

DR SANJAY GUPTA

Autor bestsellera *Zachowaj mózg w świetnej formie*

# Zapomnij o przewlekłym ból



BUKOWY LAS



## Wprowadzenie

Bess Talbot poważnie obawiała się, że traci rozum.

Miała czterdzieści siedem lat i wyniszczające ataki migreny. Pierwszy wystąpił ponad dwie dekady wcześniej, kiedy jeszcze studiowała prawo. Początkowo zdarzały się okazjonalnie. Kiedy urodziła dzieci, dopadły ją „jak wściekłe wilki”, by użyć jej własnych słów. Teraz nękały ją codziennie.

Ból, który niemal nigdy nie ustawał, wpłynął na każdy aspekt jej życia. Przepisywane leki powodowały senność i przytępiały intelekt. Zapominała, co ma kupić. Zdarzyło jej się zostawić w przymierzalni kluczyki do samochodu. Nie była w stanie się skoncentrować, szukając drogi na parking. Zbierało jej się na płacz. „Gdzie ja jestem? Gdzie są moje rzeczy? Gdzie zaparkowałam samochód?”

– Takie chwile spychają cię w czarną otchłań – mówiła.

Nawet w okresach, kiedy ataki były rzadsze, mogły trwać całymi dniami i dezorganizowały jej życie.

– Czasami myślałam sobie: „Czy mi odbija? A może to nie migrena, tylko rak?”. Doszłam do tego, że chciałam, aby coś znaleźli. Zoperowaliby mnie i może ból by zniknął.

Po latach walki, wielu próbach znalezienia sposobu na pozbycie się bólu i kolejnych porażkach Bess Talbot była u kresu wytrzymałości. Wtedy jej neurolog, który mógł już tylko bezradnie rozkładać ręce, zaproponował, by skonsultowała się z lekarzem, o którym ostatnio usłyszała. Nazywał się Joel Saper i pracował w Instytucie Neurologii i Bólów Głowy stanu Michigan (MHNI) w Ann Arbor. Zdesperowana Bess zdecydowała się na podróż, choć nie bardzo wierzyła, że ten człowiek jej pomoże.

Jeszcze przed wyjazdem z Alabamy członkowie zespołu dr. Sopera, neurologi i psychologowie, zebraли przez telefon dokładny wywiad z Talbot. Rozmawiała więc z lekarzami mózgu i duszy, ale także innymi specjalistami, mającymi jak najlepiej skoordynować jej leczenie z fizykoterapią, terapią zajęciową, dietą i farmakoterapią. Najważniejszym członkiem zespołu była jednak ona sama, Bess Talbot.

Koncepcja dr. Sopera wydawała się prosta, a była rewolucyjna. Założył on, że pacjent nie będzie traktowany jako pasywny obiekt leczenia, lecz jako aktywny badacz, który pracuje ramię w ramię z innymi ekspertami. Skupiając się nie tylko na tym, co leczy, ale również kogo – a więc biorąc pod uwagę historię pacjenta, jego nastawienie i oczekiwania – udało mu się stworzyć optymalne środowisko

dla terapii. Co więcej, pozwalał pacjentowi czuć, że znowu ma wpływ na własny los.

W trakcie trwającej tydzień hospitalizacji Bess opowiedziała Saperowi o wypadku, który miała, będąc cheerleaderką w szkole średniej. Drużyna ćwiczyła trudny układ, ona jako *flier* – czyli ta najodważniejsza, która ląduje na szczycie ludzkiej piramidy – miała właśnie zeskoczyć na ziemię, kiedy piramida zaczęła się rozpadać. Dziewczyna upadła na kość ogonową i poczuła przeszywający ból w plecach. Piramida naprzeciw również się zachwiała i druga „flierka” spadła wprost na Bess, która uderzyła głową o podłogę.

W końcu udało jej się wydostać z płataniny rąk i nóg, trening odwołano, a ona pokuśtykała do domu, odczuwając dotkliwy ból. Musiała zrezygnować z koncertu Guns N' Roses, na który chciała się wybrać w weekend. Lekarz kazał jej nosić na plecach niewygodną ortezę i matka musiała przerobić jej suknię na bal maturalny, żeby w ogóle się w nią zmieściła. Z biegiem lat ten epizod poszedł w zapomnienie, zepchnięty przez wydarzenia aktywnego życia. Pochłonęły ją college, studia prawnicze, przygotowania do maratonów i udział w zawodach – bieganie było jej sposobem radzenia sobie ze stresem.

Kilka lat później, kiedy pojawiły się pierwsze bóle migrenowe, zastanawiała się nawet, czy nie mają związku z tamtym wypadkiem. Z czasem stały się częstsze i intensywniejsze. Ale za każdym razem, kiedy wysuwała tę hipotezę w rozmowach z lekarzami, odrzucali ją jako mało prawdopodobną.

Aż spotkała dr. Sopera.

Był pierwszym lekarzem, który poważnie zainteresował się następstwami upadku. Dowiedział się, że po kilku godzinach matka, wbrew jej protestom, zawiozła ją do szpitala. Zdjęcia wykazały kilka cieniutkich pęknięć na trzech kręgach odcinka piersiowego. I chociaż żadne nie było na tyle poważne, żeby wymagało zabiegu, pozostawiono ją na obserwacji w szpitalu, a potem zalecono używanie ortezy przez sześć miesięcy. Dla Sopera był to istotny element historii choroby: przesłanka, mogąca wyjaśnić obecny stan pacjentki.

Pogłębiony wywiad wykazał historię migren w rodzinie. To prawdopodobnie zwiększało ryzyko ich wystąpienia u Bess, chociaż gdyby nie upadek na treningu, mogłyby się nigdy nie uaktywnić. Soper opisywał skłonność do migreny jako wielki kamień na szczycie stromego wzgórza.

– Genetyka stawia ten kamień na krawędzi – mawiał. – A potem kieliszek wina, menstruacja czy trudniejszy okres w życiu popycha ten kamień, a on zaczyna się toczyć.

Dla Talbot tym czynnikiem był wypadek i powstały w jego następstwie uraz kręgosłupa. Przez wszystkie lata wysiłków, by złagodzić jej ból, nikt nie sięgnął do tej głębszej, pierwotnej przyczyny.

Kiedy lekarz pokazał Bess pasujące do siebie fragmenty układanki, jej rozpacz i zagubienie ustąpiły miejsca zaczątkom nadziei. Cieniowi szansy. Na podstawie tego, co odkrył, Soper zmodyfikował plan leczenia, który teraz zawierał spersonalizowaną terapię i ćwiczenia mające na

celu wzmocnienie w szczególności odcinka szyjnego kręgosłupa. Przez lata próbowała niezliczonych farmaceutyków, w tym tryptanów, ergotamin, opioidów, środków przeciwzapalnych i antydepresyjnych, ale nikt nawet nie zająknął się na temat rehabilitacji.

Korzyści z takiego łączonego podejścia – dokładny wywiad, modyfikowana na bieżąco farmakoterapia i opracowana specjalnie dla niej fizjoterapia szyjnego odcinka kręgosłupa – dały efekty już w ciągu kolejnego roku. Zaaplikowane łącznie przyniosły poprawę. Pacjentka nabrała pewności w odczytywaniu fizycznych i emocjonalnych oznak nadchodzącej migreny oraz reagowaniu na nie. Co więcej, kiedy w miarę dostosowywania terapii sama doświadczyła zmiany w natężeniu bólu, miała dodatkowy bodziec, żeby więcej ćwiczyć, medytować i stosować metody panowania nad stresem. Oczywiście nie mogła ćwiczyć bez przerwy, był to jednak dla niej lek na poczucie beznadziei.

– Dla mnie to było jak nowe życie – mówiła. To samo powiedziała lekarzowi: „Zwrócił mi pan moje życie”. – Zastanawiałam się, co by było, gdybym spotkała go dwadzieścia lat wcześniej. O ile lepszą matką bym była? Lepszą żoną? Wszystko byłoby lepsze bez tych migren.

Jej podróż do wyleczenia zaczęła się prosto – od rozmowy o bólu. Doktor Saper wniósł do niej precyzję fachowca, multidyscyplinarne doświadczenie i szczerą chęć współpracy z pacjentką, aby na nowo określić jej relacje z bólem. Zmienił zasady, znalazł nowe sposoby leczenia i zapobiegania.

Historię Bess Talbot przytoczyłem na samym początku, ponieważ daje ona otuchę milionom ludzi na całym świecie, cierpiącym z powodu chronicznego bólu – w szczególności tym, którzy czują się osamotnieni, zapomniani i zamknięci w klatce ciała, które ich zdradziło.

Istnieje realna droga wiodąca przez ból i jeszcze dalej. Znajdziesz ją w tej książce, a ja mam nadzieję cię nią poprowadzić.

Od czasu, kiedy zostałem neurochirurgiem, w medycynie dokonał się oszałamiający postęp. Potrafimy usuwać guzy, które kiedyś uważano za nieoperacyjne, i naprawiać kręgosłupy, które jeszcze niedawno wydawały się nieodwołalnie uszkodzone. Mamy całkiem niezłe pojęcie, gdzie w ludzkim mózgu mieszkają poszczególne emocje i nawyki; potrafimy nawet przy nich majstrować, używając do tego głębokiej stymulacji. Ból, z powodu swojej złożonej i subiektywnej natury, stanowi poważniejsze wyzwanie, a jednak i na tym polu poczyniliśmy zauważalne postępy.

Przez kilka ostatnich dziesięcioleci dowiedzieliśmy się o naturze bólu więcej niż kiedykolwiek wcześniej. Lepiej rozumiemy, co może go powodować, jak możemy go łagodzić i co zrobić, żeby go zminimalizować, a nawet wyeliminować do końca życia pacjenta. Wiele z tych przełomowych odkryć nie jest jeszcze szeroko dostępnych opinii publicznej. Mam nadzieję to zmienić właśnie dzięki tej książce. Przez kilka ostatnich lat przyglądałem się problemowi bólu okiem neurochirurga, ale również dziennikarza śledczego. Teraz jestem pewien: **nie musi boleć.**

Istnieje nadzieja. Pomoc. I uzdrowienie – wbrew temu, co mogliśmy sobie wyobrazić.

Na kartach tej książki chcę przedstawić to, czego dowiedzieli się lekarze i badacze specjalizujący się w problemie bólu. Dzięki nim zmienia się sposób, w jaki go rozumiemy i doświadczamy. Poznasz bezpośrednio świadectwa pacjentów, z których wielu cierpiało na chroniczny ból w niedoskonałym systemie opieki zdrowotnej, ale w końcu znalazło ulgę dzięki konwencjonalnym (a czasem i niekonwencjonalnym) metodom. Przekaz brzmi: jeśli cierpisz, istnieje znacznie więcej efektywnych metod leczenia, niż się spodziewasz. I co równie istotne, sporo możesz zrobić dziś, żeby uniknąć bólu jutro. Są to strategie, które zacząłem stosować u siebie, żony, moich nastoletnich dzieci i osiemdziesięcioletnich rodziców.

Znaczenia redukcji czy nawet całkowitej eliminacji bólu nie sposób przecenić. Prawie jedna czwarta dorosłych (24,3%) cierpi z powodu chronicznego bólu, a u niemal co dziesiątej osoby (8,5%) ból w sposób znaczący wpływa na jej życie – nie tylko utrzymuje się powyżej trzech miesięcy, ale wyraźnie ogranicza aktywność osobistą i zawodową. Statystyki pogarszają się wraz z wiekiem pacjentów. Pośród respondentów badania National Health Interview z 2023 r. odsetek osób, które w ciągu ostatnich trzech miesięcy cierpiały z powodu chronicznego bólu, zwiększał się z 12,3% dla grupy wiekowej 18–29 lat aż do 36% (o ponad jedną trzecią!) dla osób w wieku powyżej 65 lat. Również częstość występowania bólu dotkliwego, o znaczącym wpływie na życie pacjenta,

zwiększała się z wiekiem z 3% dla grupy 18–29 lat aż do 13,5% dla pacjentów starszych niż 65 lat. Niemal dwie trzecie ankietowanych, którzy skarżyli się na chroniczny ból, po roku nadal cierpiało.

Nowe przypadki chronicznego bólu pojawiają się w lawinowym tempie i wśród dorosłych obywateli USA dominują nad innymi częstymi dolegliwościami, wliczając w to cukrzycę, depresję i nadciśnienie. To samo zjawisko występuje w skali globalnej. Prawie jedna piąta światowej populacji doświadcza jakiejś formy przewlekłego bólu, co czyni go jednym z największych problemów i wyzwań dla światowego systemu opieki zdrowotnej.

Ostatnio zyskaliśmy możliwość, aby przyjrzeć się, co najczęściej boli Amerykanów. U.S. Pain Foundation (Fundacja Walki z Bólem) w raporcie z 2022 r., zatytułowanym *A Chronic Pain Crisis* („Kryzys bólu przewlekłego”), ujawniła następujące przyczyny:

- ▶ ból pleców (67%),
- ▶ ból stawów o podłożu artretycznym (56%),
- ▶ neuropatie (53%),
- ▶ ból szyi (51%).

Również dość szeroko rozpowszechnione są:

- ▶ skurcze mięśni (38%),
- ▶ ból biodra (37%),
- ▶ bóle głowy (36%),
- ▶ fibromialgie (36%),

- ▶ osteoartroza (33%),
- ▶ zespół jelita drażliwego (28%),
- ▶ chroniczne migreny (27%).

Co chyba najbardziej zaskakujące, zaledwie 35% respondentów stwierdziło, że ból w ich przypadku jest bezpośrednim skutkiem urazu powstałego na przykład podczas wypadku komunikacyjnego bądź zdarzenia w miejscu pracy. Ogromna większość nie wskazywała żadnej konkretnej przyczyny lub jednej dolegliwości, która miałaby związek z odczuwanym bólem. W istocie 20% z nich mówiło o dwóch do pięciu czynników, 30% o sześciu do dziesięciu, 20% o jedenastu do piętnastu, a 21% o ich większej liczbie. Co najmniej jedna osoba wskazała 42 dolegliwości. Koszmar. Czy jesteś sobie w stanie wyobrazić, z jakim brzemieniem przyszło im żyć? Ból powoduje ogromne obciążenie fizyczne, emocjonalne i społeczne, co po części stanowi przyczynę, dla której tak trudno go leczyć i zbyt często bywa lekceważony przez lekarzy.

Ból może być ostry lub przewlekły. Ten pierwszy pojawia się nagle i jest intensywny; przewlekły utrzymuje się w długim okresie, zwykle przekraczającym trzy miesiące. Ból ostry jest na ogół bezpośrednią odpowiedzią na dostrzegalny uraz. Ma jasno określoną funkcję: powinien zwrócić naszą uwagę i zmusić nas do unikania potencjalnie niebezpiecznych działań w przyszłości.

Ból chroniczny natomiast może wynikać z nieprawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu

nerwowego, co jest szczególnie mylące, bo wydaje się, że nie służy żadnemu konkretnemu celowi. W niektórych przypadkach jego przyczyna to nie dysfunkcja, lecz głęboko ukryta tajemnica, której obecny poziom wiedzy nie pozwala na razie rozwikłać. Dopóki nie dowiemy się więcej, dopóty powód, dla którego układ nerwowy pacjenta zaczął szwankować, pozostaje ukryty w gąszczu zawilóści, który onieśmiela najtęższe umysły nauki i medycyny od czasów starożytnych.

Pisząc tę książkę, przypomniałem sobie o czymś, o czym dowiedziałem się jeszcze jako dziecko. Ludzie mają tendencję do wyciągania lekcji z trudnych sytuacji. Starają się nadać im jakiś sens. Szukają znaczenia, morału płynącego ze swego nieszczęścia, a to zwykle prowadzi do obwiniania siebie. Tymczasem ból przewlekły często nie podsuwa żadnej nauki. Nie wskazuje winnego. Jest tylko tym, czym jest – bólem. I niczym więcej.

Truizm ten nie ustrzegł jednak ludzi od marginalizowania lub niedostrzegania bliźnich cierpiących z powodu bólu. Dotyczy to zwłaszcza bólu przewlekłego, wynikającego z takich dolegliwości, jak migrena, fibromialgia, zespół jelita drażliwego bądź endometrioza. Schorzenia te (i wiele innych) są traktowane jako „niewidzialne” bądź „nieme”. Nie tylko dlatego, że ich objawy nie zawsze są oczywiste, ale również dlatego, że narzędzia diagnostyczne, którymi dziś dysponujemy, często nie wykazują odstępstw od normy. W medycynie głównego nurtu oznacza to zazwyczaj, że nie ma czego leczyć. Niefortunny – i błędny – wniosek płynący z tego założenia jest taki,

że jeśli najtęższe mózgi nie potrafią rozwiązać problemu, to „obiektywnie on nie istnieje”.

Brak obiektywnych standardów oceny bólu zrodził termin „cierpienie subiektywne”, sugerujący, że ból jednej osoby może być dowolnie interpretowany przez inną. Zbyt często prowadzi to do wykształcenia się postaw lekceważących wobec ludzi cierpiących na chroniczne bóle. Uważa się ich za mięczaków pozbawionych dostatecznie silnej woli, by przemoc ból. Albo lekomanów szukających pretekstu do wyłudzenia środków przeciwbólowych lub po prostu wymigania się od pracy. Dla tych z nas, których celem jest niesienie ulgi w cierpieniu – niezależnie, czy jest ono mierzalne, czy nie – fakt, iż ból jest odczuciem subiektywnym, nie oznacza, że nie jest on realny. Owszem, jest realny jak każde inne schorzenie, a tylko znacznie bardziej enigmatyczny.

Jednym z powodów, dla których postanowiłem napisać tę książkę, był fakt, że przewlekły ból dotknął również członków mojej rodziny. To, że towarzyszyłem im w cierpieniu, wiele mnie nauczyło. Byłem na przykład świadkiem, jakim wyzwaniem jest dla nich poruszanie się w systemie opieki zdrowotnej, i to nawet z moją pomocą. Widziałem sytuacje, kiedy skądinąd zdolni lekarze lekceważyli objawy nawet po zapoznaniu się ze szczegółowym zapisem niemal codziennych dolegliwości.

Już samo to, oczywiście, stanowi problem, ale jest też wskaźnikiem jego złożoności. Dzięki pacjentom, kolegom, członkom rodziny, jak również własnemu

doświadczeniu zawodowemu wiem, że ból i cierpienie manifestują się na niezliczone sposoby. Mamy jednak spory wachlarz reakcji. Możemy zmienić zarówno nastawienie do bólu, jak i sam ból. I właśnie o tym jest ta książka.

Na kolejnych stronach dowiesz się, co możesz zrobić już dziś – zmodyfikować styl życia, odżywianie, nastawienie i zachowanie – aby znacząco zredukować ryzyko rozwinięcia się w przyszłości dolegliwości bólowych. Niektóre z tych technik mogą cię zaskoczyć. Prawdopodobnie słyszałeś o protokole RICE – *rest, ice, compression, elevation* (odpoczynek, lód, ucisk, uniesienie), stosowanym w przypadku urazów. Coraz liczniejsze przesłanki skłaniają nas do redukcji bólu przewlekłego poprzez procedurę zwaną MEAT – *mobilization, exercise, analgesia, treatment* (ruch, ćwiczenia, środki przeciwbólowe, leczenie).

Oczywiście ukuliśmy wiele takich sprytnych akronimów: POLICE – *protection, optimal loading, ice, compression, elevation* (ochrona, optymalne obciążenie, lód, ucisk, uniesienie); PEACE – *protection, elevation, avoid anti-inflammatories, compression, education* (ochrona, uniesienie, rezygnacja ze środków przeciwzapalnych, ucisk, edukacja) czy też LOVE – *load, optimism, vascularization, exercise* (obciążenie, optymizm, unaczynienie, ruch). Wszystkie te strategie łączy jedno: dopuszczają do działania naturalne procesy lecznicze ciała i pozwalają im działać w normalnym trybie, zamiast je zakłócać lub przyspieszać.

Wyjaśnię, dlaczego tak ważne jest, aby pozwolić ciału działać. Na razie wspomnę tylko, że nie każdy proces

zapalny jest szkodliwy. Przygotuj swoje walki do masażu. Ich regularne użycie może zmniejszyć prawdopodobieństwo bólu, szczególnie po urazach tkanek miękkich. Cienka warstwa tkanki łącznej, zwana powięzią, która otula mięśnie, może z czasem stać się boleśnie ciasna i sztywna, tak więc przedłużenie jej elastyczności ma kluczowe znaczenie. Obserwujemy też zachęcające wyniki akupunktury, iniekcji do punktów spustowych czy terapii manualnej – masażu oraz innych technik fizjoterapii. W dalszej części książki zajmę się z kolei substancjami takimi jak kannabinoidy (CBD), ketamina i szerokie spektrum psychodelików.

Dzięki rozwojowi opartemu na dowodach naukowych, odkryciom medycyny i zdrowemu rozsądkowi możemy od nowa napisać historię bólu oraz zdefiniować nasz arsenał do walki z nim, a często i do profilaktyki przeciwbólowej. Wierzę, że można przeżyć życie niemal bez bólu, i chcę ci to pokazać.

Zbierając dziesiątki wywiadów do tej książki, przekonałem się, że również naukowcy i lekarze zajmujący się bólem nie mogą się doczekać zmiany w jego rozumieniu, diagnostyce i leczeniu. W ciągu ostatnich lat na badania związane z bólem przeznaczano coraz większe środki. Powstały nowe leki, terapie, procedury chirurgiczne, rozwinęło się podejście naukowe i holistyczne. Mimo to chorych jest coraz więcej i problem społeczny się pogłębia. Prace zespołu badawczego doprowadziły do sformułowania czterech głównych przyczyn tego stanu:

1. Zarówno pacjenci, jak i terapeuci postępują w myśl błędnego poglądu, że większość przypadków da się wyleczyć za pomocą farmaceutyków bądź ustalonych procedur medycznych.
2. Szkolnictwo medyczne nadal kładzie główny nacisk na stosowanie opioidów, pomijając inne możliwości.
3. Komercyjny model medycyny promuje nadmierne uproszczone rozwiązania skomplikowanych problemów.
4. Pacjenci sprowadzani są do roli biernych uczestników. Pomijają się najczęściej znaczenie profilaktyki i samoopieki, a także opartych na niej terapii, pomimo dowiedzionych długofalowych korzyści.

Bariery te można przełamać. Z ufnością patrzę w przyszłość, wierząc, że dziedzina ta jest gotowa na gruntowne zmiany. Dlaczego? Ponieważ my wszyscy – lekarze i pacjenci – stoimy u progu nowej ery, jeśli chodzi o zrozumienie i leczenie bólu.

Poniżej kilka wniosków, które rozwinę w dalszych rozdziałach:

- ▶ To mózg „tworzy” ból, ale również mózg ma zdolność do gruntownej zmiany jego doświadczania, redukcji, a nawet eliminacji.
- ▶ Ponieważ wszyscy posiadamy w naszych fałdach mózgowych własne, unikalne sygnatury bólu,

możliwe będzie stosowanie wysoce spersonalizowanych terapii.

- ▶ Twój mózg odpowiada na impulsy płynące z nerwów czuciowych, aktywując rodzaj sieci neuronowej, która z kolei uruchamia zmiany fizjologiczne w organizmie. Ta dwutorowa interakcja daje szansę na zmianę transmisji i chemii bólu.
- ▶ W centrum uwagi znalazły się obecnie nierówności i uprzedzenia związane z rasą, płcią i tym podobne. Ich szeroka świadomość utoruje drogę do wydajniejszego i bardziej zindywidualizowanego systemu opieki.
- ▶ Rozwój technologii, w tym pomoc sztucznej inteligencji w ocenie i leczeniu bólu, może się stać drogą do nowych, bezpieczniejszych, precyzyjniejszych i skuteczniejszych terapii.
- ▶ Zgromadziliśmy więcej niż kiedykolwiek dowodów na korzyści płynące ze zdrowego snu, z odżywiania, metody radzenia sobie z bólem opartej na uważności (MBPM), terapii powięziowej, jogi, specjalistycznej psychoterapii... W rezultacie coraz liczniejsi lekarze biorą je pod uwagę.

I co najważniejsze:

- ▶ Wzmogły się naciski, aby urealnić badania nad bólem. Podejmowane są wysiłki, by przeprowadzać testy terapii w czasie rzeczywistym. Pacjenci z bólem nie są już marginalizowani, wręcz przeciwnie – coraz

częściej zaprasza się ich do dzielenia się swymi doświadczeniami. Są nawet członkami komitetów naukowych i ciał doradczych. Dopiero teraz przyznajemy wreszcie, że zawsze trzeba zacząć od wysłuchania pacjenta, aby móc zrozumieć jego wyjątkowe problemy i potrzeby.

Jeśli w ciągu ostatnich dwudziestu lat zdarzyło ci się przeczytać coś o bólu, musiała tobą wstrząsnąć „epidemia opioidów” – tragedia napędzana przez ignorancję, arogancję i chciwość. Podobnie jak ja czułeś zgrozę i smutek w obliczu tylu istnień zniszczonych przez uzależnienie. Kiedy ten problem się zaczynał, byłem młodym stażystą na neurochirurgii. Obserwowałem go z bliska jako lekarz i publicysta. Nie o tym jednak jest ta książka.

Ponieważ publiczna dyskusja koncentruje się wokół opioidów, wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że istnieje mnóstwo innych skutecznych opcji, które mogą pomóc. Kiedy pisałem tę książkę, U.S. Food and Drug Administration (FDA – Agencja Żywności i Leków) zatwierdziła nowy nieopiodowy lek – po raz pierwszy od ćwierć wieku. Nowe procedury oddziałów ratunkowych niemal nie przewidują opioidów. (Pokażę ci jeden z takich systemów, byś mógł zrozumieć, jak tego dokonano i co to oznacza dla przyszłości terapii bólu).

Niektóre czynniki uśmierzania i zapobiegania bólowi przez cały czas mieliśmy w zasięgu ręki. Pewnych praktyk leczniczych, przekazywanych w różnych kulturach od tysięcy lat – i skutecznych! – zachodnia medycyna

w ogóle nie brała pod uwagę. Wyjaśnię, jak stosować je na co dzień. Inne z kolei wynikają z przełomowych odkryć, które jeszcze kilka lat temu nikomu nawet się nie śniły. Współczesna nauka wraz ze starożytną mądrością zaczęły powoli łamać kod bólu. Ty również możesz.

Pamiętaj: jesteś najlepszym ekspertem od własnego bólu. Jeśli zwrócisz uwagę na swoje ciało, wsłuchasz się w nie i będziesz je bacznie obserwować, strategia walki z bólem sama zacznie się nasuwać. Każdy z nas ma wewnętrzne narzędzia i zasoby, pomocne w łagodzeniu dolegliwości bólowych i zapobieganiu im w późniejszym życiu. Wszystko zaczyna się od kontaktu – pacjenta z lekarzem, rodziną czy grupą wsparcia. Ale najważniejszy kontakt to ten w nas, między ciałem a mózgiem.

Zapobieganie często bywa najpotężniejszą bronią. Zapewnia narzędzia kontroli ryzyka wystąpienia ostrego lub przewlekłego bólu. Mam garść rad, jak zmniejszyć wrażliwość i wzmocnić odporność na ból, a gdy już się on pojawi – jak skorzystać z licznych narzędzi, by uleczyć go szybciej.

Zaczniemy od zmiany rozumienia bólu, abyście ty i twój lekarz mogli wpływać na to, jak twoje ciało i mózg przetwarzają jego sygnały.



CZĘŚĆ I

NOWOCZESNA  
NAUKA O BÓLU



## Ból stuka do drzwi

Nie tak dawno byłem z dziećmi na nartach w czasie ich wiosennych ferii. Zadzwoiła do mnie mama. Jako neurochirurg-traumatolog – a także dziennikarz – zawsze jestem pod telefonem i kilka osób może mnie złapać o każdej porze dnia i nocy. Należą do nich moja żona, szef chirurgii w Emory University Hospital, producent wiadomości CNN, no i oczywiście mama. Doskonale wiedziała, że zastanie mnie na stoku, więc zaniepokoił mnie jej numer na wyświetlaczu. Zsunąłem kask z ucha i powiedziałem „halo”, a ona bez powitania przeszła do rzeczy. Zupełnie wypranym z emocji tonem oświadczyła:

– Złamałam kręgosłup.

Moja osiemdziesięciodwuletnia matka, która nie przeleżała chyba ani jednego dnia w życiu, upadła. Po prostu straciła równowagę, mocując się z walizką, i poleciała do tyłu. Wylądowała na pupie w pozycji siedzącej. Zabolalo; potem

bolały ją plecy, ale nie zwracała na to uwagi. Niestety, mimo masażu, odpoczynku, chłodzenia, a nawet grzania przez kilka dni ból się utrzymywał. Niemal tydzień po zdarzeniu zdecydowała się wreszcie zrobić prześwietlenie. Wykazało ono pęknięcie w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.

Sam fakt, że zadzwoniła, dowodził, jak poważna była sytuacja. Mama nigdy się nie skarży. Przeciwności losu bierze na klatę jak ordery i jeśli o nich mówi, to w anegdotycznej formie, czasem prezentując bliznę lub siniak. Nie zgodziła się na znieczulenie zewnątrzoponowe przy porodzie i była mocno zdziwiona, że kogoś to zaskoczyło. Kiedy trzydzieści lat temu okazało się, że ma raka piersi, potraktowała go jak pryszczka. Guz był, potem go nie było, o czym tu mówić? Nie brała leków, zrywała się z łóżka o świcie, a kładła później niż wszyscy, doglądała wnuków, gotowała, sprzątała i starczało jej jeszcze czasu na szkolne przedstawienia. To mama zawsze motywowała nas do większego wysiłku. Od dzieciństwa pamiętam ją w ciągłym ruchu, pośpiechu, wiecznym pędzie.

Nie potrafiłem sobie wyobrazić mamy w chorobie, słabej i zależnej od innych. Kiedy więc zadzwoniła, a ja wychwyciłem w jej głosie ton, którego nigdy wcześniej nie słyszałem, byłem przerażony.

Poleciałem prosto na Florydę. Przez kilka dni oglądałem jej zdjęcia, rozmawiałem z lekarzami i pomagałem ustalić najlepszą strategię leczenia. Kiedy przyleciałem, cierpiała tak bardzo, że prawie nie wstawała z łóżka. Dawniej nie wyglądała na swój wiek, ale teraz miała zapadnięte policzki i wyraźne, głębokie zmarszczki wokół oczu. Przy każdym

poruszeniu krzywiła się z bólu, a ja zrywałem się z krzesła, choć nie bardzo wiedziałem, jak jej pomóc.

Mama doznała złamania pierwszego kręgu odcinka lędźwiowego. Kręgosłup dzieli się na odcinki. Szyjny zawiera siedem kręgów. Kolejne dwanaście mieści się w odcinku piersiowym i każdy z nich łączy się z parą żeber. Pięć kręgów znajduje się w odcinku lędźwiowym, który przechodzi w krzyżowy, umieszczony pomiędzy kośćmi biodrowymi miednicy.

Przy takich urazach jak ten, któremu uległa moja mama, zwykle pierwszą odnogą decyzji jest ustalenie, czy jest to przypadek chirurgiczny, czy nie. Czy operacja będzie najlepszą opcją? Nie ma wątpliwości, że krwiak w obrębie mózgowia czy pęknięty wyrostek robaczkowy wymagają interwencji chirurga. Tymczasem przypadek mamy był mniej oczywisty i trzeba było wziąć pod uwagę także inne okoliczności.

Używając terminologii medycznej, mama miała złamanie kompresyjne kręgu L1. Z grubsza cylindryczna kość została zgnieciona i odkształcona. Mówiąc obrazowo, spłaszczona na naleśnik. Na szczęście nie wystąpiły deficyty neurologiczne, drętwienia czy osłabienie; mogła sama korzystać z łaźienki. Objawem dominującym był ból i to rodziło kolejne pytania:

- ▶ Czy ból jest na tyle silny, że dostępne metody nieoperacyjne, takie jak farmakoterapia czy fizykoterapia, są niewystarczające lub z innych powodów niewskazane?

- ▶ Jak długo ból będzie się utrzymywał po wygojeniu złamania i czy pacjentka może go tak długo znosić?
- ▶ Czy jej wiek i stan kości wpłyną na czas gojenia, prawdopodobnie wydłużając go, a co za tym idzie, wydłużając okres, w którym będzie utrzymywał się ból?

I najważniejsze:

- ▶ Czy operacja rzeczywiście pomoże uśmierzyć ból?

Mama nie pozostawiła miejsca na wątpliwości co do pierwszej kwestii.

– Nie dam rady żyć w ten sposób – powiedziała.

Miałem świadomość, że dotkliwy ból może się utrzymywać co najmniej przez dwa miesiące. Dla niej było to jak wieczność. Wiedziałem też, że nie zechce przyjmować opioidów w wysokich dawkach. Była niska i szczupła; w przeszłości taka terapia mocno ją otępiła, co dodatkowo komplikowało leczenie. Jasno dała też do zrozumienia, że nie zamierza poddać się mocno inwazyjnej operacji w swoim wieku i stanie.

Wspólnie z lekarzami zdecydowaliśmy się na stosunkowo nową metodę – mało inwazyjny zabieg zwany kifoplastyką. Znałem tę procedurę, napisałem nawet o niej kilka artykułów naukowych. Teraz wytłumaczyłem ją mamie:

– Wyobraź sobie kartonowe pudełko. A teraz wyobraź sobie, że ktoś je zgniótł od góry. Kiedy to sobie

zwizualizujesz, zauważysz, że dwie rzeczy zaszły jednocześnie: pudełko straciło na wysokości, ale zyskało na szerokości. To właśnie stało się z twoim kręgiem i powoduje ból.

W trakcie kifoplastyki do zniszczonego kręgu przez skórę wprowadza się igłę, a przez nią niewielki balonik. Kiedy znajdzie się wewnątrz, zostaje napompowany. Balon, powiększając się, z powrotem odkształca kość. Aparatura rentgenowska pozwala ocenić, czy kręg odzyskał z grubsza normalną wysokość. Wtedy usuwa się balon i przez tę samą igłę wstrzykuje porcję cementu, który szybko tężąc, stabilizuje prawidłową geometrię kręgu.

Zebrane przez nas dane wskazywały, że kifoplastyka pomoże przywrócić kształt kręgu, więc po wielu naradach zaplanowaliśmy zabieg.

– Jak duże jest prawdopodobieństwo, że to pomoże, Sanjay? – zapytała mama.

Pytanie było zrozumiałe, ale odpowiedź trudna. Jednym z największych wyzwań medycyny jest chęć uzyskania względnie pewnych rezultatów w mocno probabilistycznej dyscyplinie. Owszem, byłem dobrej myśli, ale pewności nie miałem.

Zrozumiała. Rano w dniu operacji spojrzała na mnie i powiedziała:

– Jeśli to nie pomoże, chyba pożegnam się z życiem.

Ból ją wykańczał.

Mama jest twarda. Dzieciństwo spędziła w obozach dla uchodźców, a mimo to została pierwszą kobietą zatrudnioną jako inżynier w zakładach motoryzacyjnych

Ford Motor Company. Wtedy jednak wydała mi się krusza jak nigdy i z pewnością sprawił to ból. Taki właśnie jest: kiedy cierpisz, przyćmiewa wszystko, odbiera nawet myśl o przyszłości.

Na szczęście operacja, która trwała około godziny, udała się. I co niezwykle, mama niemal natychmiast odczuła ulgę. Mówiąc szczerze, nadal nie do końca rozumiem (podobnie jak wielu innych lekarzy, którzy stosują tę procedurę), dlaczego kifoplastyka jest tak skuteczna w redukowaniu bólu. Czy dlatego, że przywraca prawidłową anatomię uszkodzonego kręgu? A może, jak sugerował jeden z chirurgów operujących mamę, cement ogrzewa włókna nerwowe, które przewodzą czucie w kościach? Ulga mogła mieć też podłoże psychologiczne, bo zabieg dał pacjentce tak potrzebną nadzieję. Sprawy wreszcie szły w dobrym kierunku i już samo to było krzepiące.

Jakakolwiek była przyczyna, ból natychmiast zelżał od „chcę umrzeć” do „trzy na dziesięć”. Znacznie poprawił się też nastrój mamy, również dlatego, że nie musiała już brać środków przeciwbólowych. Choć uśmierzały ból, wprawiały ją w przygnębienie. Powodowały również zaparcia, przez co nie miała apetytu. A nie jedząc, robiła się ospała. Zakłęty krąg.

Wszystko to się zmieniło, kiedy zyskała lepszą kontrolę nad bólem. Przez kilka następných dni, które z nią spędziłem – najpierw w szpitalu, a potem w domu – znowu dostrzegłem, jak wszystko jest ze sobą ściśle powiązane: objawy, ból i ogólne samopoczucie. Mama była jak nowo

narodzona. Chodź tydzień wcześniej nękały ją myśli samobójcze, to kiedy wyjeżdżałem, pichciła coś w kuchni, pogwizdując pod nosem.

Złożoność zjawiska bólu niesie różne możliwości

Ból jest niesłychanie złożonym zjawiskiem biologicznym, a przy tym w dużej mierze wytworem umysłu.

Jego zagadka wymyka się nam po części dlatego, że za powstanie bólu odpowiada mózg, będący bardzo skomplikowanym organem. Po trzydziestu latach, które poświęciłem neurochirurgii, ludzki mózg wciąż mnie zachwyca, oszałamia i fascynuje.

WYDAWNICTWO BUKOWY LAS



wydawnictwobukowylas



wydawnictwobukowylas



wydawnictwobukowylas




bukowylas.pl

**KUP TERAZ**



swiatksiazki.pl

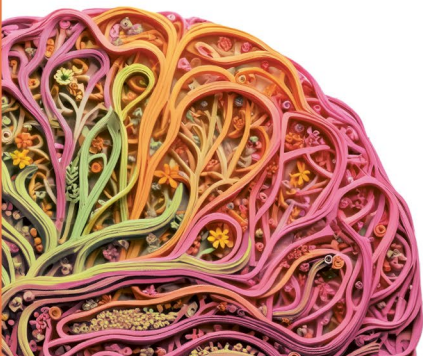


**Uwolnij się od bólu  
dzięki nowoczesnym technikom  
i poradom znakomitego neurochirurga**

Miliony osób doświadczają uporczywego bólu. Istnieją jednak skuteczne metody łagodzenia go. Autor udowadnia, że ból ma charakter nie tylko fizyczny, ale także społeczny i emocjonalny. Trudny do leczenia i często ignorowany, zazwyczaj zwalczany jest za pomocą leków bądź inwazyjnych zabiegów. Tymczasem nasz mózg „tworzy” ból, ale posiada również niezwykłą zdolność do jego eliminowania.

Dr Gupta omawia konwencjonalne i nowoczesne metody leczenia. Dokonuje przeglądu powszechnie dostępnych środków przeciwbólowych. Porusza również tematykę substancji psychodelicznych i suplementów.

Poznaj skuteczne strategie, odzyskaj kontrolę nad swoim życiem i poczuj ulgę!



Nr 21000328/D0

ISBN 978-83-68758-80-1



9 788368 758801



bukowylas.pl

Cena: 44,90 zł