

Fikce a pravda o kardiovaskulárních onemocněních (KVO)

Péči pacientům s KVO poskytuje kardiologie. Tento obor zaznamenal asi největší proměnu v náplni činnosti a metodách léčení v historii medicíny. V problematice kardiologie převažují: tepenná ateroskleróza a její komplikace, hypertenze, tromboembolická onemocnění a přidružené stavy. Někdy se poskytovaná péče rozšiřuje ještě na cukrovku II. typu a na obezitu.

To je náplň činnosti kardiologie. Horší je to s informacemi, které kardiologie poskytuje pacientům o podstatě jejich onemocnění a způsobu léčení. Tady se obor dostává na tenký led nezodpovědného marketingu, který nesděluje pacientům informace podle vědecké pravdy, ale podle úkolu zabezpečovat odbyt chemických léků. Pacienti nejsou dostatečně varováni před ohrožením KVO a jeho náhlými příhodami a zamlčuje se před nimi informace jak se před ohrožením chránit.

KVO jsou zrádná onemocnění tím, jak dokážou člověka přepadnout náhle bez výstrahy. Jejich zrádnost potencují kardiologové tím, jak většina z nich ignoruje jak celostní vidění pacienta, tak i poznatky o působení homocysteinu (Hcy) na cévní systém. Nasazením statinů ke snížení cholesterolu neovlivní účinek zvýšeného Hcy na krevní tlak, na poruchu v metabolizaci krevního cukru a na zvyšování srážlivosti krve. Je pochopitelné, že farmaceutickým firmám vyhovuje, když alespoň 3 specialisté léčí tyto poruchy jakoby šlo o 3 různá onemocnění. Přináší jim to větší obrát, než když léky předepisuje jeden lékař a navíc ještě na jejich jedinou společnou příčinu Hcy.

Výrobci léků investovali nemalé prostředky, aby zamezili rozšíření informace o společné příčině těchto stavů. Společnou příčinu lze léčit jako jediné onemocnění, a navíc účinněji a levněji, protože odstraněním příčiny nemoc zmizí. Chemické léky nepostihují příčinu nemoci, čímž se léčení prodražuje jak zdravotním pojišťovnám, tak samotným pacientům.

Noční můrou manažerů farmaceutických firem je představa, že by se rozšířila prevence KVO a ostatních civilizačních chorob (CCH) do té míry, že by lidé přestali těmito chorobami stonat. V tomto bodě je patrný ostrý konflikt mezi zájmem farmaceutického průmyslu a zájmem občanů: U KVO představuje prevence jediný účinný způsob, jak se chránit před náhlými příhodami, jejichž příchod nic neavizuje.

Srdeční infarkt, mozková příhoda nebo embolie dokážou přijít tak překvapivě, jako blesk z čistého nebe. Růst aterosklerotických plátů v tepnách probíhá bez příznaků: nevyvolává horečku, nebolí, prostě na sebe nijak neupozorňuje. Podobné je to u zvyšování krevní srážlivosti nebo vzniku výdutě na tepně. Je-li vše připraveno tímto nenápadným způsobem, pak ke vzniku náhlé příhody stačí startovací impuls stresu.

Pod jeho vlivem vznikne buď krvácení do aterosklerotického plátu, který se nafoukne jako balonek a uzavře průtok krve v tepně. Nebo se prudce zvýší krevní srážlivost a krevní sraženina ucpe v tepně místo zúžené aterosklerotickým plátem. Další možností pro vznik náhlé příhody je, že se vznikající krevní sraženina utrhne a způsobí embolii v plicích, nebo v mozku. Zvýšení krevního tlaku v důsledku stresu může přetížít zeslabenou stěnu tepenné výdutě, která nevydrží a praskne. Pak už záleží jen na velikosti tepny a lokalizaci postižení, zda člověk podlehne, nebo přežije.

Jen málokdo si umí představit rozsah a závažnost takového postižení a ani lékaři si již neuvědomují, že vysoká úmrtnost na tato onemocnění není normální. Vezmeme-li počty úmrtí na KVO za války a po ní až do roku 1950, pak vidíme, že se po roce 1950 začal tento ukazatel zvyšovat, až dosáhl v roce 1986 strašidelného navýšení o 72 %. Druhé děsivé

konstatování je, že na této hodnotě setrvává téměř beze změn až do dnešní doby, a to přes proklamovaný pokrok medicíny.

Nástup účinku dobře organizované prevence CCH, v podobě klesání jejich výskytu, by byl podstatně rychlejší než spontánní rozvíjení jejich epidemie. Každý jedinec, který začne prevenci CCH využívat, může počítat s dvouměsíčním průběhem metabolické normalizace biochemických procesů v buňkách. Ukáže-li stanovení hladiny Hcy na konci tohoto období dosažení jeho fyziologické hladiny znamená to potvrzení, že dotyčný je vyveden mimo riziko KVO a bude již pouze na něm, zda si tento příznivý stav dokáže udržet.

Kardiologové a s nimi většina ostatních lékařů rozkládají vznik KVO na jednotlivé poruchy, které se podle nich na vzniku KVO podílejí a zastávají názor, že každou z nich musejí samostatně léčit. Nejlepším příkladem tohoto zbytečně komplikovaného přístupu je Syndrom X. Jde kombinaci poruchy ve spektru krevních lipidů (cholesterol a spol.), hypertenze, cukrovky II. typu a obezity. V dnešním systému zdravotnictví není raritou, že každou z těchto poruch léčí jiný lékař.

Označení těchto projevů jako syndrom je lékařským omylem, protože jde o 4 různé projevy stejné poruchy buněčného metabolismu. Když si člověk uvědomí tuto skutečnost napadne ho, zda by nebylo jednodušší a levnější se zaměřit na porušenou fyziologickou souhru biochemických procesů v buňkách a postarat se o její obnovení. Ten, kdo si dosud neosvojil poznatky, které utvářejí objev příčiny vzniku CCH, u toho může být jako pozorovatel, aby zjistil, že po snížení hladiny Hcy do fyziologických mezí se první 3 faktory spontánně normalizují bez jakéhokoli dalšího použití chemických léků.

Údiv typu „to přece není možné!!“ , není na místě. Zvědavý lékař, který nezastává názor: „na to, abych dostal provize za předepisování statinů (prostředky snižující cholesterol) se nepotřebuji doučovat nějaké extravagance z biochemie a fyziologie!“ , se při studiu novějších poznatků z buněčné biochemie dozví jak je to ve skutečnosti. Je poznáný přírodní zákon, že zvýšený Hcy podněcuje k vyšší aktivitě enzym, který je odpovědný za produkci cholesterolu v játrech.

Vědecké práce k tomuto tématu také popisují pokusy na zvířatech a na lidských dobrovolnících, které potvrdily původní hypotézu, že cholesterol v krvi stoupá až po zvýšení Hcy. Pokusně se potvrdil i opačný postup: po léčebném snížení hladiny Hcy se zvýšený cholesterol a ostatní „rozhozené“ lipidy „umoudřily“ a vrátily se do fyziologických hodnot. Tato zjištění umožňují pacientům, kteří špatně snášejí léky na snižování cholesterolu, aby se bez nich obešli a snížili své lipidy na normální hladinu fyziologickým způsobem.

Jsou ale ještě další poznatky o vazbě mezi cholesterolem a Hcy, a sice takové, které vysvětlují jakými mechanismy se rozvíjí ateroskleróza: Zvýšený Hcy, který vyprovokoval vyšší tvorbu cholesterolu v játrech, využívá částic cholesterolu jako přepravních gondol. V játrech do nich vstupuje a nechává se krevním oběhem a s pomocí specifických krevních elementů, přepravit na místo určení v cévní stěně. Tam se bílá krvinka přečpaná cholesterolem a Hcy rozpadne.

Částice Hcy se v cévní stěně uplatňují jako iniciátor rozvoje aterosklerotických plátů. Originální popis McCulyho k tomu zní: Hcy ve stěně cévy podněcuje její svalová vlákna k „růstovému pohybu“. Patologové k tomu potvrzují, že aterosklerotické pláty jsou v počáteční fázi svého vývoje fibrózní a cholesterol se v nich usazuje až mnohem později. I toto zjištění pomáhá zpochybnit cholesterolovou teorii aterosklerózy jako neodpovídající vědeckému poznání..

Dalším faktorem, který se podílí na vzniku KVO je krevní srážlivost. Je více prací, které zcela souhlasně popisují, jak při zvýšení hladiny Hcy v krvi stoupá produkce toho faktoru, který popisují. Shodné popisy stoupající produkce jsou u všech faktorů, o nichž víme, že krevní srážlivost zvyšují. Také je potvrzeno praxí, že po snížení hladiny Hcy na hodnoty pod 7,0 $\mu\text{mol/l}$ se krevní srážlivost vrací k normálu.

A zde se dostáváme k závažnému problému, jehož existence by mohla zvýšit ochotu lékařů osvojit si informace o Hcy a začít jich v praxi využívat. Tím problémem jsou tromboembolické komplikace po chirurgických zákrocích prováděných v narkóze. Ví se, že hladina Hcy stoupá po narkóze, po aplikaci antibiotik a kortikoidů.

Až právníci rodin pozůstalých po pacientech, kteří zemřeli po operaci na tromboembolickou příhodu, posbírají poznatky o jednoduché prevenci, roztrhne se pytel se žalobami proti nemocnicím na zanedbání péče. Pokud se totiž zdravotnické zařízení nepostará v předoperační přípravě o stanovení hladiny Hcy a o podání dávek vitamínů potřebných ke snížení hladiny této škodliviny do fyziologických mezí, bude mít smůlu.

Žaloba obviní zdravotnické zařízení, že se nepostaralo u pacienta před operací o „snížení hladiny Hcy do rezervy“ pro případné pooperační zvýšení jeho hladiny způsobené léčbou. V další fázi vývoje přijdou zcela jistě na řadu žaloby na praktické lékaře a kardiology od pacientů, kteří dostanou srdeční infarkt, nebo mozkovou příhodu jen proto, že dotyčný lékař nevěděl o objevu příčiny vzniku těchto náhle přicházejících stavů, které jsou tak plně preventabilní.

Poznatky, které medicína poskytla k využití v prevenci všech KVO, napovídají, že všechna tato postižení vznikají v naprosté většině případů zcela zbytečně. V protikladu k těmto informacím lze narazit na záměrné dezinformace, které se snaží tvrdit, že podávání vitamínů v kardiovaskulárním léčení, nebo v prevenci těchto chorob, je kontraproduktivní, nebo i nebezpečné. Jde o vymyšlená účelová tvrzení, kterým chybí opora o vědecký výzkum.

MUDr. Karel Erben
primář poradny pro civilizační choroby,
R.M.A. Centrum, Praha 7, Dukelských hrdinů 17