją wolą wyborów. Jednym z najważniejszych jest wolność osobista, czyli prawo o decydowaniu o sobie, swojej przyszłości, a także o swoim zdrowiu i sposobie leczenia. Ta sfera wolności nie może być ograniczona władczymi decyzjami urzędników, którym Konstytucja uprawniła w tym zakresie nie nadala.

Dobro chorego jest najwyższym prawem, które we współczesnym świecie akcentuje obowiązek respektowania przez lekarza prawa pacjenta do decydowania o jego zdrowiu.

Zgoda pacjenta na zabieg czy operację jest, według obowiązujących przepisów prawa, konieczna, by lekarz mógł podjąć działanie. Zgodnie z Art. 41 ust. 1 Konstytucji RP „każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą”. Dotyczy to każdej sfery życia człowieka, łącznie ze sposobem leczenia.

Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta lub jego prawnego opiekuna jest czynem karalnym, z mocy Art. 192 Kodeksu karnego, natomiast Kodeks Etyki Lekarskiej w Art. 15 stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

Istotną regulacją w tej materii jest również Art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, zgodnie z którym: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę”.

Skoro normy prawa gwarantują człowiekowi ochronę w zakresie decydowania o jego zdrowiu, to obejmują także obowiązek respektowania wyboru leczenia. Wartość tę docenią kilka lat temu Szwajcaria.

Stosunek szwajcarskiego rządu do medycyny naturalnej wynikał z wysokiego popytu i powszechnego stosowania alternatywnych dla medycyny konwencjonalnej metod leczenia, nie tylko ze strony konsumentów, ale również i lekarzy. Środowiska te zgodnie podkreślały jej skuteczność. Efektem aprobaty dla zintegrowania medycyny komplementarnej z akademicką było opowiedzenie się przez Szwajcarię w drodze referendum za powszechnym dostępem do medycyny komplementarnej w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uwagę zwraca fakt, że aż 67% głosujących poparło zmiany, czyniąc ze Szwajcarii pierwszy kraj w Europie, który w ustawie zasadniczej nałożył na władze federalne i kantonalne obowiązek włączenia obu metod do leczenia pacjenta.

W wyniku tych zmian nowy artykuł 118a BV (*Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft*) Konstytucji zyskał brzmienie:

„Rząd federalny i kantony mają, w zakresie swojej jurysdykcji, wziąć pod uwagę medycynę komplementarną. Na tej podstawie parlament i władze wykonawcze powinny:

1. umożliwić, w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, działalność lekarzom z pięciu dyscyplin medycyny komplementarnej (tj. medycyny antropozoficznej, homeopatii, terapii neutralnej, fitoterapii i tradycyjnej medycyny chińskiej).
2. stworzyć możliwości uzyskiwania krajowych dyplomów przez terapeutów niemedycznych.
3. włączyć problematykę medycyny komplementarnej do kształcenia i projektów badawczych.
4. chronić sprawdzone lekarstwa.

Wypełniając wspomniane zobowiązania, w dniu 13 stycznia 2011 r. minister zdrowia Didier Burkhalter podjął decyzję o włączeniu 5 wymienionych terapii do koszyka podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. W Szwajcarii od stycznia 2012 r. pacjenci korzystają więc z pięciu metod medycyny komplementarnej w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto minister ogłosił, że w porozumieniu z sektorem medycyny komplementarnej będzie dążył do: włączenia problematyki CAM (*complementary and alternative medicine*) do kształcenia pracowników sektora zdrowotnego, uproszczenia procedury rejestracji i dopuszczenia do obrotu produktów CAM, certyfikacji terapeutów (krajowe dyplomy), wydzielenia funduszy na badania oraz utworzenia instytutów – ośrodków referencyjnych w sprawach CAM.

Skoro Szwajcaria jako pierwszy kraj w Europie w ustawie zasadniczej nałożyła na władze państwowe obowiązek włączenia medycyny komplementarnej do istniejącego systemu zdrowotnego, to ignorowanie tej metody leczenia jako pozbawionej uzasadnienia medycznego byłoby, w obliczu zmian dokonanych w szanowanym kraju Europy zachodniej, nie na miejscu.

Zarówno pacjenci, jak i lekarze dokonali wyboru, zaś tamtejsze władze uszanowały prawa obywateli Szwajcarii do decydowania o ich zdrowiu i metodzie leczenia. Należy przy tym zwrócić uwagę, że medycyna akademicka i tradycyjna nie stanowią całkowicie odrębnych podsystemów. Mają

bowiem specjalistów, którzy fachowo wykonują zabiegi z różnych obszarów (np. homeopatii czy akupunktury), a przeważająca większość pacjentów i konsumentów korzysta z obu podsystemów.

Ostatnie lata pokazują, że medycyna akademicka i naukowcy coraz bardziej interesują się praktykami tradycyjnymi, także tymi komplementarnymi – pochodząymi z odległych regionów świata. Jednym z wielu przykładów jest zbiór informacji na temat „complementary medicine” w Cochrane Reviews, który zawiera ponad 700 raportów, w tym: 113 przeglądów systematycznych na temat alternatywnych systemów medycznych, 369 na temat terapii wykorzystujących produkty naturalne, 152 na temat leczenia energią, 20 o metodach takich jak chiropaktyka czy kręgarstwo oraz 67 o metodach takich jak hipnoza, relaksacja, medytacja czy joga (patrz: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/subtopics/22.html>).

Innym przykładem jest ogólnoeuropejski projekt badawczy „CAMBrella”, dofinansowany z 7. Programu Ramowego UE, zmierzający do stworzenia sieci placówek badawczych zajmujących się CAM. Celem tego projektu jest stworzenie tzw. mapy drogowej dalszych badań nad CAM w Europie, aby były zgodne z potrzebami zdrowotnymi obywatelej UE, mogły być zaakceptowane przez Parlament Europejski oraz instytucje odpowiedzialne za finansowanie badań w poszczególnych krajach, a także przez pracowników ochrony zdrowia (patrz: <http://www.cambrella.eu/home.php>).

Mając powyższe na uwadze, Polska, opowiadając się za podmiotowym prawem jednostki, winna być otwarta i gotowa na zmiany, jakie w zakresie zintegrowania medycyny tradycyjnej z akademicką czynią inne państwa europejskie. Zmiany te wymusza przede wszystkim wysokie zapotrzebowanie społeczne na połączenie obu tych dziedzin w imię dobra pacjenta i troski o jego zdrowie.

Nie da się dłużej lekceważyć istnienia medycyny naturalnej w terapii, skoro jej skuteczność została już doceniona w Europie i na świecie. Lekarz powinien decydować o wyborze leczenia w porozumieniu z pacjentem. Jednakże aby było to możliwe, nie może być on ograniczany do metod leczenia, jakie wymusza na nim obowiązująca procedura medyczna.

Dążeniem do osiągnięcia pozytywnych skutków terapii winna być wymiana informacji i doświadczeń w zakresie obu dziedzin medycyny, z wykorzystaniem ich potencjału.

Powodem wprowadzenia przedmiotowych zmian legislacyjnych nie jest więc wypieranie medycyny akademickiej przez medycynę naturalną ani konkurowanie z nią, przeciwnie – chodzi o dialog, porozumienie i współpracę, czego efektem będzie wzajemne uzupełnianie wiedzy i doświadczeń każdej z nich w celu skuteczniejszego leczenia pacjenta.

Podkreślić należy, iż w chorobach przewlekłych medycyna akademicka odnotowuje niską lub wręcz zerową skuteczność całkowitego wyleczenia. W niektórych przypadkach istnieje wprawdzie możliwość przedłużenia pacjentowi życia, to jednak komfort tego życia jest zaburzony. Wiele schorzeń medycyna identyfikuje jako nieuleczalne, np. chorobę Hashimoto, stwardnienie rozsiane, toczeni, chorobę Parkinsona, luszczywę, nowotwory.

Tymczasem praktyka lekarska w innych krajach odnotowuje sukcesy w wyleczeniu pacjenta z chorób przewlekłych z wykorzystaniem w terapii metod naturalnych. W Polsce część środowisk medycznych demonstruje sprzeciw wobec tej metody leczenia.

Wątpliwości w tym zakresie nie miała Szwajcaria. Jest to kraj bogaty, mający potężne, liczące się na świecie firmy farmaceutyczne i stać ją na zapewnienie swoim obywatelom drogich terapii farmakologicznych, z wykorzystaniem najwyższej klasy sprzętu medycznego i nowoczesnych technologii. A jednak uznała medycynę naturalną jako równoprawną dziedzinę, występującą obok akademickiego systemu leczenia człowieka.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyszczególnia się profilaktykę zdrowia jako zadanie władz publicznych. Zgodnie z Art. 6 p. 3 przywołanej ustawy zadaniem władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej są promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu stworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Natomiast według normy zawartej w Art. 15 ust. 1 tejże ustawy świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest m.in. zachowanie zdrowia i zapobieganie chorobom.

Niestety, obserwuje się pomieszanie pojęć pomiędzy działaniami prewencyjnymi na rzecz ochrony zdrowia a diagnostyką. Otóż za działania profilaktyczne powszechnie uznaje się planowe systematyczne poddawanie się badaniom lekarskim. Nie ma to jednak nic wspólnego z zapobieganiem chorobom. Wykonanie np. badania mammograficznego lub kolonoskopii nie jest żadnym działaniem prewencyjnym w powstaniu nowotworów, służy jedynie diagnozowaniu istniejących już zmian.

Jeżeli zatem w wyniku badania wykryto u pacjenta chorobę, to nie można mówić o zapobieganiu. Zapobieganiem chorobie jest niedopuszczanie do jej powstania. Dlatego też wachlarz możliwości terapeutycznych i profilaktycznych powinien być dostępny i nieograniczony dla lekarza, którego wiedza z zakresu anatomii i fizjologii człowieka byłaby ogromną wartością dodaną przy wykorzystaniu metod naturalnych. Skoro w obecnej sytuacji służba zdrowia, z różnych powodów, nie jest w stanie zapewnić ochrony prewencyjnej zdrowia pacjenta, to jej obowiązkiem jest umożliwienie realizacji tego zadania poprzez wprowadzenie do systemu leczenia medycyny komplementarnej jako równoprawnej dziedziny w terapii i promocji zdrowia.

**Skuteczność takiego zintegrowanego leczenia byłaby wielokrotnie wyższa niż do tej pory, co skutkowałoby wielomilionowymi oszczędnościami dla budżetu państwa.**

Znacznie zwiększoną efektywność leczenia pacjenta spowodowałaby zmniejszoną liczbę pacjentów z chorobami przewlekłymi, a są to choroby, na które przeznaczona jest większość budżetu NFZ. Mniejsza liczba pacjentów oznacza znacznie mniejsze kolejki, które są głównym powodem powszechnego niezadowolenia Polaków z obecnego stanu służby zdrowia. Warto odnotować, że niemal 6,5 mld zł, czyli ok. 10 proc. budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, jest przeznaczane na terapie onkologiczne: leczenie szpitalne, chirurgię, chemioterapię, itd. Przeciętnie na jednego chorego wydawana jest suma ok. 10 000 zł. Średni koszt samej chemioterapii wynosi ponad 13 000 zł.

Oszczędności, o których wyżej mowa, mogłyby zostać uwonione w celu:

1. leczenia bardzo ciężkich schorzeń, na które obecnie NFZ nie ma pieniędzy.

2. skrócenia kolejek do lekarzy,
3. znacznego podniesienia standardu pobytu pacjenta w szpitalu,
4. podniesienia poziomu wynagrodzeń personelu medycznego,
5. właściwego zadbania o osoby niepełnosprawne, które w obecnych warunkach mają ograniczoną i często niegodną człowieka egzystencję,
6. otoczenia właściwą opieką osób starszych lub przebywających w hospicjach.

Z założeń do planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2016 rok wynika, że na ochronę zdrowia przeznaczone zostanie ok. 70 mld zł. Podkreślić również należy, iż korzystanie z metod medycyny komplementarnej nie obciąży budżetu państwa, ponieważ nie będzie finansowane ze środków publicznych. Pacjent, decydując się na zastosowanie terapii naturalnej, zostanie o tym poinformowany.

Wobec pozytywnego bilansu dla finansów publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej państwo powinno jednak dążyć, wzorem Szwajcarii, do objęcia podstawowych metod medycyny komplementarnej ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jest tajemnicą poliszynela fakt, że w wielu ośrodkach medycznych, ze szpitalam i włącznie, lekarze ratują życie pacjentom nielegalnie, w ukryciu, ponieważ stosują metody niewystępujące w tzw. procedurach. W wielu jednak przypadkach lekarze raczej wolą pozwolić, by pacjent umarł, niż odejść od chroniących ich procedur, czego przykładem był bardzo w Polsce nagośniony przypadek kilkuletniego Maxa Gudańca (wspomniałem o nim wcześniej). To wszystko jest powodem istnienia w Polsce „podziemia medycznego”. Podziemia, w którym lekarz ratuje zdrowie czy życie pacjenta nielegalnie, za co grozi mu odebranie prawa wykonywania zawodu.

Jest coraz więcej lekarzy, którzy – stawiając dobro pacjenta na pierwszym miejscu przed jakimkolwiek procedurami, co jest całkowicie zgodne z etyką lekarską i składaną przez każdego lekarza przysięgą – świadomie schodzą do „podziemia medycznego”, nielegalnie lecząc i często ratując życie

swoim pacjentom. Wielu lekarzom w Polsce odebrano prawo wykonywania zawodu tylko dla tego, że uratowali komuś zdrowie. Jest to zenujająca sytuacja, której w nowoczesnej Polsce nie można już dłużej tolerować.

Nowelizacja ustawy pozwoliłaby wielu lekarzom na swobodne, legalne i zgodne z ich sumieniem czy wiedzą stosowanie każdej dostępnej im terapii w celu znacznie bardziej efektywnego leczenia pacjentów bez obawy utraty prawa wykonywania zawodu – jak to się dzieje teraz. Społeczeństwo polskie ponosi ogromne koszty kształcenia lekarzy, którzy zdobywają na studiach pełzną wiedzę, a następnie w pracy są krępowani nakazami mówiącymi im, co i jak mają robić.

Proponowana nowelizacja ustawy korzysta również z tego, co parlament kanadyjskiej prowincji Ontario wprowadził już w roku 1999 do ustawy o prawie lekarskim (Medicine Act 1991). Rozwiążanie to oparte jest na prawie Alaski i innych stanów USA. Chodzi mi głównie o ten fragment:

*"A member shall not be found guilty of professional misconduct or of incompetence under section 51 or 52 of the Health Professions Procedural Code solely on the basis that the member practices a therapy that is non-traditional or that departs from the prevailing medical practice unless there is evidence that proves that the therapy poses a greater risk to a patient's health than the traditional or prevailing practice."*

Czyli:

*„Członek (zrzeszenia lekarzy) nie może być uznany za winnego wykroczenia zawodowego lub niekompetencji na podstawie paragrafu 51 lub 52 Kodeksu Procedur w Zawodach Medycznych wyłącznie na podstawie tego, że praktykuje terapię, która jest nietradycyjna lub że odchodzi od powszechnie stosowanej praktyki medycznej, chyba że są dowody wskazujące, że dana terapia stwarza większe zagrożenie dla zdrowia pacjenta niż praktyki tradycyjne lub powszechnie stosowane”*

W podobnym duchu Niemcy, znani z osiągnięć medycznych na najwyższym poziomie światowym, jeszcze w roku 1939 wprowadzili zawód lekarza naturopata, tzw. Heilpraktiker.

*Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz), 17.02.1939*

Polska nie może pozostawać w tyle. Niemieccy Heilpraktikerzy do leczenia pacjentów stosują witaminy, minerały, odpowiednią dietę... i tam jest to całkiem normalne. Od 1939 roku! A u nas? Kiedy mówię o zastosowaniu naturopatii, żywności ekologicznej, witamin czy mineralów, nazywa się mnie szarłatanem, znachorem itd.

**Proponowany projekt nowelizacji ustawy nie narzuca lekarzom żadnych terapii, których oni sami by nie chcieli. Ale daje taką możliwość tym lekarzom, którzy chcą zastosować inne sposoby leczenia.** Tacy lekarze w dalszym ciągu ponosiliby odpowiedzialność – dokładnie taką, jak do tej pory.

Projekt ten jest projektem typu „co do zasady”, a więc nie wymaga dowodów naukowych, analiz, badań klinicznych, eksperтиz czy wyliczeń.

Reasumując: **celem projektu jest integracja medycyny akademickiej z medycyną naturalną, w sposób umożliwiający wykorzystanie dobrodziesztw obu systemów medycznych.** Decyzję o wyborze leczenia należy pozostawić lekarzom i pacjentom. Do tej pory jej zakres jest zawężony jedynie do metod mieszczących się w procedurach medycyny akademickiej.

W praktyce niezwykle często zdarza się, że pacjent stojący w obliczu choroby przewlekłej czy też będący w bezpośrednim zagrożeniu życia, wobec braku optymistycznych prognoz chciałby skorzystać z terapii innych niż te oferowane mu przez obecny system lecznictwa. Jest wielu lekarzy, którzy, doceniając doświadczenie i dorobek medycyny naturalnej, chcą wykorzystać ją w leczeniu. To właśnie oni, jako wykształceni medycznie profesjaliści, winni mieć możliwość realizacji takich terapii.

Należy zwrócić uwagę, że projekt ten nie dotyczy wybranych grup społecznych czy zawodowych. Dotyczy ochrony zdrowia każdego obywatela RP, dlatego stoi ponad wszelkimi podziałami społecznymi czy zawodowymi.

Projekt jest zgodny z prawem UE, a wejście w życie projektowanej ustawy nie wywoła negatywnych skutków finansowych dla budżetu państwa.

+++++

Dane mi było już wielokrotnie „naprawiać” właśnie lekarzy. Kardiologowi udrażniałem zablokowane tętnice, reumatologowi naprawiałem niesamowicie bolące kolana. Dlaczego piszę w formie „my”, a nie „ja”? Dlatego, że to był nasz wspólny wysiłek. Oni mnie nie wyśmiewali, oni szukali pomocy dla siebie, bo medycyna akademicka, którą od lat sami stosowali, zawiódła i to w ich własnych specjalizacjach!

A teraz posłużę się najlepszym, a jednocześnie najpiękniejszym w mojej praktyce przykładem. To jest wzjęty z życia przykład. JAK taka współpraca może wyglądać. W tym celu przypomnę sylwetkę śp. Pana Doktora Antoniego Krasickiego z Gdyni. Ten fragment pochodzi z podziękowań, jakie Mu złożyłem w części pierwszej „Ukrytych terapii”.

„Dr Antoni Krasicki z Gdyni, lekarz to był niezwykły. Zmarł niestety tuż po napisaniu tej książki, o czym zawiadamiam z wielkim zalem. Leczył na wszelkie możliwe sposoby, wylecał, szukał rozwiązań tam, gdzie medycyna nie odważyła się sięgać. Widział medycynę nie tylko przez pryzmat sztywnych schematów i procedur. Przede wszystkim widział chorego człowieka, którego odważał się leczyć, daleko wychodząc poza narzucone mu schematy formalne. „Kulom” systemu medycznego się nie kłaniał. Trzeba mieć twardy kręgosłup i grubą skórę. Dr Krasicki to miał. Nasze długie dyskusje były dla mnie bezcenne pod każdym względem. Za to Mu właśnie teraz bardzo dziękuję”.

Bardzo często bywało, że dr Krasicki dzwonił do mnie i w pierwszych słowach zawiadamiał: „Mam pacjentkę, z którą zupełnie nie mogę sobie poradzić, zrobiłem wszystko co mogłem, co jeszcze można zrobić?”.

I tutaj następowała prawdziwa burza mózgów. Wspólnie zastanawialiśmy się, jak tej pacjentce można jeszcze pomóc, a zapewniam, że nigdy nie było to zwykłe przeziębienie. Wspólnie korzystaliśmy z naszej wiedzy. Doktor ze swojej, a ja ze swojej. Przed nami był tylko jeden cel: pomóc tej chorej kobiecie. Czasami spędzałyśmy godziny omawiając tego typu przypadki. Pan Doktor nigdy, ani jeden raz mnie nie wyśmiał, ani razu nie zadrwił z tego, że nie jestem formalnie wykształconym lekarzem. Wręcz przeciwnie, w jego opinii ktoś, kto jest samoukiem i metody leczenia człowieka zgłębia nie po to, by zdać egzamin, lecz z czystej pasji i miłości do medycyny, zasługuje na szczególne uznanie, czego ja, w żadnym przypadku, nigdy, przenigdy od Doktora nie oczekowałam.

Czasami dochodziło do sytuacji, które trochę mnie żenowały. Pewnego razu w Katowicach, na Targach Zdrowia, Pan Doktor (przyjechał na te targi z Gdańską) był umówiony na konsultacje z kilkoma pacjentami. Rzucił mi od niechcenia: „Zapraszam, chcę żeby pan ze mną tam był”. OK, przyśniadłem się do stolika, a Pan Doktor do pacjenta: „Dzisiaj konsultujemy razem, pan doktor Zięba i ja”. Myślałem, że się spale ze wstydu i natychmiast sprostowałem: „Nie jestem żadnym doktorem”, a Doktor Krasicki na to: „To ja tutaj o tym decyduję, dla mnie jest pan doktorem i już!”.

Jeszcze dziś, pisząc te słowa, czuję oblewające mnie zażenowanie. Wiem, że wielu czytających to lekarzy natychmiast poczuje wzburzenie, wewnętrzny protest. Zaraz zaczną się porównania i krytyka Doktora Krasickiego: jak on śmiał! Ano śmiał, bo dla Doktora Krasickiego liczyły się tylko: wiedza, doświadczenie i najlepszy dla pacjenta skutek terapeutyczny. On sam jeździł po świecie, zgłębiał tajniki medycyny w Chinach czy w Korei tylko po to, żeby swoją lekarską wiedzę poszerzać, ile tylko się dalo. To wszystko dla dobra pacjentów, dla zwiększenia skuteczności w leczeniu. Miał gdzieś konwenanse. Dla chorego człowieka poszedłby do piekła.

Kiedyś Pan Doktor powiedział: „Pana książkę traktuję jak podręcznik, znam ją niemal na pamięć. Stosuję to wszystko u moich pacjentów i efekty mam doskonale”. Planowaliśmy, że następną książkę napiszemy razem. Niestety odszedł, ale w pewnym sensie znaleźli się jego następcy, też lekarze...

Doktor Krasicki nie miał łatwego życia. Środowisko medyczne, jak to ma w zwyczaju, na wszelkie sposoby staralo się go zdyskredytować i znisz-

czyt. Jedna z aptek wytwarzala dla Doktora Krasickiego na jego receptę płyny infuzyjne o specjalnym składzie, do wlewów z witaminą C. Produkt był świetny, znacznie lepszy niż to, czego używano na fak zwany Zachodzie. Pacjenci Pana Doktora świetnie na te wlewy reagowali. Komuś to jednak było nie w smak. Pewnego dnia do tej apteki wtargnęła dzielna policja, aptekę zamknięto.

W czasie mojej wizyty w Pucku, gdzie Doktor Krasicki wynajmował piętro jednego ze szpitali, byłem świadkiem ciekawej rozmowy. Pan Doktor odebrał telefon od żony jednego z profesorów medycyny z Gdańska, który przez całe lata zaciekle go zwalczał. No cóż... bywa, że profesorowie medycyny też ciężko chorują, a „ich” medycyna czasami okazuje się w takich momentach bezradna. Dokładnie słyszałem słowa zrozpaczonej kobiety „Antoś, błagam cię, zrób coś, bo on umrze”. Z takimi przypadkami naglego „nawrócenia się” niestety też miałem już do czynienia. Tylko często dzieje się to późno, zbyt późno. MEMENTO MORI ☺.

Dlaczego o życiu tego profesora nie można było powalczyć znacznie wcześniej? Wiem, że wystarczyło tylko jedno słowo, a Doktor Krasicki już był przy nim był. Czy własne ego znaczy więcej niż swoje własne życie? Medycyna akademicka traci grunt, traci swoją wiarygodność. Kto jest sprawcą tego stanu? Wiadomo, że sprawcą tym nie jest pacjent, sprawcą zawsze i wszędzie jest brak skuteczności w leczeniu.

Stąd, jak opisałem w części pierwszej, w USA już w 1990 liczba wizyt u różnego rodzaju terapeutów PRZEKROCZYŁA liczbę wizyt u lekarzy wykształconych akademicko. Ludzie sami szukają rozwiązań swoich problemów zdrowotnych. Robią to sami, bo medycyna akademicka robić tego nie chce lub raczej nie może.

Społeczeństwo polskie coraz mniej zachwyca się tytułami naukowymi i osiągnięciami nauki, jeśli chodzi o schorzenia przewlekłe. Ludzie przestają wierzyć w bajki opowiadane im, że naukowcy właśnie wymyślili nowy lek na jakąś chorobę przewlekłą. Nawet jeśli taki lek ujrzy światło dzienne, to już niedługo po wprowadzeniu go do praktyki lekarskiej okazuje się, że albo nie działa, albo ma takie skutki uboczne, że wycofuje się go z rynku. Często dzieje się to po cichu, a czasami w atmosferze absolutnego skandalu. Przykładem jest np. „lek” przeciwzapalny Vioxx. Musiało umrzeć 100

000 ludzi, zanim substancja ta została wycofana z rynku. Jak to się stało? Przecież lek ten musiał przejść przez wiele badań klinicznych. Co w takim razie warte są tego typu badania kliniczne? Czy badania takie to w wielu przypadkach kłamstwo?

Dr Marcia Angell, wieloletnia redaktor naczelnego New England Journal of Medicine (jednego z najbardziej prestiżowych periodyków medycznego świata), napisała:

„Nie można dłużej wierzyć większości publikowanych badań klinicznych ani polegać na opiniach zaufanych lekarzy czy zaleceniach autorytetów medycznych. Nie mam żadnej satysfakcji z tej konkluzji, do której doszłam powoli i niechętnie w ciągu 20 lat pracy jako edytor New England Journal of Medicine”.



<http://ukryte.info/19>

Falszerstwa, do których dochodzi w czasie tzw. badań klinicznych, pięknie opisał dr Uffe Ravnskov w książce „Cholesterol – Naukowe kłamstwo”. Opisał, w jaki sposób fałszowano badania dotyczące statyn. Na przykład osoby, które miały brać udział w tych badaniach, były dobierane w następujący sposób: jeśli osoba cierpiała na otyłość, była wykluczona, jeśli cierpiała na cukrzycę, była wykluczona, jeśli miała jakąkolwiek inną chorobę przewlekłą, była wykluczona... Innymi słowy, wybrano tylko najzdrowszych z tych chorych. ☺ Efekty takich manipulacji były tragiczne. Do lekarza przychodzą przecież osoby, które jednocześnie mogą być otyłe, mieć cukrzycę czy inne choroby przewlekłe. Co wtedy? Wielokrotnie było źle, a czasami bardzo, bardzo źle, bo przecież na takich osobach statyn w tych badaniach nie przetestowano. Co to oznacza? Oznacza, że cierpi na tym pacjent, ale również to, że **oszukano lekarza!** Co gorsza... to nadal trwa. ☺

System medyczny pozwala niby na pewne ustępstwa, czego wyrazem jest słynna Deklaracja Helsińska. Mówi ona, że po wykorzystaniu wszyst-

kich metod medycyny akademickiej lekarz może zastosować inne, nawet niezaakceptowane metody lecznicze. No, żyć nie umierać! Jak to w praktyce wygląda? Tak właśnie, że zgodnie z tą deklaracją chorego trzeba zniszczyć „Jeczeniem” akademickim, a następnie dopiero lekarzowi, z łaski, wolno zastosować coś innego. Najpierw pacjenta zniszczyć farmaceutykami, a potem powiedzieć: „tera już róbta, co chceta”. Dlaczego nie na odwrót?

No i wtedy taki pacjent, chwytając się brzytwy, szuka każdej możliwości. Trafi na przykład do naturoterapeuty, jeśli mieszka w Niemczech lub do naturoterapeuty zwanego „znachorem”, jeśli mieszka w Polsce i zaczyna się walka o jego zdrowie lub życie. Jeśli pacjenta uratować się nie da... och, wtedy słyszać iście czarci chichot i słowa: „No widzicie? Mówiliśmy, ta naturoterapia nie działa”. Kiedy jednak pacjentowi uratuje się zdrowie czy życie, wtedy słyszać: „To efekt placebo, choroby często mijają samoistnie”. Tak, tylko dlaczego wcześniej nie minęło?

Najgorsze jest to, że jeśli dojdzie do odzyskania zdrowia przez pacjenta lub wręcz do uratowania mu życia, nie słyszać żadnego zainteresowania ze strony lekarzy! Nikt nie zapyta: JAK to zrobiono. CO zastosowano, w JAKI SPOSÓB? Może pomoglibyśmy też innym bardzo chorym ludziom?”

Po moim wystąpieniu w Dzień Dobry TVN żaden z lekarzy nie zapytał mnie, co zrobiłem, że tak ciężko chora kobieta wyzdrowiała. Pan doktor z telewizora też nie. A nie, zapomniałem, powiedział przecież: „to może być efekt placebo”. Aaa... skoro tak, to już nie trzeba się tym interesować! Bo i po co? To tylko placebo. Sprawa zamknięta.

Rzucane od niechcenia przez przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego (ale też i wielu lekarzy) słowa „to tylko efekt placebo” czynią wiele krzywdy. Tylko?! A czy nie należałoby się tym natychmiast zainteresować? Jak to się dzieje, że człowiek nie dostaje leku, a jedynie jest przekonany, że dostaje – i się leczy? Czy tym właśnie nie należałoby się zainteresować w pierwszym rzędzie? Wielokrotnie (i coraz częściej) słyszy się z ust lekarzy, że „efekt placebo czasami może być bardzo silny”. To jest PRAWDA, tylko co z tego? Z jednej strony lekarze przyznają, że jest to silny efekt mogący doprowadzić do wyleczenia, a z drugiej zamiatają to pod dywan, bo to „tylko” efekt placebo. Nikt się tym nie zajmie? Nikt nie zainteresuje się tym, JAK

taki efekt wykorzystać dla dobra pacjenta? Nie, nikt się tym nie zajmuje, bo tego nie da się opatentować, a więc nie można sprzedać za nieprzyzwoite pieniądze tak, jak sprzedaje się substancje sztuczne, syntetyczne. Co z tego, że powodują one masę skutków ubocznych? To się nie liczy. Ważne, żeby je sprzedać.

Czy zioła leczą? To jest pytanie retoryczne. Oczywiście, że leczą. Trzeba tylko, jak zawsze, wiedzieć, jak je przygotować i jak zastosować. Wielkie ostatnio podniesiono larum, że tylko lekarz ma prawo leczyć. Jeśli tak, to dlaczego współcześnie wykształcony lekarz nie wie NIC na temat stosowania ziół dla leczenia człowieka? Dlaczego młody lekarz jest kształcony tak, żeby nie potrafił użyć potężnego arsenału leczniczego, jaki dała nam Matka Natura? Dlaczego na uniwersytetach medycznych nie uczy się lekarzy ziololecznictwa? Kiedyś to robiono, ale ziololecznictwo zlikwidowano. Ciekawe komu to przeszkało? Współcześnie wykształcony lekarz jest niedouczony! Och, już słyszę, że znowu obrażam lekarzy! Czyżby? Ja tylko mówię, jaka jest prawda.

Przepraszam... ziololecznictwo jest przedmiotem wykładowym. Jest! Gdzie? Na wydziałach farmacji! Świeście! Tylko że farmaceuta nie jest lekarzem! Żeby nie wiem jak doskonale był wykształcony, nie może leczyć! To po co jest mu ta wiedza? Po co mamy świetnie wykształconych farmaceutów, doskonale wiedzących, jak przygotować leki oparte na ziołach, skoro kształcimy lekarzy, którzy nie wiedzą, czym są zioła i dlatego nie potrafią wypisać na nie nawet najprostszej recepty? Kto na tym traci? Zawsze tracimy my, polscy pacjenci. Dlaczego tak się dzieje?

Dla nikogo nie jest już tajemnicą, że Unia Europejska chce zlikwidować ziololecznictwo i już to robi. Co z tego, że wciska się nam do głów bzdury typu: „to tak nie jest, chodzi tylko o to, żeby leki oparte na ziołach mogły sprzedawać jedynie firmy farmaceutyczne i tylko w aptekach”. Jak mogą je sprzedawać, skoro nie ma już lekarzy, którzy umieją je stosować? Aha... wykształcimy ich. Tak? KIEDY? O co tutaj naprawdę chodzi, to każdy intelligentny Czytelnik już wie. Tak, znam argument o standaryzowanej zawartości... mnie on nie przekonuje.

Nie każdy wie, że istnieje tak zwana opieka farmaceutyczna. Farmaceuta może pomóc pacjentowi, może stanowić doskonały łącznik pomiędzy

pacjentem i lekarzem. Tego się farmaceutów uczy na ich studiach, ale nie ma odpowiednich uregulowań prawnych, dlatego tego typu pomoc nie jest wdrożona.

Farmaceuci coraz częściej zauważają niezwykle niepokojące zjawisko. Szczególnie dotyczy osób starszych, którym przepisuje się bardzo dużą ilość leków, nie zwracając uwagi na zachodzące pomiędzy nimi interakcje. Nikt nie zwraca uwagi (lub dzieje się to bardzo rzadko), na interakcje różnych środków spożywczych z lekami. Starsze osoby często biorą 10, a nawet więcej leków jednocześnie. Czasami biorą leki od kilku różnych specjalistów. Czy specjaliści lub lekarz opieki podstawowej wie, co inni specjaliści dla danego pacjenta przepisują? Czy ktoś nad tym panuje? Raczej nie.

Jeden lek może polegać działanie innego lub może je osłabiać, ale, co najważniejsze, może też nasilać skutki uboczne lub powodować dodatkowe. Wtedy chory idzie ponownie do lekarza, który daje mu receptę na następny lek – po to, żeby łagodzić skutki uboczne leku już branego. I tak bez końca. Pacjent wychodzi z apteki z siatką pełną pigułek. Tego nikt nie kontroluje! Wielokrotnie pacjent czuje się lepiej, kiedy przestaje brać wszystkie przypisane mu leki, ale jak wiadomo jest to rozwiązanie bardzo ryzykowne. Czasami pacjenci jednak tak robią i zaczynają od nowa wprowadzać powoli lek po leku, tym razem znacznie bardziej obserwując swoje reakcje. Pacjent jednak nie powinien być własnym lekarzem.

Jak donoszą farmaceuci, prawie zawsze przy zażywaniu trzech lub więcej leków występują pomiędzy nimi interakcje! Czasami są bardzo groźne, ale ani lekarz, ani farmaceuta nie zwracają na to uwagi. Pacjent koniecznie chce natychmiast się leczyć i zażywać to, co przepisał lekarz. Pacjent prawie nigdy nie wie, czy interakcje pomiędzy lekami, które zakupił, zachodzą czy nie. Lekarz tego nigdy nie sprawdza, a farmaceuta nawet jeśli sprawdzi, to jest pod presją konieczności sprzedania jak największej ilości leków. Założymy, że farmaceuta poinformował pacjenta o tym, że leki, które kupił, mogą spowodować wystąpienie poważnych skutków ubocznych, gdy będąbrane razem. Co teraz pacjent ma z tym zrobić? Wrócić do lekarza i poprosić o zmianę leku, kiedy na następną wizytę może czekać tygodniami?

Co zrobić? Wydawać by się mogło, że sprawdzenia możliwości wystąpienia jakichś interakcji pomiędzy lekami nie powinien dokonywać farmaceuta, bo lek już przecież jest przepisany. Farmaceuta nie chce jednak wchodzić w konflikt z lekarzem, bo lekarz często delikatnie mówiąc, źle reaguje na sugestie farmaceuty.

A może problem należałoby usunąć u źródła? Może lekarz, zanim wypisze receptę na kilka leków, powinien sprawdzić, czy one ze sobą nie kołują i nie skrywdzą pacjenta bardziej niż krzywdzi go choroba, z którą do lekarza przyszedł? Istnieje oprogramowanie, które tego typu problemy wychwytuje, tylko że lekarze z tych programów nie korzystają dlatego, że mają je farmaceuci, ale to jest już za późno.

Tutaj jednak mamy następny problem. Kiedy lekarz miałby to zrobić? Wiemy o tym, że we wszystkich przychodniach państwowych lekarze, jak to się mówi, „nie wyrabiają na zakrętach”. Na każdego pacjenta mają przeznaczone zaledwie kilka minut. A co będzie, jeśli z całej gamy przepisanych pacjentowi leków dwa czy trzy wchodzą ze sobą w interakcje? Wtedy leki te trzeba zamienić na inne, ale... nie ma żadnej gwarancji, że te nowo wybrane przez lekarza leki nie wchodzą w konflikt z innymi, które lekarz przepisał już wcześniej! Koło się zamyka. Wracamy do punktu, z którego wyszliśmy. Nikt tych interakcji nie sprawdza. Nikt nie wie, u kogo tego typu negatywne interakcje mogą wystąpić. **Cały system działa na zasadzie: „Na kogo wypadnie, na tego będą”.** I co nam z tego, że lekarz zastosował leczenie oparte na „dowodach naukowych”, kiedy w takich przypadkach pacjent tak jak był chory, tak będzie chory... lub jeszcze bardziej.

To jest bardzo poważny problem, ale nikt o tym nie mówi, nikt nic nie robi, żeby cokolwiek w tym zakresie zmienić! Produkuje się w ten sposób coraz więcej ludzi chorych. Chorych nie z powodu własnej choroby. Chorych z powodu ich leczenia. Zupełnie niepotrzebnie przybywa nam chorych, cierpiących ludzi, a Ministerstwo Zdrowia z zawiązanymi oczami szuka oszczędności w systemie. Ministerstwo Zdrowia tym tematem zupełnie się nie zajmuje, nie wspominając już o całkowicie zmurszałej Naczelnej Izbie Lekarskiej, która tym tematem natychmiast zająć się powinna. Nie wiem, dlaczego do tej pory tego nie zrobiono.

## Czy mamy do czynienia z eksperymentami medycznymi na polskich dzieciach?

A teraz sprawa, która naprawdę obezwładnia.

Leki, które są podawane dzieciom, powinny być pod szczególnym nadzorem. Który rodzic zgodziłby się podać swojemu dziecku lek, który nigdy nie był przebadany klinicznie? Który rodzic zgodziłby się na dawanie swojemu dziecku takich leków „na ślepo”, czekając na to, co będzie? Stanie się coś dziecku czy się nie stanie?

Czy jednak przeciętny rodzic wie (a sprawa znana jest od 2010 roku!), że około połowy dopuszcanych do obrotu w Unii Europejskiej leków nigdy nie była przebadana klinicznie? To taka następna „rosyjska ruletka”, w której grają zupełnie nieświadomi tej sytuacji rodzice. Pomyślicie, że może zmyślam, że może mówię nieprawdę. Jak zwykle opieram się na faktach, można je łatwo sprawdzić:



<http://ukryte.info/20>

W dokumencie „Badania kliniczne nowych leków i szczepionek u dzieci” (Standardy Medyczne/Pediatria, 2010 T7, 371-377) dr Paweł Grzesiowski wyraźnie napisał:

„Około połowa dopuszcanych do obrotu w Unii Europejskiej produktów leczniczych nie była oceniana w badaniach klinicznych w populacji pediatrycznej. Z tego powodu stosowanie leków u dzieci często nie jest zgodne z rejestracją, szczególnie u noworodków i dzieci poniżej 2 lat. Powoduje to wzrost ryzyka działań niepożądanych, a także wiele problemów medycznych, etycznych i prawnych. W przypadku szczepionek, problem stosowania niezgodnie z zarejestrowanym wskazaniem

dotyczy najczęściej wieku, liczby i terminów szczepień oraz stosowania szczepionek u wcześniaków, dzieci z zaburzeniami odporności lub przewlekłymi schorzeniami".

Co Wy na to, drodzy rodzice? Co więcej, **substancje te są formalnie za-rejestrowane w Polsce jako leki! Tak! Bez żadnych badań klinicznych!** Trudno wprost w to uwierzyć! Pytam: KTO na to pozwolił? Imię i nazwisko! To jest jawne łamanie prawa! Niemożliwe w dzisiejszym państwie prawa? Czy nie należało tego gdzieś zgłosić? Czy to nie powinno pojawić się na pierwszych stronach gazet, czy nie powinno być podstawą poważnej dyskusji w polskim Sejmie? Czy zdrowie naszych dzieci jest mniej ważne niż np. skład sędziowski Trybunału Konstytucyjnego, o czym do znudzenia słyszmy niemalże codziennie przez wiele miesięcy? A przecież sprawa leków dotyczy każdego polskiego dziecka.

Czy ktoś o tym słyszał? Dlaczego żaden z szanujących się tzw. „dziennikarzy medycznych” nic na ten temat nam nie mówił czy nie pisał? Dlaczego nam nikt nie mówił o tym, że leki (ze szczepionkami włącznie), które są podawane naszym dzieciom, nigdy nie były klinicznie testowane, ale ktoś pozwolił na to, żeby mimo wszystko były zarejestrowane jako leki? Przecież to są jawne, robione nielegalnie eksperymenty medyczne na dzieciach. Który z rodziców wyraził na to zgodę? Takiej zgody wymaga konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

Która z komisji bioetycznych udzieliła na to zezwolenia? Bez takiego zezwolenia tego typu eksperymenty podlegają pod kodeks karny. Za to się idzie „siedzieć” – i nie mam na myśli siedzenia w cieplym urzędniczym fotelu. Komu teraz odebrać prawo wykonywania zawodu? A gdzie była i gdzie jest Naczelna Izba Lekarska? Mam nadzieję, że po przeczytaniu tej książki pan czy pani prezes Naczelnej Izby Lekarskiej żwawo zabierze się do roboły. Właściwie nie interesuje mnie, czy to będzie izba lekarska, czy jakakolwiek inna instytucja czy urząd. Kto ma to zrobić, niech ustala minister zdrowia, od tego przecież jest. Ta sprawa *musi* być załatwiona dla dobra polskich dzieci i całego polskiego społeczeństwa. Jeśli to nie zostanie zrobione, wtedy natychmiast trzeba będzie napiętnować winnych. Ja oczywiście nie mam takich możliwości, ale z pewnością znajdzie się cała grupa „dziennikarzy medycznych”, którzy natychmiast to uczynią :-( ☺

Kiedy mówię o substancjach naturalnych, jakie można wykorzystać do leczenia człowieka, jakie się od setek czy tysięcy lat faktycznie stosuje, wtedy słyszę: „A gdzie masz badania naukowe? Bo jeśli takich badań nie masz, to jesteś znachorem i szarlatanem żerującym na ludzkiej krzywdzie”.

Wiemy, że zioła leczą, ale czy każde zioło przeszło przez takie badania kliniczne, jakich się żąda ode mnie w przypadku np. witaminy C? Takich badań działania ziół nie ma i nigdy nie będzie, a więc ktoś, kto je stosuje, jest, według nawiedzonych „Pajaców tego świata”, szarlatanem, znachorem i należy go natychmiast publicznie napiętnować i powiesić! No, a co na przykład z zakonnikami stosującymi ziołolecznictwo? Co z „szarlatanami i znachorami” z zakonu Bonifratrów, którzy DOSKONALE potrafią leczyć chorego człowieka ziołami i robią to od setek lat?! Przecież ich metody leczenia nie zostały nigdy naukowo dowiedzione? I co teraz? Gdzie są ci wszyscy tak mnie krytykujący za brak naukowych dowodów terapii, o których mówię czy piszę? Wyjdźcie, tchorze i publicznie ogłosicie Polakom, że Bonifratrzy są szarlatanami i żerującymi na krzywdzie ludzkiej znachorami, bo bez naukowych podstaw leczą ludzi przy pomocy ziół. No co, strach was obleciał?

## O homeopatii

Do dyskusji włączył się jeden z polskich sędziów, argumentując w uzasadnieniu podjętej decyzji, że „nie ma dowodów naukowych dotyczących skuteczności homeopatii”. Można zadać pytanie: a co ma do homeopatii sąd? A może byłoby bardziej rozsądne zapytać o zdanie praktykujących homeopatów? A jeszcze lepiej, zapytać pacjentów, u których lekarz zastosował środek homeopatyczny? Dlaczego nie zapytano tych osób? Dlaczego polski sędzia zabawia się w lekarza? Dlaczego polski urzędnik decyduje o tym, co lekarzowi wolno zastosować do leczenia pacjenta, a czego nie? Powinniśmy stanowczo sprzeciwiać się tego typu działaniom po dejmowanym szczególnie przez przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości i medycyny.

Zgodnie z prawem farmaceutycznym środek homeopatyczny jest lekiem! A przecież ci sami, którzy zrobili z niego lek, wrzeszczą publicznie, że homeopatia nie leczy! Czy można być bardziej głupim? Otóż... można!

Skoro jakaś substancja została zakwalifikowana jako lek, musi zawierać jakiś czynnik mający działanie lecznicze. Co nim jest w środku homeopatycznym? Jedni powiedzą, że to woda zawierająca pewnego rodzaju informację, energię. Inni stwierdzą, że nie ma nic, że to tylko woda z odrobiną cukru. Do wyboru. Tak czy tak, jesteśmy chyba jedynym krajem na świecie, gdzie informacja zawarta w molekułce wody (albo sama woda z odrobiną cukru) jest z całą farmaceutyczną powagą sprzedawana na receptę. Mnie jakoś trudno zachować powagę...

No i jest jeszcze taka mała sprawa: skoro środek homeopatyczny jest lekiem, to żeby zostać dopuszczony do obrotu, musiał przejść przez wieloletnie badania kliniczne. Albo, tak jak to się dzieje w przypadku ziół, można go stosować jako substancję leczniczą, jeśli był używany w praktyce lekarskiej przez np. 30 lat. I tutaj mam już naprawdę mętlik w głowie. Jeśli tak jest i tak to zostało formalnie, urzędowo uznane przez „władze medyczne”, to... ta homeopatia w końcu leczy czy nie? Z pewnością minister zdrowia to wie, chyba go o to zapytam. Targają mną wątpliwości, bo przecież każdy minister zdrowia publicznie twierdzi, że homeopatia nie działa i że jest to jedno wielkie oszustwo. Sen z powiek spędza mi fakt, że ten sam minister owo domniemane oszustwo jednocześnie uznaje jako lek! Trudno jest usiąć, kiedy człowiek tarza się ze śmiechu po podłodze. Jak widać, Ministerstwo Zdrowia nie tylko niepoważnie traktuje Polaków, ale z siebie również robi niezłe pośmiewisko, kreując tego typu absurdy.

Nie tak dawno miałem przyjemność uczestniczyć we Frankfurcie w konferencji dotyczącej leczenia nowotworów. Jednym z najbardziej poruszających wystąpień był wykład, w czasie którego zaprezentowano wyniki pewnych prac naukowych oraz omówiono 19 przypadków chorobowych. Wiele z nich zilustrowano krótkimi filmikami. Cóż to były za przypadki? **Każdy z filmików pokazywał śmiertelnie chorą na raka osobę, wobec której medycyna akademicka zrezygnowała już z dalszego leczenia, twierdząc, że to przypadek nie do wyleczenia.** Pacjenci byli skazani na śmierć. **W każdym z tych przypadków zastosowano homeopatię i w każdym z tych przypadków pacjentowi uratowano życie.** Jak się okazało, tego typu leczenie od wielu lat jest prowadzone w Austrii. Wykładowca (który jest, a jakże, formalnie wykształconym lekarzem medycyny) powiedział mi, że podobnych sukcesów terapeutycznych (czyli całkowicie wyleczonych pacjentów) ma o wiele więcej. Nie chodziło zresztą tylko o chorobę nowotworową,

To są setki ludzi, którzy odzyskali zdrowie, a wielu przypadkach uratowano im życie. To bardzo dobrze udokumentowane przypadki czyli FAKTY. Ci wszyscy pacjenci mieli ogromne szczęście: nie byli leczeni w Polsce. To jest straszne zdanie, niestety prawdziwe. W Polsce na mocy urzędniczej decyzji ci ludzie nadal by chorowali, co sprowadza się do tego, że byliby skazani na śmierć. Bo co pod tym względem się dzieje w kraju nad Wisłą? Zaczepianie i zaścianek, z dumą kultywowany przez tzw. „władze medyczne”. Jej prezes Hamankiewicz, podobnie jak jego poprzednik Radziwiłł, walczy do upadku z homeopatią, twierdząc jednak, że: „NRL jednoznacznie działała na korzyść pacjentów...”. No właśnie widać to jak na dłoni.

„Przypomnę, że nasze stanowisko nigdy nie było i nie jest wojną z produktami homeopatycznymi”. A ja przypomnę, że to pewnie z tego powodu wiele lekarzy stosujących środki homeopatyczne jest w różny sposób nękanych i szykanowanych.

„Jeżeli ktoś wierzy, że produkty homeopatyczne mu pomagają, może kupować ich tyle, ile chce. Ale zarówno pacjenci, którzy chcą być leczeni, jak i lekarze, którzy chcą skutecznie leczyć, muszą pamiętać o tym, że jeśli chory przyjmuje coś ze wskazań lekarza to oczekuje, że ten środek będzie skutecznie leczył...” Tak, ale to już jest sprawa pomiędzy pacjentem i lekarzem, i żadnemu medycznemu urzędnikowi nic do tego.

„Status produktów homeopatycznych, jako preparatów legalnie dopuszczonych obecnie do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, nie był nigdy podważany przez NRL. Istotą sprawy jest brak naukowych dowodów potwierdzających terapeutyczną skuteczność tych produktów”. A co to kogo obchodzi? Preparaty homeopatyczne nie są refundowane z budżetu państwa. Pacjent za nie płaci sam. A jeśli chodzi o skuteczność, to może by zapytać lekarzy, którzy środki homeopatyczne stosują? Do tego tematu jeszcze wrócę.



Czy widać w tym jakiś jakiś sens? Jest oczywiste, że w ten sposób chce się zniszczyć w Polsce homeopatię. Ale dlaczego? Tylko dlatego, że nie ma (jakoby) dowodów na jej skuteczność? Ale w takim razie dlaczego tylko homeopatię? Bo jakie są naukowe dowody na skuteczność zapobiegania miażdżycy obniżaniem poziomu cholesterolu przez stosowanie statyn? Żadne. (Wróć do tego za chwilę.)

Kiedy wyraziłem kiedyś opinię na temat homeopatii, natychmiast poczułem na karku gorące oddechy jej przeciwników. Dostałem e-maile, w których postawiono mi ciężki zarzut propagowania homeopatii. A ja przecież wyraźnie mówię i piszę, że to, co lekarz stosuje u danego pacjenta, jest sprawą jego i pacjenta. Nikogo więcej. **Ja propaguję wolność lekarza w wyborze terapii, o to walczę.** Czy to tak trudno zrozumieć?

Jak opisałem powyżej, ostatnio opublikowane badania wskazują, że skuteczność stosowania statyn w zapobieganiu miażdżycy to zapierające dech w piersiach 2%. Inaczej rzec ujmując, BRAK SKUTECZNOŚCI statyn w zapobieganiu miażdżycy – i oczywiście zawałom – wynosi 98%. Badania naukowe, jakie przeprowadzono w USA i Australii (cytowalem je w pierwszej części książki) wskazują, że jeśli chodzi o wpływ chemioterapii na pięcioletnią przeżywalność pacjentów onkologicznych, to jest to średnio niewiele powyżej 2%! Innymi słowy, chemioterapia jest NIESKUTECZNA w 98%. Czy w związku z tym polski sąd zakazał stosowania chemioterapii? Albo statyn? Dlaczego nie? Prawo musi być SPRAWIEDLIWE we wszystkich przypadkach, a nie tylko wybiórczo, inaczej przestaje być prawem, a staje się tylko prawną samowolką.

Jest jeszcze jedna sprawa. Za ewentualny BRAK skuteczności homeopatii zapłaci z własnej kieszeni sam pacjent. To jego strata i jego sprawa. Budżet państwa nie straci na tym nawet złotówki. Za UDOWODNIONY BRAK ISTOTNEJ SKUTECZNOŚCI chemioterapii czy statyn placimy MY, wszyscy podatnicy – i akurat to ani rządu, ani sądu jakoś nie martwi.

## Margaryna – pasza dla ludzi czy żywność

Około 50 lat temu wprowadzono modę na unikanie tłuszczy naturalnych i zastąpienie ich margaryną. Ta moda przyszła oczywiście zza oce-

anu, od Wujka Sama. Margaryny i sztucznie utwardzane tłuszcze roślinne miały zbawić świat i uchronić ludzkość przed niewątpliwą samozagładą. To wszystko oczywiście „udowodnione naukowo”. A tu nagle... W czerwcu 2015 media doniosły, że **przemysł spożywczy w USA ma 3 lata na wycofanie ze sprzedaży MARGARYN i innych produktów zawierających sztucznie utwardzane tłuszcze typu trans (takie jak w margarynach)**. W oficjalnym dokumencie wydanym przez FDA (Agencja ds. Żywności i Leków) czytamy



<http://ukryte.info/22>

„Czynności podjęte przez Agencję w stosunku do tego głównego źródła sztucznych kwasów tłuszczowych typu trans (mowa o margarynie) wskazują na zaangażowanie Agencji w ochronę zdrowia serc wszystkich Amerykanów”.

A przecież to jest ta sama agencja, która to wszystko wprowadzała! Najlepsze jednak jest to:

„Oczekuje się, że podjęte przez Agencję działanie spowoduje zmniejszenie liczby przypadków choroby wiercowej i w każdym roku zapobiegnie tysiącom śmiertelnych zawałów serca”.

Czy to oznacza, że w takim razie choroba wiercowa i zawały były WYNIKIEM spożywania margaryn? Na to wychodzi. A zatem okazuje się, że margaryny są groźne dla zdrowia człowieka, sprzyjają rozwojowi choroby wiercowej i sprzyjają zawałom serca!

Amerykańska FDA potwierdziła również, że tę decyzję podjęto na podstawie konkretnych, naukowo udowodnionych faktów. Musiały być to fakty o połóżnej wadze, inaczej nie wycofałby się z tego, co sami 50 lat wcześniej wprowadzili. Widzimy tu nie tylko bardzo poważne podejście do tego problemu, ale również przyznanie się do katastrofalnych konsekwencji wpro-

wadzenia na rynek sztucznie utwardzanych tłuszczy roślinnych. A te konsekwencje dotyczą zdrowia miliardów ludzi, z nami, Polakami włącznie.

Ze względu na swą wagę w odniesieniu do ludzkiego zdrowia, ta decyzja powinna wstrząsnąć całym światem medycznym, również polskim, bo chodzi tutaj o zdrowie także Polaków! W naszym Ministerstwie Zdrowia powinno zawrzeć. Przecież ta decyzja została podjęta na podstawie

nie wyssanych z palca informacji, lecz tak zawsze przez środowisko medyczne wymaganych dowodów naukowych. I co? Zawrzalo? Ależ skąd, chociaż chodzi o zdrowie prawie wszystkich Polaków, którzy zwykle nawet nie wiedzą, że codziennie faszerują się takim świństwem.

Czy ktokolwiek widział jakiekolwiek artykuły w polskich czasopismach, periodykach, tygodnikach? Gdzie są dziennikarze medyczni? Gdzie są eksperci od żywienia dzieci? Gdzie są specjalści dietetycy? Dlaczego to całe towarzystwo schowało się do mysiej dziury? Dlaczego towarzystwa dietetyczne nie biją na alarm? Gdzie jest Naczelna Izba Lekarska? Czy komuś na poziomie ministerialnym w ogóle zależy na zdrowiu Polaków? Dlaczego do tej pory podobnego zakazu sprzedaży tych substancji niby spożywczych nie prowadzono w Polsce?

Jestem zwolennikiem posiadania wyboru we wszystkim. Musi to być jednak wybór oparty na poznaniu faktów „za” i „przeciw”. Jednakże te fakty trzeba podać do publicznej wiadomości, bo o nasze zdrowie tutaj chodzi. Wtedy każdy podejmie własną decyzję – smarować dziecku chleb margaryną czy nie. Ale jeśli badania naukowe wykazały szkodliwość tego produktu, to dlaczego nadal pozwala się na jego reklamy w mediach? Czy nie jest to działanie na szkodę zdrowia polskiego społeczeństwa? Gdzie jest prokuratura?

Produkty zawierające sztucznie utwardzane oleje roślinne, czyli głównie margaryny, wycofało też kilka krajów Unii Europejskiej. Uczyniono to po to, żeby chronić zdrowie obywateli, szczególnie tych najmłodszych. A u nas? Latem 2015 roku polski minister zdrowia podpisał „Rozporządzenie w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbioro-

wego dzieci i młodzieży w tych jednostkach". Rozporządzenie to miało na celu ochronę zdrowia polskich dzieci. Czytamy w nim:

„W żywieniu zbiorowym dzieci i młodzież w jednostkach systemu oświaty stosuje się

[...] tłuszcze spożywcze – oleje, masło, margaryny miękkie kubkowe niearomatyzowane lub ich mieszanki”

Zaraz... margaryny?! Nasz własny, nadwiślański, polski jak najbardziej, minister zdrowia rozporządza i zarządza stosowanie margaryn u naszych dzieci? W ten sposób chroni polskie dzieci? Przecież ci sami, którzy margaryny na rynek wprowadzali, przyznali, że jest to bardzo dla człowieka niezdrowe! A dziecko też człowiek i to nie byle jakiś, bo szczególnie delikatny, wrażliwy. Może trzeba było najpierw zapytać o zdanie lekarzy, co? Przecież to lekarze stoją na straży naszego zdrowia, a zdrowia dzieci w szczególności.

Na szczęście zapytano, i to nie były jakich lekarzy. W ramach tzw. konsultacji społecznych o opinię dotyczącą tego rozporządzenia poproszono Naczelną Izbę Lekarską. W piśmie, jakie Ministerstwo Zdrowia otrzymało od tego szacownego ciała dnia 22.07.2015, czytamy:

„Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia [...] popiera rozwiązania zaproponowane w tym projekcie[...].”

Czyli, innymi słowy, kluczowi członkowie systemu medycznego w Polsce nie mają z tym problemu. Polskim dzieciom margarynę można podawać, a co tam, niech się dzieci truią. Nieświadomi tego faktu rodzice nadal niech to robią, nie wiedząc, że **margaryny NIE SĄ pokarmem dla człowieka naturalnym**. W przyrodzie margaryna jako naturalny środek spożywczy nie istnieje. Tak samo jak przemysłowo wytwarzane tłuszcze typu „trans”.

Niemniej jednak profesorowie medycyny z niektórych szpitali akademickich w Polsce zalecają, jak i sami spożywają margarynę.

Chwileczkę, a co na to nauka? Przecież Amerykanie wycofują margaryny na podstawie danych z badań naukowych, inaczej by tego nie robili. Ale...

to tylko Amerykanie, pewnie kłamią, ważne, co na to nasi naukowcy. Otóż nasi też odpowiedzieli. W piśmie z dnia 20.07.2015 Prorektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu ds. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (uffff!), napisał:

„Eliminowanie tłuszczy utwardzonych w żywieniu człowieka powinno być przyjęte w Polsce już w latach 90-tych ub. wieku. Wówczas zwyciężyło lobby margarynowe (konsensus tłuszczowy), konsekwencje zdrowotne odczuwamy dzisiaj. Nadal mamy lobowanie technologów żywności, czas na zmiany”.

Co więcej, pan rektor proponuje, aby skorygować brzmienie rozporządzenia poprzez

„[...] wyłączenie tłuszczy utwardzonych [...]”.

Z pewnością pan rektor nie wyssał sobie uzasadnienia swoich słów z palca. Oparł to na naukowych faktach. Minister zdrowia jednak fakty te zignorował, a to przecież o mnie się mówi, że obalam osiągnięcia nauki. Teraz okazuje się, że... jest nas dwóch! Minister zdrowia i ja.

Mało tego, nasz dzielny minister zdrowia przy wtórze innych „specjalistów” nakazuje:

„[...] w przypadku smażenia jest używany olej roślinny rafinowany o zawartości kwasów jednonienasyconych powyżej 50% i zawartości kwasów wielonienasyconych poniżej 40%; [...]”

Smażyc na olejach roślinnych i to w dodatku wielonienasyconych?! A gdzie podstawowa wiedza o biochemii człowieka? Czy tylko znaczorzy mają się na tym znać? ☺ Panu ministrowi się zapomniało, że smażenie na tłuszczyach roślinnych to jest lawinowe produkowanie niszczących nam zdrowie wolnych rodników! Przecież to jest porada zabójcza, o czym pisałem i co wyjaśniłem w pierwszej części „Ukrytych terapii”. Gdzie są dziennikarze medyczni i wszyscy ci, którzy za najmniejsze moje przejęźczenie są gotowi mnie pokroić i posolić? Czy nikt z was tego panu ministrowi nie wy-

tknął tylko dlatego, że ma tytuł profesora nauk medycznych? Strach was obleciał czy macie taki sam brak wiedzy?

oraz

[...] napoje zastępujące mleko, czyli napój: sojowy, ryżowy, owsiany, kukurydziany, gryczany, orzechowy lub migdałowy – zawierające nie więcej niż 10 g cukrów w 100 ml produktu gotowego do spożycia, bez dodatku substancji [...]”

To już zakrawa na kpinę. Napój sojowy dla młodzieży? Z soi przemysłowo fermentowanej? Ze sporą zawartością substancji znanych z rozregulowywania gospodarki hormonalnej, szczególnie w okresie dojrzewania? Temat rzeka, nie na teraz, ale ktoś, kto zechce poszperać po literaturze dotyczącej tego tematu, swojemu dziecku za nic na świecie nie poda do jedzenia niczego zawierającego przemysłowo przetworzoną soję. Najczęściej genetycznie modyfikowaną, żeby było smaczniej. Po co ryzykować? Już widzę i słyszę najeźdzający wprost na mnie walec drogowy z napisem „Obrońcy produktów sojowych”. Powiem jak zwykle: najpierw poznajcie „za” i „ przeciw”, zapoznajcie się ze szczegółami, a potem podejmijcie decyzję. Za-wsze macie wybór. Niczego przecież nikomu nie zakazuję. Od tego są nasze medyczne „władze”, których łaska, jak widać, na „pstrym koniu jeździ”. Takie to chimeryczne towarzystwo.

Czy naprawdę musimy żyć w świecie tego typu absurdów? Z jednej strony można się pośmiać, z drugiej jednak życie człowieka chorego, szczególnie jeśli choruje na jakiś niezwykle poważną chorobę, kabaretem nie jest. Mam nadzieję, że urzędnicy serwujący nam ww. absurdy nigdy w życiu nie znajdą się w sytuacji ciężko chorego człowieka, bo do śmiechu by im wtedy nie było. Jeśli jednak zdarzyłoby się im (albo członkowi ich rodziny) takie nieszczęście, gdy medycyna akademicka by im powiedziała: „Nie damy rady nic więcej zrobić, pozostało tylko czekać na śmierć”, to co wtedy? Czy w takiej sytuacji po prostu pogodziłby się z tym faktem, szczególnie gdyby wiedzieli o tym, że istnieją jeszcze inne możliwości ich wyleczenia, choć... niepoparte dowodami naukowymi?

Badania naukowe oczywiście mają wiele sensu, są ważne, ale najważniejsza jest praktyka. Człowiek chory, szczególnie śmiertelnie chory, zaintereso-

sowany jest tylko i wyłącznie pozytywnym efektem terapeutycznym. Kiedy takiego walczącego o swoje życie człowieka zapytać, w której części swej anatomii ma badania naukowe, odpowie szybko i bez wahania.

### Następny rodzynek:

„W polskich kuchniach popularnym składnikiem jest masło, które nadaje ciastom naturalny posmak, jest jednak źródłem mniej korzystnych dla zdrowia nasyconych kwasów tłuszczo-wych oraz kwasów tłuszczo-wych trans, których ilość sięga nawet 4–5% tłuszcza. Dlatego, aby ograniczyć i tak już wysokie spożycie tłuszczo-wych zwierzęcych w okresie świątecznym, możemy zastąpić masło margaryną”.

Ręce opadają. Autorzy nie wiedzą najwyraźniej, że występujące w maśle NATURALNE kwasy tłuszczo-wy typu „trans” nie są szkodliwe. Szkodliwe są **sztucznie wytworzone** kwasy tłuszczo-wy typu „trans”, które znajdują się np. margarynach. W związku z tym napisanie: „możemy zastąpić maślo margaryną”, oznacza, że zaleca się nam zastąpienie czegoś, co nie jest szkodliwe czymś, co szkodliwe jest!

Czy ktoś posiadający minimalną ilość wiedzy na ten temat z tym się zgodzi?

To jest cytat ze strony kampanii „Poznaj się na tłuszczach”, nad którą patronat objęły „wiodące w naszym kraju instytucje wyznaczające i promujące zalecenia oraz normy w zakresie żywienia dla całej populacji, takie jak: Instytut Zdrowia i Żywienia, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością oraz Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Higieny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”. Ocenę tego pozostawiam Czytelnikom.

Kiedyś na Facebooku zamieściłem takie krótkie ostrzeżenie: jeśli ktoś używa „leku” na rozrzedzenie krwi pod nazwą PRADAXA, powinien poprosić lekarza o zmianę na coś, co jest BEZPIECZNE! To jest „lek”, który tak rozrzedzi krew, że w przypadku wystąpienia krwawienia wewnętrzne jest ono nie do zatrzymania. Dzieje się tak szczególnie u pacjentów starszych. Człowiek po prostu umiera, bo się wykrwawił, a lekarz jest bezradny, bo nie ma żadnego narzędzia do wstrzymania takiego krvotoku. Lekarz, który środek przepisał, jest absolutnie bezkarny, za nic nie odpowiada, bo z pew-

nością zrobił to zgodnie z procedurami. Są inne „nowoczesne” środki, podobne, ale również niebezpieczne np. XARELTO lub APIXABAN.

A teraz proszę mnie oświecić, bo czegoś nie rozumiem: 12 listopada 2011 zawiadomiono Polaków, że Pradaxa ZABIJA!



<http://ukryte.info/23>

Przeciętny człowiek miałby prawo przypuszczać, że ktoś na to zareaguje. Na rząd nie ma co liczyć, to wiemy. Czy jest jakaś organizacja czy grupa zawodowa, która powinna Polaków w jakiś sposób chronić przed tego typu rzeczami? Są przecież ofiary śmiertelne! Kto będzie polskich pacjentów przed takimi zdarzeniami chronił? Żadne stowarzyszenie inżynierów nie jest do tego uprawnione. A może środowisko lekarskie w postaci Naczelnnej Izby Lekarskiej? Czy ktoś na to zareagował? Otóż tak, zareagowano.

Zaledwie rok po przedstawieniu Polakom informacji, że Pradaxa zabija, ta sama Pradaxa... otrzymała prestiżową nagrodę: „została uznana, w kategorii Lecznictwa Otwartego, za najbardziej innowacyjny produkt ostatniej dekady w Polsce”.



<http://ukryte.info/24>

Czy ktoś to do końca rozumie? Przecież TVN zawiadomił: Pradaxa zabija. A może tu chodzi o to, że robi to w innowacyjny sposób? ;-) ;-) Co zrobić? Do wyboru mamy łom, nóż i siekierę!

W 2014 roku 4000 (!!!) Amerykanów otrzymało za tę „innowację” łącznie 650 milionów dolarów odszkodowania. Ciekawe, ilu polskich pacjentów do- stało jakiekolwiek odszkodowanie. Upsss, zapomniałem. Byłyby to moż- liwe, gdyby takie przypadki zostały zgłoszone do Sanepidu. Ciekawe, czy zostały. Przecież, jak powiedział nam jeden z byłych – na szczęście – wi- ceministrów zdrowia: „Sanepid wie wszystko!” Czy jest możliwe, żeby przez ostatnie 5 lat żaden z polskich pacjentów nie ucierpiał? Koń już się śmie- je! A co mówią niezależnie zebrane dane? Wystarczy popatrzeć na wykres na str. 23 w linku poniżej i wszystko jest już jasne:



<http://ukryte.info/25>

Czy ktoś mi jeszcze powie, że takiego czegoś nie wykryto w tzw. wieloletnich badaniach klinicznych? Przecież to są dane zaledwie z trzech miesięcy!

A teraz zagadka: co z tym fantem zrobiono w Polsce? Czy Pradaxę natych- miast wycofano? Mamy odpowiedź z dnia 18.06.2015:



<http://ukryte.info/26>

Teraz pragnę uspokoić wszystkich, którzy biorą Pradaxę i inne tego typu leki. Poinformowano mnie, że jest już ODTRUTKA!!! Co za ulga... Jakie to szczęście, że wyprodukowała ją ta sama firma, która stworzyła Prada- xę. Przynajmniej mamy pewność, że wiedzą co robią. Uważam, że to jest działanie bardzo odpowiedzialne. Producent trucizny jednocześnie wypro- dukował odtrutkę. Nazywa się to idarucizumab. Tej nazwy należy szukać na opakowaniu lub w ulotce:



<http://ukryte.info/27>

Aha, zaleca się, żeby osoby, u których stosuje się Pradaxę były OZNAKOWANE, żeby natychmiast było wiadomo, że w przypadku krwawienia należy zastosować odtrutkę i... od razu wiadomo jaką.



<http://ukryte.info/28>

Jak nam donoszą media, trucizna i odtrutka stanowią rewolucję w leczeniu. Trucizna jest lekiem, odtrutka „jeczy” skutki zażywania trucizny. Nie wiem, czy pacjent musi mieć też bransoletkę pokazującą, że ma w portfelu 14 tysięcy złotych na odtrutkę. Odtrucie jest proste, trzeba tylko zapłacić 3 500 dolarów (czyli właśnie ok. 14 000 zł):



<http://ukryte.info/29>

Samochód z wadą produkcyjną jest wycofany z produkcji, a w tym przypadku producent daje „apteczkę” za 14 000 zł na wypadek awarii.

Chociaż... to jest cena hurtowa. Jaka w detalu? Nie wiem, ale firmy farmaceutyczne raczej nie mają w zwyczaju dorzucać marnych 30 czy 40%. Czy ktoś zna cenę detaliczną? Refundacja? BRAK. Co nie przeszkadza tzw. dziennikarzom medycznym zachłystywać się: „Tak, ten lek, idarucizum-

mab, będący antidotum dla dabigatranu, jest już dostępny w Polsce". Dostępny dla KOGO?

„Dostępność antidotum ma też wymiar psychologiczny”. Ano ma! Pacjenci, którzy biorą Pradaxę, natychmiast poczują się psychologicznie podbudowani tą „dostępnością”. Wprowadzenie takiego leku, a właściwie należało by powiedzieć „takiej substancji”, bo ona niczego oczywiście nie leczy, powinno być poprzedzone umieszczeniem jej na liście refundacji. Może się myle... Nie piszę tego po to, żeby kogokolwiek straszyć. Informuję tylko o absurdach, jakie mają miejsce w polskiej, i nie tylko, medycynie.

Mögę się myle, ale jesteśmy chyba jednym krajem w tak zwanym cywilizowanym zachodnim świecie, gdzie prowadzi się badania kliniczne leków na chorych i nic im się za to nie płaci. Wystarczy popatrzeć na reklamy, jakie pojawiają się na wielu stronach internetowych z Facebookiem włącznie. Marni się tych biednych chorych ludzi tym, że będą brać udział w badaniach klinicznych danego leku i za to zrobi im się ZA DARMO (!) badania krwi albo zapłaci za autobus czy pociąg, którym przyjadą. To jest oszustwo, które powinno być ścigane z mocy prawa!

## Czy polscy pacjenci to mięso armatnie?

Dla nikogo nie jest tajemnicą, jeśli tylko tym się zainteresuje, że w tym tak zwanym zachodnim świecie medycznym za JEDNEGO pacjenta pozyskanego do badań klinicznych lekarz otrzymuje nawet 10 000 dolarów. Za jednego chorego człowieka, który zechce zaryzykować swoje zdrowie i życie. Lekarz nie ryzykuje niczym. Pacjent, który poddaje się tego typu badaniom, może ryzykować swoim życiem.

Z tego jednak, co wiem, każda firma farmaceutyczna, która prosi władze medyczne danego kraju o zgodę na przeprowadzenie badań na jego obywatelach, na zapłatę dla osób biorących udział w testach przeznacza bardzo duże fundusze. To jest właśnie uczciwe. Testuje wyprodukowany przez siebie lek na chorych ludziach, którzy na rzecz jej biznesu ryzykują swoje zdrowie i życie. Firma farmaceutyczna testuje ten lek, tzn. nie wie jeszcze dokładnie, jaki będzie wynik. Wynikiem tym może być wyleczenie pacjenta, ale też może być dalsze uszkodzenie zdrowia lub nawet śmierć. Za tego

typu narażanie się chorym się płaci – i to sporo! Jak mi donoszą ci, którzy takie testy przeprowadzają, polskim pacjentom nie płaci się nawet złotówki! I znów wybór: lom, nóż czy siekiera?

Pytania nasuwają się takie:

- Czy lekarz dostaje LEGALNIE jakiekolwiek wynagrodzenie za poznawanie takiego pacjenta? Jeśli dostaje legalnie, to tak się umówił z firmą farmaceutyczną, to ja nie mam z tym żadnego problemu. To jest sprawa tylko pomiędzy nim a firmą farmaceutyczną.
- Czy pieniądze pochodzące z firmy farmaceutycznej, a przeznaczone dla pacjenta, faktycznie do niego docierają, czy może w dziwny sposób „gubią się po drodze” i pacjent z tego nic nie ma? Jeśli tak, to gdzie są te pieniądze, kto je wziął?
- Jeśli firma farmaceutyczna nie przeznaczyła funduszy na rekompensatę czy wynagrodzenie dla poddawanych testom ich leku chorych, to kto z polskich „władz medycznych” się na to zgodził i dlaczego?

Jestem pewien, że minister zdrowia, który wydaje zezwolenia na tego typu testy, na pewno nam te szczegóły wyjawi, a dziennikarze medyczni przez tydzień będą o tym mówić we wszystkich dostępnych mediach. Żart, kpi na czy powaga – do wyboru.

**Drogi Przemyśle Farmaceutyczny, jesteś nam naprawdę bardzo potrzebny. Zarabiaj pieniądze, nawet bardzo duże, ja z tym nie mam żadnego problemu, ale rób to uczciwie.**

## **Badania kliniczne czy następne oszustwo?**

Metody, które opiszę w dalszej części książki, są metodami polegającymi na wykorzystaniu praw natury i substancji dla człowieka naturalnych, istniejących w przyrodzie. Dlaczego nie są to metody naukowe, a jednak skuteczne? Wiele z opisanych tutaj metod czy substancji stosuje się od bardzo, bardzo długiego czasu z niezwykle pozytywnymi skutkami. W wielu przypadkach nie ma możliwości przeprowadzenia typowych badań klinicz-

nych. Czy to ma aż takie znaczenie? Według mnie nie, bo w medycynie liczy się przede wszystkim praktyka. Weryfikuje ona wszystkie teorie, a nawet te najbardziej logiczne brzmiące mogą się okazać się nic niewarte. Jeżeli metoda czy środek są stosowane od kilkudziesięciu lat, często na wielu już tysiącach osób i okazują się być skuteczne, ale nie ma typowo przeprowadzonych badań klinicznych, to skuteczność i wykazane w praktyce bezpieczeństwo są najważniejsze.

Dlaczego tak bardzo nalega się na badania kliniczne? Przede wszystkim dlatego, że medycyna akademicka w tej chwili oparta jest praktycznie wyłącznie na tym, co wytworzy przemysł farmaceutyczny, który z koniecznością wytwarza substancje obce dla organizmu człowieka. Dlatego też wprowadzenie takich substancji na rynek musi być poprzedzone solidnymi badaniami klinicznymi, aby udowodnić, że te sztuczne substancje, typowe syntetyki, mające bardzo dużo skutków ubocznych, mają jednak działanie pozytywne na tyle istotne, że można zaryzykować ich zastosowanie nawet przy istnieniu tych skutków ubocznych.

Wytworzono w ludziach takie przeświadczenie, że jeżeli coś nie jest naukowo zbadane, to nie działa i jest nieskuteczne – co jest oczywistą bzdurą. Sam bardzo bym chciał poznać, i to bardzo dogłębnie, mechanizm działania pewnych substancji naturalnych, który do końca nie jest wyjaśniony. Problem jednak jest w tym, że takich badań nikt nie chce zrobić, a tym bardziej nikt za takie badania nie chce zapłacić, bo w dzisiejszych czasach liczy się tylko i wyłącznie zwrot z zainwestowanego kapitału.

Poza tym, jak wiadomo, nawet gdyby udowodnić naukowo np. pełne działanie witaminy C, to jeszcze nie oznacza, że zostały to nagłośnione czy też wprowadzone do praktyki lekarskiej. Przecież dokładnie tak się dzieje teraz! To, co potrafi zrobić tak prosta molekuła, prosta witamina, jest już dawno naukowo (!) udowodnione. I co z tego? Dlaczego nie jest to wprowadzone do powszechnego zastosowania w każdym polskim szpitalu? Przecież jest to substancja bardzo tania, o niezwyklej wręcz skuteczności, a przede wszystkim również niezwykle bezpieczna, co wcześniej wykazalem. Takich substancji czy metod terapeutycznych jest bardzo, bardzo wiele. Praktyka wykazuje ponad wszelką wątpliwość, że ich stosowanie przynosi bardzo pozytywne efekty tam, gdzie skuteczność medycyny akademickiej jest zerowa. Dlaczego więc się ich nie upowszechnia? Dlaczego lekarze tych metod nie

znają? A przecież to lekarze powinni je znać w pierwszej kolejności. Dlaczego na skuteczność wielu z tych metod nie ma dowodów naukowych?

Tak, sposoby, które wcześniej opisałem, a o których znacznie więcej napiszę na tych stronach, rzeczywiście wielokrotnie nie są oparte na tzw. nauce w taki sposób, jak my to sobie wyobrażamy. Metody te opierają się zdecydowanie na doświadczeniu i wieloletniej praktyce wielu lekarzy czy terapeutów. Nie są oparte na metodach naukowych, ale za to są skuteczne i bezpieczne. Wybór należy do pacjenta. Dlaczego więc medycyna akademicka z taką zaciekleścią metody te zwalcza? To wszystko dzieje się z kilku powodów.

Tak jak wspomniałem, leczenie pacjenta przewlekle chorego może być niezwykle efektywne, ale tylko wtedy, kiedy zastosuje się substancje naturalne dla jego organizmu. I tutaj pojawia się już pierwszy problem. Przemysł farmaceutyczny musi generować ogromne zyski. Zyski te pochodzą ze sprzedaży leków, jakie przez ten przemysł są produkowane. Zeby umożliwić wygenerowanie maksymalnych zysków, konieczne jest opatentowanie składu chemicznego danego leku. Tylko wtedy firma farmaceutyczna może na tym naprawdę dużo zarobić. Ale substancji naturalnej nie da się opatentować. W związku z tym żadna firma farmaceutyczna nie będzie taką substancją zainteresowana. Natomiast będzie oczywiście jak najbardziej zainteresowana tym, żeby jakiekolwiek stosowanie substancji naturalnych w leczeniu człowieka natychmiast storpedować, ośmieszyć i zniszczyć, najlepiej w zarodku.

Zauważmy jedną charakterystyczną rzeczą: nie spotkałem się jeszcze nigdy z przypadkiem, żeby to firma farmaceutyczna dokonywała takiego aktu otwartej krytyki, niszczenia omawianych tu metod czy też stosowanych substancji. Czy ktokolwiek widział czy też słyszał o tego typu działaniach firm farmaceutycznych? Czy ktokolwiek widział lub słyszał wystąpienia przedstawicieli tych firm krytykujących stosowanie metod naturalnych czy substancji naturalnych dla człowieka, a znajdujących się w przyrodzie? Nie. Tego typu ataki nigdy nie pochodzą ze strony firmy farmaceutycznej! A przecież to właśnie te firmy są najbardziej zainteresowane, żeby to zniszczyć. Firmy farmaceutyczne są niezwykle sprytne i przebiegle.

Zawsze największymi bojownikami występującymi na pierwszej linii frontu i walczącymi w imieniu firm farmaceutycznych okazują się... lekarze!

Dlaczego? Dlatego, że wielu lekarzy, naukowców medycznych (choć na szczęście nie wszyscy!) jest zwykłymi slugami tego przemysłu. W tej chwili nie jest już dla nikogo tajemnicą, że firmy farmaceutyczne płacą lekarzom w różnej formie za przepisywanie konkretnych leków. Mało tego, jak zwracają mi na to uwagę sami lekarze, ilość przepisywanych przez nich leków jest również kontrolowana. Jak? Bardzo prosto. Otrzymałem informacje już od kilku farmaceutów, że przedstawiciele firm farmaceutycznych, zachowując się jak stalinowscy kontrolerzy, wchodzą do aptek i sprawdzają, który lekarz przepisał jakie recepty i na jaki lek! Pacjent nie wie o tym, że został womanipulowany w system „wciskania” mu leków. Często nie wieją o tym sami lekarze!

Innym problemem jest to, że przeprowadzenie tak zwanych badań naukowych dotyczących jakiejś naturalnej substancji częstokroć jest po prostu niemożliwe. Tzw. złotym standardem, zazwyczaj jedynym sposobem akceptowanym przez naukowców i lekarzy, są tzw. badania podwójnie ślepe. Polegają one na tym, że losowo wybranych pacjentów (tutaj zresztą też się oszujuje) dzieli się na dwie grupy. Jedna grupa dostaje testowany lek, na przykład w postaci tabletki, a druga grupa dostaje dokładnie tak samo wyglądającą tabletkę, która jednak nie zawiera w sobie testowanej substancji. Dodatkowo osoby podająca tym pacjentom tabletki również nie wiedzą, co komu podają. Czyli ani pacjenci, ani personel szpitalny nie wiedzą, czy danemu pacjentowi podano lek, czy też tabletkę jedynie wyglądającą jak lek. Na tym właśnie polega „zasłepienie” badań, nazywanych podwójnie śleonymi. Wydawać by się mogło, że jest to system idealny. Niestety tak nie jest.

Pacjent zawsze myśli, że dostaje lekarstwo! Fakt ten ma niezwykle znaczenie, bo jak się okazuje to, że pacjent **myśli, że jest leczony** jest podstawą powstania „efektu placebo”. Czy pacjent jest leczony czy truły, tego jeszcze nie wiadomo, bo dopiero się to bada.

Jest jeszcze inny bardziej poważny problem.

Skoro kluczem do tego typu badań jest, żeby ani pacjent, ani lekarz nie wiedzieli, czy zastosowano lek, czy substancję nieaktywną, to w takim razie jeśli pacjent lub lekarz z jakiegoś powodu zaczną się tego domyślać, to takie badanie przestaje już mieć sens. To prowadzi do jeszcze większej

go problemu. Prawie zawsze przy badaniu substancji dla człowieka nie-naturalnych występują jakieś skutki uboczne, na przykład ból głowy, ból brzucha, biegunka, wysypka na skórze, złe samopoczucie, itd. Jeśli tego typu widoczne dla pacjenta objawy wystąpią, to zarówno lekarz, jak i pacjent zawsze się zorientują, że zastosowano środek czynny. Badanie takie przestaje już być „podwójnie ślepe”. A wyobraźmy sobie teraz, że testujemy różne diety. Jak sprawić, żeby tego typu badania miały status „podwójnie ślepych”? – przecież badany będzie widział, co je.

A jakby tego było mało, to jeszcze niemożliwe jest zrobienie badania kilku substancji występujących jednocześnie – w nauce najłatwiej jest określić działanie pojedynczych, wyizolowanych substancji. Dlatego zdecydowana większość tzw. badań naukowych dotyczących substancji naturalnych jest tak naprawdę nic niewarta. Np. jeśli u setek czy tysięcy ludzi zastosujemy tylko jedną, wyizolowaną substancję naturalną, np. jod, to może się okazać, że tym ludziom wyrządzi się krzywdę. Takie doświadczenia już robiono. A potem w świat idzie wiadomość: jod jest szkodliwy.

Ta wiadomość trafia również do lekarzy, a ponieważ najczęściej pochodzi ona z tak zwanych renomowanych publikacji medycznych, jest uważana za niepodważalną prawdę. A przecież, jak opisałem w części pierwszej „Ukrytych terapii”, amerykańscy lekarze specjalizujący się w skutecznym leczeniu chorób tarczycy stosują jod i to czasami w bardzo dużych ilościach, leczając ludzi z nieuleczalnych chorób tarczycy – i nie tylko. Podałem tutaj tylko JEDEN przykład, jakim jest zastosowanie jodu, ale tego typu przykładów jest bardzo dużo.

Sprawa jest niezwykle prosta: organizm ludzki potrzebuje nie tylko jodu! Żeby jod w organizmie człowieka prawidłowo działał, potrzebne są też jeszcze inne substancje. Bez podania tych substancji rzeczywiście można komuś wyrządzić krzywdę. A dlaczego nie robi się badań, w których chorym podano by wiele innych substancji sprzyjających właściwemu wykorzystaniu jodu w organizmie? Po pierwsze dlatego, że bardzo trudno jest ustalić, jakie działanie ma każda z tych dodatkowych substancji. Zorientowane technicznie osoby wiedzą, że określenie reakcji jakiegokolwiek systemu na działanie na niego jednym czynnikiem jest na ogół bardzo proste. Jednak kiedy na skomplikowany twór, jakim jest organizm człowieka, za-

działamy kilkoma lub kilkunastoma czynnikami, ustalenie wpływu każdego z tych czynników z osobna na ogólną reakcję całego organizmu będzie po prostu niemożliwe.

No więc jak to jest? Kto ma rację? Lekarze praktycy czy naukowcy teoretycy? W tym przypadku sprawa jest dość prosta. Ci lekarze podający jod nigdy, ale to nigdy, nie podają swoim pacjentom wyłącznie jodu. A co robią, opiszę później. W tej chwili chodzi mi tylko o to, żebyśmy sobie uzmysłowiili, że niestety nie wszystko, co wychodzi z tak zwanych wiarygodnych źródeł czy z badań naukowych, jest prawdą. Publikowanie tego typu badań i przekazywanie ich środowisku medycznemu jest według mnie zwykłym oszustwem. Lekarz czytający takie badania już nigdy nie zdecyduje się na to, aby pomóc swojemu pacjentowi poprzez podanie mu jodu, bo przecież naukowcy, ludzie niby wiedzący więcej niż on, w pracy naukowej, którą przed chwilą przeczytał, wyraźnie mówią: jod jest szkodliwy. Kto na tym straci? Lekarz? Raczej nie, bo pacjenci jak przychodzili do niego, tak przychodzić będą. Lekarz będzie nieskuteczny w swoim leczeniu tylko dla tego, że według mnie został oklamany.

Musimy tutaj ponownie zrozumieć też i lekarza. Źródła naukowe mówią mu, że jod jest szkodliwy, a jego koledzy lekarze (albo niektórzy znaczący ☺), podając jod, leczą to, czego on wyleczyć nie potrafi. Komu ma wierzyć? Ja wiem, komu ja wierzę. Wybór pozostawiam lekarzom.

Z tego właśnie powodu dywagacje teoretyczne w takich przypadkach nie mają najmniejszego sensu. Liczy się tylko wiedza i praktyka. A tak zwana wiedza naukowa w wielu przypadkach zupełnie się nie sprawdza – jak to pokazałem powyżej. Wracamy do punktu wyjścia. Co jest bardziej istotne? Uzasadnienie danej terapii metodami naukowymi, gdy uzasadnić się jej w ten sposób po prostu nie da, czy nabycie wiedzy i korzystanie z doświadczeń praktycznych?

Popatrzmy: lekarze w czasie studiów wchłaniają niewyobrażalną ilość wiedzy, tak zwanej wiedzy naukowej. Po zakończeniu studiów przechodzą przez różnego rodzaju staże, praktyki, zdają egzaminy specjalizacyjne, mają za sobą pełną wiedzę naukową, ale jeśli chodzi o schorzenia przewlekłe, to ta wiedza kompletnie się nie sprawdza, bo chorób przewlekłych, uzna-

nych za nieuleczalne, ciągle wyleczyć nie potrafią. No więc jaką wartość dla pacjenta ma ta ich wiedza? Żadną, bo pacjent nadal nie jest wyleczony, a dla niego liczy się tylko wyleczenie, nic więcej.

Czy w takim razie ja występuję przeciwko osiągnięciom naukowców? Nie, ja bardzo cenię i szanuję dokonania nauki. Pokazuję jedynie, że do obwieszczanych nam postępów w medycynie trzeba podchodzić trochę bardziej ostrożnie, bo, jak widać, nie zawsze to, co jest ubrane w otoczkę „nauki”, ma przełożenie na zastosowania praktyczne. Zbyt często w takich przypadkach ulegamy magii pewnych pojęć, takich jak np. reputacja wykonujących badania ośrodków czy wiarygodność wydawnictw medycznych, w których ukazują się prace naukowe te badania opisujące.

Przeciętnemu człowiekowi wrzuca się do głowy bardzo mądrze brzmiące terminy, zwykle w języku angielskim, jak np. *Evidence Based Medicine* czyli medycyna oparta na faktach, i taki człowiek jest już zgubiony. Już podświadomy nabiera przekonania, że ten, kto to mówi, musi być bardzo mądry. A ten ktoś najczęściej używa tego zwrotu w odniesieniu do badań klinicznych prezentowanych jako dowód. Słowo „evidence” nie oznacza jednak istnienia tylko takiego dowodu, jakim są badania kliniczne. Twórcy tego konceptu sami w tej chwili twierdzą, że jest on jednak bardzo niedoskonały, że wprowadza zbyt wiele ograniczeń i możliwości rozwiązań, nie jest wystarczająco precyzyjny. To z kolei pozwala na daleko idące manipulacje w nauce, szczególnie w medycynie.

### **Przykład:**

Kiedy Linus Pauling, Ewan Cameron i Abram Hoffer, opierając się na swoich doświadczeniach praktycznych w stosowaniu witaminy C, pokazali zdecydowanie dłuższą przeżywalność pacjentów z bardzo zaawansowaną chorobą nowotworową, ich twierdzenia poddano bardzo silnej krytyce. Postanowiono je sprawdzić w znanej na całym świecie klinice Mayo. Jak się później okazało, sposób zastosowania tej witaminy był inny niż sposób stosowany przez wymienionych wyżej lekarzy. Dr Cameron wyraźnie wskazywał, żeby do tych testów klinicznych wybrać pacjentów, u których wcześniej nie zastosowano jeszcze chemioterapii. Cameron i Pauling przestrzegali, że chemioterapia niszczy układ odpornościowy i zastosowanie witaminy C u takich pacjentów może okazać się nieskuteczne. Tymczasem dr Moertel, który przeprowadził badania w klinice Mayo, postąpił dokładnie odwrotnie:

witaminę C zastosował u pacjentów w stanie terminalnym, z których prawie wszyscy byli wcześniej poddani chemo- czy radioterapii. Ponadto podawał zaledwie 10 g witaminy dziennie, co nie wystarcza do zwalczania nawet zwykłego przeziębienia. Oczywiście, w końcowym raporcie napisano: „witamina C jest nieskuteczna”. Taka informacja dotarła do lekarzy.

Jaką wartość mają badania, gdy lekarze praktycy mówią: „trzeba podawać dożylnie”, a „naukowcy” uparcie podają doustnie, w innych niż potrzeba dawkach i w raporcie końcowym piszą: „sprawdziliśmy – nie działa”? W badaniach substancji naturalnych w leczeniu człowieka jest to już niemalże reguła. Czyli oszukiwanie świata medycznego, oszukiwanie lekarzy. Kiedy wykonywano podobne badania „naukowe” dotyczące witaminy E, było dokładnie to samo. Zastosowano witaminę E jedynie w postaci **alfa tokoferylu w formie syntetycznej**, wyniki oczywiście wyszły zle, ale cały świat dowiedział się o tym, że witamina E nie działa.

Chciałem tylko pokazać, w jaki sposób można udowodnić, że coś nie działa wtedy, kiedy bardzo się chce to udowodnić.

Absurd goni absurd i absurdem pogania... taką mamy w tej chwili „medyczną” Polskę. Stajnia Augiasza.

## **Do studentów medycyny**

Drodzy studenci! Myślicie, że Was czegoś nauczono, ale... czy nauczono Was kwestionować to, czego Was nauczono? Czy nauczono Was szukać dalej, czy macie jedynie używać „papki”, jaką Wam podano na farmaceutycznym talerzu? Czy wiecie, DLA CZEGO jesteście nauczani tak, a nie inaczej? Skąd się to wzięło? Czy kiedykolwiek powiedziano Wam prawdę?

Jeden z profesorów medycyny w USA powiedział swoim studentom: „Tylko połowa z tego, czego was uczymy, jest prawdą, my jednak nie wiemy, która to jest połowa”. Coś może w tym jest. Uczy się Was, że pomimo całej wiedzy, którą posiadziecie, i tak NIE WYLECZYCIE wielu chorych osób, bo... bo się nie da, bo istnieją choroby przewlekłe, nieuleczalne. I co? Już to z górnym zaakceptowaliście? Już jest to dla Was OK?

Jedna z moich Czytelniczek napisała: „Student medycyny, który nie jest zainteresowany ciągłym poszukiwaniem lepszych sposobów leczenia, będzie dla swoich pacjentów koszmarem!” A Ty: jakim studentem jesteś?

Czy którykolwiek z Waszych autorytetów powiedział Wam, że nie wie wszystkiego i że autorytety trzeba kwestionować w imię postępu? Pewnie nie... bo tylko prawdziwy autorytet stać jest na takie stwierdzenie, tylko prawdziwy autorytet stać jest na przyznanie się do błędu. Szczególnie w medycynie istnieje niemalże kult autorytetów, który czasami może stać się groźny dla studentów, bo... dobrze jest, jeśli autorytety uczą nowe pokolenia lekarzy, ale jeśli uczą nieomylności, to jest to naprawdę niebezpieczne. Niebezpieczne przede wszystkim dla pacjentów. Niestety, w większości przypadków tak to jest.

Kiedy poznalem Mateusza, mojego wspaniałego przyjaciela, był studentem 5. roku medycyny. On myślał, zastanawiał się: dlaczego lekarz jest taki nieskuteczny, jeśli chodzi o choroby przewlekłe? Co zrobić? Jak znaleźć dla pacjenta najlepsze rozwiązanie? Czy takie rozwiązanie w ogóle istnieje? Moglibyem powiedzieć: umysł młody, ale piękny. Mateusz kiedyś powiedział mi: „Gdybym cię poznał wcześniej, to nie wiem, czy poszedłbym na medycynę, bo wewnętrznie nie mogę się zgodzić ze sposobem kształce-

nia mnie, czuję, że jestem maszynką do wypisywania recept... Jak mogę studiować medycynę, kiedy mi się na internie powtarza, że tego się nie da wyleczyć, tamtego się nie da wyleczyć, to i tamto jest nieuleczalne, a ja widzę, że ty to robisz i ludzie odzyskują zdrowie. To czego się mnie uczy? Ja też chcę być skuteczny, ale już teraz widzę, że nie będę, więc po jaką cholę mam kończyć te studia?"

Odpowiedział natychmiast: „Masz zdobyć dyplom! Nie wolno ci teraz rezygnować! Żyjemy w takim świecie, gdzie bardzo często nie liczy się wiedza, liczy się papier na ścianie. Musisz mieć ten papier, a potem rób to, co ci nakazuje twoje serce. Od tej pory ZAWSZE już będziesz lekarzem. Pamiętaj, że najbardziej nieskuteczny lekarz pozostanie lekarzem, a nawet najbardziej skuteczny znaczek pozostanie znaczkiem tylko dlatego, że nie ma papierka na ścianie. Ten papierek ułatwi ci życie, pozwoli uniknąć niekończących się prób upokarzania cię na każdym kroku, nawet gdybyś był znacznie skuteczniejszy niż oni, nawet mając armię osób, które wyleczyłeś z czegoś nieuleczalnego. Wiem, co mówię”. ☺ Posłuchał. Dziś Mateusz jest już lekarzem, ale z tego, co wiem, jest lekarzem prawdziwym, nie „papierowym”. Ktoś zapyta: „no i co z tego?”, A to, że na szczęście znam już wielu takich Mateuszy!

Po czym ich poznać?

Najtrudniej jest rozmawiać ze studentami medycyny lub młodymi lekarzami. Oni najczęściej są przeświadczeni, że wiedzą wszystko, bo skończyli studia medyczne i posiadali klucz do czyjegoś zdrowia i życia. Upajają się świeżo nabytą wiedzą i nie dopuszczają do siebie myсли, że życie wielokrotnie pokaże im ich bezsilność. Nie wiedzą jeszcze, że ta świeżo nabыта wiedza w zderzeniu z rzeczywistością chorób przewlekłych całkowicie ich zawiedzie. Co wtedy?

Wtedy może być tak, że jak gdyby nigdy nic będą przyjmować pacjentów i brać opłatę za wizytę, wiedząc, że ich nie wyleczą. Ale będą też tacy, którzy nie będą zdolni, żeby w takim przypadku wziąć pieniądze za wizytę, będą z tym mieli opory... będą chcieli zastosować jeszcze COŚ innego, może coś z podziemia medycznego, może zioła, a może zmianę diety, a może „po cichu” podadzą Wam dożylnie witaminę C, wtedy będącie

widzieć, że za wszelką cenę o Was walczą, zauważycie, że dla ratowania Waszego zdrowia czy życia wyjdą poza procedury narzucone im przez system farmaceutyczny, przez procedury... Po tym ich poznacie.

Ja ich poznaję też np. w takich oto momentach: po zakończeniu wykładu czy seminarium podchodzi do mnie kobieta lub mężczyzna, przedstawia się, że jest lekarzem i pyta, czy prowadzę jakieś szkolenia, gdzie można się czegoś więcej dowiedzieć na tematy, o których mówiłem, czy to wszystko jest gdzieś opisane. A kulminacją tego wszystkiego był e-mail od lekarza, który, mając 40 lat doświadczenia, napisał: „Chciałbym się dalej uczyć”. Z wrażenia zamarłem.

Na jednym z forów internetowych młody student medycyny w swoim filmiku mentorskim tonem pouczał widzów o tym, że nie można mi wierzyć, bo książka, którą napisałem, nie jest „publikacją medyczną”. Drogi młody człowiekowi, to dlaczego tak wielu lekarzy medycyny z niej korzysta? A po przeczytaniu tej drugiej części korzystać z niej będzie ich jeszcze więcej – wiem, bo to już się dzieje.

To, że tysiące ludzi wyleczyło się z wielu chorób, stosując opisane przeze mnie środki naturalne, dla niego, przyszłego lekarza, już się nie liczyło. Liczą się dla niego tylko książki oficjalnie uznane za podręcznik medycyny, z których posiadał wiedzę o nieuleczalności tego, co, jak się za chwilę okaza, jest oczywiście uleczalne. Gdzie się w takim razie leczyć? U formalnie wykształconego lekarza, który wie z książek, że chorób nieuleczalnych nie da się wyleczyć, czy u znacznego, który po prostu takie choroby leczy? Z doświadczenia wiem, jakiej odpowiedzi udzieli ciężko chory człowiek.

Nie mam zamiaru ani ambicji pisać podręcznika medycyny. Wyszło jednak, jak wyszło. Pozostań więc, młody człowiekowi, ze swoją teoretyczną wiedzą zdobyłą z podręczników. Życie to zweryfikuje, szczególnie wtedy, kiedy, korzystając z podręcznikowej wiedzy, będziesz chciał wyleczyć kogoś z choroby przewlekłej. Może chorym będziesz Ty, a może ktoś z Twojej rodziny. Być może wtedy, tak jak już robią to Twoi dużo starsi, bardziej doświadczeni i posiadający większą pokorę koleżyi lekarze, sięgniesz po coś, co nie jest podręcznikiem, ale jest skuteczne. To Cię uczyni prawdziwym lekarzem.

## Jak pomóc dzieciom z lekooporną padaczką?

Pomyślałem sobie, że jeśli milion Polaków złoży się po 10 zł, to uzbiera się kwota 10 milionów zł. Za te pieniądze można byloby pomóc tysiącom tych nieuleczalnie chorych dzieci. „Jak pomyślał, tak zrobił.” ☺

Założyłem Fundację „Polacy dla Polaków”. Chciałbym tutaj podkreślić, że chociaż byłem inicjatorem jej założenia, nie chciałem, żeby to była moja prywatna fundacja (już jeden Jerzy fundację założył i teraz ma problemy). Chciałem przez to uniknąć podejrzeń, jakie w takich przypadkach w umysłach wielu ludzi się zrodzą. Niestety, żyjemy w świecie, gdzie oszustwa są popełniane nawet w fundacjach, które w swoim zamiarze mają szczytny cel. Wiele fundacji służy po prostu do wyłudzania pieniędzy.

Dlatego, żeby uniknąć tego typu posądzeń, zwróciłem się do Zarządu Polskiej Akademii Zdrowia w Rzeszowie, której sam jestem członkiem, o objęcie patronatem Fundacji „Polacy dla Polaków”. Zgodę taką uzyskałem i to właśnie **Polska Akademia Zdrowia jest fundatorem Fundacji**. To właśnie PAZ ze składek swoich członków, jako pierwszy Darczyńca, wprowadził do fundacji wymaganą prawem kwotę 2000 zł.

Fundacja nasza nie zajmuje się leczeniem dzieci ani też sprzedają oleju CBD. Fundacja zbiera pieniądze od Darczyńców i daje je rodzicom chorych dzieci na zakup oleju CBD. Procedura jest następująca:

1. Rodzice przedstawiają pisemne oświadczenie od lekarza, że ich dziecko potrzebuje do terapii olej CBD.
2. Rodzice przedstawiają formalną fakturę za zakup oleju CBD.
3. Po zweryfikowaniu dokumentów następuje przelew pieniędzy na konto rodziców.
4. Refundacja zawsze wynosi 100% tego, co zapłacili rodzice za zakup oleju CBD.

A co będzie, jeśli na przykład za pieniądze Darczyńców prezes fundacji wybuduje sobie dom albo kupi jakieś mercedesa? To jest oczywiście bardzo uzasadnione pytanie, szczególnie, że prezesem Fundacji jestem ja, Jerzy Zięba. Co zrobić, żeby potencjalnym Darczyńcom pokazać, że ich pieniądze są uczciwie przekazywane dla rodziców chorych dzieci? Sprawa jest dosyć prosta. Na stronie głównej fundacji



<http://ukryte.info/12>

<http://www.polacydlapolakow.pl>

w prawym dolnym rogu pokazana jest kwota, jaka została przez Fundację wydana łącznie, na wszystko. Oczywiście zachodzi pytanie: „A na co konkretnie zostały te pieniądze wydane?”. Wystarczy kliknąć na podkreślone słowo „Wydaliśmy”, aby przejść do następnej strony i zobaczyć, na co dokładnie pieniądze zostały wydane:



<http://ukryte.info/13>

<http://www.polacydlapolakow.pl/wydalismy>

Tam właśnie jest pozycja „Refundacja zakupu leku”, która wskazuje na to, ile pieniędzy przeznaczyliśmy do tej pory dla chorych dzieci, czyli na jaką kwotę dokonaliśmy przelewów na konta rodziców tych dzieci. Na tej stronie wyszczególnione są też wszystkie inne koszty administracyjne.

W zakładce „Pomogliśmy”



<http://ukryte.info/14>

<http://www.polacydlapolakow.pl/pomoglimy>

jest lista dzieci. **Przy nazwisku każdego dziecka jest kwota, jaka do tej pory została przekazana rodzicom tego konkretnego dziecka.** Po podsumowaniu tych kwot, widniejących obok każdego bez wyjątku dziecka, wynik musi być (i jest!) dokładnie taki, jak w pozycji „Refundacja zakupu leku”.

Cóż jeszcze można zrobić, żeby potencjalnym Darczyńcom pokazać, że działalność naszej Fundacji jest kryształowo czysta? Celowo piszę „naszej”, bo nie jest to Fundacja moja, bo chyba można powiedzieć, że należy ona do wszystkich Darczyńców.

Jak idzie zbieranie pieniędzy dla tych dzieci? Znacznie, znacznie gorzej niż myślałem. Powiedziałbym, że idzie wręcz katastrofalnie. Zdaję sobie sprawę z tego, że kluczem do sukcesu jest nagłośnienie Fundacji. Niestety, nie jestem aktorem, politykiem, piosenkarzem, skandalistą czy tak zwanym człowiekiem mediów. Dotarcie do jednego miliona ludzi z sercem, jak się okazuje, nie jest łatwym zadaniem. To mi naprawdę spędza sen z powiek. Czasami czuję się jak zbity pies, a czasami mam wrażenie, że jesteśmy jednak serc pozbawieni. Dlaczego tak sądzę?

W dniu pisania tych słów mój fanpejdż na Facebooku ma 118 000 polubień, a więc to, co piszę, może dotrzeć do tylu osób. Kiedy umieszczam tam jakiś kontrowersyjny wpis lub informację dotyczącą jakiegoś nośnego tematu, np. tragiczne w swych skutkach działanie niektórych substancji **rozrzędzających** krew czy bardzo mało znane fakty o chorobie nowotworowej, wtedy licznik Facebooka pokazuje, że wpis dotarł nawet do niemal 400 tysięcy osób. Gdy jednak napiszę, że prosimy o wsparcie dzieci z lekooporzą padaczką, wtedy, przy dobrych wiatrach, obejrzy to 15, czasami 30 tysięcy osób. Zauważam wtedy wpływ na konto fundacji średnio od 5000 do 10 000 zł. To mnie niesamowicie załamuje i doluje.

Przecież wysłarczyłoby, żeby każda z 400 tysięcy osób, które obejrzały poprzedni wpis (ten kontrowersyjny) podarowała tym dzieciom zaledwie 10 zł i już, natychmiast, na koncie Fundacji byłyby 4 miliony. To by spowodowało, że błyskawicznie moglibyśmy pomóc ponad tysiącu dzieci! Czyli nagle ponad tysiąc polskich dzieci przestaje cierpieć lub przynajmniej odczuwa ogromną ulgę w swym nieustannym cierpieniu. Jaka jest rzeczywistość? No właśnie taka, że na refundację niemal każdego dnia mam przygotowa-

ne przelewy na około 150 do 200 tysięcy złotych, a w kasie Fundacji jest 6 czy 10 tysięcy. Ponieważ wszyscy rodzice dostają 100% refundacji według kolejności zgłoszeń, zaczynają się telefony i nieustanne e-maile.

Szczególnie rozdzierają serce telefony od płaczących rodziców. Płaczą, ponieważ na stronie Fundacji obserwują stan konta i ogarnia ich dławiące im głos przeróżenie, że dla ich dziecka może nie wystarczyć, że być może są bardzo daleko w kolejce. W wielu przypadkach dzięki pomocy, jaką od Darczyńców poprzez Fundację ich dziecko już dostało, zaczęło nagle w miarę dobrze funkcjonować. Teraz rodziców przesywa nie do znieienia strach, że bez naszej pomocy ich dziecko powróci do setek ataków padaczki dziennie.

A przecież nie chodzi o to, żeby przelewać jakieś ogromne kwoty. Nie. Możliwość pomocy dla jak największej liczby dzieci nie tkwi w poszczególnych kwotach, lecz w liczbie Darczyńców, co pokazałem w powyższych wyliczeniach.

Wiele polskich dzieci wymaga tego typu pomocy. Dla wielu dzieci prowadzone są zbiórki pieniędzy na różnych portalach internetowych. Tylko że w zdecydowanej większości zbierane są pieniądze na wyleczenie dziecka z jakiejś konkretnej choroby – bo jest na to lek, lub też na przeprowadzenie bardzo drogiej operacji – bo np. w Polsce jej przeprowadzić nie można. Po zastosowaniu leku lub zrobieniu operacji wiele tych dzieci po prostu cieszy się dobrym (lub przynajmniej znacznie lepszym niż poprzednio) zdrowiem. Wiele razy Polacy potrafią zebrać naprawdę ogromne kwoty. Chwała nam wszystkim za to!

Jednak w przypadku dzieci z lekooporną padaczką nie ma lekarstwa! Nie ma ratującej życie operacji! Te dzieci wymagają stałej opieki. Stalego dopływu pomocy. Ratunkiem dla nich jest jak największa liczba Darczyńców, którzy złożą w swoim banku miesięczne ZLECENIE STAŁE. Taka możliwość już istnieje. Można to zrobić poprzez stronę Fundacji w bardzo prosty, łatwy i szybki sposób przy przelewie pierwszej kwoty. Kwota jest dowolna, każdy może ustalić ją sobie sam, zgodnie z własnymi możliwościami. Jedno z takich zleceń, jakie mamy, jest na 3 zł. Być może właśnie tego kościoła nie było stać na więcej. Tym bardziej kwota ta ma wartość szczególną.

ną! Otrzymujemy sporo niezwykle wzruszających e-maili od osób ubogich, którzy wręcz przepraszą, że nie mogą dać więcej! Tak to niestety jest, że najtrudniej jest grosz dla tych dzieci otrzymać od osób, którym powodzi się dobrze. ☺

Bardzo często, wzorem amerykańskim, na portalach internetowych czy w innych mediach o pieniądze nie proszą rodzice. Proszą dzieci. Nie mogę na tę zebraninę patrzeć! Do czego w tym naszym kraju doszło? Rząd po rządzie, bez względu na opcję polityczną, toleruje wydawanie naszych, podatników pieniędzy na bzdury, setki milionów (!) złotych idą na nie wiadomo czym uzasadnione nagrody dla urzędników, podczas gdy polskie CHORE dzieci žebrzą o pomoc! Dla nich pieniędzy już nie ma! A to są do diabła nasze pieniądze, a nie pieniądze rządowe! Przecież to jest kolejny siarczysty policzek wymierzony rodzicom tych dzieci, nie mówiąc już o samych dzieciach.

Jakim prawem, kiedy tysiące dzieci tak ciężko choruje, w ciągu ostatnich sześciu lat na nagrody dla urzędników ZUS wydano ponad 1 200 000 000 zł (miliard dwieście milionów!). A to przecież tylko ZUS! Takie mamy w Polsce rządy. Każdemu z nich po kolei pomieszały się w priorytety. Nikt o takie dzieci nie walczy. Przecież o dobro tych dzieci powinien zabiegać Rzecznik Praw Dziecka, ale wydaje mi się, że ten urząd państwowy nie potrafi „gryźć”. A Ministerstwo Zdrowia ma to po prostu gdzieś. Środowisko medyczne? Indywidualnie wielu lekarzy oczywiście chciałoby zmiany, ale czy nie lepiej wystąpić w grupie liczącej 168 000 lekarzy? Oczywiście, że tak. Każdy lekarz o tym wie. Pytanie tylko zachodzi, czy wie o tym Naczelną Izba Lekarską, do której należy – bo musi – każdy polski lekarz. Chyba nie, bo czy cokolwiek w tym zakresie zrobiono? Który z prezydentów Polski coś z tym w końcu zrobi? Bo przecież każdy, obejmując swój urząd, mówi nam, że będzie prezydentem wszystkich Polaków. Jasne, wszystkich... tylko nie tych, którzy nie potrafią wystąpić nawet w swojej obronie – dzieci.

A teraz dla każdego „praca domowa”. Chciałbym, żeby każdy z Czytelników poświęcił zaledwie 3 minuty na obejrzenie tych dwóch filmików. ostrzegam, dla niektórych nie będzie to łatwe. Kobiety w ciąży proszę o przejście do następnego paragrafu.



<http://ukryte.info/15>

<http://www.polacydlapolakow.pl/o-nas>

Obejrzane? Co by było, gdyby to Wasze dziecko przechodziło przez takie coś, a Wy razem z nim? 5, 10, 200 czy nawet 400 razy dziennie? Pomoc jest, ale nie macie na nią pieniędzy. Czy dobrze by było taką pomoc uzyskać?

Od jednej z pań otrzymałem e-maila, w którym napisała: „Po pierwszych 15 sekundach rozryczałam się i musiałam ten filmik wyłączyć. Pan gra na naszych emocjach”. Zgadza się. A na czym w tym przypadku mam grać? Te dzieci potrzebują ogromnego serca, do którego jak widać czasami jest niezwykle trudno dotrzeć. Jedyna droga to uruchomić u człowieka emocje. Pani ta wyłączyła filmik po 15 sekundach, a mama takiego dziecka filmiku wyłączyć nie może! Dla niej to nie jest filmik, który można sobie wyłączyć. Dla niej jest to przesywająca bólem serce i umysł rzeczywistość. I tak kilkaset razy dziennie. Ktoś się chce z taką mamą zamienić? A może któryś z polityków na to reflektuje, na przykład z tych, którzy są przeciwni stosowaniu substancji, takich jak olej z konopi?

Wróćmy teraz na moment do fragmentu, w którym napisałem, jaką jest procedura wymagana do otrzymania refundacji za ten lek. Przypominam, że dla przekazania rodzicom pieniędzy niezbędne jest oświadczenie lekarza, że dane dziecko tej substancji potrzebuje. Przypominam również, że w Polsce mamy około 30 tysięcy takich dzieci. Nie mam dokładnych danych, ale tak mi powiedział jeden z neurologów dziecięcych. Więcej czy mniej, nie ma znaczenia i tak jest to liczba ogromna.

Zagadka: ilu lekarzy rodzicom zgłaszającym się do naszej Fundacji takie oświadczenia wypisuje? – a z tego co wiem, to może to zrobić każdy lekarz. Odpowiedź: jeden!

A teraz fragment rozmowy telefonicznej, jaką przeprowadziłem, gdy do Fundacji zadzwoniła matka dziecka z lekooporną padaczką:

- Czy dziecko jest pod opieką neurologa?
- Tak.
- Prosimy poprosić lekarza pani dziecka o napisanie takiego oświadczenia.
- Już prosilam, ale odpowiedź była: „W żadnym przypadku!“.

Czyli nie, bo nie. Czy ktoś nie pomyślał sobie w tym momencie o wspomnianym przeze mnie lornie, nożu czy siekierze? Niech mi tylko nikt nie mówi o braku badań, bo w tym przypadku jest to zwykła demagogia. Olej CBD nie jest lekiem! Jest naturalną substancją, która tym chorym dzieciom niezwykle pomaga. Teoretycznie rzecz biorąc, rodzice sami mogliby to dziecku podawać, ale oczywiście każdy normalny mądry rodzic woli to robić we współpracy z lekarzem. Tylko gdzie takiego znaleźć? Przecież to już się robi! A dlaczego tak się dzieje, że robi to JEDEN lekarz? Będzie o tym za chwilę.

Byłem świadkiem, kiedy opłacany przez nas urzędnik ministerialny stojącym wokół niego chorym, którzy wymagaliby zastosowania produktów z marihuany do ich leczenia, opowiadał bzdury, że jest on osiągalny w tak zwanej procedurze „importu docelowego“ (klamał, bo procedura ta była wtedy zawieszona przez podlegającego mu innego urzędnika). Czyli: o leczenie trzeba prosić urzędnika.

## Mój sklepik – marka VISANTO

„Czy ta witamina jest dobra? Która witamina jest lepsza? Które witaminy Pan poleca? Gdzie można kupić suplementy, o których Pan mówi na wykładach? Skąd mam wiedzieć, że to, co kupuję, nie jest podrabiane? Co z tego, że te suplementy istnieją, skoro nie ma ich w Polsce? Nie mam możliwości kupowania z zagranicy, jak mam te suplementy zdobyć?”

Takimi pytaniami byłem zarzucany cały czas, wszędzie, czy to w czasie spotkań, czy poprzez nieustannie napływające e-maile czy telefony: „Który produkt jest lepszy?” Zawsze odpowiadałem: „Nie wiem”. Co miałem powiedzieć? – ja naprawdę nie wiedziałem.

Wielokrotnie były też prośby: niech pan założy sklep, niech pan sprowadza to skądkolwiek trzeba, żebyśmy mogli to kupić w Polsce.

Nigdy nie było moim zamiarem zakładanie jakiegokolwiek sklepu. Chciałem tylko pisać dalej książki i kontynuować moje spotkania. Pamiętam, że kiedy opublikowałem pierwszą część „Ukrytych terapii”, nie było w telewizji czy w radiu nawet jednej reklamy witaminy K2. Dostałem kiedyś e-maila od przedstawicielstwa jednej z amerykańskich firm produkujących suplementy. Napisali: „[do momentu publikacji książki] mieliśmy magazyny wypełnione witaminą K2 po sufit, a dzisiaj mamy magazyny wyczyszczone do samej podłogi”. Pomyślałem – świetnie! Polacy będą zdrowsi.

W ciągu roku od ukazania się pierwszej części książki w Polsce było już 11 producentów i dystrybutorów witaminy K2! Wtedy wręcz mnie załała lawina pytań: która z nich jest najlepsza? Nadal nie wiedziałem, bo skąd miałem wiedzieć? Pomyślałem – a może samemu zacząć produkować, wtedy przynajmniej będę wiedział na 100%, jaka ona jest. Bo niby dlaczego tego nie zrobić? W końcu w USA wielu lekarzy czy naturoterapeutów produkuje suplementy pod własną marką i absolutnie nikogo to nie dziwi. Dlaczego ma to kogokolwiek dziwić w Polsce, przecież chyba zaściankiem nie jesteśmy? Nie wiedziałem jeszcze wtedy, jak bardzo się myliłem. Postanowiłem zacząć od stworzenia nazwy nowej marki. Podobała mi się nazwa VINSANTO, co, jak mówi Wikipedia, oznacza „świętło wino”. Święto wino...? No

nie, chyba jednak nie. A co będzie, jeśli usunę literkę N i pozostało VISANTO? Sprawdziłem w internecie, takiej nazwy nie było. I tak już zostało. Powstała marka VISANTO. Ktoś napisał mi, że kojarzy mu się to z Monsanto. Freud kiedyś opisywał, dlaczego ludzie mają tego typu skojarzenia. :-)

A więc: „Jak pomyślał, tak zrobił”. ☺ – ruszam z własną marką. Zacząłem szukać najlepszych substratów do produkcji suplementów. Wszędzie oferowano mi syntetyki. Pytałem: „Dlaczego olerujecie syntetyki?”. W odpowiedzi słyszałem: „Wszyscy takie kupują”. Odpowiadałem: „Ale mnie interesują substraty naturalne”. Oni: „Będą droższe”. Trudno, zdecydowałem się na droższe, ale naturalne.

Byłem niedawno na bardzo dużych targach substratów do produkcji suplementów diety w Genewie. Tam dowiedziałem się, że pomysłowość człowieka rzeczywiście nie zna granic. Fałszuje się witaminę D3, witaminę K2, a nawet koenzym Q10! W Polsce oczywiście też. Niedawno doszła do mnie wieść, że jest u nas w obrocie sfalszowana sól himalajska. Albo ta: w różnych preparatach witaminowych główna substancja czynna może mieć dokładnie taką samą nazwę lub wręcz pochodzić z tego samego źródła. Jednak badania pokazują, że pomimo tej samej nazwy czy pochodzenia czasami występują bardzo duże różnice we wchłanianosci tych substancji lub w ich bioaktywności. Innymi słowy, jeden produkt będzie naprawdę bardzo dobry, a drugi niemalże bezużyteczny – pomimo tego, że ich nazwy (handlowe czy nawet chemiczne) będą takie same! Przeciętny człowiek nie ma szans ich odróżnić. Przykro powiedzieć, ale dotyczy to również tzw. bardzo renomowanych producentów, których produktów tanimi nazwać nie można.

Za punkt honoru przyjętem sobie, żeby w moich suplementach nie było ani śladu stearynianu magnezu, który zmniejsza wchłanianość substancji, którą się suplementujemy. Jest to substancja, która często „dla zmylenia przeciwnika” (czyli klienta) opisywana jest jako „sól magnezowa naturalnego kwasu tłuszczyowego”, dzięki czemu w wykazie składników nazwy *stearynian magnezu* nie ma. Ale sam związek tam oczywiście jest. Skąd moja niechęć do niego? Jest to co prawda substancja oficjalnie dopuszczona do używania w suplementach, ale nie jest obojętna dla zdrowia człowieka. Za to bardzo ułatwia życie producentom suplementów diety. Znajduje się w prawie każdym suplementie, który jest w postaci tabletek lub też w postaci kapsułkowanego proszku. Można to bardzo łatwo sprawdzić. Wielu osobom

to jednak nie przeszkadza, bo przecież produkt jest zagraniczny, a więc musi być dobry :-). Ale gdyby ta substancja znalazła się w jednym z moich produktów, zostałbym publicznie złinczowany, szczególnie w Internecie.

W żadnym przypadku proszę nie odbierać powyższego jako twierdzenia, że każdy produkt jest oparty na syntetykach czy że każdy jest podrabiany. Bo nie w każdym przypadku jest to prawda (przynajmniej taką mam nadzieję). Ale gdy teraz ktoś mnie pyta, który suplement jest najlepszy, ja szczerze odpowiadam: „Nie wiem, który. Ale wiem, że mój jest dobry”. Każdy ma prawo wyboru, każdy ma prawo kupić to, co mu się chce, to, co mu odpowiada. Nikt nikomu niczego nie narzuca, nikt nikogo do niczego nie zmusza. Jest wybór.

Czy będę moje produkty reklamował? Jak najbardziej tak! W tej książce też, bo... to moja książka! Nie słyszałem o tym, żeby jakieś prawo zakazywało mi reklamy moich własnych produktów. A czy jest coś, co mnie odróżnia od wielkich koncernów reklamujących swoje suplementy w radiu czy telewizji? Otóż – jest. Z tego, co wiem, to jesteśmy najmniejszym producentem suplementów w Polsce. O cenie produktów decyduję ja, a nie moi zwierzchnicy gdzieś w innym kraju. W związku z tym nie mam żadnej presji na zrobienie zysku za wszelką cenę. Dlatego właśnie produkty marki VISANTO są sprzedawane po najniższej możliwej cenie. Zwracam uwagę na zwrot „po najniższej możliwej”. Mamy produkty, na których zysk wynosi naprawdę 3 zł. Największym jednak problemem jest po prostu to, że jesteśmy producentem czy dystrybutorem bardzo małym. Jeśli ktoś sprzedaje np. 1000 kg danego produktu miesięcznie, dostanie zdecydowanie niższą cenę niż ktoś, kto miesięcznie sprzedaje 100 kg. To oczywiste. Na razie jesteśmy za mały, żeby wynegocjować dużo lepsze ceny.

My, Polacy, jesteśmy wspaniałym narodem. Będąc poza Polską 22 lata, niejednokrotnie byłem świadkiem tego, jak bardzo jesteśmy cenieni, a czasem wręcz podziwiani. Byłem niezwykle dumny, że jestem częścią takiego narodu. Wychowałem się w Polsce. Tutaj też skończyłem studia, a kilka dni po ich zakończeniu już wyjechałem za granicę. Jako dorosły człowiek, nie mając żadnego doświadczenia zawodowego (ani, prawdę mówiąc, życiowego), zostałem wychowany w systemie anglosaskim, w Australii. Przez ponad 20 lat w tym systemie zapewne życie automatycznie wszczępiło mi troszeczkę inną mentalność. Tej różnicy nie widziałem, dopóki nie wróciłem do Polski na stałe.

Dopiero po powrocie zauważylem, jak bardzo się różnimy od nacji takich jak właśnie Australijczycy, Amerykanie, Kanadyjczycy, Południowoafrykańczycy czy też ludzie z tzw. Europy Zachodniej, bo z nimi przyszło mi żyć i współpracować przez ponad 20 lat. Dopiero tutaj zauważylem, że ten nasz polski, wspaniały skądiną naród, ma pewne okropne cechy. Jest w nas jakaś wbudowana zazdrość i zawiść w stosunku do każdego, komu jest, z takich czy innych powodów, po prostu lepiej. No, a już dla mnie szczytem jest to, że mamy niepochamowaną tendencję zagładania komuś do kieszeni. To wszystko było dla mnie strasznie obce. Nie byłem w ogóle do tego przyzwyczajony. Wychowaliem się w systemie, gdzie to, ile ktoś zarabia czy ile ma pieniędzy, było zawsze częścią podstawowego prawa do prywatności, bardzo przestrzeganej i bardzo respektowanego. Tam nikt nikomu nie liczył pieniędzy, nie zajmowało się w ogóle tym, ile ktoś zarabia, pod warunkiem, że pracował na to uczciwie. Tam nikogo nie interesowało, który polityk jakim jeździ samochodem.

My natomiast mamy tę niechlubną cechę, że natychmiast zaczynamy innym liczyć pieniądze. Od kiedy pojawiły się w sprzedaży produkty VISANTO, sam tego doświadczyłem. Sklepik funkcjonował od ośmiu miesięcy, ale czy ktokolwiek widział gdzieś wtedy jego reklamę? Nigdzie. A ja już zacząłem zbierać telegie ciągi, bo w którymś wpisie na Facebooku, i to jeszcze na moim własnym profilu, zaledwie o tym wspomniałem. W tym czasie w telewizji były setki reklam różnych innych suplementów, emitowane dosłownie co parę minut. Nie sądzę, żeby ich producenci od tych samych osób zbierali też takie ciągi. Mnie to oczywiście nie wzrusza, tym się nie przejmuję i dalej będę robił swoje, bo mam przynajmniej czyste sumienie, że wszystko, co robię, robię uczciwie. Zastanawiając się nad tym zjawiskiem, kiedyś nagrälem krótki filmik. To było już jakiś czas temu, ale widzę, że oprócz kilku niewielkich spraw, o których tam powiedziałem, nic się w powyższym temacie nie zmieniło ☺



<http://ukryte.info/30>

Jest takie powiedzenie: „Polak Polakowi wilkiem”. Strasznie to dla mnie przykro, gdy widzę tego żywiole przykłady. Kiedy w centrum Sydney młodzi Polacy otworzyli polską restaurację, przychodzili tam wszyscy – oprócz Polaków!

Jestem absolutnie świadom tego, że wiele osób nie kupi produktów VISANTO, ale nie dlatego, że one są gorsze czy droższe. Zrobią to dla zasady. To nic, że ich wydane gdzie indziej pieniądze nie pozostaną w Polsce, bo powiększą zyski firm zagranicznych. To już im nie przeszkadzi, chociaż często będą o sobie mówić, jakimi są wielkimi patriotami. Część zysków ze sprzedaży produktów VISANTO jest przeznaczana na pomoc polskim nieuleczalnie chorym dzieciom poprzez Fundację „Polacy dla Polaków”. Dla tych ludzi to nie ma znaczenia. Z pewnością napiszą do właścicieli firm produkujących suplementy, aby również oni te polskie dzieci wsparli poprzez przeznaczenie choćby najmniejszej części ich zysków dla tej fundacji. Z pewnością to zrobią.

Bardzo martwi mnie to, że tacy jesteśmy. Trudno mi się z tym pogodzić, zwłaszcza, że trochę świata widziałem. Tak mi się życie ułożyło, że bardzo intensywnie podróżowałem. Odległość pomiędzy Australią i Polską przemierzyłem dokładnie 40 (tak, czterdzięści) razy. Często zanim dotarłem z Australii do Polski lub na odwrót, musiałem po drodze być też w innych krajach. Mówią, że podróże kształcą. Tego nie wiem, ale na pewno dają wiele do myślenia.

Chciałem również tutaj podziękować tym wszystkim, którzy nieustannie składają na mnie donosy. Różnego rodzaju instytucje kontrolujące producentów i dystrybutorów suplementów odbywają „pielgrzymki” do nas, a my do nich. Jesteśmy chyba najbardziej pilnowanym i sprawdzanym producentem suplementów w Polsce. Przedstawiciele tych urzędów sami już się z tego śmieją, że nigdy nikogo tak nie sprawdzali jak nas. Wymagania, jakie musimy spełnić, zaskakują nawet ich samych. To bardzo dobrze, nasi klienci przynajmniej wiedzą, że zakupu dokonują u najbardziej sprawdzanej firmy w Polsce. Za to wszystkim donosicielom jeszcze raz bardzo dziękujemy. Zrobiliście nam świetny marketing. Pomogliście nam bardzo w stworzeniu zaufania do marki VISANTO.

Jedyny problem jest taki, że przez obowiązujące prawo nie wolno jest nam powiedzieć prawdy o naszych produktach. Na przykład nie wolno jest nam powiedzieć, który produkt wspomaga leczenie jakiego schorzenia. Na stronie internetowej, gdzie pokazane są produkty, w żadnym przypadku nie wolno nam nawet westchnąć o tym, że na cokolwiek pomagają. Unia Europejska stworzyła katalog słów i zwrotów, jakich wolno używać w opisie sprzedawanych produktów. Jeśli się używa słowa lub zwrotu innego niż jest katalogu, narazić się można na poważne problemy. Kiedy przejrzy się ten

katalog i do niego zastosuje, to w zasadzie człowiekowi szukającemu pomocy nic nie można powiedzieć o danym produkcie. Czy wszyscy producenci i dystrybutorzy suplementów się do tego stosują? Ależ skąd. Nasze urzędy zareagują tylko wtedy, kiedy ktoś napisze do nich donos. Wydawać by się mogło, że te urzędy są po to, aby bez czekania na donos monitorować to, co na stronach internetowych jest opisywane. Inaczej wygląda to tak, że mnie nie można nic powiedzieć, a każdemu innemu wolno. Takie marny prawo i taką sprawiedliwość. Następny absurd.

Czy da się taką fikcję obejść i działać normalnie? Oczywiście. Wystarczy założyć swoją prywatną stronę internetową, co już uczynilem. Adres mojej prywatnej strony internetowej to:



[www.jerzyzieba.com](http://www.jerzyzieba.com)

Zapraszam również do dołączenia do mojej grupy na Facebooku. Wiem, że nie każdy jest zwolennikiem tego portalu, ale jak do tej pory jest to jedyne portal, przez który mogę komunikować się z tysiącami osób w czasie rzeczywistym. Nie trzeba zakładać konta, żeby obserwować wpisy. Bez założonego konta nie można jednak dokonywać swoich wpisów. Dla wielu osób jest to rozwiązanie wystarczające.

W momencie oddawania tej książki do druku na moim profilu jest 120 000 osób. Im więcej NAS tym lepiej. Jeśli umieszczam jakiś mój wpis, wszyscy natychmiast go otrzymują. Do obserwowania tego profilu wystarczy wejść na



<https://facebook.com/ukryteterapię>

To chyba najważniejsza rzecz w tej całej książce:

Niemalże do porządku dziennego przechodzimy nad tym, kiedy słyszmy, że nie można zastosować danej terapii, bo nie ma dowodów naukowych, itd. Przyjmujemy to jako coś normalnego, bo wypowiedział się jakiś autorytet. I jak niewolnik pańszczyzniany, przyjmujemy: „nie wolno, to nie wolno”, chociaż o nasze zdrowie czy nasze życie tutaj chodzi. Ktoś, kto nie jest moim lekarzem, zaczyna zabawiać się w Boga i decydować, czy pozwolić mi się leczyć przez mojego lekarza w sposób, jaki on ustalił, czy nie.

Niektórych leków w Polsce po prostu nie ma. Wtedy jednak lekarz może człowiekowi choremu wypisać receptę, a ten może sobie taki lek sprowadzić z innego kraju. Czasami dla człowieka chorego jest to ostatnia deska ratunku. Tak było do tej pory. Komuś to jednak bardzo przeszkadzało. Po co ludzie mają mieć łatwo, jak można im życie utrudnić, szczególnie ludziom chorym. Nasz pracownik, jakim jest Minister Zdrowia, zmienił po prostu interpretację istniejącego od lat przepisu. Proponuje on zastosowanie procedury importu docelowego! Tylko po co? Właśnie z powodu tej procedury dwoje polskich dzieci zmarło, bo nie doczekało się na lek. Minister Zdrowia powinien za to osobiście odpowiedzieć.

Dla mnie najważniejsze jest to, że **chory Polak musi pytać urzędnika o zgodę na swoje leczenie!** Czy naprawdę chcemy żyć w takim kraju? Czy naprawdę urzędnicze rozpasanie musi sięgać granic rozsądku? Jakie prawo ma ktokolwiek oprócz mojego lekarza o decydowaniu o tym, które lekarstwo jest dla mnie właściwe? Jeśli Polski system ochrony zdrowia nie jest w stanie zapewnić tego lekarstwa choremu człowiekowi, to jakim prawem urzędnik odpowiedzialny za

ten system śmie mu zabraniać sprowadzenia sobie tego lekarstwa prywatnie? Na ile jeszcze pozwolimy urzędnikom nas kontrolować?

To się dzieje w Polsce każdego dnia. Jest to łamanie podstawowych praw człowieka. Prawa do wolności, w tym MOJEGO prawa do leczenia mnie!

Doskonałym przykładem jest przypadek posta Tomasza Kality, który zachorował na raka mózgu. Po przeprowadzeniu leczenia akademickiego chciał dalsze leczenie wspomagać olejem z konopi, z marihuany. Chciał zastosować olej z konopi do celów medycznych. Chciał skorzystać z przywileju zagwarantowanego mu konstytucyjnie. Kto, kiedy i gdzie dostał od nas takie prawo, żeby mu powiedzieć: „nie nie pozwalam Panu się tym leczyć”? Mówienie, że jest to substancja zakazana, ponieważ jest zaklasyfikowana jako narkotyk, nie ma najmniejszego sensu.

Czy Pan Tomasz miał zamiar „ćpać” ten olej konopny, żeby się odurzać? Tego olejem się nie robi! Czy olej taki może być legalnie użyty wtedy, kiedy formalnie nie jest lekiem? Nie. Trzeba go zarejestrować jako lek, ale wszystkie autorytety twierdzą, że... nie jest lekiem, to jak go zarejestrować jako lek? Może zarejestrować go jako suplement diety do zastosowań medycznych, ale się nie da, bo... bo jest uznany za narkotyk. I tak bez końca... gonitwa za własnym ogonem. A Pan Tomek tego pilnie potrzebuje do leczenia. Nie do ćpania, nie do handlowania, ale do odzyskania zdrowia. Jego nie interesują zdania i opinie kogokolwiek, czy to jest lek na raka, czy nie. Dlaczego ktoś, kto ma imię i nazwisko (ale jakie?) zabrania choremu obywatelemu polskiemu skorzystania z substancji, która być może by go wyleczyła (która wie? Takie przypadki też są), a przynajmniej wspomogła jego proces leczenia?

Efekt jest taki, że chory Polak nie może skorzystać ze wszystkich możliwych form leczenia, bo coś czy ktoś mu na to nie pozwala. Tak się dzieje w tej cywilizowanej Polsce w XXI wieku. Wstyd mi te-

raz za to, że żyję w środowisku, które na to pozwala. Kto za zdrowie Pana Tomka odpowiada? Kto łamie postanowienia Konstytucji? Dlaczego tak bardzo walczy się o prawa konstytucyjne w odniesieniu do członków Trybunału Konstytucyjnego, a nikt nie dobija się o PRAWA „Tomków tego świata”, jakich jest w Polsce tysiące? Czy nasi politycy z całym szefostwem Rządu i Prezydentem włącznie o czymś nie zapomnieli? Nie widać, że są jeszcze zwykli, niepotrzebnie cierpiący i niepotrzebnie może umierający Polacy, bo system pod ich zarządem nie pozwala Polaka leczyć w sposób najlepszy z możliwych?

### **Jest to największy skandal, z jakim mamy do czynienia w polskiej medycynie**

W tym momencie powinniśmy wziąć krok, albo dwa kroki wstecz. Jeśli jest ktoś przewlekle lub śmiertelnie chory, to co go interesują opinie jakichkolwiek autorytetów? Autorytet się wypowiedział i autorytet niech sobie wróci do pracy, pojedzie na spacer z psem, wybierze się do kina, itd. Co człowieka chorego ma to obchodzić? Jeśli lekarz tego chorego człowieka zaproponuje mu terapię inną niż ta określona w procedurach, to powinno być to świętą! Na jakiej podstawie prawnej terapii zaproponowanej przez lekarza należy choremu odmówić? **Nie ma nigdzie takiego prawa!**

Mogę zrozumieć argument, że ponieważ nie ma badaniach naukowych dowodzących skuteczności zaproponowanych przez lekarza terapii, to pokrywanie jej kosztów z budżetu państwa rzeczywiście może być zakwestionowane. Co do tego mogę się zgodzić.

Jednakże, kiedy mamy sytuację, gdzie w porozumieniu z pacjentem, uzyskaniu jego zgody, powiadomieniu o możliwych skutkach ubocznych, itd., lekarz zaproponował mu jakąś terapię, a pacjent za to płaci prywatnie, to **nikt nie może tego pacjentowi ani lekarzowi zabronić!**

To jest pacjenta zdrowie, to jest pacjenta życie i nikt pacjentowi nie ma prawa odmówić wspólnie ustalonego z lekarzem leczenia. Jaką

terapię lekarz wybierze, to jest jego sprawa. Pacjent za to płaci prywatnie, nie obciąża budżetu państwa i nikt nie ma jakiegokolwiek prawa ingerowania w to, co zostało ustalone pomiędzy lekarzem i jego pacjentem.

Co jest tutaj najważniejsze to: przecież **lekarz, w takim przypadku postępuje jak najbardziej zgodnie z paragrafem 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej**, co powyżej opisałem. W żadnym przypadku więc nie łamie postanowień tego Kodeksu. Jakiegokolwiek. Żadna Izba Lekarska, żaden sąd lekarski nie ma najmniejszych uprawnień do odebrania takiemu lekarzowi prawa wykonywania zawodu, ponieważ **lekarz postępuje zgodnie z ustalonym przez tę samą Izbę Lekarską Kodeksem Etyki!**

Czy widzimy bezsens tego wszystkiego? Zwracam uwagę wszystkim czytelnikom: ta sprawa nie dotyczy tylko lekarza! Ta sprawa dotyczy zdrowia każdego pacjenta.

**Uważam, że jeżeli ktokolwiek w takiej sytuacji uniemożliwia czy zabrania wprowadzenia wybranej przez lekarza terapii do leczenia jego pacjenta, łamie postanowienia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.**

Również mnie, jako pacjenta, nie interesuje zdanie jakiegokolwiek autorytetu o prowadzeniu eksperymentów medycznych. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w Artykule 39 wyraźnie mówi:

**„Nikt nie może być poddany eksperimentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”.**

W związku z tym, ja pacjent, **zgodnie z Konstytucją, dobrowolnie wyraziłem zgodę na zastosowanie substancji czy terapii, które mogą być uważane za eksperimentalne**. Żadne zgody jakichkolwiek komisji bioetyki mnie już nie interesują. Decyzja ta dotyczy tylko mnie, a nie reszty Polaków!

Pojawił się zarzut, że wtedy lekarze pójdą „na żywioł” i dopiero wtedy zaczną do woli na ludziach eksperymentować. To jest argument bardziej emocjonalny niż merytoryczny. Nie uważam, że lekarz stosujący naturoterapię idzie „na żywioł”. Czy naprawdę wszyscy, którzy tak mówią, w każdym lekarzu widzą doktora Mengele? Założmy zupełnie hipotetycznie, że gdzieś znajdzie się jakiś współczesny „Mengele”. W medycynie zawsze ocenia się stosunek korzyści do występujących problemów wynikających ze skutków ubocznych. Zróbmy to więc i w tym przypadku. Nie sądę, żeby taki lekarz się znalazł, ale założymy, że będzie to jeden czy dwóch. Założmy, że zaszkodzą kilku pacjentom. Jak to miałoby się do setek lub tysięcy lekarzy, którzy w tym samym czasie pomogliby tysiącom, a może milionom Polaków?

Liczba pacjentów zniszczonych chemioterapią, czasami do zgonu włącznie, jest przecież dużo wyższa niż liczba pacjentów, którzy w czasie chemioterapii i po niej czują się świetnie. Jednakże zezwala się na stosowanie wyniszczającej pacjenta chemioterapii, a jednocześnie żadnego z onkologów nie uważa się za współczesnego doktora „Mengele”.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w artykule 68, punkt 1 mówi, że:

### **„Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”**

My natomiast, w sposób niewolniczy, pozwalamy na to, żeby jakiś urzędnik nam to prawo odebrał! Żaden polityk, żaden urzędnik nie ma takiego prawa. Im szybciej to zrozumiemy, tym lepiej dla nas wszystkich.

Dopóki my, Polacy, nie wstaniemy z kolan i nie zaczniemy żądać przestrzegania naszych własnych praw konstytucyjnie nam gwarantowanych, będziemy leczeni nadal tak, jak do tej pory. Będziemy cierpieć, będziemy umierać, będziemy z bezradnością patrzeć na cierpiące czy niepotrzebnie umierające nasze dzieci czy innych członków naszych rodzin tylko dlatego, że opłacanym przez nas urzędnikom państwowym na to pozwoliliśmy. Czas z tym skończyć.

Nie jestem prawnikiem, może też zrobiłem jakiś błąd myślowy, ale uważam, że jeśli ktokolwiek znajdzie się w sytuacji takiej, że jakiś urzędnik zabrania mu leczenia się, należy bez najmniejszej zwłoki uruchomić odpowiednie kroki prawne. Jestem pewien, że są prawnicy, którzy zrobią to za darmo, bo to nie jest walka o prawa ich klienta. To jest walka również o ich prawa, bo prawnicy też chorują i jednego dnia nie będą chcieli być w sytuacji swojego klienta. Wystarczy jedna taka wygrana sprawa.

Problem ten może być natychmiast rozwiązały poprzez wprowadzenie wyżej opisanej nowelizacji ustawy „O zawodzie lekarza i lekarza dentysty”. Uważam również, że wzorem Szwajcarii, **zapis taki powinien być wprowadzony do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej**. Zapis taki konstytucyjnie chroniłby lekarza i jego pacjenta. Zwrócono by Polakom, jak i lekarzom, prawo do ochrony zdrowia i do właściwego leczenia, tak jak w tej chwili jest to nam odebrane. Nikt już nigdy nie mógłby tego zmienić.

W takich przypadkach często się pisze: „Mam nadzieję że jednego dnia... itd.” W żadnym przypadku nie chcę wyrażać nadziei. To po prostu trzeba zrobić! Jeśli tego nie zrobimy, to raz na zawsze przestańmy narzekać na „ten kraj” na „tych polityków” na „władzę”. Wprowadźmy to, co jest dobre dla każdego Polaka.

A co się stanie, kiedy to wprowadzimy? Wtedy dojdzie do poważnego wstrząsu w Polsce. Polska stanie się pierwszym krajem europejskim, który spowoduje rewolucję w leczeniu swoich obywateli. Niech nikt nie mówi, że jest to niemożliwe. Gdyby w latach osiemdziesiątych, 100 000 czy 200 000 ludzi przyszło do generała Jaruzelskiego i powiedziało, że chcą zrzucić ówczesny rząd i chcą zmiany systemu politycznego, to z doświadczenia 13 grudnia 1981 r. wiemy, że w ciągu następnych kilku dni wszyscy siedzieliby już w więzieniach czy byliby internowani.

Tak się nie stało, zmieniono rząd, zmieniony został system polityczny w całym kraju. Dlaczego? Dlatego że „**MAMY TEGO DOŚĆ**” po-

wiedziało 10 milionów członków Solidarności i... stało się coś, co w umysłach wielu osób nigdy stać się nie mogło. To były czasy, kiedy wiele osób było „Za”, ale wiele też było „Przeciw”. Polacy powstały z kolan, bo mieli dość uciemiżenia politycznego i ekonomicznego.

**Zdrowie jednak dotyczy KAŻDEGO z 38 000 000 Polaków.** Ilu Polaków będzie w stanie powstać z kolan w obronie zdrowia swojego i swoich bliskich i powiedzieć: „**MAM TEGO DOŚĆ**”? Kto temu ruchowi powie: „nie”?

Kiedy Polska zostanie liderem tego ruchu i cały ten skostniały, działający przeciwko pacjentowi system runie w gruzu, wtedy inne kraje europejskie natychmiast wprowadzą to samo. Tak, jak w latach osiemdziesiątych kraje Europy Wschodniej podążyły za Polską. Niech teraz też od Polski się to zacznie. Przecież wiadomo, że myśli zmieniają się w czynny, w rzeczywistość. To od nas zależy, jaka ta rzeczywistość będzie. Zróbnmy to, co zrobić należy. Nie lękajmy się.

## **UWAGA**

**Książka ta nie jest podręcznikiem medycyny, ani nie służy do diagnostyki lekarskiej. Jest tylko zbiorem informacji dotyczących leczenia wielu chorób. Sugestie zawarte w tej książce są tylko i wyłącznie informacją, która może oczywiście być wykorzystana, ale każdy organizm może reagować inaczej. Mimo podobieństw, jako *Homo Sapiens* różnimy się. Każde użycie opisanych substancji musi być skonsultowane z lekarzem. Autor nie ponosi żadnej odpowiedzialności za skutki zastosowania zawartych w książce informacji do leczenia przez Czytelników siebie lub osób trzecich.**



**Jerzy Zięba** od ponad 20 lat zajmuje się naturoterapią, szczególnie w odniesieniu do naturalnych metod leczenia i zapobiegania chorobom przewlekłym i nowotworom.

Pierwsza część „Ukrytych Terapii” stała się bestsellерem w latach 2014–2015 i jej sprzedaż osiągnęła milionowy nakład. Ujawnienie wielu skrywanych faktów w medycynie spowodowało ogromne zainteresowanie społeczeństwa polskiego. Autor przeprowadził serie wykładów i seminariów w Polsce

i za granicą, spotykając się z tysiącami osób chorych i z lekarzami, którzy wyrazili chęć zgłębiania propagowanej przez niego wiedzy. Część druga „Ukrytych Terapii” jest kontynuacją tego dzieła.

*Jerzy Zięba w drugiej części „Ukrytych Terapii” zabiera czytelnika we „wszechświat równoległy”, w którym obowiązują jakby nieco zmienione prawa fizyki. Znajdujemy się w innym otoczeniu, gdzie wszystko, do czego byliśmy przyzwyczajeni, wygląda trochę inaczej. Wynika to z całkowicie zmienionego sposobu spojrzenia na to, czym jest choroba i jakie są możliwości jej leczenia. [...] Również ważna jest nadzieję, którą Autor daje ludziom chorym będącym bardzo często osamotnionymi ze swoją chorobą.*

*Niemniej ważne jest to, że Jerzy Zięba budzi w czytelniku „świadomość obywatelską”. Wielokrotnie powtarza, że to my czyli obywatele jesteśmy rzeczywistymi pracodawcami urzędników i funkcjonariuszy publicznych, w związku z czym mamy prawo wymagać od nich pracy na rzecz naszego dobra.*

*Książka Jerzego Zięby jest warta polecenia każdemu, ale w szczególności tym, którzy niezłomnie nie ustają w zadawaniu sobie pytań i nie przestają się dziwić.*

**Dr n. med. Włodzimierz Morawski**



[www.ukryteterapie.pl](http://www.ukryteterapie.pl)