

DAVID H. NEWMAN

CIEŃ HIPOKRATESA
TAJEMNICE DOMU MEDYCYNY

tłumaczenie Mateusz Borowski

Wydawnictwo Znak Kraków 2010

Tytuł oryginału *Hippocrates' Shadow. Secrets from the House of Medicine*

Copyright © 2008 by David Newman

Projekt okładki Jakub de Barbaro

Opieka redakcyjna Mariusz Gądek Magdalena Zielińska

Konsultacja merytoryczna lek. med. Kasper Uznański

Adiustacja Bogumiła Gnyp

Korekta Małgorzata Biernacka Julita Cisowska

Opracowanie typograficzne Daniel Malak

Łamanie Piotr Poniedziałek

Copyright © for the translation by Mateusz Borowski

ISBN 978-83-240-1408-8

Książki z dobrej strony: www.znak.com.pl Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 30-105
Kraków, ul. Kościuszki 37 Dział sprzedaży: tel. (12) 6199 569, e-mail:
czytelnicy@znak.com.pl

Dla Mamy, Taty, Pie i Dude'a

*„Życie trwa krótko, Sztuka ma długi żywot,
okazja szybko umyka, osąd trudno wydać,
doświadczenie wymyka się z rąk”.*

Hipokrates, 400 p.n.e.

PRZEDMOWA

DOKTOR HIPOKRATES

Jak na dzisiejsze standardy Hipokrates stosował dalece niekonwencjonalne metody leczenia. Ojciec założyciel medycyny rutynowo badał smak uryny pacjentów, oglądał ropę i woskowinę uszną, wąchał i dokładnie oglądał ich kał. Oceniał lepkość potu i badał krew, flegmę, łzy i wymiociny. Zapoznawał się dokładnie z ogólnym samopoczuciem pacjentów, a także z ich sytuacją rodzinną i domową, studiował nawet ich wyraz twarzy. Zanim postawił ostateczną diagnozę i zaproponował terapię, brał również pod uwagę przyzwyczajenia żywieniowe badanej osoby, porę roku, wiatry dominujące w danym regionie, zasoby wody w domu pacjenta oraz kierunek, w którym była zwrócona fasada domu. Zbierał informacje, zadawał wnikliwe pytania i cierpliwie dokumentował wszystkie fakty.

Współcześni lekarze często z niedowierzaniem czy wręcz przerażeniem kręcą głową, kiedy słyszą opisy metod diagnostycznych Hipokratesa. Natomiast laicy reagują zupełnie inaczej - mówią głośno, jak wspaniale byłoby leczyć się u Hipokratesa. Ta rozbieżność opinii ilustruje samo sedno tematu, jaki podejmuję w tej książce: w którymś momencie trwającej dwa tysiące czterysta lat podróży z wyspy Kos w starożytnej Grecji do współczesnych szpitali, gdzie medycynę wspiera nauka i technologia, rozeszły się drogi pacjentów i lekarzy. Obie grupy mają dziś inne oczekiwania i inne cele. Na początku zapewne rozminęliśmy się ledwo o krok, choć wybrane przez nas drogi z pewnością były wybrukowane dobrymi chęciami. Nieistotne zresztą, jak się to wszystko zaczęło. Od tamtego momentu my, lekarze, stopniowo oddalaliśmy się od naszych pacjentów, a teraz dzielą nas od siebie lata świetlne.

W 400 roku p.n.e., kiedy Hipokrates prowadził akademię medyczną na Kos, dokumentując wizyty u pacjentów, ucząc studentów Sztuki medycyny (przez duże S) i pisząc książkę, którą potem nazwano Korpusem Hipokratejskim (Corpus Hippocraticum), nie wiedział, że w ten sposób kładzie podwaliny pod zachodnią teorię medyczną na kolejne ponad dwa tysiąclecia. Ale mimo że dziś lekarze składają przysięgę na całe życie wziętą wprost z jego pism, sam Hipokrates nie podpisałby się pod naszą interpretacją zasad tej Sztuki.

Hipokrates był praktykiem holistycznym, chciał bowiem objąć terapią całą osobę, podczas gdy dziś zazwyczaj specjalizujemy się w niezwykle wąskich dziedzinach wiedzy anatomicznej i fizjologicznej, pozostawiając kwestię równowagi w ludzkim ciele innym kolegom. Hipokrates był zagorzałym i obiektywnym empirykiem, podczas gdy dziś większość lekarzy spędza tak niewiele czasu z każdym pacjentem, iż absurdem jest twierdzić, że posiadają jakieś szczególne możliwości obserwacyjne. Hipokrates do perfekcji opanował sztukę rozmowy z pacjentem, podczas gdy dziś lekarze to chodzące komunikacyjne koszmary (wystarczy zapytać pacjentów). Hipokrates

odczuwał i okazywał współczucie, my natomiast wybieramy chłodny, bardziej „naukowy” model interakcji między lekarzem i pacjentem. Jeśli Hipokrates to ojciec praktykowanej dziś sztuki medycznej, to my jesteśmy jego zbuntowanymi, zdezorientowanymi i skupionymi na sobie nastoletnimi dziećmi.

To, że drogi pacjentów i lekarzy się rozeszły, staje się jasne dla każdego, kto ostatnio był u lekarza. Ale kultura współczesnej medycyny zna zjawisko, które gwarantuje pogłębienie się przepaści oddzielającej pacjenta od lekarza. To zjawisko praktycznie uniemożliwia jakkolwiek autentyczną komunikację i wyklucza pojednanie czy wzajemne zrozumienie. W ostatecznym rozrachunku to zjawisko powoduje, że lekarze trzymają się na uboczu, czują się nierozumiani i w rytualny niemal sposób dystansują się wobec reszty ludzkości. To zjawisko to tajemniczość. Lekarze mają tajemnice, i to wcale nie mało.

Moja książka ma na celu ujawnienie tych tajemnic i skończenie z całą tą maskaradą. Ale łatwiej powiedzieć, niż zrobić. Nie każdy sekret wyciąga się na światło dzienne z tą samą łatwością. Niektóre spoczywają na dnie umysłów lekarzy i trudno do nich dotrzeć (bez pomocy), za to inne bez trudu można obnażyć. Niektóre są tak oczywiste, że wszyscy o nich wiedzą, choć mało kto głośno o nich mówi. Niektóre dochodzą do głosu w niemal każdej rozmowie lekarza z pacjentem, inne zaś zależą od rodzaju choroby, stanu zdrowia lub natury spotkania. Jest tyle sekretów, że ta książka może tylko zainicjować proces ich wyjawiania.

Mam szczerą nadzieję, że lekarze przeczytają tę książkę i zrozumieją, że to nie donosicielskie expose napisane po to, by szykanować konkretne jednostki czy grupy. Prawda jest taka, że rzeczywiste tajemnice współczesnej medycyny chroni tradycja, myślenie grupowe i konstrukty systemowe, które karzą za nadmierną dociekliwość i badania prowadzone na własną rękę. Są one wpisane w przyjmowane odgórnie założenia i modele myślenia, które nam się wpaja w czasie indoktrynacji i które stanowią dla nas godną zaufania podstawę. Biorą swój początek na najwyższym poziomie hierarchii medycznej i przenikają wszystkie jej piętra. Lekarze to najczęściej zaledwie pionki w prowadzonej systemowo - i systematycznie - nieuczciwej grze, stanowiącej konsekwencję tych tajemnic. Te właśnie sekrety i kłamstwa kształtują współczesną praktykę medyczną.

Jednak sytuacja jest w znacznie mniejszym stopniu czarno-biała, niż może się wydawać na pierwszy rzut oka. Ci, którzy nas uczą, nie oszukują i premedytacją. Najczęściej lekarze to wspaniali ludzie, bezwarunkowo kochający ludzkość i szczerze zaangażowani w dzieło naprawy świata. Ale w którymś momencie edukacji medycznej wszyscy uczymy się, jak przechodzić do porządku dziennego nad wszelkimi niekonsekwencjami i wewnętrznymi sprzecznościami współczesnej medycyny. Co więcej, uczymy się, jak je lekceważyć, czy wręcz jak tłumić naszą ciekawość. Wypieramy lub tłumimy świadomość niedostatków naszej wiedzy, nawet jeśli zdaliśmy sobie z nich sprawę, i za dobrą monetę bierzemy milczenie lub wymijającą odpowiedź, z którą spotkało się nasze pierwsze niewinne pytanie. Teraz znaleźliśmy się na niewygodnej i straconej pozycji, musimy bowiem naprawić to, co zepsuto, zanim my się pojawiliśmy.

Nawiązując do ponadczasowej i okrutnie krytycznej satyry *The House of God* (Dom Boga) Samuela Shema, lekarze często nazywają współczesny świat medycyny „Domem Medycyny”. Moja dziedzina, medycyna ratunkowa, to specjalizacja, która ze swojej natury stoi na granicy między medycyną i resztą społeczeństwa - jesteśmy zarazem w Domu Medycyny i w zewnętrznym świecie. Jeśli pokusić się o analogię, to medycyna ratunkowa jest werandą czy progiem Domu. Ambulatoria najczęściej usytuowane są dosłownie na granicach szpitali: funkcjonują jako brama dla chorych i rannych. Personel ratowniczy wchodzi w interakcję z zewnętrzną społecznością, ale jest też silnie zintegrowany z codziennym funkcjonowaniem szpitala, jego personelem i kulturą. Medycyna ratunkowa jako odrębna dziedzina zawitała do Domu Medycyny stosunkowo niedawno (za osobną specjalność medyczną uznano ją dopiero w 1979 roku) i dlatego pozwala z nowszej perspektywy spojrzeć na całe przedsiębiorstwo. Jako przedstawiciele medycyny ratunkowej musimy bezustannie wprowadzać innowacje i natychmiast reagować na nagłe wypadki. Przyjęte i

usankcjonowane tradycją założenia często stanowią przeszkodę w jasnym myśleniu i utrudnienie, kiedy błyskawicznie trzeba rozwiązać jakiś nagły problem. Dlatego na każdym kroku musimy poddawać rewizji zasady leżące u podstaw naszej praktyki, którym hołduje społeczność lekarzy. Dla nas świeżość spojrzenia jest nie tylko cenna, ale wręcz kluczowa.

Przyjęty w tej książce punkt widzenia wynika bezpośrednio ze specyfiki moich doświadczeń. Posługuję się bowiem przykładowymi anegdotami z ambulatorium, a czasem również ze studiów medycznych, pracy paramedycznej i Szpitala Polowego nr 344 działającego w Iraku przy armii amerykańskiej. Zachodzące na obszarze medycyny ratunkowej sytuacje ilustrują, często w wyostreniu, zarówno ukryte mocne strony, jak i słabości naszego systemu. Historie, które tu przytaczam, są prawdziwe, choć zmieniam w nich nazwiska i okoliczności pozwalające je dokładnie zidentyfikować.

Medycyna w samej swojej istocie to głęboko ludzkie przedsięwzięcie, pełne pięknych porażek, a tylko czasem odnoszące spektakularne triumfy. Te uwarunkowania muszą wziąć pod uwagę zarówno lekarze, jak i laicy. W żadnym razie nie chcę zniechęcać ludzi do chodzenia do lekarzy ani podkopywać ich wiary w to, że współczesna medycyna może skutecznie leczyć, nieść pociechę i dostarczać informacji. Wręcz przeciwnie, dzięki obnażeniu prawdy o medycynie powinno się udać zwalczyć strach przed nią. Kiedy zaczniemy się z sobą szczerze komunikować i oświecimy najciemniejsze kąty w Domu Medycyny, wszystkim nam powinno się lepiej żyć. Moja próba rzucenia nowego światła na stare problemy zrodziła się zatem z autentycznej miłości do Sztuki. Pracuję bowiem na polu nieustających intelektualnych wyzwań, na którym każdego dnia uczę się nie jednej, ale wielu nowych rzeczy, na polu, na którym uczciwa, otwarta interakcja niemal zawsze przynosi obopólne korzyści. Mój szacunek dla medycyny każe mi wierzyć, że nasze obecne błędy, niezależnie od tego, jak poważne, można w pełni naprawić i że współczesna medycyna może śmiało wyjść z cienia.

NIE WIEMY

- Doktorze Newman, telefon do pana na 6800.

- Newman, ambulatorium - powiedziałem, spodziewając się, że to ktoś z gabinetu lekarskiego przysyła mi kolejnego pacjenta z powodu poniedziałkowego tłoku.

- T, kochanie.

Nazywała mnie tak od dziecka. Zawsze.

- Mama?

- Tak, kochanie. - Z wyraźnym trudem zaczerpnęła tchu. - Słonko, coś ze mną nie w porządku. Potrzebuję pomocy.

- Co się dzieje, mamo?

Poczułem, jak ściska mi się żołądek. Moja matka jest typowym stoikiem. Myśli przede wszystkim o innych i nigdy nie prosi o pomoc (jak mówi, nie chce się narzucać). Jeśli prosiła mnie o pomoc i „przeszkadzała” mi w pracy, to sprawa musiała być poważna.

- Boli mnie brzuch, żabko. Zaczęło się kilka minut temu, nagle. Nie wiem, co robić.

- Jesteś w pracy, mamo?

- Tak.

- Wysyłam po ciebie karetkę. Przyjedziesz tutaj.

- Nie, kochanie, dziękuję, po co robić przedstawienie w biurze.

Pokręciłem głową. Mama chyba święcie wierzyła, że może spokojnie położyć się na podłodze jak liść, który spadł z drzewa, a potem cichutko przenieść się na tamten świat i że lepsze to niż przedstawienie w biurze.

- Mamo, oddaj słuchawkę Heather.

Porozmawiałem z jej asystentką siedzącą przy sąsiednim biurku, która -jak mogłem się domyślać - o niczym nie wiedziała. Nie dlatego, że nie zwracała uwagi, ale dlatego, że mama nigdy się nie skarży. Heather zapakowała ją do taksówki i przywiozła do ambulatorium. Kiedy przyjechały, mama skręcała się z bólu i nie mogła złapać oddechu. Natychmiast zbadal ją jeden z moich kolegów, któremu ufam i którego umiejętnością bardzo wysoko cenię.

Zrobił szybki wywiad i przeprowadził badania. Wykonano badania krwi, prześwietlenie klatki piersiowej i brzucha, elektrokardiogram, podano tlen przez nos, założono pulsometr, podłączono do dwóch kroplówek - a wszystko w ciągu zaledwie kilku minut. Testy na chorobę wątroby, zapalenie trzustki, kamice żółciową, wewnętrzne krwotoki, wrzody, zapalenie błony śluzowej żołądka i kamice nerkową niczego nie wykryły. Badania krwi i prześwietlenia, zrobione, by ocenić stan serca i płuc, nie wykazały żadnych zmian ani oznak infekcji. Wykonaliśmy tomografię komputerową, żeby zbadać jelita, wyrostek robaczkowy, aortę i pozostałe organy w jamie brzusznej. Za pomocą przenośnego aparatu zrobiliśmy też USG wątroby i naczyń krwionośnych w jamie brzusznej. Wszystkie wyniki były w normie. A mama powoli zaczynała czuć się lepiej, choć nie podawaliśmy jej żadnych leków.

Po trzech godzinach obserwacji, z grubym plikiem wyników badań w ręku, kolega, którego poprosiłem o konsultację, zawstydzony wrzucił ramionami, przeprosił i powiedział:

- Nie wiem, zwyczajnie nie wiem. To po prostu „ból brzucha”.

W przypadku mojej matki diagnoza brzmiała: „Nieokreślony ból brzucha”. To określenie werek i używa się go wtedy, gdy nie wiadomo, skąd wzięły się dolegliwości. Oznacza ono również, że nie widzimy powodu, by sprawę uznać za niebezpieczną (więc to pewnie dobra wiadomość), i że najprawdopodobniej, choć nie na pewno, objawy ustąpią bez leczenia. Innymi słowy, nie znamy przyczyny objawów, nie wiemy, co z nimi zrobić, nie wiemy, czy jeszcze powrócą, i nie mamy pojęcia, co dalej. Diagnoza brzmiąca „nieokreślony ból brzucha” to właściwie inny sposób powiedzenia, że diagnozy nie da się postawić.

Przypadek mojej matki jest wręcz niewiarygodnie pospolity. Dolegliwości minęły. Ból zniknął w równie niewyjaśniony sposób, jak się pojawił. Kilka dni później wykonano jej USG wątroby i woreczka żółciowego. Udała się na dwie kontrolne wizyty do swojego lekarza. Nadal nie postawiono żadnej diagnozy. Około 40 procent wizyt w ambulatoriach z powodu bólu brzucha kończy się stwierdzeniem, że to ból brzucha o nieokreślonym źródle. Nie stawia się żadnej jednoznacznej diagnozy i nie przeprowadza żadnej skutecznej diagnostycznej czy terapeutycznej procedury postępowania. Jednak niezwykle rzadko stwierdzenie „nieokreślony ból brzucha” pada z ust lekarza w obecności pacjenta zgłaszającego się z dolegliwościami. Znacznie częściej stawia się tymczasową, bardziej specyficzną diagnozę - może to „wrzody”, a może „cysta na jajniku” albo „zapalenie okrężnicy”. Taką diagnozę stawia się zazwyczaj na podstawie tak zwanych kryteriów klinicznych. Innymi słowy, na podstawie eksperckiej wiedzy próbujemy coś zgadnąć, ale tak naprawdę nie mamy stuprocentowej pewności.

Niezwykle często, stawiając tymczasową diagnozę, mówi się o „nieżycie żołądka” lub zapaleniu błony śluzowej żołądka. Nieżytowi żołądka towarzyszą zazwyczaj zawroty głowy, nudności i ból. Można go precyzyjnie i pewnie zdiagnozować, tylko oglądając wnętrze żołądka za pomocą kamery. Wymaga to inwazyjnego badania zwanego endoskopia, które bardzo rzadko wykonuje się w ambulatoriach (poza wyjątkowymi przypadkami, gdy zagrożone jest życie pacjenta). Oznacza to, że choć nieżyt żołądka powszechnie diagnozuje się tymczasowo w ambulatoriach i gabinetach lekarskich, to niezwykle rzadko w tych miejscach wykonuje się badanie pozwalające zdiagnozować go w sposób pewny. Co jeszcze bardziej niepokojące, jak wykazują badania, kiedy lekarze diagnozują nieżyt żołądka, bardzo często się mylą¹.

Ból w jamie brzusznej to tylko jeden przykład zaczerpnięty z długiej listy objawów czy dolegliwości, których nie sposób zdiagnozować i wyjaśnić mimo zaawansowania współczesnej medycyny. Wiecie, co powoduje strzelanie w stawach palców? Nie? Ja też nie wiem. Zapytajcie ortopedę, doświadczonego chirurga dłoni albo reumatologa, a otrzymacie trzy różne odpowiedzi. Aby zrozumieć i opisać mechanizm wytwarzania dźwięku strzelania przez palce, przeprowadzono drobiazgowo badania, łącznie z takim, w którym zastosowano minimikrofony, aby udokumentować i dokładnie zmierzyć amplitudę i poziom decybeli wytwarzanego dźwięku. Ale nie ustalono nic konkretnego. Wiecie, co powoduje utratę pamięci albo przytomności w czasie wstrząsu mózgu? My też nie. Wiecie, czym taki wstrząs mózgu jest naprawdę, na poziomie biologicznym i komórkowym? Ja też nie. A czym jest epilepsja i co powoduje charakterystyczne dla tej choroby ataki? Ja też nie wiem. Lista ciągnie się w nieskończoność. Wynaleźliśmy lekarstwa na nieuleczalne niegdyś nowotwory, wyeliminowaliśmy całe mnóstwo chorób, takich jak ospa czy polio, a nawet stworzyliśmy mapę ludzkiego genomu. A nie wiemy, co sprawia, że strzela nam w palcach.

Być może strzelanie w palcach to nieważna kwestia. Ale stanowi ona jednocześnie symbol ogromnego nieopisanego jeszcze obszaru na mapie archipelagu nauk biomedycznych. I w tym sensie jest to sprawa o doniosłym znaczeniu. Zrozumienie granic wiedzy lekarskiej jest kwestią zasadniczą, jeśli opieka medyczna ma przynieść pacjentom jakieś korzyści. Niestety, lekarze

1 Przeprowadzony niedawno przegląd ankiet oceniających zdolność lekarzy (zarówno specjalistów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu) do zdiagnozowania nieżytu żołądka i wrzodów bez uprzedniej endoskopii wykazał, że "symptomy okazują się niewystarczające do zdiagnozowania obecności lub nieobecności choroby". Innymi słowy, bez endoskopii lekarze w niezwykle mało wiarygodny sposób diagnozują chorobę.

często zachowują się tak, jakby znali wszystkie odpowiedzi, a pacjenci często zakładają, że lekarze je znają, choć wcale tak nie jest. Posługiwanie się dwuznacznymi prowadzi do wzajemnego niezrozumienia, które pogłębia przepaść między lekarzami i pacjentami. Ten wadliwie funkcjonujący paradygmat sprawia, że kiedy diagnoza, a nawet jej podstawa, jest nieznana - co jest powszechnym i całkowicie usprawiedliwionym zjawiskiem, biorąc pod uwagę stan naszej wiedzy - ludzie wpadają w gniew. A w Ameryce za gniewem często idą pozwy sądowe.

Symptomatycznym tego przykładem, nagłościonym przez media, jest historia silikonowych implantów wszycanych do piersi, która pociągnęła za sobą wiele działań prawnych i dochodzenie Amerykańskiej Agencji do spraw Żywności i Leków. Choć podczas wielu wygranych przez pacjentów spraw sądowych udało się przekonać sędziów, że istnieje powiązanie między silikonowymi implantami a toczeniem (lub inną podobną chorobą), nie udało się do tej pory naukowo dowieść takiego powiązania: zachorowalność na toczeń wśród kobiet, które miały wszczepione implanty silikonowe, jest taka sama jak wśród kobiet, które ich nie mają. Każda kobieta może zachorować na toczeń, te z implantami również, ale jedno z drugim nie ma nic wspólnego.

Tak wyglądają fakty, choć być może trudno je zaakceptować kobiecie, która bezpośrednio po wszczepieniu implantów zachorowała na toczeń. To tylko w niewielkim stopniu zbadana choroba ludzkiego układu odpornościowego, powodująca wysypki, bóle w stawach, choroby nerek i inne poważne problemy. Chociaż nie jest bardzo powszechna, często występuje u kobiet między dwudziestym a trzydziestym rokiem życia, a więc w wieku, kiedy wiele kobiet wszczepia sobie implanty. Przez czysty przypadek doszło do korelacji między tymi dwiema grupami. Nie ustalono jednak żadnej ścisłej zależności między nimi. Choć okazało się, że implanty piersi nie wywołują toczenia, to i tak nadal nie wiemy, co stanowi przyczynę tej choroby. Podobnie jak nie znamy przyczyn reumatoidalnego zapalenia stawów, sklerodermii i innych chorób układu autoimmunologicznego, które w trakcie źle prowadzonych rozpraw sądowych uznawano za efekt wszczepienia silikonowych implantów. Gdybyśmy znali przyczynę toczenia, to zamiast marnować energię na frustrację, która towarzyszy tej chorobie, poświęcilibyśmy ją na poszukiwanie skutecznego leku. Wtedy również znacznie trudniej byłoby udowodnić na sali sądowej, że to silikonowe implanty wywołują toczeń.

Przykład toczenia, strzelania w stawach i przypadków bólu brzucha prowadzi do następującego wniosku: nie wiemy, co powoduje te schorzenia, i nie potrafimy im zaradzić. Biorąc pod uwagę błyskawiczny postęp biomedyczny i technologiczny, można by się spodziewać, że zasób naszej wiedzy powiększa się każdego dnia i na pewno jest to prawda. Ale ogromna kategoria opatrzona nagłówkiem „nie wiemy” również poszerza się z każdym dniem.

Erica wzruszyła ramionami.

-Ja też nie mogę w to uwierzyć.

Przyczepiony do paska identyfikator lekarski ze zdjęciem entuzjastycznie uśmiechniętej Eriki wydawał się nie na miejscu, jakby niepotrzebnie przypominał o tym, że życie może w jednej chwili zmienić swój bieg.

Ian z niedowierzaniem pokręcił głową, a Mark, Cary i ja gapiliśmy się na Erikę zmieszani.

Stwardnienie rozsiane? Żartujesz. O rany! Zamglony wzrok? I tyle?

Ian nigdy nie grzeszył umiejętnościami oratorskimi, ale wyraził właśnie to, co cała nasza czwórka po cichu myślała. Razem odbywaliśmy staż i zżyliśmy się z sobą, a Erica była najmądrzejszą i najlepszą lekarką, jaką znałem. Właśnie zdiagnozowano u niej stwardnienie rozsiane.

Próbowałem to zrozumieć.

-Jak? To znaczy od czego?

-Sama chciałam się tego dowiedzieć - powiedziała Erica. - Ale kto to może wiedzieć? - podniosła rękę. - Dużo o tym czytałam, ale to przerażające coś to jakieś Archiwum X. Nie

uwierzylibyście.

-Co chcesz zrobić? - zapytałem. Wszyscy się nad tym zastanawialiśmy. Chcieliśmy usłyszeć, że pozostanie częścią naszego życia. - Możemy ci jakoś pomóc?

-Nie, już ochłonęłam. Wszystko w porządku. Po prostu zamierzam żyć dalej. To niewiarygodne, prawda?

Po cichu odetchnąłem z ulgą, ale moi koledzy i ja nie potrafiliśmy się w pełni otrząsnąć. Dwa lata później spotkałem Erikę na konferencji medycznej i wyglądała kwitnąco, wysportowana i promiennie uśmiechnięta. I wciąż się zastanawiałem: „Jak? Dlaczego? Jak to możliwe?”.

Stwardnienie rozsiane to przykład choroby, którą medycyna poznała od podszewki. To schorzenie charakteryzujące się dysfunkcją nerwów w mózgu i w całym ciele, spowodowaną stopniowym zniszczeniem ich otoczki. Podobnie jak w wypadku wielu innych chorób powodujących stopniowe zaburzenie funkcjonowania systemu nerwowego przyczyna stwardnienia rozsianego pozostaje nieznana i nie ma na tę chorobę lekarstwa. Klasyczna definicja, jakiej uczą się studenci, mówi, że stwardnienie rozsiane to schorzenie „rozproszone w czasie i przestrzeni”. Oznacza to, że ma ono przebieg wielofazowy i wywołuje rozmaite symptomy. Atakuje pacjentów w różnym wieku i umiejscawia się w różnych rejonach ich systemu nerwowego. Stwardnienie rozsiane zazwyczaj rozwija się powoli, wykazując dziwnie niespójne i zmienne symptomy, dlatego niełatwo się je diagnozuje. Objawy wahają się od łagodnych, takich jak choćby mrowienie w ramieniu, do ciężkich, włącznie z paralizem i utratą koordynacji ruchów. Choć wielu ludzi cierpiących na tę chorobę żyje długo i - jeśli można tak powiedzieć o stwardnieniu rozsianym - nie doświadcza większych tragedii, nie dotyczy to niestety wszystkich. Większość chorych wykazuje łagodne objawy, które zaostrzają się okresowo i czasem przechodzą w objawy ciężkie, ale u niewielkiej grupy dochodzi do niemożliwego do przewidzenia, progresywnego pogorszenia stanu zdrowia, czasem kończącego się śmiercią.

Choć nadal niepokoi nas to, że nie udało się dotąd ustalić żadnego markera prognostycznego ani przyczyny stwardnienia rozsianego, a także wynaleźć lekarstwa na nie, naukowców wprawia w zdumienie dziwny zestaw prawidłowości, który odkryli, badając osoby zapadające na tę chorobę. Moja koleżanka Erica urodziła się niedaleko Bennington w stanie Vermont, w spokojnym i pięknym miasteczku w Nowej Anglii, które jak wiele innych miast na północy Stanów Zjednoczonych stało się obszarem prawdziwej epidemii stwardnienia rozsianego.

Dlaczego Bennington to jedno z tych miejsc, gdzie stwardnienie rozsiane występuje z tak ogromną częstotliwością, jedną z większych na świecie? Nie wiemy, ale potrafimy sporządzić mapy, które przekonują nas, że tak właśnie jest. Badania tendencji epidemiologicznych wykazały, że najwyższą zachorowalność na stwardnienie rozsiane odnotowuje się stale powyżej czterdziestego równoleżnika szerokości północnej oraz południowej w większości krajów uprzemysłowionych. Jeśli ktoś urodził się w północnym Wisconsin albo w Highlands w Szkocji czy w Nowej Zelandii na równoleżniku odległym o czterdzieści lub więcej stopni od równika, z równym prawdopodobieństwem może zachorować na stwardnienie rozsiane jak ktoś urodzony w Bennington w stanie Vermont.

Wyraźna spójność tej geograficznej zagadki była ilustrowana w badaniach wielokrotnie. Istnieją zresztą dowody na to, że to nie statystyczna anomalia ani czysty przypadek. Im bliżej równika jest położone miejsce urodzenia, tym mniejsza zachorowalność na stwardnienie rozsiane. Gdyby Erica urodziła się na Florydzie, a nie w Vermont prawdopodobieństwo, że zachoruje na stwardnienie rozsiane, byłoby czterokrotnie mniejsze. Ale gdyby urodziła się w stanie Waszyngton albo Wisconsin (które są mniej więcej tak samo oddalone od równika jak Vermont), prawdopodobieństwo pozostałoby takie samo.

Co jeszcze dziwniejsze, gdyby Erica przeprowadziła się na Florydę jako małe dziecko i zasymilowała się z lokalną ludnością, to prawdopodobieństwo, że zachoruje na stwardnienie rozsiane, byłoby mniej więcej takie jak w wypadku ludzi urodzonych na Florydzie. Ale gdyby

przeniosła się na Florydę po okresie adolescencji (czyli po skończeniu mniej więcej piętnastu lat), prawdopodobieństwo, że zachoruje na stwardnienie rozsiane, pozostałoby takie samo, tak jakby nigdzie się nie przeniosła.

Epidemiologia stwardnienia rozsianego to - jak powiedziała Erica - Archiwum X, nierozwiązywalna zagadka. Przeprowadzono gruntowne badania wszystkich potencjalnych geograficznych i atmosferycznych przyczyn, takich jak zatrucie środowiska, intensywność i czas trwania napromienienia słonecznego, infekcje wywołane wirusami powolnymi i bakteriami, zmiany temperatury i wilgotności powietrza, jadłospis, różnice pola elektromagnetycznego i wiele innych. Żaden z tych czynników nie okazał się niezależnie powiązany ze stwardnieniem rozsianym. Co więcej, takie badania rodzą kolejne pytania. Odkryto bowiem dziwne odstępstwo od reguły szerokości geograficznej: wśród Inuitów, rdzennych mieszkańców Alaski, niezależnie od szerokości geograficznej, na której mieszkają, prawie w ogóle nie diagnozuje się stwardnienia rozsianego. Tego zjawiska również nie wyjaśniono.

Podatność na stwardnienie rozsiane związana z kryteriami geograficznymi jest równie interesująca, jak niewyjaśniona. Poza tym ilustruje ona niezwykle odkrywczą tezę. Erica urodziła się w północno-wschodniej części Stanów Zjednoczonych i mogę was zapewnić, że każdy z jej przyjaciół lekarzy skrupulatnie przebadał tę zagadkę, wierząc, że może odkryje coś, co okaże się pomocne. Ale nie udało się to ani nam, ani wielu innym lekarzom i naukowcom, którzy poświęcili mnóstwo czasu, próbując wyjaśnić to zjawisko. Pozostajemy zupełnie bezradni, bo nie wiemy, dlaczego ludzie zapadają na stwardnienie rozsiane. A to z kolei powoduje, że terapia w jego wypadku jest słabo rozwinięta i nie leczy przyczyn choroby, lecz jedynie łagodzi jej objawy.

Ta epidemiologiczna zagadka wyraźnie pokazuje, jak wiele jeszcze musimy się nauczyć na temat tej skomplikowanej choroby, jaką jest stwardnienie rozsiane. Ale każdego dnia napotykamy mnóstwo innych zagadnień o fundamentalnym znaczeniu, które w równym stopniu nas niepokoją. Jedną z największych zagadek współczesnej medycyny pozostaje niezwykle powszechna i pozornie wyjątkowo banalna dolegliwość - ból pleców.

Sierżant Cole był strzelcem. Zazwyczaj zajmował miejsce na wieżyczce strzelniczej w samochodzie terenowym Humvee. Był agresywnym i czujnym wartownikiem ochraniającym konwoje armii amerykańskiej w rejonie Bagdadu. Poza naszym ambulatorium, na zakurzonych drogach i zamkniętych dla zwykłego ruchu autostradach, Cole nosił lśniące ciemne okulary i milcząco manifestował niezachwianą pewność siebie. Był zbudowany jak ciężarowiec, a na całym prawym ramieniu, szyi i boku z dumą nosił blizny po odłamkach - pamiątkę po swoim pierwszym pobycie w Iraku. Podziwiano go w całej bazie wojskowej za umiejętność podejmowania szybkich decyzji i opanowanie na polu walki. Jako niezwykły mistrz niezwykle popularnych walk bokserskich organizowanych w bazie w piątkowe wieczory, cieszył się ogromną sławą. Nowicjusze porozumiewawczo kiwali głowami i salutowali energicznie, kiedy dumnie przechodził obok nich.

Zupełnie inaczej zachowywał się w naszym ambulatorium. Od kiedy miesiąc wcześniej niefortunnie chybił lewym sierpowym na ringu, cierpiał na nasilone, okresowo zaostrzające się bóle pleców. Tego dnia, pod koniec października, chwiejnym krokiem wszedł do namiotu szpitalnego, jęcząc z bólu, zrzucił na podłogę bojowy kamizelkę kuloodporną i położył się na jednym z łóżek. Leżał na boku i słabym głosem zawołał pielęgniarkę.

-Pani major Z., potrzebuję zastrzyku. Błagam.

Major Z. popatrzyła na mnie znad okularów i choć to był już trzeci raz w tym tygodniu, skinęłam głową. Otworzyła zamykaną na klucz szafkę z lekami i wyciągnęła strzykawkę z lekiem przeciwbólowym.

-Panie doktorze, co mam robić? - Sierżant Cole wbił wzrok w ścianę namiotu. — Jak siedzę tam w środku, to umieram z bólu.

Mówił o siedzeniu w wieżycze, gdzie pół stojąc, pół kucając, spędzał całe godziny w ryzsztunku ważącym dwadzieścia kilogramów.

-Sierzancie, pańskie dni jako strzelca dobiegły końca. Już o tym rozmawialiśmy ostatnim razem. Nie wiem, co się dzieje z pańskimi plecami, ale czas najwyższy zmienić zajęcie. Na takie, które nie zniszczy pana do szczeru i nie uzależni od leków. Dziś porozmawiam z pańskim dowódcą.

-Codziennie chodziłem na fizykoterapię, jak pan kazał. Wziąłem tabletki, które pan przepisał. Ćwiczyłem, Czemu nic nie skutku je?

-Nie wiem, sierzancie.

Cole pokiwał powoli głową, a jego oczy zaszyły łzami, kiedy pielęgniarka wstrzyknęła mu morfinę w ramię.

Mięśniowo-szkieletowy ból pleców - ból mięśni i kości pleców - to jedna z najpowszechniejszych dolegliwości na świecie. Oblicza się, że 70 procent ludzi w którymś momencie życia doświadcza ostrego bólu pleców, a w Stanach Zjednoczonych wykonuje się z tego powodu dziesiątki tysięcy operacji rocznie. Zdrowi i wysportowani ludzie o atletycznej sylwetce, podobni do sierżanta Cole'a, cierpią na nie równie często, jak ci mniej sprawni fizycznie. Ale ci, których klatki piersiowe i plecy muszą nosić ponadprzeciętnie duże ciężary, stanowią grupę podwyższonego ryzyka.

Choć ból kręgosłupa to tak powszechna dolegliwość, lekarze i naukowcy nie potrafią określić, co go powoduje. Na poziomie komórkowym to zagadka. Czy to splątane włókna mięśniowe? Podrażnienie nerwów? Bezwarunkowe skurcze? Nikt nie wie. Nigdy nie wykonano badania polegającego na zbadaniu pod mikroskopem komórek mięśniowych i włókien pobranych od kogoś, kto cierpi na ból pleców, i porównaniu ich z identycznymi komórkami i włóknami od osoby zdrowej. Dlaczego nikt nie wykonał takiego badania? Niewątpliwie trudno byłoby znaleźć do niego ochotników. Trzeba by bowiem wyciąć fragment ich mięśni, żeby pozyskać komórki i włókna. Poza tym takie badanie może w ogóle nie dać nam odpowiedzi.

Czy zatem przyczynę bólu można określić za pomocą obrazowania metodą rezonansu magnetycznego? Rezonans, który jest nieinwazyjnym badaniem pozwalającym dość precyzyjnie określić większe zmiany w mięśniach, stanowi nadal najbardziej popularne narzędzie diagnostyczne w wypadkach bólu pleców. Pozwala ono szczególnie dobrze określić przyczyny nie wywodzące się z tkanki mięśniowej, takie jak ucisk na nerwy czy problemy z rdzeniem kręgowym. Ale zdradzę wam sekret na temat rezonansu i bólu pleców: większość anomalii, które lekarze identyfikują, posługując się tą metodą i traktują jako przyczynę bólu pleców - przesunięcie, wypadnięcie czy przerwanie dysku - odkrywane są za pomocą rezonansu równie często u zdrowych ludzi, których plecy nie boją².

Oczywiście zdarzają się wyjątki od tej reguły³, ale wypadnięcie dysku stwierdzone za pomocą rezonansu magnetycznego najczęściej nie stanowi niepokojącego symptomu. Po prostu dysk (czyli chrząstka wypełniająca przestrzeń między kręgami) co jakiś czas przesuwają się albo wypadają, a nasze ciało naprawia go, nawet nie dając nam o tym znać. Operacje polegające na skorygowaniu

2 Wypadnięcie dysku występuje u 20-76% zdrowych ludzi, a przesunięcie dysku u 20-80%.

3 Jeden z moich kolegów w czasie stażu skręcił kręgosłup, grając w golfa, i przez kilka godzin powłóczył bezwładną nogą. Rezonans magnetyczny wykazał, że to dysk, który wypadł, uciska nerw decydujący o kontroli nad lewą stopą. Natychmiastowa operacja przywróciła mu częściowo władzę w nodze, jednak proces przebiegał bardzo powoli i nie zakończył się całkowitym wyzdrowieniem. W tym wypadku przerwany dysk uciskał nerw tak mocno, że ten zaczął obumierać. Zasadniczo, kiedy wyniki rezonansu magnetycznego wykazują dokładnie ten problem, na który wskazują objawy występujące u pacjenta, dokładnie w oczekiwanym miejscu, szczególnie w wypadku osłabienia mięśni (co jest rzadkie), to bardzo prawdopodobną przyczyną tego problemu jest wypadający dysk.

albo usunięciu dysku, wykonywane z założeniem, że wypadający dysk uciska nerw i powoduje ból, rzadko przynoszą zadowalające rezultaty. Nawet jeśli dokonuje się „dekompresji”, czyli uwolnienia nerwu przez chirurgiczne usunięcie dysku, w połowie przypadków bóle w dolnej części pleców nie ustępują⁴. Jest to prawdopodobne, ponieważ przemieszczenia dysku i naturalne uleczenie to powszechne zjawisko, które podważa sensowność przeprowadzania operacji w tego typu przypadkach. Kiedy jeszcze studiowałem medycynę, pewien neurochirurg powiedział mi, że nie wierzy w chirurgię kręgosłupa. Zdumiało mnie to, tym bardziej że właśnie przygotowaliśmy się do operacji kręgosłupa, którą on miał przeprowadzić. Zapytałem, po co więc operujemy. Odpowiedział, że dzięki temu można się wiele nauczyć.

Brak wiedzy o patologicznych przyczynach bólów pleców powoduje, że nie wiemy, jak je leczyć. Owszem, możemy podawać środki przeciwbólowe, i tak zresztą robimy, a one działają przez jakiś czas. Ale pacjentom cierpiącym na ostre lub chroniczne bóle pleców podajemy te same leki, którymi zwalczą się ból kolana, trzustki czy nawet bóle nowotworowe. Złagodzenie zaś bólu nie oznacza, że nie wróci on za kilka dni, tygodni, miesięcy czy nawet godzin. Zazwyczaj niestety wraca. Dlatego sierżant Cole cierpiał i ostatecznie musiał zrezygnować z walk bokserskich i strzelania, bo nie potrafiliśmy mu pomóc. Medycyna nie jest w stanie ulżyć osobom cierpiącym na bóle pleców, dlatego takim powodzeniem cieszy się medycyna alternatywna, która oferuje wachlarz środków na bóle pleców: chiropraktykę, akupunkturę, lecznicze masaże i inne. Rozkwit określonych działów medycyny niekonwencjonalnej i alternatywnej zazwyczaj stanowi znak, że współczesna medycyna konwencjonalna poniosła porażkę, czego najlepszym przykładem jest ból pleców. Wielu szanowanych lekarzy ekspertów w dobrej wierze na co dzień przepisuje leki i wykonuje operacje kręgosłupa. Ale niestety musimy pogodzić się z tym, że nad bólem pleców wciąż unosi się ogromny znak zapytania.

Ucząc początkujących lekarzy i studentów, Hipokrates ostrzegał ich, aby „nie udawali nieomyślności”. Zdawał sobie doskonale sprawę z ograniczeń własnej wiedzy, żył bowiem i pracował w epoce, w której wiedziano znacznie mniej niż dziś o funkcjonowaniu ludzkiego organizmu i etiologii wielu chorób. Biorąc pod uwagę to, jak niewiele wiedział, można się dziwić, że zyskał tak ogromną popularność jako lekarz i nauczyciel. Hipokrates wyznawał teorię ludzkiego zdrowia opartą na pojęciu „humorów”, nie wiedział, gdzie jest zlokalizowane i jak funkcjonuje ludzkie serce, i nie znał takich podstawowych pojęć, jak tlen czy krążenie krwi w tętnicach i żyłach. A jednak to właśnie on przeszedł do historii jako lekarz uwielbiany przez pacjentów i uczniów, którego cały zachodni świat traktował z najwyższym szacunkiem. Jak to możliwe, że człowiek niemal pozbawiony naukowej wiedzy mógł zyskać rangę wielkiego mistrza nauk medycznych?

Językoznawstwo podpowiada, dlaczego to Hipokrates odniósł taki sukces na polu medycyny i zaczął na nim przodować. Tłumacze przekładający pisma Hipokratesa dla współczesnych czytelników często zauważali, że starożytni Grecy nie odróżniali „sztuki” od „nauki”. W słowie wstępnym do książki *Hippokrates* tłumacz W.H.S. Jones pisze, że „słowo τέχνη może oznaczać zarówno »sztukę«, jak i »naukę«, choć wykazuje bliższy związek z tym pierwszym terminem”. Omawiając ewolucję starożytnej greki, dodaje: „To dopiero w pismach Arystotelesa (...) pojawia się słowo, którego znaczenie pokrywa się mniej więcej ze współczesnym słowem »nauka« i nie wiąże się dodatkowo z pojęciem »sztuka«”.

Hipokrates i jemu współcześni wierzyli, że świat poezji, muzyki i medycyny są z sobą

4 Ta kwestia budzi wiele kontrowersji. Chirurgi operujący kręgosłup niejednokrotnie wskazywali, że przyczyną niepowodzenia większości operacji chirurgicznych jest nieodpowiedni dobór pacjentów. Średnia wyleczeń stwierdzona w badaniach na dużą skalę waha się od 58 do 93%. Jednak w wypadku prób i serii oceniających długofalowe rezultaty wyniki są zazwyczaj gorsze: od jednej trzeciej do połowy pacjentów wyraża brak zadowolenia, znaczny zaś odsetek doświadcza tylko krótkotrwałych pozytywnych efektów zabiegu chirurgicznego. Przeprowadzone niedawno randomizowane badania wykazały, że - jak można było się spodziewać - nie ma zasadniczych różnic między tymi, u których przeprowadzono operację, a tymi, u których jej nie przeprowadzono z powodu tego samego problemu z bólem pleców.

nierozerwalnie związane. Dla starożytnych Greków naukowiec był filozofem i vice versa, ponieważ pojmowali oni dyscypliny wiedzy w sposób diametralnie odmienny niż my | naszymi naukowymi modelami myślenia i gromadzenia informacji. Hipokrates nie postrzegał medycyny jako magazynu możliwych do niepodważalnego stwierdzenia faktów i danych liczbowych, dlatego nie udawał, że wszystko wie, ani nie miał takich ambicji. Zamiast tego wolał dobrze poznać swoich pacjentów.

To, że lekarze często nie znają odpowiedzi, których poszukują razem z pacjentami, stanowi medyczny sekret, symptom cichego i wszechobecnego oszustwa. W mediach lekarzy przedstawia się najczęściej jako wszechwiedzących i często prosi się ich o udzielenie odpowiedzi lub wydanie fachowej opinii w sprawach daleko wykraczających poza granice naszej skromnej wiedzy i wąsko wyspecjalizowanej praktyki. A jednak pewien kolega po fachu powiedział mi, że studiując medycynę na uniwersytecie, nauczył się, że lekarz nigdy nie używa dwóch zwrotów: „Nie wiem” i „Mylę się”. Z pewnością nie nauczył się tego od Hipokratesa. Zachowania rozpowszechnione w środowisku lekarskim, idący z góry przykład mentorów i ogólna kultura medyczna spowodowały jednak, że właśnie tę naukę zapamiętali wszyscy.

Nieugruntowana w faktach wiara opinii publicznej w to, że znamy odpowiedź na większość pytań, może i nam schlebia, ale po cichu działa również na naszą niekorzyść. Trzeba posiadać gruntowną wiedzę na temat ograniczeń medycyny, aby zrozumieć, w czym tkwi prawdziwy leczniczy potencjał wizyty w Domu Medycyny. Świadomość tego, że nie potrafimy wyleczyć czy wręcz zrozumieć wielu dolegliwości, może pozwolić pacjentom odzyskać panowanie i kontrolę nad swoim samopoczuciem, chorobą i ciałem.

Powierzamy nasz los siłom współczesnej medycyny i technologii najczęściej pod wpływem błędnego przekonania, że istnieje duże prawdopodobieństwo wyleczenia albo że lekarze posiadają szczegółową wiedzę na temat możliwego przebiegu choroby. Tak naprawdę w wielu przypadkach, biorąc pod uwagę ograniczenia współczesnej nauki, nie posiadamy takiej wiedzy. Wyraźnie jednak widać, że powinniśmy częściej brać pod uwagę opinie, poglądy i potrzeby pacjenta. Lekarze mają przecież jedynie służyć radą w sprawach dotyczących zdrowia innych. Mamy do zaoferowania nasze umiejętności i fachową, choć ograniczoną wiedzę, ufając, że możemy współpracować z pacjentem na partnerskich zasadach. Powtarzam moim przyjaciółom, że kiedy lekarz mówi: „Nie wiem”, rzadko stanowi to oznakę słabości czy braku wiedzy. Znacznie częściej oznacza, że lekarz zna ograniczenia naszej nauki, bierze je pod uwagę i chce traktować pacjenta jak partnera. Przyznając się do niewiedzy, nie ponosimy porażki. Dajemy raczej wyraz naszej gotowości do stawienia czoła zaistniałej sytuacji. To gałązka oliwna symbolizująca nasze ubolewanie nad tym, czego nie ma, i zarazem pełną nadziei gotowość stawienia czoła temu, co jest.

TO NIE ZDAJE EGZAMINU

Kiedy otworzyły się szklane drzwi i ratownicy prowadzący nosze na kółkach zmierzali w naszym kierunku, dostrzegłem drgające białe stopy wystające spod przykrycia. Znajdowaliśmy się na sali reanimacyjnej i zamarliśmy w oczekiwaniu. Personel medyczny z przerażającym wręcz spokojem przygotowywał tlen, włączał aparaturę reanimacyjną i podłączał ciśnieniomierz z ekranem. Za chwilę pojawili się ratownicy. Teraz, pochłonięci pracą, w ciszy i niezwykle sprawnie wykonywali swoje zadanie. Zaczęli składać raport, jednostajnie przekazując informacje:

-... znaleziona nieprzytomna... w szoku... puls niewyczuwalny... próbowaliśmy wszystkiego... linia płaska... od czterdziestu pięciu minut...

Pokiwalem głową i sprawdziłem puls, przykładając palec do szyi pacjentki. Miała na niej mały krzyżyk. Nic. Ponowiliśmy reanimację. Krzyżyk zaczął drgać.

-Ma rodzinę? -pytam.

-Już tu jadą.

-Kiedy tu będą?

-Nie wiem, panie doktorze.

Uniosłem ręce w geście rezygnacji. Pielęgniarki zapisały czas. Myślę, że umarła młodsza o czterdzieści pięć minut w stosunku do zarejestrowanej godziny śmierci. Pielęgniarki przygotowały ciało na przybycie rodziny. Umyły je, ułożyły, odpięły od urządzeń.

Tara, pracownica socjalna, stała obok mnie, kiedy przyjechała siostra zmarłej. Kiedy przekazała jej złe wieści, kobieta zaczęła kręcić głową, tupać i krzyczeć, a jej nastoletnia córka płakała cicho. Było mi przykro, bardzo przykro. Rodzina przytrzymywała krzyczącą siostrę. Zaprowadziliśmy ich do sali reanimacyjnej, gdzie siostra zaczęła krzyżeć jeszcze głośniej. Nie sposób było podjąć z nią rzeczowej rozmowy. Przeklinała nas i zarzucała nam błędy. Twierdziła, że pozwie nas do sądu, pozabija wszystkich, napisze na nas donos, odbierze nam prawa wykonywania zawodu, a oprócz tego... Syn objął ją i zaprowadził do wyjścia, choć ona nadal szarpała się i wyrywała.

Kiedy wyszli, drzwi karetki znowu się otworzyły, a ja znowu zobaczyłem podrygujące białe stopy. Córka kobiety, płacząc cicho, spojrzała na mnie i kiedy oddawałem jej łańcuszek z krzyżykiem, powiedziała, że ma nadzieję, że tym razem nikogo nie zabijemy.

Reanimacja w przypadkach zatrzymania akcji serca zyskała rangę wyrazistego symbolu potęgi współczesnej medycyny. Dramatyczne, choć mało wiarygodne przypadki odratowania pokazywane w filmach i telewizji zawładnęły naszą wyobraźnią i wywarły na nas wpływ o wiele większy, niż może nam się wydawać. Rozpowszechnionej i bezwiednej społecznej akceptacji dla metod reanimacji i resuscytacji towarzyszyła zmiana o charakterze społecznym. Wydatki na opiekę medyczną w ostatnich latach życia (szczególnie zaś w ostatnich dwóch miesiącach życia) stanowią

obecnie niemal jedną trzecią ogólnych wydatków naszego systemu opieki społecznej. Właściwie tej ewolucji nikt nie zakwestionował, bez szemrania bowiem zaakceptowaliśmy przekonanie, że poważna choroba często wymaga zakrojonej na dużą skalę terapii i że nie każdy może przeżyć. Jednak zaakceptowaliśmy ten fakt, opierając się na podstawowym założeniu, że kosztowne i intensywne zabiegi medyczne, takie jak reanimacja, odnoszą pożądane skutki.

W przełomowej książce *Sudden Death and the Myth of CPR* (Nagła śmierć i mit reanimacji) Stefan Timmermans dowodzi, że spokój i godność, które niegdyś towarzyszyły nam w naszych ostatnich chwilach, ustąpiły miejsca społecznej sile medycyny, sile, która rzekomo może zdziałać cuda. Jednak wbrew powszechnym przekonaniom i relacjom w mediach cuda zdarzają się rzadko. Jak wynika z dokonywanych na dużych grupach badań i poważnych studiów, resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie odnosi skutku przeciętnie w 93-99 procentach przypadków⁵. Jeśli jednak obecne tendencje się utrzymają, każdy z nas i każdy członek naszej rodziny zostanie najprawdopodobniej poddany temu niezwykle inwazyjnemu rytuałowi medycznemu, który polega na wielokrotnym i bardzo gwałtownym uciskaniu klatki piersiowej, silnym pompowaniu powietrza do płuc, rozwieraniu ust, wkładaniu szerokiej rurki do gardła i podawaniu dożylnie substancji silnie stymulujących pracę serca. U zdecydowanej większości z nas spowoduje to tylko i wyłącznie przerażające fizyczne deformacje: połamane żebra, posiniaczone serce, krwotoki wewnętrzne.

Ogromny odsetek nieudanych reanimacji można wytłumaczyć, przypominając o jednym prostym, ale często pomijanym fakcie: reanimuje się tylko umarłych. Rzadko zdajemy sobie sprawę z tego, że ci, którzy już nie oddychają, a ich serce przestało bić, nie są bliscy śmierci i nie stoją na progu śmierci, ale po prostu nie żyją. Śmierć to, jak powszechnie wiadomo, nieodwracalny stan. Tylko dla garstki wybrańców życie po śmierci okazuje się możliwe. Kim są owi nieliczni? Odpowiedź znajdziemy, gdy zwrócimy uwagę na pewien paradoks. Ci, którym reanimacja może pomóc, są zarazem zdrowi i martwi. Jednak większość osób poddawanych reanimacji to ludzie chorzy i martwi. Większość przypadków zatrzymania akcji serca to po prostu ostatnia faza śmiertelnej choroby, często raka, długotrwałej choroby płuc albo serca, poważnej infekcji, dysfunkcji nerek i wielu innych stanów chorobowych. W tych przypadkach zatrzymanie akcji serca to finałowa faza procesu, który poczynił zbyt wielkie szkody w organizmie, by dało się go odwrócić, uciskając klatkę piersiową albo przez chwilę za kogoś oddychając.

Istnieje jednak tych kilku zdrowych umarłych, u których zatrzymanie akcji serca następuje bez żadnego ostrzeżenia czy możliwej do wyjaśnienia przyczyny i nie stanowi rezultatu innej choroby. Mówi się, że dotknęła ich choroba zwana nagłym zatrzymaniem krążenia, najczęściej wywołana przez rodzaj elektrycznej burzy w sercu - migotanie komór. Może ona pojawić się zupełnie niespodziewanie, w ciągu zaledwie kilku sekund. Migotanie komór to trwające przez dłuższą chwilę zaburzenie elektryczne, które powoduje, że komory, działające jak pompy, przestają prawidłowo funkcjonować i zaczynają drgać w niekontrolowany sposób (to znaczy migotać). Kiedy migotanie obejmuje całe serce, przestaje ono pompować krew (nawet jeśli drganie nie ustąpiło), krew przestaje się przemieszczać, a pacjent nagle traci przytomność i ustaje jego puls. Zapada w śmierć kliniczną. Defibrylacja, czyli kontrolowany impuls elektryczny, może czasem zastopować serce, zatrzymać drganie i pozwolić, by serce złapało ponownie właściwy rytm i, potencjalnie, zaczęło poprawnie funkcjonować. Wbrew powszechnemu mniemaniu impuls elektryczny nie służy tu jako „iskra zapalna”. Porażenie prądem ma sparaliżować mięsień po to, żeby serce na nowo podjęło pracę przerwana w chwili, gdy rozpoczęło się migotanie komór.

Migotanie komór następuje czasem w wyniku zablokowania tętnicy wieńcowej lub płucnej albo z powodu wewnętrznego krwotoku, ale u większości pacjentów pojawia się ono z nieznanych powodów i nie towarzyszy żadnej chorobie. Właśnie dlatego jest to stan odwracalny. Ale jak często?

5 Dane z dużych zespołów ratownictwa wskazują, że resuscytacja nie sprawdza się w 93% przypadków. Na ponad tysiąc przypadków zatrzymania akcji serca w Ottawie resuscytacja nie sprawdziła się w 95% - W Nowym Jorku nie przynosi skutków w 99% przypadków. Z zebranych niedawno, lecz jeszcze niepublikowanych danych wynika, że w Nowym Jorku w ciągu ostatnich dziesięciu lat odnotowano wzrost przypadków uratowania z 1 do około 2%.

Zjawisko to występuje dość rzadko (tylko jedna lub dwie osoby na tysiąc doświadcza nagłego zatrzymania krążenia) i trudno je dokładnie zbadać ze względu na jego nie- przewidywalność. Przez wiele lat kardiolodzy mogli jedynie zgadywać, jaki odsetek pacjentów można przywrócić do życia. Przez całe dekady problem ten pozostawał nierozwiązany. Odpowiedź pojawiła się stosunkowo niedawno i nadeszła z miejsca, gdzie nie wykonuje się zazwyczaj badań medycznych. Ale właśnie w tym miejscu można najczęściej spotkać tych kilku szczęśliwców, których udaje się uratować - w kasynie w Las Vegas.

W październiku 2000 roku doktor Terence Valenzuela przeprowadził niezwykle badania, gdy kierował działaniami grupy trenerów przygotowujących ochroniarzy kasyn w Las Vegas i okolicznych miejscowościach do wykonywania reanimacji i defibrylacji. Valenzuela wykorzystał nagrania z niezwykle gęstej sieci kamer bezpieczeństwa i analizował moment zatrzymania akcji serca u gości kasyna. Brał również pod uwagę wypowiedzi wyszkolonych ochroniarzy oraz sposób przeprowadzenia reanimacji i defibrylacji. Nagrania pokazywały ludzi uruchamiających jednorękiego bandytę, rzucających żetony na stół lub grających w karty, którzy nagle padali na podłogę bez oznak życia. Pokazywały również ochroniarzy podbiegających do ofiar, rozpoczynających reanimację i stosujących urządzenia do defibrylacji serca. Urządzenia szybko ustalały stan, w jakim znajdowało się serce, i w wypadku migotania komór wywoływały wstrząs elektryczny. Szybka reakcja ze strony ochroniarzy (przeciętnie reanimacja rozpoczynała się w ciągu mniej niż trzech minut, a defibrylacja mniej niż pięciu minut) powodowała, że odsetek uratowanych był stosunkowo bardzo wysoki, wynosił bowiem 38 procent. Niektóre ofiary zatrzymania krążenia budziły się zdumione i choć nie mogły wydobyć z siebie ani słowa, to gdy tylko przypomniwały sobie, gdzie się znajdują, natychmiast chciały na nowo podjąć grę.

Niezwykłe dobre wyniki stwierdzone w tym badaniu wynikały z dwóch przyczyn. Po pierwsze, decydujący wpływ miał dobór pacjentów. Większość z nich była czynna zawodowo, prowadziła aktywny tryb życia i nie miała większych problemów ze zdrowiem. Należeli do niewielkiej grupy zdrowych umarłych. Po drugie, istotną rolę odegrał czas. Ratownicy pojawiali się przy ofiarach w ciągu kilku minut, a migoczące komory można było wciąż poddać defibrylacji. Te dwa czynniki spowodowały tak wysoki odsetek reanimacji przeprowadzonych z pozytywnym skutkiem, a badanie to dostarczyło nam zarazem kluczowych informacji na temat tego, jak najefektywniej ratować zdrowych umarłych w razie nagłej śmierci sercowej. Ale pokazało nam też jak na dłoni, co w takich sytuacjach nie zdaje egzaminu. Aż 62 procent zdrowych umarłych nie przeżyło reanimacji. Czy różnili się czymś od tych, którzy przeżyli? Oni też nie mieli większych problemów ze zdrowiem, a ratownicy również w ich wypadku podjęli działanie w ciągu kilku minut. Jednak ci pacjenci albo nie reagowali na defibrylację, albo okazywało się, że ich serca nie migotają. Jakie działania należy zatem podjąć, kiedy defibrylacja nie odnosi skutku albo kiedy serce nie migocze? Tak reaguje przecież nie tylko większość zdrowych umarłych, ale zasadniczo także wszyscy chorzy umarli.

Przez ostatnie trzydzieści lat na to skomplikowane pytanie udzielano prostej i uniwersalnej odpowiedzi, która zarazem pozwala bez trudu zrozumieć, jak wykonuje się reanimację i jakie problemy się z tym wiążą. Ta odpowiedź brzmi: „ACLS”. Pielęgniarki, lekarze i personel medyczny na całym świecie biorą udział w obejmującym wiele dziedzin wiedzy kursie zaprojektowanym i prowadzonym przez Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne, nazwanym Advanced Cardiac Life Support (zaawansowane zabiegi resuscytacyjne), czyli w skrócie ACLS. Kurs ACLS uczy, jakie działania podejmować wobec pacjentów, którzy nie reagują na pierwszy wstrząs elektryczny i których serca nie migotają. W skład metody ACLS wchodzi podawanie kroplówek, silnych leków i inne inwazyjne działania. Lekarze nauczali i uczyli się metody ACLS oraz wprowadzali ją w życie z niemal religijnym zapałem przez ponad trzydzieści lat, dziś zaś podejście to uległo standaryzacji Systemy opieki medycznej na całym świecie w przypadkach zatrzymania akcji serca stosują rutynowe zabiegi, trzymając się ściśle zaprogramowanych procedur i schematów blokowych, których naucza się w czasie kursu ACLS.

Ale to nie tylko standaryzacja tych zabiegów jest tak niezwykła. Co jeszcze bardziej niezwykle, nigdy nie nauczano żadnego alternatywnego podejścia. Metoda ACLS stosowana jest w samych Stanach Zjednoczonych u ponad miliona osób rocznie i u wielu milionów na całym świecie⁶. I dzieje się tak mimo ogromnej liczby dowodów prowadzących do jednej i tej samej konkluzji: ta metoda się nie sprawdza.

Oprócz tych, którzy poddawani są natychmiastowej defibrylacji, wszyscy ludzie doznający zatrzymania akcji serca umierają. W Las Vegas przeżyli tylko ludzie z migotaniem komór, czyli ci, których poddano defibrylacji. I tylko taka metoda odnosiła pożądany skutek. Wobec wszystkich innych zastosowano metodę ACLS, która nie poskutkowała. A trzeba pamiętać, że ACLS wykonano na zdrowych umarłych pacjentach, zaś ratownicy pojawili się przy nich w ciągu kilku minut. Pacjenci ci stanowili zatem grupę o największym prawdopodobieństwie przeżycia. A jednak wcale nie uratowano ich więcej niż chorych umarłych. Potwierdzają to zresztą i inne badania naukowe. W 2004 roku grupa kanadyjskich badaczy opublikowała budzące wiele kontrowersji wyniki badania ponad tysiąca pacjentów poddanych reanimacji w przypadku zatrzymania akcji serca zgodnie z nowym systemem ACLS, którym miał się posługiwać personel medyczny w ambulansach. Wcześniej przez lata stosowano resuscytację krążeniowo-oddechową i defibrylację jako jedyne środki zaradcze. Po wprowadzeniu nowego systemu, kiedy pierwsze próby defibrylacji zawodziły albo kiedy okazywało się, że serce nie migocze (a tak działo się u większości pacjentów), gwałtownie i agresywnie stosowano ACLS, podając kroplówki, leki i podejmując inne działania. Badanie polegało na porównaniu liczby przypadków przeżycia po zatrzymaniu akcji serca w latach przed wprowadzeniem programu ACLS ze średnią w latach po jego rozpoczęciu. Jak się okazało, wykonywanie ACLS niczego nie zmieniło. Średnia liczba przypadków odratowania była taka sama w czasach stosowania wyłącznie resuscytacji oddechowo-krążeniowej i defibrylacji, jak w czasach, gdy uzupełniono je o ACLS⁷.

Lekarze od lat wiedzieli, że procedury ACLS nie odnoszą zamierzonych skutków. A jednak większość lekarzy i ratowników medycznych stosowała się i nadal codziennie się stosuje do zaleceń i modelowych technik ACLS w milionach przypadków zatrzymania akcji serca na całym świecie. Zamiast twórczo myśleć i wypróbować nowe lub innowacyjne albo przynajmniej radykalnie odmienne metody działania, podajemy leki zalecane przez ACLS, wykonujemy przewidziane przez ACLS czynności medyczne i stwierdzamy śmierć pacjenta wtedy, kiedy przewiduje to ACLS. Natomiast badania naukowe wyraźnie mówią, że wszystko, co robimy, to niepotrzebna ceremonia, z góry skazana na porażkę.

Kierownictwo Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologicznego, które propaguje metody ACLS, bardzo jasno definiuje ich cel. Mają one służyć ratownikom medycznym jako usystematyzowany algorytm postępowania, jeden z wielu możliwych, w przypadkach zatrzymania akcji serca. Materiały dydaktyczne służące do nauczania ACLS, poświęcona mu strona internetowa i podręczniki na jego temat podkreślają, że to tylko zestaw kilku odpowiedzi i że w razie zatrzymania akcji serca można zastosować również inne terapie. Ale konformizm kulturowy, bezwład i paranoiczny strach przed popełnieniem błędu lekarskiego powodują, że lekarze i ratownicy medyczni mają związane ręce i nie potrafią działać inaczej. Nadal lekceważymy niezbitą dowody na to, że stosowane przez nas metody nie odnoszą żadnego skutku.

Podsumowując, można więc powiedzieć, że są dwa typy martwych ludzi. Chorzy umarli to ci, którym niestety poświęcamy większość naszego czasu i naszych środków. Znany te osoby wcześniej, bo chorują od dłuższego czasu. W ich wypadku resuscytację krążeniowo-oddechową okazuje się zabiegiem tyleż niehumanitarnym, co nieskutecznym. Zdrowi umarli to ci, których można

6 Jak obliczono, w ciągu roku w Stanach Zjednoczonych personel ratowniczy interweniuje w pięciuset tysiącach przypadków zatrzymania akcji serca, a znacznie więcej przypadków odnotowuje się w szpitalach.

7 W trakcie tego badania przeanalizowano ponad dziesięć tysięcy przypadków zatrzymania akcji serca w ciągu ośmiu lat rozwoju systemu ratownictwa medycznego, kiedy podstawowe metody i sprzęt (defibrylacja, resuscytację krążeniowo-oddechową, sztuczne oddychanie) stopniowo uzupełniano o metodę ACLS (kroplówki, leki itd.). Tyle samo osób uratowano dzięki resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ile dzięki procedurom ACLS.

uratować. Niewielka grupa szczęśliwców poddana zostanie natychmiastowej resuscytacji oraz defibrylacji wykonanej szybko i przynoszącej pożądany efekt. W pozostałych przypadkach okazuje się, że nawet jeśli istnieją skuteczne, choć mało znane terapie, które pozwoliłyby przywrócić do życia umarłych, decydujemy się nie eksperymentować, nie wprowadzać innowacji i nie modyfikować przyjętych algorytmów działania. Z niewyjaśnionych powodów uparcie trwamy przy tym, co, jak powszechnie wiadomo, nie sprawdza się.

Niestety, zatrzymanie akcji serca to nie jedyna przypadłość, której nie leczą standardowe i rozpowszechnione metody terapii. Świat medycyny zna mnóstwo przykładów tego typu bezcelowych działań. Niejednokrotnie popularność metod leczenia wynika nie tylko z tego, że propagują je lekarze, a opinia publiczna uznaje je za pewien standard. Czasami decyduje o tym trzeci czynnik, a powód jest stary jak świat.

Była trzecia nad ranem, kiedy w ambulatorium pojawiła się kobieta, ciągnąc za sobą dziecko, sześciolatek Steviego. On był bliski łez, a jego matka miała ciemne podkowy pod oczami.

-Nie chce spać - powiedziała z desperacją w głosie. - Chwyta się za ucho i krzyczy. Już kiedyś tak miał. To infekcja ucha. Trzeba mu podać antybiotyk.

-Jasne - przytaknąłem.

Zapytałem chłopca, czy zna jakieś piosenki swojego imiennika Steviego Wondera. Jego mama uśmiechnęła się, a on popatrzył na mnie jak na wariata i powiedział, że zna wszystkie. Żeby to udowodnić, w czasie badania śpiewał mi Signed, Sealed, Delivered, choć przez cały czas zasłaniał dłońmi lewe ucho.

-Ma pani rację, to infekcja - powiedziałem po dokładnym zbadaniu ucha. Wyjąłem z kieszeni buteleczkę z kroplomierzem. - I na pewno to powinno pomóc.

Matka popatrzyła na mnie podejrzliwie.

-Chcemy jakiś antybiotyk - powiedziała zdecydowanie.

-To naprawdę skuteczne lekarstwo. Znieczula błonę bębenkową i łagodzi ból. A w tym wypadku antybiotyki nie pomogą. Wystarczy, jeśli zapanujemy nad bólem, infekcja przejdzie samoczynnie. Może warto spróbować? Być może nawet obojgu wam uda się zasnąć.

Widziałem, że nie przekonałem jej do końca, ale perspektywa kilku godzin snu okazała się kusząca. Stevie położył się na boku, a ja zakropiłem mu ucho. Kiedy z powrotem usiadł, zapytałem go o ulubioną piosenkę.

-Znasz Sir Duke?

Przytaknął, uśmiechnął się i zaczął śpiewać.

Już nie zakrywał ucha dłońmi.

Jego mama popatrzyła na mnie, potem na uśmiechniętego, śpiewającego Steviego, a potem znowu na mnie. Z niedowierzaniem, jakbym oszukiwał.

-To działa tak szybko? - zapytała.

Pokiwałem głową.

Otworzyła szeroko oczy.

-Mogę dostać ten lek? - zapytała.

-Mogę pani dać nawet całą buteleczkę. Następny dyżur mam za dwa dni. Jeśli nie będzie poprawy, proszę przyjść znowu. Jeśli mu się poprawi, proszę tylko pójść z nim do kontroli w przyszłym tygodniu.

Mama Steviego kiwnęła głową i uśmiechnęła się od ucha do ucha. A potem i ona zaczęła śpiewać.

Choroba znana w kręgach medycznych jako infekcja górnych dróg oddechowych, czyli po prostu przeziębienie i towarzyszące mu często inne dolegliwości, takie jak choćby zapalenie ucha, to najczęstszy powód wizyt u lekarza w Stanach Zjednoczonych. A jaki lek poleca stosować na tę przypadłość współczesna wiedza medyczna? Jak powszechnie wiadomo - współczucie, a oprócz niego wszelkiego rodzaju środki działające objawowo (choćby takie jak lek przeciwbólowy, który podałem Steviemu). To wszystko, co mamy do zaoferowania, bo na pewno nie znamy żadnej terapii. Infekcje górnych dróg oddechowych powoduje spora grupa różnorodnych wirusów, ale nie znamy leku, który mógłby im skutecznie przeciwdziałać. Skoro jednak wiemy, że infekcje górnych dróg oddechowych wywołują wirusy, dlaczego w połowie przypadków tego typu infekcji pacjentom w Ameryce przepisuje się antybiotyki, choć nie działają one na wirusy?

Pojawienie się w dwudziestym wieku antybiotyków, czyli środków zabijających bakterie lub hamujących ich rozwój, wywołało prawdziwą rewolucję w medycynie. Laicy, tacy jak mama Steviego, coś na ten temat wiedzą. Wielu pacjentów przyzwyczajonych do tego, że podaje im się antybiotyki nawet w razie łagodnych chorób, przychodzi do lekarza w przeświadczeniu, że „potrzebują antybiotyku”. Z reguły laicy rzadko umieją odróżnić infekcję bakteryjną od wirusowej, a jeszcze rzadziej wiedzą, że antybiotyki nie leczą infekcji wirusowych. W przeciwieństwie do lekarzy. Tym dziwniejsze więc, że w przypadku infekcji gardła - które w ponad 95 procentach przypadków mają charakter wirusowy - zarówno pacjenci, jak i lekarze sądzą, że ból gardła wywołuje bakteria, której łacińska nazwa brzmi *Streptococcus pyogenes*. W rezultacie ponad 70 procent dorosłych z bólem gardła wychodzi z gabinetu lekarza z receptą na antybiotyki.

Podobna prawidłowość dotyczy zapalenia oskrzeli, infekcji górnej części układu oddechowego. Wiele badań i analiz polegających na porównaniu antybiotyków z placebo w przypadkach ostrego zapalenia oskrzeli wykazało, że antybiotyki podaje się niepotrzebnie, bo nie przynoszą zdecydowanej poprawy stanu pacjenta. Co więcej, antybiotyki oddziałują wręcz niekorzystnie, wywołują bowiem wiele efektów ubocznych, takich jak biegunka, reakcje alergiczne, wysypki, drożdżycę, a rzadziej - śmiertelne lub śmiertelnie niebezpieczne reakcje alergiczne, problemy z wątrobą i silne reakcje skórne. Rutynowe przepisywanie ich spowodowało, że bakterie uodparniają się na antybiotyki, które tracą w konsekwencji swoje lecznicze właściwości. Oznacza to, że w ostatecznym rozrachunku antybiotyki okazują się szkodliwe zarówno doraźnie, jak i długofalowo (kiedy potwierdzone ryzyko jest duże, a korzyści prawie żadne, proporcję ryzyka do zysków łatwo wyliczyć - antybiotyki najzwyczajniej w świecie szkodzą). A jednak większości pacjentów z zapaleniem oskrzeli podaje się antybiotyki.

Można się dziwić, że antybiotyki nie leczą zapalenia oskrzeli, infekcji gardła czy przeziębienia. Od dziesięcioleci niezmiennie przepisuje się je przecież jako lek na choroby niebakteryjne, dlatego Amerykanie uwierzyli, że również w wypadku tych chorób antybiotyki to pożądaný czy wręcz konieczny środek zaradczy. Pacjenci przychodzą do lekarza zazwyczaj między trzecim a siódmym dniem od pojawienia się symptomów, a każda choroba wirusowa trwa przeciętnie od siedmiu do dziesięciu dni. Zatem najczęściej ustępuje ona niezależnie od tego, czy zażywa się antybiotyki, czy nie. Wiarę pacjentów w siłę antybiotyków wzmacnia to, że czują się lepiej już w kilka dni lub nawet godzin po tym, jak wzięli lekarstwo, choć bynajmniej nie to stanowi przyczynę poprawy ich stanu.

Choć może się to wydawać mało prawdopodobne, otwarcie zgłaszana chęć zażycia antybiotyków ma duży wpływ na decyzję lekarza, szczególnie w prywatnych klinikach i szpitalach, gdzie pacjenci, płacąc, wyrażają jednocześnie zadowolenie z usług określonego lekarza (a czasem nawet z określonego planu zdrowotnego)⁸. Jeśli odsuniemy na bok tę kwestię, to i tak z perspektywy lekarza przepisanie antybiotyków stanowi najprostszy i najwygodniejszy sposób działania. Lekarze pracują pod ogromną presją czasu, mają tylko kilka minut na spotkanie z pacjentem. W tym czasie mogą co najwyżej obejrzeć tylną ścianę gardła, przepisanie zaś antybiotyku wydaje się terapią korzystną dla obu stron. Lekarz ma problem z głowy, a pacjent jest

8 Por. rozdział siódmy, w którym omawiam jeszcze inny aspekt tego problemu.

zadowolony, bo czuje, że poddaje się go odpowiedniej kuracji.

Takie podejście niesie jednak z sobą poważne ryzyko. Jeśli wedle przyjętych danych szacunkowych w 95 procentach przypadków bólu gardła antybiotyki podaje się bez potrzeby, to łatwo wyliczyć, ilu reakcji alergicznych bez trudu można było uniknąć⁹. Wedle najnowszych danych, w 2002 roku do ośrodków zdrowia i ambulatoriów zgłosiło się około trzynastu i pół miliona osób z bólem gardła. Wiadomo, że 72 procent tych wizyt kończy się przepisaniem antybiotyku. Obliczono również, że zagrażające życiu reakcje alergiczne na amoksycylinę, powszechnie stosowany i niedrogi antybiotyk, występują raz na czterysta dziesięć przypadków jej podania. Jeśli hipotetycznie założymy, że wszystkie recepty wystawiano na amoksycylinę (a ten antybiotyk uznaje się za względnie bezpieczny), to można się spodziewać około dwudziestu czterech tysięcy zagrażających życiu reakcji alergicznych spowodowanych niepotrzebnym użyciem antybiotyków. Podawanie antybiotyków w przypadku infekcji wirusowej to w gruncie rzeczy prowadzona na ogromną skalę gra w rosyjską ruletkę. Przegrywa ją tysiące osób.

Lekarze rutynowo uciekają się do działań, które nie przynoszą żadnych pozytywnych skutków, a sami pacjenci nieświadomie przyczynili się do pojawienia się tej tendencji i sami ją podtrzymują. Ale w sprawę zaangażowana jest także trzecia grupa, która najsilniej wspiera kampanię na rzecz bezowocnych i niebezpiecznych terapii. Spośród wszystkich trzech ta ma najwyraźniej określony cel - chodzi oczywiście o firmy farmaceutyczne.

Jak już wspomniałem, oblicza się, że rocznie na trzynaście i pół miliona wizyt u lekarza spowodowanych bólem gardła 72 procent kończy się wypisaniem recepty na antybiotyki. To około dziewięciu milionów siedmuset tysięcy recept na antybiotyki, najczęściej takie jak azytromycyna albo amoksycylina, albo amoksycylina/kwas klawulanowy. Tygodniowa dawka amoksycyliny, najtańszego z trzech wymienionych antybiotyków, kosztuje około ośmiu dolarów, co daje potencjalnie siedemdziesiąt osiem milionów dolarów rocznie ze sprzedaży wyłącznie chorym na ból gardła. Najdroższy antybiotyk to amoksycylina/kwas klawulanowy. Za zrealizowanie jednej recepty trzeba zapłacić prawie sto dolarów, zatem dziewięć milionów siedmuset tysięcy recept daje w sumie miliard dolarów rocznie.

Nic dziwnego, że skoro gra toczy się o tak wysoką stawkę, to towarzyszą jej prowadzone niezmordowanie i podstępnie kampanie reklamowe. Jeden z bardziej perfidnych sposobów działania polega na kierowaniu reklam antybiotyków do małych dzieci. Zebra o imieniu Max, postać wymyślona przez koncern Pfizer, miała pomóc sprzedawać azytromycynę (nazwa handlowa Zithromax). W 1999 i 2000 roku przedstawiciele firmy Pfizer wręczali Maxa, małą plastikową zebkę, tysiącom pediatrów, próbując zachęcić lekarzy, by za pomocą tej zabawki uspokajali albo rozbawiali dzieci. Małego plastikowego Maxa da się przyczepić do stetoskopu, a miękką, wypchaną wersję zwierzątka dawano lekarzom, żeby ci potem rozdawali je dzieciom. Pfizer sponsorował także jeden sezon *Ulicy Sezamkowej*, wykorzystywał słynne postacie z tego programu w kampaniach edukacyjnych firmowanych swoim logo („Elmo idzie do lekarza” oraz „Niezwykle sekrety ciała objaśniają Bert i Ernie”), a nawet zakupił prawdziwą zebkę dla zoo w San Francisco.

Max i powiązane z nim działania promocyjne prowadzone były bezpośrednio po bardzo niekorzystnej dla firm farmaceutycznych deklaracji Agencji Badania Jakości Opieki Zdrowotnej (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), działającej pod auspicjami Narodowego Instytutu Zdrowia. Okazało się bowiem, że w wypadku wielu rodzajów infekcji, w tym infekcji ucha, spora część nowych, droższych antybiotyków wcale nie działa skuteczniej niż starsze, tańsze¹⁰. Choć kilka poczytnych gazet zauważyło, że kampania Pfizera zbiegła się w czasie z raportem AHRQ i że dość perfidnie skierowano ją wprost do dzieci, to prawie wszyscy przeoczyli jeden istotny fakt: przeważająca większość infekcji ucha przechodzi samoczynnie, bez podawania

9 Analizując ten przykład, zakładam, że 95% recept na antybiotyki można uznać za niepotrzebne. 13,5 miliona • 0,72 • 0,95 = 9,2 miliona niepotrzebnych recept na antybiotyki.

10 Chociaż badanie wykonane przez AHRQ nie koncentrowało się na azytromycynie, to postrzegano je jako atak na wszystkie nowe, droższe antybiotyki, w tym azytromycynę.

antybiotyków.

Kiedy nieskuteczna terapia staje się powszechnie i bez wyjątku stosowana, oznacza to, że istotną rolę odegrali lekarze, pacjenci i producenci leków. Ten trój aspektowy problem narodził się, zanim jeszcze na rynek wprowadzono antybiotyki i zaczęto praktykować wypisywanie recept. Podobną historię do tej o przeziębieniach i antybiotykach można opowiedzieć, biorąc jako przykład dowolnie wybraną dolegliwość i stosowany na nią „środek zaradczy”. Weźmy na przykład kaszel. Kaszel towarzyszy zapaleniu oskrzeli, infekcjom górnych dróg oddechowych, chorobom płuc, alergiom, sptywaniu wydzieliny po tylnej stronie gardła, zapaleniu zatok przynosowych, pojawia się jako efekt uboczny powszechnie stosowanych leków na obniżenie ciśnienia i wielu innych chorób. Lista dolegliwości i chorób, którym towarzyszy kaszel, ciągnie się w nieskończoność.

Dzisiaj na receptę i w wolnej sprzedaży można kupić mnóstwo lekarstw na kaszel, które stosują przeważnie chorzy na zapalenie oskrzeli i przeziębienie. To przede wszystkim cukierki, syropy, pastylki do ssania, środki do pędzlowania, proszki, pigułki i wiele innych cudownych środków. Które działają najlepiej? Obojętne, co się wybierze, bo jak wskazują najnowsze badania, żaden z tych środków nie leczy infekcji w stopniu większym niż placebo i żaden nigdy nie leczył¹¹. Kaszel to po prostu kolejna dolegliwość, na którą nie mamy lekarstwa ani skutecznej terapii.

Nie oznacza to jednak, że lekarze nie polecają i nie przepisują leków na kaszel. Triumwirat pacjent - establishment medyczny - korporacje, działa we wzajemnym porozumieniu. Kiedy każda ze stron wykona swoje zadanie w odpowiednim czasie, określona terapia ma szansę upowszechnić się jako standardowa, a w rezultacie to właśnie jej będą oczekiwać pacjenci. Hasło na stronie internetowej firmy farmaceutycznej Wyeth Consumer Healthcare brzmi: „Robitussin. Polecany przez lekarzy”, podczas gdy inna strona z dumą donosi, że ten produkt został „opracowany specjalnie z dodatkiem skutecznego środka powstrzymującego kaszel”. Tych haseł nie opatrzone żadnymi przypisami, ale mimo że drugie wydaje się dość podejrzane, pierwsze ma w dużej mierze pokrycie w rzeczywistości. Lekarze często zalecają stosowanie sprzedawanych bez recepty lekarstw na kaszel, choć jak dowodzą badania, są one nieskuteczne. A kiedy pacjenci wracają, bo lekarstwo nie przynosi efektów, wielu lekarzy wypisuje recepty na leki przeciwkaszlowe, które - jak udowodniono - również nie działają.

Procedury medyczne, które nie przynoszą pożądaných efektów, lekarze zalecają i stosują w bezpośrednich kontaktach z pacjentami. Ale proceder ten ma miejsce nie tylko w gabinecie lekarskim. Prowadzone na dużą skalę działania medyczne również od czasu do czasu ulegały politycznym i kulturowym wpływom o charakterze niemedycznym i nienaukowym.

Beatrice trzęsa się, gdy mówiła:

- Bałam się. Lekarz kazał mi to sprawdzić zeszłego lata, rok temu, ale się bałam. Mammografia niczego nie wykazała.

Wbiła wzrok w sufit, próbując mnie zignorować, kiedy zaczęłam rozcinać przesiąknięte krwią kawalki cienkiej sukienki, które przyłgnęły do jej lewego boku.

-Modliłam się i miałam nadzieję, że to nic poważnego.

-Co kazał sprawdzić? - zapytałam.

Beatrice została przywieziona przez personel paramedyczny, który znalazł ją na podłodze mieszkania we wspólnocie emerytów i rencistów. Nie miała sił, żeby się podnieść, i przerażona

11 Dwa przeprowadzone na dużą skalę badania porównywały działanie placebo i sprzedawanych bez recepty lekarstw na kaszel: jedno skupiało się na lekarstwach dla dzieci, drugie dla dorosłych. Żadne nie wskazało lekarstwa na kaszel, które działałoby niezawodnie. Najpowszechniej przepisywane na receptę leki na kaszel, w tym kodeina, również nie działają. Dodatkowo w 2006 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Pulmonologów opublikowało wskazówki odradzające użycie sprzedawanych bez recepty syropów na kaszel, bo nie tylko nie działają, ale mogą wręcz szkodzić. Nic dziwnego, że Stowarzyszenie Konsumentów Leków, grupa handlowa zrzeszająca producentów leków wydawanych bez recepty, skrytykowała te wskazówki, podobnie jak producenci Robitussinu, jednego z najlepiej się sprzedających syropów na kaszel bez recepty.

wolała o pomoc. Nie pozwoliła sobie zdjąć sukienki.

Potrząsnęła głową i powiedziała łamiącym się głosem:

-Trzydzieści lat na uczelni i zrobiłam taką głupotę.

Studentka medycyny delikatnie poklepała Beatrice po ramieniu.

-Proszę się nie martwić, na pewno pomożemy pani przez to przejść, niezależnie od tego, co pani dolega.

-Proszę pani, co lekarz kazał pani zrobić... - przestałem mówić, kiedy usunąłem ostatni fragment bielizny z lewej strony jej klatki piersiowej i nie musiałem już zadawać żadnych pytań. Pomagająca mi pielęgniarka szybko zrobiła krok do tyłu i przewróciła stojak do kroplówki, a studentka medycyny wydała z siebie dźwięk, jakby ktoś uderzył ją w brzuch.

Lewej piersi Beatrice właściwie już nie było. W jej miejscu pojawił się żółto-czerwony, twardy, nieregularny guz, który przebijał się przez skórę. Ropa i słomkowy płyn ciekły powoli strużką po powierzchni guza, a krew wydobywała się z miejsca, w którym ostatnio przebił się rak. Za pomocą gazika próbowałem zatamować krew, ale larwy much zebrały się w tym miejscu i pełzały, przesyłając miejsce wypływu krwi.

-O Boże, tak mi przykro.

Beatrice jedną ręką zasłoniła usta, a drugą chwyciła za rękę studentkę medycyny.

Beatrice zrobiono mammografię zaledwie kilka tygodni przed tym, jak wykryła guzek w lewej piersi, a wynik tego badania nie wykazał żadnych niepokojących zmian. Zarówno strach przed lekarzami, jak i rezultat mammografu kazały jej zlekceważyć te objawy. W ciągu kilku miesięcy guzek rozrósł się tak, że przebił skórę. Wiele kobiet podobnie jak Beatrice wierzy, że mammografia to główna metoda profilaktyki raka piersi. Tak bardzo ufają one jej skuteczności, że polegają tylko na niej. Ale jak wiarygodne są badania mammografem? Jak duże zachodzi prawdopodobieństwo, że mammografia nie wykryje istniejącego już guza?

W wypadku profilaktycznej mammografii można łatwo udzielić odpowiedzi na to pytanie: nie wykrywa ona około 25 procent przypadków raka. Badania skuteczności mammografii wykazują, że jeden na cztery przypadki raka piersi jest rozpoznawany po prawidłowej mammografii. To właśnie przypadek Beatrice¹². 25 procent to wynik daleki od satysfakcjonującego, choć to prawda, że mammografia wykrywa 75 procent przypadków raka. Można by się zatem kłócić, czy mammografia to skuteczne badanie. Owszem, daleko mu do doskonałości, ale skoro wykrywa trzy czwarte przypadków nowotworów, to pozwala zrobić krok we właściwym kierunku. Rzeczywistość jednak wcale nie rysuje się tak jednoznacznie. Ale tak jak w wypadku każdego innego badania, najważniejsze pytanie brzmi, czy korzyści przewyższają straty i ryzyko. Zatem zanim zaczniemy mówić o pożytkach z mammografii, zastanówmy się, jakie pociąga za sobą koszty i zagrożenia.

Zapewne najpowszechniejszym ryzykiem, jakie niesie z sobą każde badanie medyczne, jest możliwość wyniku fałszywie dodatniego, czyli wyniku, który wskaże obecność choroby, której tak naprawdę nie będzie. Fałszywie dodatnie wyniki mammografii są szczególnie niebezpieczne, bo prowadzą do dalszych badań, niepotrzebnych operacji i wywołują lęk u osób, które dowiadują się, że chorują na raka. Zatem jak często mammografia daje fałszywie dodatni wynik? Całkowite ryzyko fałszywie dodatniego wyniku mammografii wykonywanej regularnie przez dziesięć lat

12 Te statystyki to wyniki badań skuteczności mammografii wykonywanych przez wysoko wyspecjalizowanych i wyszkolonych lekarzy odczytujących materiał z mammografu. Można zatem założyć, że w wypadku zwykłych badań, niemierzących skuteczności mammografii, liczba niewykrytych przypadków raka jest o wiele większa. Autor obszernego artykułu opublikowanego w „The New England Journal of Medicine” twierdzi - choć nie ma na poparcie tej tezy niezbitych dowodów - że w Stanach Zjednoczonych około 50% przypadków raka piersi diagnozuje się dopiero po tym, jak pacjentka wyczula u siebie guzek, a następnie jego obecność stwierdzono na zdjęciach z wcześniej wykonywanych mammografii. Jak przekonuje autor wnikliwego artykułu opublikowanego w "The New York Timesie", równie poważnym i kontrowersyjnym problemem jest umiejętność rzetelnego i prawidłowego odczytywania wyników mammografii.

wynosi około 50 procent. Oznacza to, że połowa kobiet regularnie wykonujących mammografię w ciągu dziesięciu lat otrzyma dodatni wynik badania, który nie będzie prawdziwy. Faktycznie, 97 procent mammografii wykazujących niebezpieczne zmiany okazuje się fałszywa. Te dane pomagają wyjaśnić, dlaczego tak często wykonuje się chirurgiczne biopsje na zdrowych piersiach. W ciągu dziesięciu lat u kobiet wykonujących regularnie mammografię około 20 procent, a więc jedna na pięć, otrzyma fałszywie dodatnie wyniki i zostanie skierowana na biopsję¹³. Co nie mniej istotne, fałszywy wynik dodatni zbiera psychiczne żniwo: połowa kobiet, która otrzymała takie właśnie wyniki mammografii, twierdzi, że doświadczyła przez trzy miesiące „znacznego lęku”.

Oprócz lęku, niepotrzebnych operacji i dalszych badań należy także uwzględnić koszt mammografii. W Stanach Zjednoczonych mieszka około stu milionów kobiet w wieku powyżej czterdziestu pięciu lat i około 70 procent z nich wykonuje regularnie mammografię. Jeśli założyć, że każda z nich bada się raz na dwa lata, a każde badanie kosztuje od stu do stu pięćdziesięciu dolarów, oznacza to, że corocznie wydaje się na mammografię około czterech miliardów dolarów. W tym obliczeniu nie bierzemy pod uwagę straconych dni w pracy i marginalnych kosztów, takich jak koszty podróży i powtórnych wizyt. Nie bierzemy również pod uwagę kosztów powtórnych badań, kolejnych mammografu, operacji i komplikacji, które pojawiają się tylko i wyłącznie z powodu fałszywie dodatnich wyników i powodują w nieunikniony sposób utratę kolejnych dni pracy oraz dalsze badania i zabiegi (za biopsję piersi trzeba zapłacić od tysiąca do pięciu tysięcy dolarów). Jeśli siedemdziesiąt milionów kobiet wykonuje mammografię, a jedna na pięć musi wykonać biopsję z powodu fałszywie dodatniego wyniku, to łatwo obliczyć, że na operacje zdrowych piersi wydaje się od czternastu do siedemdziesięciu milionów dolarów rocznie.

Należy wziąć pod uwagę jeszcze jedno ryzyko. Promieniowanie wykorzystywane w mammografu może wywołać raka. Obliczono, że na dziesięć tysięcy kobiet wykonujących profilaktycznie mammografię w ciągu dziesięciu lat u jednej promieniowanie wywołało nowotwór. Ponieważ w Stanach Zjednoczonych siedemdziesiąt milionów kobiet poddaje się profilaktycznej mammografii, można obliczyć, że mammografia wywołuje dodatkowo siedem tysięcy przypadków raka piersi w skali dziesięciu lat.

Biorąc pod uwagę te niebagatelne koszty i poważne ryzyko, mammografia powinna dawać ogromne korzyści, abyśmy mogli uznać ją za badanie skuteczne. Aby określić przynieszone przez nią korzyści, w 2001 roku Cochrane Collaboration, interdyscyplinarna grupa naukowców, której analizie procedur medycznych uznaje się powszechnie za najbardziej miarodajne i obiektywne, dokładnie prześledziła dane dostarczane przez mammografię. W ramach tego badania przeanalizowano dogłębnie wyniki siedmiu najobszerniejszych i najlepszych badań wykonanych wcześniej, biorąc pod uwagę prawie pół miliona przypadków kobiet z całego świata. Kobiety zarejestrowano do badania i podzielono na dwie grupy: te, które poddawano rutynowemu badaniu piersi i regularnej mammografii, oraz te, których piersi badano regularnie, ale nie poddawano mammografu. Przez dziesięć lat rejestrowano wyniki badań, próbując ustalić, jak wiele kobiet zmarło w każdej z grup, a jak wiele przeżyło. Na podstawie wszystkich siedmiu badań określono, jak pożyteczna jest mammografia, wynik zaś okazał się dość zaskakujący. Dowiedziono bowiem, że wykonywanie mammografii nie przynosi żadnych korzyści.

Naukowcy z Cochrane Collaboration wykonali setki statystycznych obliczeń, poddając badaniu dziesiątki pacjentek i uwzględniając cały szereg czynników. Ich pierwsza analiza skupiła się na dwóch najlepiej przygotowanych i przeprowadzonych badaniach, które obejmowały grupę około stu trzydziestu tysięcy kobiet. Dane z tych badań wykazały, że łącznie po około trzynastu latach, w czasie których śledzono losy badanych, tyle samo kobiet przeżyło w obu grupach. Jednak w obawie przed tym, że mogli pominąć jakieś istotne dane, badacze poddali analizie siedem najobszerniejszych badań, włączając również te, które poprzednio wykluczyli, ponieważ mieli wątpliwości co do ich miarodajności. Kiedy jednak przyjrzelisi się bliżej danym z wszystkich

13 Całkowite ryzyko fałszywego wyniku dodatniego wynosi 49%, a ryzyko otrzymania fałszywego wyniku dodatniego biopsji wynosi 19%.

siedmiu testów, niewiele się zmieniło¹⁴. liczba kobiet, która przeżyła, okazała się taka sama, niezależnie od tego, czy poddawano je mammografu, czy nie.

Jak to możliwe? Jak to możliwe, że wszystkie media zgodnym chórem regularnie twierdzą, że mammografia może ocalić życie? Dlaczego lekarze zalecają profilaktyczne wykonywanie mammografii? Dlaczego regularne wykonywanie mammografii zalecają takie profesjonalne organizacje, jak Amerykańskie Towarzystwo Medyczne, Amerykańskie Kolegium Radiologów i Amerykańskie Kolegium Chirurgów? Nie sposób odpowiedzieć na te pytania, nie poruszając przy tym kilku skomplikowanych i drażliwych kwestii.

Jedna z odpowiedzi brzmi tak, że mimo tych zakrojonych na ogromną skalę badań sam problem nie został ostatecznie rozstrzygnięty przez medycynę. Analizę Cochrane Collaboration poddano szczegółowej krytyce, i stowarzyszenia zawodowe od wielu lat zalecające mammografię nie przestały tego robić, wołały bowiem podtrzymywać *status quo*.

Krytykujący mammografię stawiali jednak hipotezę, że to właśnie stowarzyszenia lekarzy są odpowiedzialne za powszechne stosowanie i akceptację mammografii mimo tak mocnych dowodów świadczących przeciwko niej. Stowarzyszenia lekarzy takie jak Amerykańskie Towarzystwo Medyczne to organizacje wydające zalecenia medyczne na dużą skalę, a więc w znacznej mierze kształtujące opinię publiczną.

Przez długi czas zamykaliśmy oczy na istotny fakt dotyczący zawodowych stowarzyszeń lekarskich, a mianowicie, że są to organizacje rzecznicze. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne reprezentuje interesy wszystkich lekarzy, Amerykańskie Kolegium Radiologów - interesy radiologów, a Amerykańskie Kolegium Chirurgów - interesy chirurgów. Naczelna misja, jaką wypełniają te stowarzyszenia, polega na prowadzeniu lobbingu na rzecz ich członków, którzy każdego roku płacą składki. Ich zadanie nie polega na dostarczaniu obiektywnych informacji opinii publicznej ani na rekomendowaniu określonej opieki medycznej. Choć trudno podejrzewać, żeby ktokolwiek w tych organizacjach z premedytacją rozpowszechniał nieprawdziwe informacje, to jednak rekomendacje tych grup mają przynosić korzyści także członkom organizacji¹⁵.

Na przykład Amerykańskie Kolegium Radiologów, zalecając badania mammograficzne, działa w interesie radiologów. Mammografia wiąże się z ogromnymi dofinansowaniami, ogromnymi dochodami i to dzięki niej radiolodzy odgrywają istotną rolę w profilaktyce medycznej. Dodatkowo, jak już wspominałem, wiele badań mammograficznych daje wynik pozytywny, który w 97 procentach okazuje się fałszywy. Oznacza to konieczność wykonania wielu zabiegów chirurgicznych, żeby ustalić, które diagnozy były mylne. Zatem zalecanie kobietom wykonywania profilaktycznie mammografii sprawia również, że miliony z nich w konsekwencji poddawane są zabiegom chirurgicznym. Oznacza to w ostatecznym rozrachunku wpływy do kasy zarówno radiologów, jak i chirurgów¹⁶.

Z problemem rekomendacji stowarzyszeń lekarskich borykamy się nie od dziś. Próbując zagwarantować obiektywność i rzeczowość tych zaleceń, Instytut Medycyny wprowadził na początku lat dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku zestaw standardowych reguł mówiących o tym, jak powinno się formułować oficjalne zalecenia medyczne. Okazało się bowiem, że stowarzyszenia zawodowe lekarzy publikowały wskazówki, które - tak jak wspomniana procedura ACLS propagowana przez Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologów czy mammografia zalecana przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne - urastały do rangi standardowych praktyk mimo niezbitych dowodów na to, że były one niemiarodajne lub nieskuteczne. Niestety, podjęta przez

14 W uwagach na końcu niniejszego rozdziału można znaleźć bardziej pogłębioną analizę wyników tych badań.

15 Literatura psychologiczna pełna jest opisów badań dowodzących, że konflikt interesów (pieniądze, opinie, względy itp.) często ma nieświadomy wpływ na decyzje, choć osoba podejmująca decyzję niekoniecznie musi zdawać sobie z tego sprawę. Nie trzeba więc mieć złych intencji, żeby podjąć stronniczą decyzję.

16 Choć około 97% mammografii dających wynik pozytywny błędnie diagnozuje raka piersi, całą pracę zweryfikowania tych fałszywych wyników badań wykonują radiolodzy i chirurdzy. Oznacza to, że w chwili kiedy przyznawane będą fundusze na badania naukowe pozwalające lepiej diagnozować raka piersi i zapobiegać mu, radiolodzy i chirurdzy z większym prawdopodobieństwem otrzymają spore sumy pieniędzy w formie grantów na badania naukowe.

Instytut Medycyny próba wprowadzenia jednoznacznych standardów w formułowaniu zaleceń spaliła na panewce. Wyniki analiz przedstawione w „Journal of American Medical Association“ w 1999 roku dowodziły, że mniej niż połowa przeanalizowanych rekomendacji spełniała czy choćby starała się uwzględniać standardy wyznaczone przez Instytut Medycyny¹⁷.

Podstawowe fakty na temat mammografii pozostają nie w pełni jawne, częściowo z powodu rozstrzygnięć politycznych (prawodawstwo federalne gwarantuje zwrot kosztów mammografii, a także zapewnia każdemu dostęp do tych badań), częściowo przez zalecające ją stowarzyszenia zawodowe. Trudno jednak wskazać jednego winowajcę. Co niby ma zrobić radiolog, do którego skierowano pacjentkę na profilaktyczną mammografię? I co ma zrobić chirurg, kiedy wynik mammografii wskazuje, że w piersi mogły zajść zmiany nowotworowe?

Mówiąc ogólnie, problem jest złożony. Jednak jak wskazują najbardziej przekonujące dane, których wiarygodność sprawdzili najbardziej szanowani naukowcy, mammografia nie ocaliła życia prawie połowie miliona kobiet, których przypadki rozpatrywano. Ten fakt jest tak bardzo niepokojący i tak trudno przyjąć go do wiadomości, bo przecież mammografia powinna się sprawdzać. Sama idea mammografii wydaje się bardzo przekonująca - jej logice nie da się zaprzeczyć. Jeśli nasza wiedza na temat raka jest prawidłowa, jeśli wczesna interwencja zwiększa szanse pacjenta, to mammografia nadal ma sens. U kobiet, które poddano mammografii, powinniśmy byli wykryć raka wcześniej, a one mogłyby żyć dłużej - zmniejszyłoby się ryzyko ich śmierci. Ale tak się nie stało. Być może któraś z naszych przesłanek jest błędna. Może wczesne wykrycie raka nie zawsze gwarantuje przedłużenie życia?

Dwa niezwykle badania, których wyniki opublikowano w 2002 roku, dają zupełnie nieoczekiwane odpowiedzi na te pytania. Jedno z nich wykonano w Quebecu, drugie w Niemczech. Miały sprawdzić, co się działo, kiedy decydenci odpowiedzialni za służbę zdrowia zaczęli wdrażać programy masowych badań moczu dzieci pod kątem nowotworu o nazwie „neuroblastoma”. Neuroblastoma, zazwyczaj występująca w dwóch pierwszych latach życia, to jeden z nowotworów powodujących najczęściej śmierć u dzieci. Naukowcy stawiali hipotezę, że wykrycie guzów wcześniej, w chwili kiedy nowotwór obejmuje mały obszar i rozwija się mniej agresywnie, pomoże uratować więcej dzieci.

Tak jak się spodziewano i tak jak w wypadku mammografii, badający ustalili, że udało im się wykryć o wiele więcej przypadków nowotworów dzięki zakrojonym na dużą skalę badaniom. Ale tak jak w wypadku mammografu, odkryli także, że badania te nie ratują życia. W grupach dzieci poddawanych badaniu tyle samo umierało na neuroblastomę co w grupach niebadanych. Faktycznie, przeprowadzający weryfikację doszli do wniosku, że wykrywali zbyt wiele nowotworów - prawie 70 procent ustąpiłoby bez leczenia albo nigdy nie zostałyby wykryte. Ale kiedy je wykryto, wszystkie poddano terapii. A troje dzieci, które zmarły w grupie poddawanej profilaktycznym badaniom, zmarło z powodu terapii, której je poddano: dwoje w wyniku komplikacji pooperacyjnych, a jedno w trakcie chemioterapii. Wszystkie programy wykrywania neuroblastomy na świecie przerwano.

Nie wiemy dokładnie, dlaczego mammografia nie przedłuża życia ani go nie ratuje. Ale opowieść o neuroblastomie pozwala wysnuć dość prawdopodobną teorię i wyciągnąć wnioski na przyszłość: wczesne wykrycie nowotworu nie zawsze jest odpowiedzią na wszystko. W przypadku raka piersi spory odsetek guzów nowotworowych, być może 25 procent lub więcej, rozwija się bardzo powoli i być może nigdy nie stworzy poważnego zagrożenia. Ale tak jak w wypadku neuroblastomy, kiedy guzy te zostają wykryte, to zawsze poddaje się je terapii, bo nigdy nie wiadomo, które z nich stanowią zagrożenie, a które nie. Dzięki badaniom nad neuroblastomą zdaliśmy sobie jednak sprawę z tego, że wykrycie nowotworu nie powinno stanowić celu samego

17 Po 1999 roku niektóre zalecenia zweryfikowano, ale tysiące innych nie.

w sobie. W gorączce poszukiwań raka zapomnieliśmy chyba, że prawdziwą stawką w tej grze jest ludzkie życie.

Nie powinniśmy jednak rozpaczać, że nie ma alternatywy dla mammografii. Regularne badanie piersi wykonane przez dobrego specjalistę może w dużym stopniu zredukować ryzyko, że rak zostanie wykryty dopiero w późnym stadium. A z pewnością tego typu diagnostyka daje mniej fałszywych pozytywnych wyników. Nie od dziś wielu specjalistów przekonuje, że regularne badania piersi to lepsze narzędzie diagnostyczne niż mammografia. Klęska mammografii jest o tyle niepokojąca, że sam pomysł badania zdawał się w pełni uzasadniony. Mammografia to produkt zaawansowanej techniki, która pozwala zajrzeć do wnętrza ludzkiego ciała. Dlatego tak trudno uwierzyć, że fizykalne badanie piersi sprawdza się tak samo, a nawet lepiej niż mammografia. Ale właśnie to miały zbadać przywoływane powyżej analizy i takie dały rezultaty.

Choć okazało się, że mammografia nie zdaje egzaminu jako badanie profilaktyczne, może ona służyć innym celom. W przypadku pacjentek z guzkami może dostarczyć użytecznych informacji. Ponadto jeśli badania genetyczne dowiodą zwiększonego ryzyka zachorowania na raka piersi ze względu na przypadki w starszych pokoleniach, mammografia może okazać się dobrym wyborem. Ponadto być może za kilkadziesiąt lat kolejne analizy skuteczności mammografu profilaktycznej dowiodą, że jednak może ona ratować życie. Pierwotne badania wykonywano w wielu przypadkach dziesiątki lat temu, dlatego można przyjąć, że stosowane obecnie metody diagnozy są skuteczniejsze (choć to raczej naciągana hipoteza w świetle najnowszych ustaleń)¹⁸. Wreszcie dla niewielu wybrańców, którzy skłonni są zaakceptować znaczne ryzyko i towarzyszące badaniom koszty, profilaktyczna mammografia to sposób na zapewnienie potencjalnego spokoju ducha. Jednak tych indywidualnych wyborów musi dokonywać dobrze poinformowany pacjent wspólnie z dobrze poinformowanym lekarzem, a żeby taka rozmowa mogła w ogóle się odbyć, najpierw powinniśmy otwarcie porozmawiać o tym, co się sprawdza, a co nie.

Sherwin Nuland w swojej ponadczasowej pracy *Doctors. The Biography of Medicine* (Lekarze. Biografia medycyny) w następujący sposób ocenia wkład Hipokratesa w rozwój medycyny: „Istnieje uniwersalnie obowiązujące prawo moralne i to właśnie prawo przenika na wskroś filozofię Hipokratesa”. Przysięga Hipokratesa zarazem wciela przesłanie, jakie niosą jego pisma, i stanowi jego wiele mówiący symbol. Lekarze muszą być adwokatami, którzy nad wszystko przedkładają dobro pacjenta. Właśnie wcielenie w życie tej filozofii buduje zaufanie i uzdrowicielską więź.

Niewątpliwie istnieją lekarze nieświadomi nieskuteczności metod, które sami zalecają lub stosują. Ale - co zapewne bardziej niepokojące - równie często można spotkać lekarzy z pełną świadomością stosujących procedury medyczne i leki, które nie przynoszą żadnego efektu, często pod wpływem nacisków czynników ingerujących z zewnątrz w relację lekarz - pacjent. Reklama, oczekiwania kulturowe i oparte na braku wiedzy zalecenia stowarzyszeń zawodowych to źródła błędnych informacji, które często utrudniają lekarzom zrobienie tego, co należy. Jednak odgrywanie owych bezowocnych rytuałów to dokonywane na wielką skalę i wysoce szkodliwe oszustwo, oznaczające odwrócenie się od uniwersalnego prawa moralnego, o którym pisze Sherwin i które zawiera w sobie formuła przysięgi Hipokratesa.

Chcemy, by system opieki zdrowotnej działał lepiej, żebyśmy mogli czerpać z niego korzyści.

18 Nie cieszymy się jednak przedwcześnie. Po pierwsze, to czysta hipoteza, nie- poparta żadnymi dowodami. Po drugie, mammografia bez żadnego powodu cieszyła się powodzeniem przez całe dekady i choć ten argument może okazać się zasadny za jakiś czas, to nie był zasadny dziesięć czy dwadzieścia lat temu, kiedy wykonywano te analizy skuteczności i publikowano ich pierwsze wyniki (i kiedy nadal stosowaliśmy mammografię mimo dostarczanych nam danych). Dlatego użycie tego argumentu zakrawa obecnie na mamy dowcip.

Nie ma powodu sądzić, że nie da się tego osiągnąć. W przypadku zatrzymania akcji serca powinniśmy próbować reanimować zdrowych umarłych, a nie chorych umarłych. Najczęściej można ich od siebie odróżnić na pierwszy rzut oka i to właśnie powinniśmy robić. Jednak nawet w przypadku zdrowych umarłych po tym, jak próba defibrylacji spaliła na panewce, musimy przyznać, że techniki i algorytmy podpowiadane przez ACLS są bezużyteczne. Powinno to również skłonić nas do prowadzenia dynamicznych badań nad terapiami, które mogą przynieść jakieś korzyści¹⁹.

A co z podawaniem antybiotyków w przypadku infekcji? W całym naszym ciele żyje mnóstwo bakterii koniecznych do sprawnego funkcjonowania organizmu. Przyjmowanie antybiotyków powoduje często kłopotliwą biegunkę albo infekcje drożdżycowe właśnie z powodu wyniszczenia flory bakteryjnej. Dlatego w przypadku większości infekcji (prawie wszystkich przeziębień, zapalenia oskrzeli, zapalenia zatok, infekcji ucha, chorób podobnych do grypy, bólu gardła, kichania i większości przypadków kaszlu i gorączek) lekarze i pacjenci powinni zmierzać w tym samym kierunku, próbując zmniejszyć dyskomfort pacjenta, a nie zniszczyć wirus. Nasz układ odpornościowy robi to za nas. Po to przecież jest. Nawet w przypadku infekcji bakteryjnej antybiotyki pomagają tylko wtedy, gdy się ich potrzebuje, aby w ogóle przeżyć, uniknąć trwałych uszkodzeń i powikłań albo znacznie skrócić czas choroby. Choć badania wskazują, że lekarze podejmują wiele decyzji pod wpływem przekonania, iż pacjenci oczekują od nich antybiotyków, to równie wiele badań pokazuje, że te ich przekonania są zazwyczaj błędne. Zdolność lekarza do słuchania i wyrażenia troski o pacjenta ma o wiele większe znaczenie niż wypisanie recepty.

Kolejny trudny problem to kwestia firm farmaceutycznych i reklam. Ten czynnik w dużym stopniu wpływa na wypisywanie recept i oczekiwania pacjentów (albo wręcz je tworzy). Przeprowadzona w 2003 roku przez Amerykańską Agencję do spraw Żywności i Leków ankieta pokazała, że 62 procent lekarzy uznało, iż reklama skierowana wprost do konsumentów stanowi przyczynę napięć między nimi i ich pacjentami, a 94 procent zauważyło, że pacjenci pod jej wpływem wierzyli, jakoby leki działały skuteczniej niż w rzeczywistości. Lekarze wiedzą, że reklama skierowana wprost do konsumentów jest szkodliwa, a przyzwolenie na to, żeby reklama wpływała na nich i na ich pacjentów, w żaden sposób nie licuje z przysięgą Hipokratesa.

Natomiast jeśli fakty i niepodważalne dowody mają odegrać główną rolę w decyzjach dotyczących zdrowia kobiet, to w wypadku mammografii polityka i kultura myślenia życzeniowego na temat faktycznego oddziaływania bardzo zaawansowanej technologii musi zostać odrzucona. W chwili obecnej kobiet nie informuje się o wynikach analiz skuteczności mammografu ani o faktycznym stosunku ryzyka do korzyści. Ten problem wychodzi poza dziedzinę mammografii na inne tereny medycyny i badań diagnostycznych. Choć badania krwi wykonuje się powszechnie w celu zdiagnozowania raka prostaty, udowodniono, że nie przyczyniają się one do ratowania życia²⁰. Nie udowodniono również, że kolonoskopia niezawodnie wykrywa raka jelita grubego. Choć zapewne rozsądnie jest wykonywać ją u osób po pięćdziesiątym roku życia (prowadzone na dużą skalę badania wciąż trwają), to wiemy również o wielu niebezpiecznych efektach ubocznych, takich jak perforacja jelita i poważne krwotoki. Nie jest zatem do końca jasne, czy korzyści przewyższają ryzyko. Ostatnio na przykład coraz większą popularność zyskuje tomografia komputerowa. Jedna wstępna analiza skuteczności tego badania wykazała, że metoda ta ratuje życie, ale druga wykazała, że prowadzi jedynie do niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych²¹.

19 Należy mieć nadzieję, że te przypadki nie są beznadziejne. Jestem przekonany, że tych pacjentów można poddać jakiejś terapii, ale ACLS miało swoją szansę przez trzydzieści lat i nie wykorzystało jej. Wielu badaczy prowadzi dziś w tej dziedzinie bardzo obiecujące badania.

20 Wykonywane powszechnie badanie swoistego antygeny sterczowego (PSA) jest faktycznie bardzo niespecyficzne, a większość autorytetów nie zaleca go jako narzędzia diagnostycznego. Ponadto nie ma absolutnie niezbitych dowodów na to, że pomaga ono ratować życie, istnieją zaś dowody na to, że powoduje znaczny niepokój i prowadzi do dalszych badań diagnostycznych.

21 Pierwsze badanie wskazało na korzyści w wypadku wczesnego wykrycia, ale nie było grupy kontrolnej - co oznacza, że wszystkie rozpatrywane przypadki to pacjenci poddani tomografii - zaś ten wniosek wysunięto na podstawie sta-

W ciągu następnych lat powinniśmy bacznie przyglądać się rezultatom klinicznych prób tych metod. Badania diagnostyczne nowotworów nie zostały jeszcze do końca przetestowane i nie znamy sposobów ich udoskonalenia, a jednak wiele z nich stosuje się właściwie na porządku dziennym. Dodaliśmy mammograf do naszego medycznego instrumentarium wiele lat temu, choć nie mieliśmy żadnych dowodów na jego skuteczność. Dziś już wiemy, że to kosztowny i prawdopodobnie szkodliwy fakt dokonany, który jest już głęboko zakorzeniony i za który płacimy wysoką cenę. Choć zaawansowana technologia tych badań i leżąca u ich podstaw klarowna logika mogą kusić, to jednak poznaliśmy gorzką prawdę, że nie zawsze funkcjonują one tak, jak byśmy tego chcieli. Częściowo przez ufność, że niektóre trybiki w maszynie medycznej działają w zgodzie z ideałami hipokratejskimi, a także być może z powodu wiary w to, że lekarze działają jako pełen troski i wyłapujący wszystko filtr, laicy zostali sprowadzeni na manowce i uwierzyli, że establishment medyczny zaleca te badania na podstawie niezbitych dowodów ich skuteczności.

Medycyna opiera się na zaufaniu. Pacjenci ufają, że lekarz zalecający wykonywanie regularnie mammografii opiera się na mocnych przesłankach. Ufają, że wypisujemy recepty, bo ordynowane przez nas lekarstwa dowiodły swojej skuteczności. Ufają, że reanimacja ma naukowe podstawy. Nadużyliśmy tego zaufania i przez to dystans między lekarzem i pacjentem się powiększa. Zakrawa na ironię fakt, że wielu z nas, zarówno lekarzy, jak i pacjentów, przekonano, iż reanimacja, antybiotyki i mammografia to skuteczne narzędzia medyczne.

Tak naprawdę to przykłady, które nie przynoszą zaszczytu ani systemowi opieki zdrowotnej, ani żadnemu z lekarzy. Każdy z nas może starać się z całych sił pozostawać wiemy przysiędze Hipokratesa i wytrwale stać po stronie pacjenta. Jednak jako pewna zbiorowość musimy dostrzec to, co pomogliśmy stworzyć, i przekonać się wreszcie, że to nie zdaje egzaminu.

tysięcznej projekcji "co mogłoby się zdarzyć", gdyby w tej grupie pacjentów nie wykonano tomografii. Druga analiza wykonana została w podobnym trybie i dała przeciwstawne wyniki.

UWAGI DO ROZDZIAŁU 2

Kontrowersje wokół tego, czy mammografia może ratować życie, mogą wydać się nieco dezorientujące, dlatego chcę zaznaczyć jedno: jeśli jedna grupa kobiet przez wiele lat poddawana jest regularnej mammografii, a potem wyniki z tej grupy porówna się z wynikami identycznej grupy kobiet, u których wykonywano jedynie coroczne fizykalne badanie piersi, to jeśli mammografia byłaby naprawdę skuteczna i przynosiła korzyści, kobiety w pierwszej grupie powinny żyć statystycznie dłużej - mniej z nich powinno umierać. Ale tak nie było.

Dyskusja na temat tego, czy mammografia ratuje kobiety od śmierci na raka piersi, czy nie (która przeniosła się do sal wykładowych i na konferencje naukowe), jest dyskusją częściowo semantyczną, a częściowo statystyczną. Kilka analiz skuteczności mammografii przeprowadzonych przez grupę Cochrane wskazywało, że śmiertelność z powodu raka piersi została nieznacznie zredukowana u kobiet, u których przeprowadzano mammografię (około 20 procent „względne zmniejszenia ryzyka” i około 0,05 procent „bezwzględne zmniejszenia ryzyka”²²). Jednak naukowcy z grupy Cochrane zakwestionowali owe analizy i ich wyniki. Po pierwsze, badania te zostały źle przygotowane pod kątem metodologii do tego stopnia, że nie powinno się ich łączyć z analizami o dobrej jakości (które dostarczały bardziej wiarygodnych danych). Kiedy grupa Cochrane poddała analizie dane z wiarygodnych źródeł (które uwzględniały ponad sto trzydzieści tysięcy badanych, czyli bardzo dużo), odkryto, że mammografia nie redukowała odsetka śmierci z powodu raka piersi ani ogólnej śmiertelności. A więc jakkolwiek na to patrzeć i nie przynosiła żadnych korzyści.

Kiedy jednak wyniki niedoskonałych analiz skuteczności włączono do kalkulacji, redukcji uległa umieralność na raka piersi, a nie ogólna umieralność. I tu rodzi się podstawowy problem. Wyobraźmy sobie, że wymyślono badanie pozwalające wykryć z wyprzedzeniem zawał serca. Nazwijmy to badanie „ratownikiem serca”. Obecnie około 10 procent osób z zawałem umiera. Wyobraźmy sobie jednak, że nasz nowy „ratownik serca” pozwolił wykryć z wyprzedzeniem wszystkie ataki serca. „Ratownik serca” pozwolił lekarzom z niezwykłą precyzją zobaczyć, jak krew wpływa do serca, i dzięki temu określić dokładnie naturę i lokalizację zawału. Wyobraźmy sobie, że „ratownik serca” umożliwił tak precyzyjne wykrywanie zawałów, że nikt już nigdy nie umarł na zawał. Wyobraźmy sobie teraz, że „ratownik serca” ma jednak fatalny efekt uboczny: u 10 procent osób, które nim badano, powodował rozległy i śmiertelny udar mózgu. Dobra wiadomość jest taka, że nikt nigdy już nie umiera na zawał, jeśli podda się go badaniu „ratownikiem serca”. Zła wiadomość jest taka, że w ostatecznym rozrachunku nie ocaliliśmy nikomu życia. Po prostu wymieniliśmy jedną przyczynę śmierci na inną. I choć zamiast tych, którzy umarliby, gdyby nie zbadano ich „ratownikiem serca”, umrą inni, których poddano badaniu, prosta matematyka pokazuje, że gra jest niewarta świeczki. W ostatecznym rozrachunku „ratownik serca” nie ocala życia i można go uznać za narzędzie wadliwe - nikt nie zalecałby jego użycia ani sam go nie używał.

Mammografia to taki sam przypadek jak „ratownik serca”. Nawet jeśli weźmiemy pod uwagę (błędą i niewiarygodną) statystykę, która rzekomo pokazywała spadek umieralności na raka piersi

22 W ciągu dziesięciu lat wśród kobiet poddawanych jedynie badaniu fizykalnemu umarło około 0,25%. Wśród tych, u których wykonywano mammografię, umarło 0,20%. Różnica między oboma wynikami to 0,05% i ten wynik nazywa się bezwzględnym zmniejszeniem ryzyka. Można to ująć inaczej i znacznie bardziej spektakularnie, mówiąc, że śmiertelność zredukowano o 20%, co z matematycznego punktu widzenia jest prawdą. Jeśli weźmiemy pod uwagę tylko kobiety, które umarły na raka piersi, widać, że ich odsetek - 0,25 - został zredukowany o 20%: do 0,20. To tak zwane względne zmniejszenie ryzyka, a ponieważ zawsze wydaje się ono bardziej spektakularne, to właśnie na nie zwykle powołują się reklamy.

dzięki zastosowaniu mammografii, to nie możemy też przeoczyć tego, że ogólna umieralność w grupie osób, u których stosowano mammografię, nie została zmniejszona. Jeśli odnotowujemy redukcję umieralności na określony typ choroby w jednej grupie, ale brak jest redukcji ogólnej umieralności, oznacza to, że z matematycznego punktu widzenia umieralność musiała wzrosnąć w tej grupie z jakiegoś innego powodu. Nie można zredukować umieralności na jedną chorobę i nadal utrzymywać tego samego poziomu ogólnej umieralności, jeśli nie wzrasta umieralność z jakiegoś innego powodu. Zatem w grupie kobiet, u których wykonywano mammografię w badaniach, które tu omawiałem, mammografia pomogła zredukować umieralność na raka piersi, zarazem jednak spowodowała wzrost umieralności z innego powodu. Ale z jakiego?

Przede wszystkim trzeba pamiętać, że w wypadku badań obejmujących setki tysięcy osób niezwykle trudno jest zarejestrować dokładnie wszystkie dane. Analizy skuteczności mammografu zakrojone zostały na zbyt wielką skalę, abyśmy zdołali poznać i dokładnie określić przyczynę śmierci każdego badanego, co oznacza, że nie posiadamy dokładnych informacji o prawdziwej przyczynie śmierci wielu z nich. W świetle tego hipotetycznymi przykładami przyczyn śmierci spowodowanych być może przez mammografię byłyby poważne (i prowadzące do śmierci) komplikacje po niepotrzebnych biopsjach albo śmierć spowodowana przez nowotwory wywołane przez promieniowanie mammografu, albo śmierć spowodowana chemioterapią lub zabiegiem chirurgicznym przeprowadzonym ze względu na nowotwór, którego w przeciwnym razie by nie zauważono (podobnie jak w przypadku dzieci, u których wykryto i leczono neuroblastomę). Inna możliwość to samobójstwa wywołane depresją i lękiem z powodu fałszywie pozytywnego wyniku mammografu. Tę listę można ciągnąć w nieskończoność.

Należy wziąć pod uwagę jeszcze jedno możliwe wyjaśnienie rozbieżności między umieralnością na raka piersi a ogólną umieralnością - błędną klasyfikację śmierci w grupach, w których wykonywano mammografię. Jeśli przypadki śmierci w grupie, w której wykonywano mammografię, spowodował rak piersi, a omyłkowo przypisano je jakiejś innej przyczynie, to mogło powstać wrażenie, że w tej grupie mniej osób zmarło na raka piersi. Przykładowo niektóre kobiety mogły umrzeć z powodu zakrzepów krwi spowodowanych przez raka (jako przyczynę śmierci zapisano zakrzep, a nie raka, który spowodował zakrzep) albo z powodu ostrej infekcji po tym, jak ich system odpornościowy zrujnowała chemioterapia (jako przyczynę śmierci zapisano infekcję, a nie raka, którego leczono chemioterapią). Jeśli na przykład kobieta zmarłaby z powodu krwotoku po operacji, po tym jak mammografia wykryła raka piersi, i jako powód śmierci podano by „komplikacje pooperacyjne”, to jej śmierć nie zostałaby zaklasyfikowana jako skutek raka piersi, choć tak faktycznie było. Zatem dowolna liczba śmierci, które faktycznie zostały spowodowane rakiem piersi, może zostać źle zaklasyfikowana i dlatego, przynajmniej na papierze, mogłoby się zdawać, że dokonana się „redukcja umieralności na raka piersi” w grupie, w której wykonywano mammografię.

Jeszcze raz należy podkreślić, że na podstawie posiadanych przez nas informacji nie da się powiedzieć, które z tych wyjaśnień jest prawdziwe. Jednak konkluzja wydaje się jednoznaczna: pół miliona kobiet podzielono na dwie grupy - na kobiety poddawane i kobiety niepoddawane mammografii, a w ostatecznym rozrachunku szanse przeżycia okazały się takie same w obu grupach. Mammografia nie zdaje egzaminu.

NIE ZGADZAMY SIĘ

-Dzień dobry, inspektorze - powiedziałem, bo w telefonie wyświetliła się wizytówka mojego przyjaciela Luke'a. Odebrałem po pierwszym dzwonku.

-Mój mękoła mnie boli - powiedział Luke.

Niedawno zachorował na zapalenie ścięgna piętowego, bolesny stan zapalny zlokalizowany głęboko w pięcie. Razem dorastaliśmy, a teraz on był naprawdę twardym facetem, detektywem z wydziału narkotyków i sierżantem nowojorskiej policji. Zacząłem nazywać jego dolegliwość zapaleniem „mękoły”, a on uważał, że to bardzo zabawne. Zdaje się, że nie zrozumiał żartu.

- Przykro mi to słyszeć. A dałeś stopie odpocząć przez tydzień, jak mówiłem?

- Mój lekarz powiedział, żebym ją rozciągał i ćwiczył, a nie żebym odpoczywał. - Luke uwielbiał informować mnie o tym, że jego lekarz w jakiejś kwestii się ze mną nie zgadza.

- Okej, w porządku. A w jakiej sprawie dzwonicz?

- Powiedz mi, co mam zrobić, żeby przestało boleć.

- Przyłóż lód. Na piętnaście minut. Potem piętnaście minut przerwy.

- Mój lekarz kazał mi przykładać kompres rozgrzewający.

- Dobry pomysł - powiedziałem. - Spróbuj.

- Dzięki za radę, bystrzaku - powiedział Luke i odłożył słuchawkę.

- Po półtorej godziny telefon ponownie zadzwonił.

- Wciąż boli - tym razem mówił do mnie głosem gliny, który chce zastraszyć bandytę.

- Masz na myśli twojego mękołę mięczaka? - zapytałem.

- Licz się ze słowami.

- Po prostu dziwi mnie, że wciąż boli - odrzekłem.

- Aha. I co pan na to, doktorze?

- Próbowałeś położyć się i unieść stopę powyżej serca?

- No nie, bo mój lekarz kazał mi ją trzymać poniżej serca, żeby krew do niej dopływała. Czy wy to robicie celowo?

- Hm, no dobra, trzymaj poniżej serca.

- Świetnie, dzięki, masz jeszcze jakieś sugestie?

- Nie, nic więcej nie przychodzi mi do głowy. A próbowałeś starych dobrych tabletek przeciwbólowych?

- Jestem gliniarzem od narkotyków. Chyba bym dostał zawału - westchnął. - Dlaczego nigdy się nie wyklócasz o to, że wiesz lepiej niż mój lekarz?

- Lekarze nigdy nie prowadzą otwartych sporów. Unikamy ich.

- I to ja jestem mięczakiem? - powiedział i odłożył słuchawkę.

Różnice zdań między lekarzami to część folkloru medycyny akademickiej. Na przykład niejednoznaczna diagnoza to znakomity pretekst do erudycyjnego sporu. W najbardziej niejednoznacznych przypadkach szacowna starszyna i ambitni młodzi adepci tłoczą się wokół łóżka, walcząc o lepsze miejsce, gapiąc się na pacjenta z tajemniczą konstelacją symptomów i uważnie słuchając. Najstarszy rangą lekarz często zadaje starannie dobrane pytania, potem wykonuje pełne badanie, opisując na głos wykonywane kolejno czynności, które wszyscy obserwują. Dziękuje się pacjentowi, a publiczność wychodzi na korytarz, rozmawiając po cichu. Ku z trudem skrywanej przyjemności intelektualistów z własnego nadania (i ku głębokiej odrazie wy-czerpanych młodych lekarzy) rozpoczyna się gorączkowa rozmowa, w którą angażują się szefowie wydziałów i autorzy podręczników, przerzucając się diagnozami. Każdy symptom zostaje zdekonstruowany, wysuwany na pozycję najważniejszego dla stawianej diagnozy. Jakaś pozornie nic nieznacząca uwaga pacjenta („Kupiłam ten naszyjnik niedawno na Borneo”) albo pozornie banalna skarga („Czy nie jest tu za ciepło?”) mogą stanowić początek diagnostycznej iluminacji. W takich chwilach studenci dzięki jakiemuś przeblyskowi geniuszu albo łutowi szczęścia mogą zostać odkryci niczym kandydaci na gwiazdy w jakiejś kawiarni w Hollywood.

Takie intelektualne burze otacza aura chwały medycyny diagnostycznej, ale tak naprawdę są one o lata świetlne odległe od codziennych, powszednich sporów lekarzy. U Luke'a zapalenie ścięgna piętowego, niewielkiego obszaru wewnątrz stopy, spowodowało, że nie mógł uprawiać sportu przez wiele miesięcy. Ale naukowcy nie spierają się w pustych korytarzach o to, czy ulgę w przypadku schorzenia stopy może przynieść zimny okład, czy raczej ciepły. Lekarze po prostu różnią się zdaniem i zachowują to dla siebie.

Ten niewypowiedziany konflikt ma niebagatelne znaczenie. W niektórych przypadkach ma on miejsce, bo jeden lekarz ma rację, a inny się myli. Ale znacznie częściej różnica zdań wskazuje na niespójność lub lukę w naszej wiedzy naukowej i wykształceniu, na polu, na którym interpretacja, a nie fakt, stanowi siłę napędową praktyki medycznej. Często używamy eufemizmów, takich jak „różnice stylu” albo „odmienne szkoły myślenia”, albo „alternatywne podejścia”. Ale tajemnica, którą lekarze próbują wyprzeć ze świadomości, a już na pewno nie zdradzają jej pacjentom, jest taka, że nie zgadzamy się tak często, że aż trudno uwierzyć, iż kształcono nas w tej samej dziedzinie. I nie dotyczy to tylko drobnych kwestii, takich jak przyłożenie ciepłego czy zimnego kompresu. Czasem chodzi o znacznie ważniejsze sprawy.

Przez dwa dni lekarze byli przekonani, że Patrick, pięćdziesięcioletni bezdomny i częsty gość w naszym ambulatorium, miał zator w płucu, ale prześwietlenia nie wykazywały żadnych zmian. Badania krwi i test wysiłkowy pozostawały w normie. Lekarze nie mieli pojęcia, co jest przyczyną bólu w klatce piersiowej, a Patrick chciał już wyjść, bo przecież było lato. Jak twierdził później naoczny świadek, kiedy wypuszczono go ze szpitala i wyszedł na nasłonecznioną miejską ulicę, przymrużonymi oczami spojrzął w górę na nasz budynek, a potem padł na ziemię i leżał nieruchomo. Wwieziono go na noszach do ambulatorium, a obok niego stała pielęgniarka wykonująca reanimację.

-To mi wygląda na arytmie - rzekł jeden z kolegów, kiedy zajęliśmy się Patrickiem.

-A może zakrzep -powiedziałem. - Ale przyjąłem go ledwo dwa dni temu. Powinni byli to wykryć na górze.

Internista Patricka zszedł do nas i obserwując reanimację, próbował coś podpowiedzieć. Choć na początku wydawało się, że jest jakaś nadzieja, nasze wysiłki znowu spęły na niczym. Wykonana następnego dnia sekcja zwłok wykazała, że spora część mięśnia sercowego była martwa. Przez dwa dni Patrick miał zawał, a nam nie udało się go zdiagnozować.

Zawał mięśnia sercowego polega na nagłym zatrzymaniu przepływu krwi spowodowanym zatkaniem tętnicy, która dostarcza krew do mięśnia sercowego. W przypadku Patricka zablokowana

została jedna z największych tętnic w sercu. Kiedy mięsień nie dostaje krwi (a wraz z nią tlenu), zaczyna obumierać, co często wywołuje silny ból w klatce piersiowej. Zawał można odwrócić, jeśli odblokuje się arterię, zanim mięsień obumrze. Ale może się to udać tylko wtedy, gdy lekarze zaczną ratować serce natychmiast, a to uwarunkowane jest natychmiastowym zdiagnozowaniem problemu.

Lekarze używają trzech sposobów, żeby rozpoznać zawał. Po pierwsze, polegamy w dużej mierze na objawach klinicznych. Po drugie, próbujemy dostrzec typowe dla zawału zmiany w zapisie EKG. Po trzecie, poszukujemy dowodów w wynikach badań krwi. Niestety każdej z tych metod daleko do doskonałości. Stosując je, można przeoczyć zawał. Badanie krwi może wykryć uszkodzenia mięśnia sercowego, a więc w pewnym sensie jest najbardziej wiarygodną z tych trzech metod. Ale ślady uszkodzonego mięśnia sercowego nie przedostają się do krwi wcześniej niż po kilku godzinach od momentu rozpoczęcia zawału. Dlatego czasem, we wczesnym stadium albo wtedy gdy tętnica nie jest całkiem zablokowana, trudno wykryć jakiegokolwiek uszkodzenia. Na przykład wyniki badań krwi Patricka pozostawały w normie, choć w jednej z jego tętnic wieńcowych tworzył się coraz większy zakrzep.

Objawy przedmiotowe (czyli to, co widzi, słyszy i czuje lekarz) oraz podmiotowe (czyli to, o czym mówi pacjent) zawału mogą być bardzo różne, choć najczęściej towarzyszy mu ból w klatce piersiowej. Ale większość przypadków bólu w klatce piersiowej nie oznacza zawału serca. To najczęściej niegroźny ból mięśni klatki piersiowej albo płuc. Dlatego czasami zawał tak trudno zdiagnozować. To poszukiwanie igły w stogu siana, choć badania naukowe dowodzą, że niektóre objawy wskazują z większym prawdopodobieństwem na to, że ból jest zawałowy. Ból promieniujący z klatki piersiowej w kierunku ramion z dużym prawdopodobieństwem pochodzi od serca. Natomiast bolesne rwanie najprawdopodobniej pochodzi od mięśni lub płuc. Patrick czuł „ucisk” pośrodku klatki piersiowej (co zazwyczaj uznaje się za ból pochodzący od serca), który pogarszał się, kiedy głęboko oddychał (co zazwyczaj uważa się za typowe dla bólu płuc, a nie serca). Zatem w przypadku Patricka objawy nie pozwalały na jednoznaczną diagnozę. Niemniej jednak ze względu na to, że objawy kliniczne w niektórych przypadkach mogą okazać się bardzo istotne, dopytywanie się o nie i gromadzenie ich uznaje się za kluczowe dla postawienia diagnozy. Należałoby zatem mieć nadzieję, że lekarze zasadniczo zgadzają się co do tego, jakie objawy wykazują pacjenci cierpiący na zawał.

Pewne znakomicie przygotowane badanie polegało na tym, że grupę lekarzy poproszono, aby każdy z osobna przebadał pacjentów takich jak Patrick. Niektórzy pacjenci mieli zawał, inni nie. Po każdym badaniu proszono lekarzy, aby stwierdzili, czy znaleźli siedem klasycznych oznak niewydolności serca, które mogą wystąpić w trakcie zawału, łącznie z obecnością dodatkowego tonu serca (tak zwanym galopem serca), wypełnionymi żyłami na szyi i opuchniętymi kostkami. Lekarze konsekwentnie zgadzali się co do obecności tylko dwóch z tych siedmiu symptomów.

W innym badaniu poproszono lekarzy, aby zapisali objawy, które wedle ich wiedzy zgłaszał pacjent. Analizujący porównali zgodność co do symptomów pacjentów między lekarzami. Ale sprawdzili także za pomocą kwestionariusza, jak często objawy rejestrowane przez lekarzy zgadzały się z objawami zgłaszanymi przez pacjentów. Lekarze nie potrafili zgodzić się co do sześciu na dziesięć objawów. Ale co znacznie bardziej zdumiewające, gremialnie (dziewięciu na dziesięciu) nie zgadzali się z pacjentami co do zgłaszanych przez nich objawów²³.

W dużej mierze ten brak zgodności nie jest winą lekarzy. Pacjenci są notorycznie niekonsekwentni w opisywaniu swoich objawów, co sprawia, że diagnoza staje się jeszcze bardziej

23 Analizy zgodności zdają się nieco ezoteryczne ze statystycznego punktu widzenia. Wartość kappa to wskaźnik statystyczny często używany do obliczania zgodności. Współczynnik kappa bierze pod uwagę to, że zawsze zachodzi jakaś zgodność w ocenach, choćby przez czysty przypadek. Na przykład zgadując, czy po rzucie monetą otrzymamy orła, czy reszkę, każdy ma 50% szans, by odgadnąć wynik prawidłowo. Współczynnik kappa wskazuje, o ile więcej ponad 50% można mieć rację w tej sytuacji. Jak na ironię, oznaczanie współczynnika kappa to w gruncie rzeczy interpretacja. Potencjalne interpretacje często przytaczane w przywołanych tu analizach (słaby, akceptowalny, przeciętny, dobry, bardzo dobry) odzwierciedlają jedną wspólną metodę. Opisują zgodność jako „konsekwentną”, kiedy wartość kappa jest „dobra” lub lepsza na tej skali, ale nie, jeśli jest „przeciętna” lub gorsza.

problematyczna. Niezależnie od tego, jak są niekonsekwentne, lekarze muszą polegać na objawach, ponieważ badania krwi okazują się wysoce niedoskonałe. Z powodu wad obu metod na początku dwudziestego wieku lekarze z nadzieją powitali pojawienie się EKG jako tej metody wykrywania zawału, która miała - jak wierzono - dawać obiektywne i dokładne rezultaty. Za to odkrycie Willem Einthoven otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny w 1924 roku. W niedługim czasie jednak entuzjazm towarzyszący pojawieniu się EKG znacznie osłabł. Lekarze i w tej kwestii nie byli jednomyślni.

EKG to elektryczny zapis każdego uderzenia serca. Dla niewytrenowanego oka wydaje się kartką z bloku technicznego porysowaną zygzakami. Wszyscy lekarze uczą się podstawowych zasad odczytywania elektrokardiogramu, ale to kardiolodzy po co najmniej trzyletnim treningu i praktycznej nauce czytania EKG są uznawani za ekspertów w tej dziedzinie. W 1958 roku poddano analizie interpretacje EKG dokonane przez dziesięciu jednakowo doświadczonych kardiologów. Rezultaty okazały się zdumiewające. Kiedy każdy z lekarzy przestudiował tę samą setkę wyników EKG, ich diagnozy nie zgadzały się w dwóch trzecich przypadków. Co więcej, kiedy kardiologom podsuwano w tajemnicy kilkakrotnie to samo EKG, ich własne wyniki nie zgadzały się w ponad 10 procentach przypadków.

Wraz z rozwojem naukowych metod i bardziej zniuansowanego rozumienia anatomii i fizjologii serca mogłoby się wydawać, że interpretacja EKG nabrała precyzji od czasów tamtej analizy przeprowadzonej w 1958 roku. Jakież trzydzieści lat później druga analiza wykazała, że chociaż poziom zgodności między kardiologami znacznie się podwyższył, to niepokojąco wzrosła liczba przypadków, w których lekarze rozmijali się z własnymi wcześniejszymi diagnozami. Mogło się to przydarzyć nawet w jednej czwartej przypadków²⁴. Sam odczytywałem EKG Patricka w dniu, w którym pojawił się z bólem w klatce piersiowej, i nie dostrzegłem żadnych oznak zawału. Następnego dnia to samo EKG odczytał kardiolog i internista. Pierwszy zgodził się ze mną, drugi zaś nie.

Te analizy wyraźnie pokazują, że naszym diagnozom brakuje precyzji i konsekwencji. Choć w założeniu chcielibyśmy dokładnie zmierzyć trafność czy poprawność diagnoz stawianych przez każdego lekarza, w praktyce okazuje się to niezwykle skomplikowane²⁵. Ale precyzję, czyli zgodność diagnoz, da się łatwo zmierzyć. Zatem precyzja doskonale spełnia funkcję wskaźnika trafności diagnoz. Aby stawiać konsekwentnie trafne diagnozy, trzeba najpierw być konsekwentnym. Mówiąc wprost, brak konsekwencji oznacza brak trafności diagnoz. Jeśli lekarze nie zgadzają się w połowie przypadków, oznacza to, że któryś z nich myli się przynajmniej w połowie przypadków. W czasie pobytu Patricka w szpitalu był on cały czas na skraju zawału serca, a my to przeoczyliśmy. Nawet później, ponownie odczytując elektrokardiogram Patricka oraz wyniki jego badań i autopsji, nadal nie mogliśmy dojść do porozumienia. Przedstawialiśmy odmienne interpretacje. W wypadku dolegliwości tak częstej, powszechnej i trudnej do zdiagnozowania niepokoić może to, że leczenie Patricka - i być może także jego przeżycie - zależało od czynników, co do których nie byliśmy w stanie osiągnąć konsensusu. Taka sytuacja zdarza się aż za często.

Lily miała dwadzieścia trzy lata i ważyła ponad sto pięćdziesiąt kilogramów. Skręcała się z bólu. Siedem dni po operacji wyłączenia żołądkowego (gastric bypass), wykonywanej u osób z chorobliwą otyłością, potrzebowaliśmy sześciu osób, żeby przenieść ją z noszy z karetki na szpitalne nosze na kółkach. Po podaniu

24 Kardiolodzy rozmijali się z własnymi wcześniejszymi wynikami w 10-23,3% przypadków.

25 To szczególnie prawdziwe w przypadku zawału, lekarz bowiem musi wziąć pod uwagę bardzo dużo czynników, zanim wyda ostateczną diagnozę (na przykład badanie, wynik EKG, wywiad z pacjentem, czynniki demograficzne, ryzyko typowe dla określonej grupy społecznej, szczególne okoliczności, doświadczenie). Zmierzenie dokładności każdego z tych czynników to skomplikowana procedura, w czasie której łatwo popełnić błąd. Dodatkowo w wielu przypadkach nie ma jednej „poprawnej” interpretacji wyniku EKG, co sprawia, że dokładność staje się raczej subiektywnym osądem niż faktem, a tego przecież chcemy uniknąć.

morfiny, wykonaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej, prześwietlenia klatki piersiowej, które pokazało jedynie nieznaczne zacinienie w jednym płucu, oraz serii rutynowych badań krwi Lily nadal odczuwała ból w jamie brzusznej.

Nie mogłem dojść do porozumienia w sprawie przyczyny bólu z chirurgiem konsultującym ten przypadek.

-Minął tydzień od operacji jamy brzusznej, a pacjentka skarży się przede wszystkim na ból brzucha. To najprawdopodobniej ból pooperacyjny - powiedziałem. - A może, ale to tylko hipoteza, to zacinienie na zdjęciu to pooperacyjne zapalenie płuc.

Chirurg nie dawał za wygraną.

-Możliwe, ale u pacjentów po operacji wyłączenia żołądkowego bardzo często tworzy się zator płucny, a ona ma chyba trudności z oddychaniem.

-Dam sobie rękę uciąć, że to nie zator - powiedziałem zirytowany tym, że chirurg chce pozbyć się odpowiedzialności za problem.

Lily zrobiono tomografię komputerową klatki piersiowej, żeby dokładniej zbadać przyczynę zmian na zdjęciu rentgenowskim. Wynik pokazał olbrzymią skrzeplinę - zator płucny - w naczyniu krwionośnym dokładnie w tym miejscu, gdzie na zdjęciu było widoczne zacinienie.

Nie tylko w przypadku chorób serca stawia się niekonsekwentne diagnozy. Choć zawały zdarzają się bardzo często (w Stanach Zjednoczonych odnotowuje się około miliona przypadków rocznie), zapalenie płuc występuje pięć razy częściej. Tę chorobę diagnozuje się inaczej niż zawał. Dzieje się tak, ponieważ zawał rozpoznaje się najczęściej na podstawie objawów podmiotowych (tego, co mówi pacjent), a nie przedmiotowych (tego, co lekarz stwierdza w czasie badania). W wypadku diagnozowania zapalenia płuc badania fizykalne mają większą wagę niż objawy podmiotowe. W przeciwieństwie do zawału, istnieje proste badanie dodatkowe pozwalające niezbitnie zidentyfikować zapalenie płuc - prześwietlenie klatki piersiowej²⁶. Zatem trudna decyzja dotyczy nie tego, którzy pacjenci mają zapalenie płuc, ale których należy poddać dodatkowemu badaniu, czyli prześwietleniu. Tę decyzję lekarze podejmują na podstawie badania fizykalnego płuc.

Mogłoby się wydawać, że badanie fizykalne płuc, szczególnie za pomocą stetoskopu, powinno dawać w miarę spójne wyniki. Stetoskop to przecież instrument działający z dużą precyzją. Ikoniczne przedstawienia lekarzy na obrazach Normana Rockwella pokazują lekarza trzymającego stetoskop (albo, jak na słynnym obrazie, osłuchującego lalkę małej dziewczynki). Na akademii medycznej razem z kolegami z roku odsłuchiwalismy taśmy z nagraniami szmerów oddechowych i oglądaliśmy instruktażowe nagrania wideo, pokazujące, jak posługiwać się stetoskopem, aby zidentyfikować szmery w płucach świadczące o jakichś zaburzeniach. Potem wysłano nas do szpitali, gdzie mieliśmy osłuchiwać płuca wszystkich, którzy się na to zgodzili. Jak wiele różnic może wystąpić w naszych interpretacjach szmerów oddechowych?

W trakcie dwóch badań poproszono lekarzy, aby zbadali pacjenta, koncentrując się szczególnie na płucach. Mieli użyć stetoskopu, opukać klatkę piersiową i starać się dotykiem wyczuć wibracje. To pełne badanie płuc powtarzano na wielu pacjentach, których badano pod kątem zapalenia płuc. Wyniki obu tych naukowych badań wykazały, że lekarze konsekwentnie nie zgadzali się co do obecności objawów, które mogły świadczyć o zapaleniu płuc.

Wyniki były więc równie niepokojące jak w wypadku badań dotyczących diagnozowania zawału, a dane liczbowe - jeszcze bardziej zatrważające. Wskazywały one na to, że jeśli decyzja o skierowaniu pacjenta na prześwietlenie klatki piersiowej oparta jest na objawach, wielu pacjentów z zapaleniem płuc nie jest prześwietlanych, a wielu bez zapalenia płuc - tak. Zatem być może należy rozwiązać ten problem, częściej kierując na prześwietlenie pacjentów, u których podejrzewamy zapalenie płuc. Ale tak jak w przypadku Lily, to nie jest takie proste. Kiedy chirurg osłuchiwał płuca Lily, nie słyszał nic niepokojącego, mnie jednak wydawało się, że coś jest nie tak. Obaj przyjrzelismy się dokładnie zdjęciu rentgenowskiemu płuc, żeby podjąć decyzję o dalszym

²⁶ Czasem zapalenie płuc nie *widać* na zdjęciu rentgenowskim, ale lekarze z reguły traktują prześwietlenie płuc jako rozstrzygające w większości przypadków.

postępowaniu. Może zatem lekarze są w stanie zgodnie zdiagnozować zapalenie płuc na podstawie wyniku prześwietlenia?

Bynajmniej. W 20 procentach przypadków doświadczeni lekarze odczytujący zdjęcie rentgenowskie nie zgadzają się w istotnych kwestiach, w tym dotyczących diagnozy zapalenia płuc. Problem nie polega tylko na braku odpowiednich umiejętności analizy zdjęcia. Radiolodzy, czyli lekarze zajmujący się zawodowo głównie sztuką interpretacji zdjęć rentgenowskich, to prawdziwi eksperci na tym polu. Jednak bardzo wiarygodne badanie precyzji interpretacji zdjęć rentgenowskich przeprowadzone w połowie dwudziestego wieku dowiodło, że - jak można się było spodziewać - i oni często różnią się w swoich opiniach. Badanie polegało na tym, że trzech znakomitych radiologów poproszono, aby zanalizowali około trzydziestu zdjęć rentgenowskich klatki piersiowej. Nie powiedziano im jednak, że każdy zestaw trzydziestu zdjęć składał się tak naprawdę z dziesięciu zdjęć trzykrotnie powielonych. Podobnie jak w wypadku analogicznych badań trafności odczytu EKG przez kardiologów, radiolodzy równie często przeczyli własnym wcześniejszym diagnozom, jak nie zgadzali się ze swoimi kolegami.

Prześwietlenie klatki piersiowej Lily pokazało, że coś nie gra, ale ponieważ nie potrafiliśmy wydać zgodnej diagnozy, zleciliśmy wykonanie tomografii komputerowej, która daje trójwymiarowy obraz i pozwala zobaczyć zator płucny (skrzeplinę). Lily miała dość spory zator i trzeba było jej podać dużą dawkę leku rozrzedzającego krew, co na szczęście przyniosło dobre rezultaty. W przypadku Lily dwóch lekarzy nie zgadzało się w swoich diagnozach stanu jednej pacjentki. Ale niejednokrotnie spory wśród lekarzy mają o wiele głębsze podłoże, prowadzone są publicznie i angażują o wiele szersze grupy społeczne.

-To znowu Angela - powiedziała Mary, pielęgniarka, wręczając mi kartę pacjentki.

Był to mój pierwszy dyżur w małym szpitalu niedaleko Pittsburgha. Mary nachyliła się do mnie.

-Częsty gość, prawdziwa gwiazda. Zjawia się co najmniej dwa razy w tygodniu. Będzie cię męczyć, póki nie przepisziesz jej prochów.

Angela, która miała sześćdziesiąt pięć lat, a wyglądała na trzydzieści lat więcej, czekała na mnie za parawanem. Światło było wyłączone, a ona trzymała się za prawą stronę głowy, jęcząc.

-Panie doktorze, mucho, mucho dolor. Mi cabeza.

Kiwiała się w przód i w tył z zaciśniętymi powiekami.

Po zbadaniu jej zleciłem podanie kroplówki z lekiem na migrenę i wyjaśniłem moim łamanym hiszpańskim, że wkrótce poczuje się lepiej. Angela pomachała mi na pożegnanie.

Mary popatrzyła na mnie, kiedy zobaczyła wypisane zlecenie.

-Spędzi tu całą noc, jeśli nie przepisziesz jej demerolu.

-Spróbujmy najpierw tego - zaproponowałem.

Dwadzieścia minut później poczułem, jak ktoś kładzie mi dłoń na ramieniu i kątem oka spostrzegłem uśmiechniętą twarz.

-Gracias, muchas gracias, panie doktorze. No dolor. Gracias.

Angela z receptą w dłoni rażnym krokiem wyszła z ambulatorium.

Angela to przedstawicielka trzydziestu milionów Amerykanów, którzy cierpią na migrenę i niejednokrotnie pojawiają się z tym problemem w ambulatoriach i gabinetach lekarzy. Nielatwo patrzy się na cierpienie wywołane przez migrenę, ale nic tak nie podnosi na duchu jak widok tego, jak skutecznie niektóre leki potrafią przeciwdziałać tej chorobie. Jednak wciąż nie ustają dyskusje na temat tego, która terapia przeciw migrenie jest najskuteczniejsza.

W 2002 roku jedno z głównych źródeł informacji medycznych, „The New England Journal of Medicine”, opublikowało artykuł pod tytułem *Migraine - Current Understanding and Treatment* (Migrena - obecny stan wiedzy i terapie). Przedstawiał on przegląd badań nad migreną i polecał tryptany, względnie nową grupę leków, jako najlepszy i najskuteczniejszy środek leczenia ostrych ataków migreny. Właściwie połowa z jedenastu stron raportu o stanie badań poświęcona była

dogłębnej prezentacji tryptanów, leków opracowanych przez firmy farmaceutyczne jako środek specyficznie przeciwdziałający migrenie. Ale bezpośrednio po publikacji tego artykułu do redakcji przyszło wiele listów z rozmaitych źródeł kwestionujących zasadność tej rekomendacji. Wywołał on również konsternację wśród lekarzy pracujących w pogotowiach ratunkowych, gdzie w przypadkach migreny stosuje się przede wszystkim tak zwane antyemetyki. Sprawdziły się one w przypadku Angeli, ale mimo tego sukcesu i tak razem z kolegami pracującymi w ambulatorium zastanawialiśmy się, czy czasem nie popełniliśmy jakiegoś błędu.

Tryptany rekomendował nie tylko wspomniany artykuł z „The New England Journal of Medicine”, ale także Amerykańska Akademia Neurologii. Artykuł zaś napisali neurologi specjalizujący się w dziedzinie bólu głowy²⁷. Zarazem jednak stosowanie antyemetyków zaleca Kanadyjskie Stowarzyszenie Bólu Głowy, a także wielu ekspertów w dziedzinie migreny znających się na ratownictwie medycznym. Jak się zatem okazuje, eksperci nie są jednomyślni. Ale w tym wypadku o wiele łatwiej niż w innych zrozumieć naturę sporu. U jego podstaw leży po części swoista „zaściankowość” medyczna, a po części zawiła logika przeglądu opublikowanego w „The New England Journal of Medicine”.

Zaściankowość medyczna to dość powszechne zjawisko, przejawiające się tym, że zarówno różne ośrodki medyczne, jak i różne specjalizacje mają swoje preferowane procedury postępowania. Lekarze leczący migrenę - neurologi z dodatkową specjalizacją - i lekarze pogotowia ratunkowego codziennie spotykają i leczą pacjentów z migreną. Różnica między nimi polega na tym, że neurologi mają do czynienia z tymi, którzy chorują na migrenę, a lekarze pogotowia ratunkowego z tymi, którzy właśnie mają atak migreny. Specjalista leczący migrenę zazwyczaj koncentruje się przede wszystkim na tym, jak zapobiegać migrenom i jak leczyć migreny, które dopiero nastąpią. Natomiast lekarz pogotowia ratunkowego ma przede wszystkim doświadczenie w leczeniu ostrych migren, wtedy kiedy dają o sobie znać.

Dlatego właśnie badania ostrych ataków migreny przeprowadzali przede wszystkim lekarze pogotowia ratunkowego w ambulatoriach, a jakieś ćwierć wieku temu jedno z takich badań zaowocowało niezwykle pożytecznym odkryciem. Migrenie często towarzyszą mdłości i wymioty i nie zawsze udaje się podać pacjentom lek w formie pigułki. Dlatego badacze podawali pacjentom z migreną najpierw dawkę antyemetyku (czyli leku przeciwwymiotnego), a dopiero potem właściwe lekarstwo na migrenę. Ku zdumieniu badaczy, migrena często ustępowała natychmiast po podaniu antyemetyków, zanim jeszcze podano przewidziane przez badanie leki przeciw migrenie. Jak dowiodły kolejne badania, których wyniki przedstawiono w dziesiątkach artykułów opublikowanych w czasopiśmie poświęconym ratownictwu medycznemu, właściwie wszystkie antyemetyki okazały się bardzo skuteczne w zwalczaniu objawów ostrej migreny. Od tamtej pory antyemetyki stały się lekiem najpowszechniej stosowanym przeciwko migrenie w ambulatoriach na całym świecie.

Natomiast neurologi często nie mają pojęcia o tych badaniach. Wielu lekarzy czyta przede wszystkim literaturę medyczną dotyczącą ich specjalności, a zatem istotną z punktu widzenia ich pacjentów. Na przykład lekarze pogotowia ratunkowego wiedzą stosunkowo niewiele na temat badań nad lekami używanymi z powodzeniem w długoterminowym leczeniu pacjentów z migreną. Artykuł opublikowany w „The New England Journal of Medicine” napisali trzej neurologi, których interesowało zarówno długoterminowe leczenie pacjentów z migreną (co było zazwyczaj dziedziną zarezerwowaną dla neurologów), jak interwencje w przypadkach ostrych ataków migreny (zazwyczaj leczonych przez lekarzy pogotowia ratunkowego). Niewątpliwie artykuł ten rzeczowo przedstawia badania nad zapobieganiem migrenie, ale niestety nie powołuje się na żadne badanie przeprowadzone tam, gdzie lekarze najczęściej spotykają się z przypadkami ostrych ataków migreny - w ambulatorium pogotowia ratunkowego.

27 Jeden z autorów przeglądu publikowanego w "The New England Journal of Medicine" był także współautorem wystosowanej przez Amerykańską Akademię Neurologii rekomendacji, której przygotowanie sponsorował producent tryptanu. Tę rekomendację można ściągnąć jako plik ze strony www.aan.com (dostęp: luty 2008).

To przeoczenie, prawdopodobnie spowodowane medyczną zaściankowością, nie miałyby większego znaczenia, gdyby tryptany i antyemetyki oddziaływały w podobny sposób. Rzeczywiście obie grupy leków równie skutecznie redukują objawy migreny. Tryptany wywołują jednak poważne efekty uboczne w postaci polekowych bólów głowy (dających o sobie znać następnego dnia po ich zażyciu), a także wpływają w niekorzystny sposób na naczynia krwionośne, dlatego nie mogą ich zażywać osoby ze skłonnościami do chorób serca. Ale największa i najbardziej oczywista różnica dotyczy ceny Tryptany należą do nowej klasy technologicznie zaawansowanych leków, z których wiele jest jeszcze pod ochroną patentową, dlatego ich podstawowa formuła jest niedostępna. Z tego powodu ich cena przewyższa stukrotnie cenę antyemetyków. Chociaż antyemetyki kosztują znacznie mniej, a działają skuteczniej, w zamierzeniu całościowy przegląd terapii antimigrenowych opublikowany w „The New England Journal of Medicine” zawiera tylko jedną wzmiankę na ich temat. Trudno w to uwierzyć, ale proponuje się, aby stosować je ponownie w tym samym celu, w jakim zostały wprowadzone do użycia dziesiątki lat temu: jako leki przeciwwymiotne, które umożliwią pacjentowi zażycie tryptanu.

Odmierna wiedza i doświadczenie neurologów i lekarzy pogotowia ratunkowego z pewnością leżą u podstaw tej rozbieżności opinii, ale warto się zastanowić, czy w grę nie wchodzi jeszcze inne czynniki. Przecież trzej autorzy artykułu z „The New England Journal of Medicine” to światowej sławy autorytety w dziedzinie leczenia migreny. Czy mogli zabnąć w ślepią uliczkę nazbyt wąskiej specjalizacji? Czy to możliwe, że nie wiedzieli o istnieniu antyemetyków i zaleceń Kanadyjskiego Stowarzyszenia Bólu Głowy? Zwróciłem się do jednego z autorów artykułu z pytaniem, czy wie o tych zaleceniach. Bronił swojego tekstu, twierdząc, że opiera się on na naukowo potwierdzonych przesłankach i że „nie dotyczy terapii stosowanych na izbie przyjęć”. Autorzy artykułu, który podaje się za przegląd całego spektrum sposobów leczenia migreny we wszystkich typach placówek służby zdrowia, nie poczynili jednak tego zastrzeżenia w tekście. Poza tym antyemetyki okazały się równie skuteczne jak tryptany w badaniach prowadzonych w różnych placówkach, nie tylko na izbie przyjęć.

Powiedziałem mu także, że zastanawiam się, czy pominięcie antyemetyków stanowiło tylko i wyłącznie efekt nazbyt wąskiej specjalizacji. W „wyjaśniającej” notce na końcu artykułu, wydrukowanej drobną czcionką, autorzy oświadczają, że otrzymali pieniądze w formie grantów i opłat za konsultację od wszystkich siedmiu firm farmaceutycznych produkujących siedem leków z tryptanem, których nazwy zostały wymienione w tekście. Krytycy sponsorowania badań medycznych przez firmy farmaceutyczne często dowodzili, że proceder ten prowadzi do nieobiektywnych wyników badań. Zresztą analizy statystyczne potwierdziły, że raporty sponsorowane przez producentów leków znacznie częściej okazują się korzystne dla sponsorujących firm niż raporty niezależne. Choć nie ma niezbitych dowodów na to, że otrzymane wsparcie finansowe wpłynęło na autorów artykułu, to nie sposób nie odnotować istnienia tego problemu²⁸.

Korporacje farmaceutyczne rozpowszechniające na rynku tryptany opracowały zestaw skutecznych strategii pozwalających im radzić sobie z faktem, że istnieją tańsze, bezpieczniejsze i bardziej skuteczne leki przeciwko migrenie. Jedną z tych strategii polegała na prowadzeniu intensywnych badań nad tryptanem, który podawano ogromnej liczbie pacjentów. Choć te badania nie miały lepszej jakości niż badania nad antyemetykami i nie wykazały, że tryptany działają skuteczniej, to i tak robiły większe wrażenie, obejmowały bowiem sto tysięcy pacjentów (próby antyemetyków przeprowadzano na zaledwie kilku tysiącach pacjentów). Inna strategia marketingowa polegała na zwerbowaniu ekspertów w dziedzinie bólu głowy. Proponowano im

28 Odpowiedź, jakiej udzielił mi autor artykułu, dobitnie świadczy o tym, że nie widzi on związku między źródłem finansowania badań a ich wynikami. Jak pisałem już wcześniej, analizy wykazały, że stronniczość często wynika z podświadomych procesów, z których przebiegu nie zdają sobie sprawy ulegające im osoby. Dlatego nie chcę sugerować, że autorzy umyślnie opublikowali nie- obiektywne wnioski. Istnieją jednak dowody na to, że pewne czynniki - w tym wypadku finansowanie badań i innego typu wsparcie - mogą silnie wpływać na wyniki badań (nawet jeśli badacze sobie tego nie uświadamiają).

granty na badania, opłaty za „konsultację” i słono opłacane wystąpienia publiczne (dotyczące tryptanów).

Eksperci od bólu głowy, specjalizujący się w bardzo wąskiej dziedzinie, często wykładają na najważniejszych uniwersytetach i publikują prace naukowe, dlatego mają dość znaczny wpływ na poglądy środowiskowe. Czasem również redakcja „The New England Journal of Medicine” prosi ich o wydanie opinii na temat leków.

Jeszcze inna sprytna strategia wprowadzania tryptanu do powszechnego użytku polegała na zapobieganiu próbom bezpośredniego porównania tryptanów z antyemetykami. Do niedawna mimo poddawania ogromnej liczby pacjentów z migreną setkom badań porównujących tryptany z placebo tylko dziewięć badań polegało na ścisłym porównaniu tryptanów z innymi lekami, a żadne nie opierało się na porównaniu tryptanów i antyemetyków²⁹. Jednak w 2004 roku dwóch z autorów wspomnianego artykułu z „The New England Journal of Medicine” z roku 2002 opublikowało sprawozdanie z tych dziewięciu badań. Stwierdzali oni to, co jasno pokazywały dane: tryptany nie były skuteczniejsze od innych leków na migrenę (nawet tych sprzedawanych bez recepty po niskich cenach). Ale dzięki sprytniej, zapętlonej retoryce autorzy przedłożyli szczegółową argumentację, twierdząc, że dane muszą być fałszywe, bo przecież powszechnie wiadomo, że tryptany są lepsze.

Próbując dogłębnie zbadać tę kwestię, powołano grupę badawczą, w której skład wszedł jeden z autorów artykułu. Badanie finansowane przez Narodowy Instytut Zdrowia polegało na porównaniu najpowszechniej stosowanego leku zawierającego tryptan z antyemetykiem podawanym zazwyczaj pacjentom w ostrych atakach migreny. Pod każdym względem antyemetyk okazał się tak samo skuteczny lub nawet skuteczniejszy niż tryptan. Co więcej, jedna dawka tego antyemetyku kosztowała cztery dolary, a taka sama dawka tryptanu sześćdziesiąt dolarów.

Jeszcze jedno pytanie zrodzone w trakcie tego sporu domaga się odpowiedzi. Dlaczego i jakim sposobem szanowane czasopismo medyczne dopuściło do publikacji przeglądu leków przeciwko migrenie, który w najlepszym razie wypada uznać za niepełny i nieuzasadniony? Kolejne pytanie: czy autorzy artykułu umyślnie pominęli pewne dane? Najprawdopodobniej nie. Być może w większym stopniu interesują ich badania niż praktyka kliniczna. Niektórzy lekarze posiadają dogłębną wiedzę na temat ataków migreny, bo codziennie widują pacjentów, którzy ich doświadczają. A niektórzy lekarze, również ci cieszący się sławą ekspertów publikujących wiele tekstów w czasopismach medycznych, rzadko przyjmują pacjentów. Co więcej, jak już wspomniałem, neurologi znacznie częściej mają do czynienia z pacjentami takimi jak Angela po tym, jak skierował ich do nich inny lekarz, albo po tym, jak wielokrotnie zgłaszali się na izbę przyjęć. Najczęściej leczą oni trudne, uporczywe przypadki i najczęściej spotykają pacjentów, kiedy ci nie odczuwają bólu. Dlatego zupełnie możliwe, że nigdy nie widzieli Angeli, kiedy trzyma się za głowę i błaga o ciszę i ciemność. Ta rozbieżność może również podpowiadać wyjaśnienie niewytłumaczalnej decyzji Amerykańskiej Akademii Neurologii, aby rekomendować tryptany jako środek stosowany w ostrych atakach migreny³⁰.

Być może. Ale trudno w tym wypadku nie zapytać, czy źródło finansowania wpłynęło na naukową publikację o tak szerokim oddźwięku. Być może to również jedno ze źródeł nieporozumień na polu medycyny.

29 Trudno zrozumieć, dlaczego społeczność lekarzy, a także Amerykańska Agencja do spraw Żywności i Leków zaczęły traktować tryptany jako skuteczne czy wręcz niezbędne w leczeniu migreny, skoro opierano się na badaniach polegających na porównaniu tryptanów z placebo. Aby dowieść skuteczności nowego leku, należy go porównać z istniejącymi standardowymi lekami na daną chorobę, a nie z placebo. Zatem pytanie o to, czy tryptany są lepszymi lekami niż inne stosowane przeciwko migrenie, zostało skutecznie pominięte z wyjątkiem tych dziewięciu badań.

30 Również w tym kontekście można przywołać opisany w poprzednim rozdziale przypadek zaleceń wydawanych przez zawodowe stowarzyszenia medyczne. Warto dodać, że jeden z autorów zalecenia Amerykańskiej Akademii Neurologii to również autor artykułu o lekach na migrenę z „The New England Journal of Medicine”. Zaś opracowanie wskazówek „wspierało finansowo” pięć firm farmaceutycznych produkujących tryptany.

Na pewno wpływ strategii marketingowych i brak przepływu informacji między poszczególnymi dziedzinami medycyny to przyczyny niezgodności i teoretycznie można je wyeliminować. Jednak w wypadku oznak i symptomów chorób takich jak zawał czy zapalenie płuc brak zgody wśród lekarzy oznacza, że badaniom lekarskim nadal daleko do naukowej ścisłości. Diagnoza oparta na badaniu fizykalnym to kolejny obszar współczesnej medycyny, co do którego posiadamy przerażająco niewielką wiedzę. Większa jego część wciąż pozostaje dla nas tajemnicą. W wypadku EKG i prześwietleń klatki piersiowej wydaje się logiczne, że jeśli eksperci nie są w stanie osiągnąć zgody w kwestii wyniku badania, oznacza to, że zawodzi albo samo badanie, albo wykonujący je lekarze. Jakkolwiek by było, badania te nie dają pewnych rezultatów. I choć często może się wydawać, że wina leży po stronie lekarzy, to w wielu wypadkach wcale tak nie jest. Trudno bowiem oczekiwać, że wszyscy ludzie będą tak samo opisywać swój ból albo tak samo interpretować objawy u innych czy odczytywać wyniki badań. Brakuje nam konsekwencji. Jak napisał Aldous Huxley: „Konsekwencja jest wbrew naturze, wbrew życiu. Tylko martwi ludzie są w pełni konsekwentni”.

Jak zatem rozwiązać ten problem, skoro nasza wiedza nie pozwala nam zaspokoić wszystkich potrzeb pacjentów, skoro na naszym obszarze dominują białe plamy i nie zgadzamy się tak często, że musimy zasięgać dodatkowych opinii? Taki sposób postępowania ma swoje zalety. Ale jak widzieliśmy, nawet eksperci często się nie zgadzają, a brak zgodności między nimi wcale nie przybliży nas do właściwej odpowiedzi. Jednak istnieje przecież uczciwszy sposób podejścia do tego problemu: wyłóżmy karty na stół. Rozbieżność poglądów to okazja do dyskusji otwartej dla wszystkich, a nie tylko dla lekarzy, którzy kłócą się po cichu we własnym gronie. Należy przyznać się do tego, że brak nam pewności i stąd biorą się różnice poglądów i kontrowersje. Kiedy nie znamy właściwej odpowiedzi, podejmując decyzje, powinniśmy się kierować przede wszystkim dobrem pacjenta. To przede wszystkim on powinien na nich skorzystać.

Najpoważniejsza przeszkoda na drodze do wprowadzenia w życie takiego podejścia jest oczywista. Instykt bowiem podpowiada nam, że należy ukrywać brak pewności i ignorować albo bagatelizować konflikty. Nie znamy dobrej terapii zapalenia ścięgna piętowego, które dokuczało Luke'owi. Zarówno ja, jak i konsultujący ten przypadek chirurg improwizowaliśmy, podejmując decyzję, polegaliśmy bowiem na powszechnie stosowanych, ale niesprawdzonych technikach. Ale Luke o tym nie wiedział, bo ani on, ani inni pacjenci nie są prawie nigdy informowani o tym, że w ten sposób zazwyczaj podejmuje się decyzje o leczeniu.

Do tej pory z różnych powodów zachowywaliśmy na ten temat milczenie, każąc pacjentom wierzyć, że kiedy lekarz osłuchuje ich serce, chłodny dotyk metalu to cena obiektywnej i pewnej nauki, moment jasnego i niczym niezmaconego wglądu w istotę rzeczy. Ten fałszywy mit skutecznie utrzymują przy życiu ikoniczne obrazy lekarzy osłuchujących serce pacjenta za pomocą wszechmocnego narzędzia, jakim jest stetoskop, albo oglądających zdjęcie rentgenowskie i pewnym głosem wydających diagnozę. Portretowane przez Normana Rockwella nieinwazyjne badania lekarskie mają tyle wspólnego z naukowym podejściem, co ruchy ręki malarza kładącego farbę na płótnie. Hipokrates nazywał medycynę „sztuką”, a my tak często próbujemy to zignorować albo wręcz ukryć, zamiast przyznać się do tego i to zaakceptować. Nie ma powodu ukrywać, że medycyna to sztuka. Choć bowiem trudno osiągnąć pełną zgodność, to prawie zawsze można zachować pełną uczciwość.

NIE ROZMAWIAMY

Ze snu wyrwały mnie wysokie tony dzwonka, po którym usłyszałem kobiecy głos mówiący z wyraźnym nowojorskim akcentem:

-Potrzebna załoga do interwencji, potrzebna załoga do interwencji... Hudson Street 123, Johnson City... Mężczyzna, siedemdziesiąt jeden lat, nie oddycha... Potrzebna pełna załoga.

Zegar pokazywał szóstą trzydzieści pięć rano. Dwadzieścia minut wcześniej wróciłem z pogotowia ratunkowego, gdzie pracowałem jako zawodowy paramedyk. Teraz jednostka ochotnicza w mieście przesłała na mój pager informację, że potrzebna im załoga zaledwie kilka przecznic dalej. Usiadłem na łóżku i potrząsnąłem głową jak zmokły pies, włożyłem dżinsy i T-shirt i wziąłem do ręki przenośne CB-radio.

-Sto piętnaście Edward do centrali, zgłasza się Harrison Street.

-Dziękuję, sto piętnaście Edward. - Choć komunikowaliśmy się tylko za pośrednictwem radia, zawsze wyczuwałem w głosie Nancy wyraźną ulgę, kiedy odpowiadałem na wezwanie, na które nikt inny nie reagował. - Straż pożarna też jest w drodze.

-Dziesięć cztery - zdziwiłem się.

Wszyscy wiedzieli, że lokalna jednostka straży pożarnej nie szczyci się żadnymi umiejętnościami medycznymi, więc zastanawiałem się, czemu zajęli się tą sprawą. Choć trzeba przyznać, że zawsze palili się do roboty.

Okazało się, że mieszkam blisko, więc wsiałem do samochodu, wjechałem w następną przecznicę, odnalazłem wskazany adres i wysiadłem z samochodu. W tym samym czasie niedaleko zatrzymał się też porzdewiały niebieski ford bronco z włączonym kogutem na dachu. Wycie syreny ustało. Z samochodu wysiadł niewysoki barczysty mężczyzna i szybko podbiegi do tylnych drzwi furgonetki. Błyskawicznie wyjął z niej zieloną torbę.

-Panie komendancie, co słyhać? - mówiłem powoli, z nikłą nadzieją, że mój spokój wpłynie jakoś na komendanta straży.

-Do roboty! - warknął, wbiegając po schodach.

Otworzył drzwi i wpadł do środka. Miałem nadzieję, że to właściwy budynek.

Podążyłem za nim niepewnie. Wszedłem do skromnie urządzonego salonu, gdzie zastaliśmy małżeństwo, dwóch nastoletnich chłopców i starszą kobietę, która wskazała ręką kierunek.

-jest z tyłu. Proszę się pospieszyć.

Komendant straży jak na rozkaz zaczął biec jeszcze szybciej, a ja próbowałem go dogonić w drodze do sypialni w tylnej części mieszkania.

Starszy człowiek leżał na łóżku na brzuchu, zupełnie nieruchomo. Komendant otworzył torbę, kiedy dotknąłem ramienia mężczyzny. Nie reagował. Próbowałem przewrócić go na plecy. Nie było to łatwe. Ale kiedy wreszcie się udało, okazało się, że ciało jest sztywne. Komendant popatrzył na mnie.

-Co jest grane?

Mężczyzna miał stężenie pośmiertne, co oznaczało, że nie żył już od kilku godzin, prawdopodobnie zmarł we śnie. Kiedy go podnosiłem, był sztywny jak woskowa figura z gabinetu Madame Tussaud, a kiedy go puściłem, powrócił do pierwotnej pozycji.

- Tak, panie komendancie, tym razem się spóźniliśmy.
Wziąłem głęboki oddech, przygotowując się do rozmowy z rodziną.
-Chwileczkę, on nie żyje? - zapytał na cały głos komendant.
Gestem pokazałem mu, żeby był cicho.
-Tak, nie żyje.
Komendant próbował sam przewrócić ciało.
-O Jezu, faktycznie nie żyje - wykrzyknął. - No, tak...
Przeszedł obok mnie i wyszedł z pokoju.
-Dokąd pan idzie, panie komendancie?
Starsza kobieta zakryła dłonią usta i zapytała o męża.
-Wszystko z nim w porządku? Wyjdzie z tego?
Wyszedłem z pokoju w ślad za komendantem, ale i tak się spóźniłem.
-W porządku? - zapytał komendant. - On nie żyje. Naprawdę nie żyje, nie żyje na amen. Jezu, nie żyje.
-Panie komendancie - powiedziałem błagalnym tonem - proszę mi pozwolić...
Komendant straży popatrzył na mnie, a potem odwrócił się w stronę kobiety, która patrzyła na niego szeroko otwartymi oczami.
-Nie żyje, zupełnie. To znaczy co wyście... on już od... już kompletnie nie żyje. O rany, nie żyje.
Wymknąłem się z mieszkania na ulicę, a komendant straży kontynuował swoje przemówienie w tym samym stylu.
Kiedy wsiadłem do samochodu, powiedziałem przez CB-radio przyciszonym głosem:
-Sto piętnaście Edward do centrali. Straż pożarna ogłasza czarny kod. Wszystkie jednostki mogą zawrócić z drogi.
-Sto cztery - zaszczebiotała Nancy. - Jeszcze nigdy nie dzwoniłeś z miejsca wypadku. Wziąłeś to zgłoszenie?
Chwilę zastanawiałem się nad odpowiedzią.
-Nie, nie. Komendant jest na miejscu, on się tym zajął.
-Sto cztery, sto piętnaście Edward. Dziękuję jeszcze raz. Śpij dobrze.
-Przyjąłem, spróbuję.

Tak zakończyła się moja pierwsza niezwykle pouczająca lekcja na temat tego, jak nie należy przekazywać złych wieści. Entuzjastyczne nastawienie komendanta straty pożarnej przyprawiało mnie o dreszcze i nie trzeba było być geniuszem, aby zdać sobie sprawę, że złe wiadomości lepiej przekazywać w inny sposób. Przez lata miałem wiele okazji, żeby ćwiczyć się w tej sztuce, czytać na ten temat i zastanawiać się nad moim własnym sposobem powiadamiania rodziny i pacjenta o diagnozie, śmierci i chorobach. Ale czy uczymy lekarzy sztuki przekazywania złych wiadomości? Nie, nie uczymy. W najlepszym razie muszą polegać na własnym doświadczeniu, kiedy wrzuceni na głęboką wodę popełniają błąd za błędem, zanim uda im się opanować tę umiejętność.

Brak szkolenia w tym zakresie odczuwamy tym dotkliwiej, że komunikacja między ludźmi to podstawa medycyny i to właśnie na niej opierał się Hipokrates, kiedy z takim sukcesem praktykował sztukę medycyną w starożytnej Grecji. Umiejętność współodczuwania, współpracy z ludźmi i wrażliwość na różnice kultur to pożądane cechy u lekarza. Od nich często zależy sukces procesu leczenia, a wszystkie one wynikają z umiejętności komunikowania się. Tymczasem zakrojona na dużą skalę ankieta badająca opinię pacjentów na temat lekarzy pierwszego kontaktu przeprowadzana w latach 1996 - 2000 wykazała, że pacjenci odczuwają pogorszenie się umiejętności komunikacyjnych u lekarzy, a także ich „zdolności interpersonalnych” i umiejętności zaskarżenia sobie zaufania pacjenta. Nieudolna komunikacja powoduje, że rośnie dystans między lekarzem a pacjentem.

Właściwie w czasie każdej kolacji z przyjaciółmi słyszę jakąś przerażającą historię o tym, jak niewrażliwy lekarz obraził, zignorował, poniżył, zlekceważył albo w jakiś inny sposób źle potraktował

wał pacjenta. Lekarze z tych anegdot wydają się nieludscy właśnie dlatego, że nie potrafią się komunikować z pacjentami. Oczywiście czasem takie historie opowiada się z wyraźnie subiektywnego punktu widzenia, bo przecież każdy relacjonuje je z własnej perspektywy. Ale równie często okazuje się, że niektórzy w trakcie edukacji medycznej tracą podstawowe umiejętności społeczne i może się to zdarzyć na każdym jej etapie. W czasie studiów, a potem w trakcie praktyk lekarz ma coraz mniej czasu na to, by zadbać o własne zdrowie psychiczne, relacje rodzinne i społeczne. Przeprowadzone niedawno na studentach medycyny badania wykazały alarmująco dużą liczbę przypadków depresji i problemów psychicznych, | przecież staż odbywany po ukończeniu studiów zabiera jeszcze więcej czasu.

Ludzie, którym brakuje umiejętności komunikacyjnych i dlatego nie potrafią na przykład powiadomić kogoś o śmierci bliskiej osoby, a do tego mają poczucie braku osobistego zadowolenia, to często po prostu ludzie niepotrafiący się porozumiewać z innymi. Jeszcze w czasie praktyk razem z kolegami z roku oglądaliśmy instruktażowy film pokazujący na przykładzie symulacji, jak należy poinformować rodzinę o czyjejś śmierci. Trwał on dwadzieścia minut i choć brakowało mu technicznej doskonałości, nakręcono go z dbałością o szczegóły. W elegancki sposób przedstawiał najważniejsze zasady rozmowy z rodziną. W tej chwili wykonuję pracę, w czasie której często muszę przekazywać wiadomość o chorobie, okaleczeniu lub śmierci. Ale moja wiedza na temat tego, jak należy zawiadamiać rodzinę, pochodziła wyłącznie z tego dwudziestominutowego filmu.

Jakie znaczenie ma przekazywanie złych wieści z odpowiednią dozą wrażliwości? Ogromne. Jakość komunikacji między lekarzem i pacjentem to chyba najważniejszy czynnik zarówno w krótko-, jak i długoterminowych relacjach z pacjentami i ich rodzinami, nawet jeśli przekazywana wiadomość jest bardzo zła³¹. Wiele badań potwierdza, że pacjenci chcą mieć poczucie, iż lekarz im współczuje i troszczy się o nich, ale w momentach kryzysowych lekarze są odbierani raczej jako chłodni i pozbawieni emocji. Być może próbujemy w ten sposób podtrzymać obraz nas samych jako naukowców, a może to normalny i właściwy mechanizm radzenia sobie z trudnymi sytuacjami albo próba zdystansowania się wobec ludzkich tragedii, z którymi mamy do czynienia na co dzień. Niezależnie od powodu, trzeba przyznać, że lekarze odczuwają w takich sytuacjach silne emocje i zbierają one swoje żniwo. Sposób, w jaki postrzegamy takie interakcje, wiąże się ściśle z naszym poczuciem sukcesu lub porażki. Jak wynika z badań przeprowadzonych na grupie onkologów, lekarz uważa, że źle coś zakomunikował, kiedy towarzyszy temu poczucie, że odniósł również porażkę jako lekarz.

Co więcej, to, jak lekarze oceniają własny sposób komunikowania się, ma wpływ na wybór terapii. We wspomnianym badaniu poczucie, że zawiodło się pacjenta, zwykle wiązało się ze skierowaniem pacjenta na chemioterapię, nawet jeśli był on już w terminalnej fazie choroby. W takiej sytuacji to zupełnie niepotrzebna czy wręcz szkodliwa terapia, przysparzająca pacjentowi cierpienie, ale tego typu decyzja odzwierciedla desperację i poczucie klęski, jakie towarzyszą lekarzowi. Media rozpowszechniły pełne emocji sceny reanimacji wykonywanych przez lekarza, który „nie może pozwolić”, by pacjent umarł. Choć tego typu sceny mają niewiele wspólnego z rzeczywistością, to na pewnym poziomie oddają one moment decyzji o podaniu pacjentowi w terminalnej fazie raka jeszcze jednej serii chemioterapii jako ostatniej deski ratunku. Lekarze, którzy nie komunikowali się dostatecznie dobrze ze swoimi śmiertelnie chorymi pacjentami, znacznie częściej podejmują złe czy wręcz desperackie decyzje dotyczące dalszego sposobu leczenia.

31 Co ciekawe, na komunikację w gabinecie lekarskim może negatywnie wpłynąć jeszcze jeden czynnik. Umiejętności komunikacyjne pacjenta nie pozostają bez wpływu na dobre samopoczucie lekarza. W przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii w 1995 roku badaniu odkryto, że coraz wyższy poziom stresu, niezadowolenia z pracy i czynników powiązanych z wypaleniem zawodowym wykazują ci, którzy nie odebrali odpowiedniego wykształcenia dotyczącego komunikowania się.

Większość lekarzy to nie onkolodzy i rzadko muszą informować rodzinę o tragicznych wydarzeniach. Dlatego w ich wypadku negatywne efekty złej komunikacji znacznie trudniej uchwycić niż w wypadku informowania rodziny pacjenta o jego śmierci czy podaniu niepotrzebnej chemioterapii. Znacznie częściej zła komunikacja oddziałuje o wiele bardziej podstępnie. Nawet tak banalny problem jak skręcona kostka może być przyczyną nieporozumienia między lekarzem i pacjentem, mającego poważne skutki.

Zbliżał się koniec mojego ciągnącego się w nieskończoność dyżuru podczas stażu i przecierając oczy, popatrzyłem na kartotekę następnej pacjentki. Alane, młoda dziewczyna ze skręconą kostką, czekała w pokoju numer 2 na oględziny. Przywieziono ją ambulansem. Wziąłem głęboki oddech i pokręciłem głową. Ambulansem? Osobę ze skręconą kostką?

Kiedy wszedłem do pokoju, od razu zauważyłem, że Alane czuje się tu jak u siebie w domu. Jeszcze raz spojrzałem do kartoteki: powiedziała pielęgniarka, że ból, którego doświadcza, ocenia na „dziewięć w skali dziesięciostopniowej”. Twierdziła, że to najgorszy ból, jakiego kiedykolwiek doświadczyła. Znowu pokręciłem głową.

-Jak mogę pani pomóc? - zapytałem.

-Schodziłam po schodach i chciałam przeskoczyć trzy stopnie, moja kostka się wykręciła, no i...

Wskazała na prawą kostkę, która na pierwszy rzut oka wyglądała całkiem dobrze, może poza lekką opuchlizną. Bez większego zainteresowania przycisnąłem delikatnie i na chybił trafił kilka kości składających się na staw skokowy. Podskoczyła lekko, kiedy go dotknąłem, ale nerwy i naczynia krwionośne wydawały się nieuszkodzone.

-Nie sądzę, żeby była złamana. To po prostu skręcenie. Prześwietlenie chyba nie będzie konieczne - powiedziałem i wzruszyłem bezradnie ramionami. - Ale może lepiej zrobimy, na wszelki wypadek.

-Skręcenie. Musi być dość poważne.

-Damy pani coś przeciwbólowego, a ja wrócę, gdy już zrobimy prześwietlenie.

Odłożyłem kartotekę i zapomniałem zlecić podanie jej środków przeciwbólowych.

Kiedy później oglądałem zdjęcie rentgenowskie jej kostki na negatoskopie, gapilem się na nie przez pięć minut, sprawdzając kilkakrotnie, czy przypadkiem ktoś omyłkowo nie podpisał nazwiskiem Alane jakiegoś innego zdjęcia. Prześwietlenie pokazało złamanie z przemieszczeniem, „wieloodłamowe” - kość uległa zmiążdżeniu.

Z pokornym wyrazem twarzy wszedłem do pokoju ze zdjęciami i powiedziałem Alane, co jej dolega. Popatrzyła na mnie milcząco i pokiwała głową. Przez następną godzinę po podaniu jej silnych leków przeciwbólowych próbowałem jakoś unieruchomić przemieszczoną kość, a potem zająłem się przygotowaniem operacji, która okazała się konieczna przy tak poważnym złamaniu.

Kiedy po raz pierwszy badałem Alane, byłem zmęczony i nie potrafiłem adekwatnie ocenić sytuacji. Jej stoicka postawa, moje zmęczenie i cynizm wobec dolegliwości, z którymi każdego dnia spotykam się wielokrotnie, spowodowały, że zabrakło mi empatii, postąpiłem wręcz lekceważąco. Bardzo tego żałowałem. Nie tylko dlatego, że Alane odniosła poważny uraz, ale także dlatego, że jak na dłoni ukazał się cały mój brak doświadczenia i umiejętności lekarskich. Nawet gdyby ostatecznie okazało się, że tylko lekko skręciła kostkę, i tak moje postępowanie należałoby ocenić jako niewłaściwe i oboje o tym wiedzieliśmy.

Rozmawiałem z Alane w sposób krańcowo nieprofesjonalny, a decyzja, której o mały włos nie podjąłem - niewykonanie prześwietlenia - okazałaby się fatalna w skutkach. Ale tak naprawdę takiej decyzji nie powinienem był nawet brać pod uwagę. Lekarze mają do dyspozycji bardzo skuteczne narzędzie pozwalające ocenić, kiedy należy wykonać prześwietlenie. W Ottawie opracowano niegdyś zestaw pięciu zasad określających sposoby właściwego badania stawu skokowego. Pierwsze cztery opisują sposoby palpacji, czyli badania dotykiem, czterech ściśle określonych obszarów okolic kostki i stopy: tylnej części obu kostek (piszczeli i strzałki), kości łódkowatej (znajdującej się w samym centrum górnej części stopy) oraz podstawy piątej kości śródstopia (kości

wystającej najdalej w bocznej części stopy). Jeśli nie ma złamania, lekkie przyciśnięcie tych obszarów nie powinno powodować bólu. Piąta zasada sprowadza się właściwie do jednego pytania: czy bezpośrednio po wypadku pacjent dał radę, kulejąc, stąpać na uszkodzonej stopie i czy nadal może to zrobić w czasie badania? Lekarz kierujący się tymi pięcioma zasadami może bezbłędnie zdiagnozować 98-99 procent złamań stawu skokowego, a ten jeden procent złamań, które nie są w ten sposób wykrywane, to zazwyczaj złamania na tyle drobne, że nie wymagają leczenia. Jeśli pacjent nie czuje bólu w tych czterech miejscach i może stąpać bezpośrednio po uszkodzeniu i w czasie badania, to można przyjąć, że kość nie uległa złamaniu. Gdybym zastosował się do tych prostych zasad, nie musiałbym się zastanawiać, czy Alane należy wysłać na prześwietlenie.

Opracowane w Ottawie w 1993 roku zasady badania stawu skokowego nie były jakimś nieważnym odkryciem. Okazały się przełomowe. Trwające dziesięć sekund badanie w pewny i bezpieczny sposób eliminuje potrzebę około jednej czwartej potencjalnych prześwietleń w grupie pacjentów, w której trzeba wykonywać miliony prześwietleń w ciągu roku. Ale nawet wtedy, kiedy potwierdzono, że zasady te sprawdzają się niezawodnie, badacze odnotowali jeden nieoczekiwany i zdumiewający czynnik powodujący, że zasady te nie są wprowadzane w życie - większość lekarzy ich nie stosuje.

Dlaczego? Niełatwo odpowiedzieć na to pytanie, ale na pewno wiąże się ono ze sposobem, w jaki lekarze postrzegają życzenia swoich pacjentów. Pacjenci często chcą być prześwietlani, a lekarze zazwyczaj robią to, czego się od nich oczekuje. Badania wykazują, że zadowolenie z opieki medycznej zależy w dużej mierze od spełnienia oczekiwań chorych, a lekarzom wydaje się, że pacjenci z urazami stawu skokowego często pojawiają się w ich gabinecie z wyraźnym życzeniem, by wysłać ich na prześwietlenie.

Co ma zrobić lekarz, kiedy pacjent domaga się prześwietlenia, nawet gdy badanie zgodne z zasadami ottawskimi wskazuje, że nie będzie to konieczne? Odpowiedź wydaje się oczywista: należy porozmawiać z pacjentem. Jeśli lekarz wyjaśni, na czym polega badanie wedle zasad ottawskich, wspomni, ile czasu i pieniędzy pochłonie prześwietlenie, i zapewni pacjenta, że wykonane właśnie badanie daje niemal stuprocentowo pewne wyniki, problem powinien zostać rozwiązany. Poza tym z niewielkimi wyjątkami zdjęcie rentgenowskie dostarcza niewiele informacji oprócz obrazu złamań kości. Nie widać na nim uszkodzonych więzadeł, ścięgien i miękkich tkanek. Co więcej, inne badania wykazały, że zadowolenie z opieki medycznej u pacjentów z urazami stawu skokowego wcale nie wynika z tego, czy wykonano u nich prześwietlenie. Ich satysfakcja wiąże się raczej z empatią, zaangażowaniem i umiejętnościami komunikacyjnymi lekarza. Powszechnie wiadomo na przykład, że jeśli lekarz, rozmawiając z pacjentem, siedzi w fotelu, a nie stoi przez cały czas konsultacji - nawet jeśli porównać wizyty trwające tyle samo - pacjenci znacznie częściej odnoszą wrażenie, że lekarz okazał troskę, współczucie i poświęcił im swój czas.

Mimo upowszechnienia się zasad ottawskich, lekarze nadal wypisują tyle samo skierowań na prześwietlenia. Wiąże się to z kilkoma kwestiami. Na decyzję o wysłaniu pacjenta na prześwietlenie wpływa niewątpliwie presja czasu. Opisanie i wyjaśnienie zakresu użyteczności rentgena pochłania czas lekarza. Natomiast kiedy pacjent musi sam przejść na oddział radiologii (gdzie po oczekiwaniu prześwietlenie wykonuje technik radiolog), to upływający czas należy do samego pacjenta, technika i aparatu rentgenowskiego. Podejmując taką decyzję, lekceważy się to, ile czasu zajmują wszystkie prześwietlenia w danej jednostce i ile łącznie kosztują. Nie bierze się też pod uwagę tego, że zlecenie niepotrzebnych prześwietleń wydłuża czas oczekiwania innych pacjentów i lekarzy. Ale ostatecznie decyzja ta należy do lekarza i dzięki niej można wydrzeć dla siebie kilka cennych minut w i tak wypełnionym po brzegi planie dnia.

Decyzja o skierowaniu pacjenta na prześwietlenie spowodowana jest również często tym, że zarówno pacjenci, jak lekarze mają nadmierne zaufanie do badań obrazowych i badań krwi. Przerzucają w ten sposób odpowiedzialność na technologię. Ale to jeden z podstawowych błędów. W porównaniu i niemal stuprocentowo pewną diagnozą postawioną na podstawie badania według

zasad ottawskich, prześwietlenie rentgenowskie wydaje się bardzo subiektywne, a jego wyniki znacznie mniej godne zaufania.

Powszechność, z jaką lekarze kierują pacjentów na prześwietlenia wbrew cichemu przekonaniu, że nie jest ono konieczne, każe się zastanawiać nad tym, jak często zawodzi komunikacja w innych dziedzinach medycyny. Próbując odpowiedzieć na to pytanie, grupa badaczy z Kalifornii wymyśliła sprytne badanie. Przez kilka miesięcy wysyłali aktorkę grającą pacjentkę do gabinetów trzydziestu dziewięciu różnych lekarzy. Aktorka mówiła każdemu z nich, że odczuwa ogromne zmęczenie (ale nie miała żadnych innych objawów), zaś jej bliska przyjaciółka cierpi na stwardnienie rozsiane, co spowodowało, że zaczęła się martwić, czy i ona nie zapadła na tę chorobę. Aktorka domagała się wykonania u niej bardzo kosztownego i w tym wypadku zupełnie niepotrzebnego rezonansu magnetycznego mózgu. (Skierowanie pacjenta na rezonans magnetyczny w tej sytuacji to niewłaściwa decyzja z wielu powodów, z których najprostszy jest taki, że ogólne zmęczenie niepowiązane z innymi symptomami nigdy nie wskazuje na stwardnienie rozsiane). Jeśli lekarz odmówił skierowania na rezonans magnetyczny, aktorka-pacjentka domagała się skierowania do neurologa, co było kolejnym kosztownym i zupełnie niepotrzebnym posunięciem.

Jak odpowiadali lekarze? Niemal jedna trzecia zgodziła się wypisać skierowanie na rezonans magnetyczny albo obiecała, że zrobi to po którejś z kolejnych wizyt. Niemal połowa lekarzy, którzy zdecydowanie odmówili skierowania na rezonans, ustąpiła później, wysyłając pacjentkę do neurologa. Zatem większość, zamiast poświęcić trochę więcej czasu na rozmowę, skapitulowała w obliczu pozbawionych jakichkolwiek medycznych podstaw żądań pacjentki domagającej się kosztownych i niepotrzebnych badań oraz skierowań.

Falszywa pacjentka wyrażała duże zaniepokojenie i obawy o to, że zachorowała na stwardnienie rozsiane. Ale tą chorobą nie można się zarazić (a więc nie mogła złapać jej od przyjaciółki) i właściwie nigdy nie objawia się ona tylko i wyłącznie zmęczeniem. Wyjaśnienie tego i upewnienie pacjentki nie powinno więc być trudne. Autorzy badania prześledzili, jak często lekarze próbowali upewnić pacjentkę, że nie jest chora. Oczywiście z reguły nie próbowali. A jeśli już, aktorka (wedle scenariusza) miała dać się łatwo przekonać, że badania i dalsze skierowanie nie są konieczne. Ale większość lekarzy nie dotarła do tego miejsca w scenariuszu.

I jeszcze jedna uwaga do badania z udziałem aktorki-pacjentki: czterech lekarzy (czyli około 10 procent) zdecydowało się na autorskie podejście do jej obaw związanych ze stwardnieniem rozsianym i prośbą o rezonans magnetyczny. Jeden powiedział jej, że „zachowuje się nieracjonalnie”, drugi nazwał ją „paranoiczką”, trzeci powiedział, że jest „niezrównoważona psychicznie”, a czwarty zupełnie zignorował jej prośbę.

Presja czasu, nadmierne zaufanie pokładane w technologii, niedomogi systemu opieki medycznej, zła komunikacja i żądania pacjentów (niejednokrotnie niechętnie nastawionych do negocjacji i źle poinformowanych) - według badań wszystkie te czynniki mają niebagatelne znaczenie. A każdy z tych podstawowych problemów z reguły tylko narasta. Zła komunikacja powoduje złą komunikację, spirala ta prowadzi do punktu, w którym medycyna zaczyna odchodzić od bezpośredniego kontaktu, kierując się w stronę technologii. I przyczynili się do tego zarówno lekarze, jak i pacjenci. Obie grupy dążą do poczucia bezpieczeństwa oraz pewności rezultatów naukowych metod, takich jak badania krwi, prześwietlenia i lekarstwa.

Do dodatkowej pracy i kosztów, które stanowią wynik wiernopoddańczego zapatrzania w pomniki nauki, dochodzi jeszcze jeden, znacznie większy koszt - naruszenie zasad sztuki lekarskiej. Instytucje kształcące lekarzy już od prawie stu lat odnotowują fakt, że medycyna przestaje być sztuką. Autorzy programów nauczania i osoby odpowiedzialne za kształcenie lekarzy opisują modelowego lekarza jako osobę „ciekawą”, „współczującą” i „moralną”. A jednak proces kształcenia lekarzy wcale nie rozwija tych cech. I nigdy nie rozwijał. Ale jak lekarz ma nauczyć się szczerze porozumiewać i współodczuwać z innymi, skoro sam ledwo może zrozumieć siebie?

Cały nasz rok siedział w sali wykładowej w wyjątkowym skupieniu. Na ekranie przed nami wyświetlano film pokazujący kobietę poddawaną szczegółowemu ginekologicznemu badaniu piersi i miednicy. Jednak, co dziwne, kobieta patrzyła prosto do kamery i mówiła w trakcie badania. Była "zawodową pacjentką" i oprócz tego, że regularnie nieszczęśliwi studenci na naszej uczelni musieli pokazywać coś na jej ciele, grała również główną rolę w tym poglądowym filmie. Naprawdę poglądowym. I dziwnym.

Po skończonym seansie staliśmy w korytarzu przed salą wykładową. Tu i tam słychać było nerwowe śmiechy i szmer pełnych zdumienia głosów. Studentki wyrażały swoje zdziwienie: "Jak ona tak może?"

Studenci podzielili się na dwie grupy - jedni zachowywali milczenie, drudzy wręcz przeciwnie. Na naszym roku było kilka osób nazywanych „cudownymi dziećmi”. Ci studenci uczyli się w ramach specjalnego programu, składającego się z dwuletnich studiów przed-magisterskich, po których natychmiast zaczynano studia na akademii medycznej. Wielu z nich zaczęło edukację medyczną w wieku dziewiętnastu lub dwudziestu lat i właśnie jeden z tych studentów, młody chłopak, z kwaśną miną, zniesmaczonym tonem powiedział:

-W ogóle mnie to nie podnieciło!

W korytarzu zapanowała cisza, a jedna z najstarszych studentek na roku zmierzyła go lodowatym spojrzeniem. Po kilku sekundach uporczywego wpatrywania się w niego podeszła i powiedziała z obrzydzeniem:

-Bo widzisz, mały geniuszu, wcale nie miało cię podniecać. Rozumiesz?

Zrozumiał. Wszyscy zrozumieliśmy.

Co nieporadny student medycyny ma wspólnego z lekarzem, który nie potrafi rozmawiać z ludźmi? Obaj stanowią część tej samej przestarzałej instytucji medycznej. Aby móc się dobrze porozumiewać, trzeba najpierw dobrze się czuć. Niestety, w Domu Medycyny nikogo nie uczy się tego, jak zapewnić sobie i innym poczucie komfortu i bezpieczeństwa, które biorą się z gruntownego zrozumienia kontekstu zawodowego i zawodowej komunikacji. W rezultacie lekarze muszą głęboko skrywać to, że rzadko czują się komfortowo.

Opisana wyżej scena w korytarzu to najlepsze świadectwo braku komfortu psychicznego. Choć wiele osób łatwo wchodzi w role zawodowe, równie wielu przychodzi to z trudem. W czasie mojej edukacji medycznej nikt nie mówił nam, jak w kontekście wykonywanego przez nas zawodu należy traktować i interpretować społeczne standardy, wedle których żyliśmy przez cały czas. Nikt nie rozmawiał z nami o społecznych i seksualnych konotacjach tego filmu, nikt nie przygotował dla nas nawet jakiegoś krótkiego wprowadzenia. Nikt nie powiedział nam, co możemy odczuwać albo zobaczyć i co być może najważniejsze, nikt nie poinstruował nas, w jaki sposób w ciągu kilku sekund odłożyć na bok gromadzone przez całe życie doświadczenie w międzyludzkich i społecznych interakcjach, żeby móc działać jak profesjonalista. Nikt nie nauczył nas, jak mamy odrzucić nasze codzienne, społeczne „ja” i wejść w rolę lekarza.

Niełatwo wchodzi się w tę rolę. To skomplikowany proces, wymagający skupienia i szczególnych umiejętności. Kiedy studiowałem medycynę, nikt nie mówił mi, że nie należy otwarcie gapić się na pacjenta z przerażająco wyglądającą raną albo jak zachować spokój i cierpliwie słuchać pacjenta, który bardzo się jąka. albo jak radzić sobie z fizycznym pożądaniem, które może pojawić się w czasie badania (po obu stronach). Być może trudno to wyjaśnić laikom, którzy z oczywistych powodów woleliby postrzegać lekarzy jako osoby zdolne do powściągnięcia takich ludzkich reakcji, jak gniew, strach czy pociąg seksualny. Ucząc studentów, często posługiwałem się porównaniem z kasjerem pracującym w banku. Przez kilka pierwszych godzin, a może dni, ogromne kwoty w gotówce, jakimi operuje, mogą wydać mu się niebezpiecznie kuszące i stanowić prawdziwy sprawdzian umiejętności panowania nad sobą. Być może kasjer pragnie pieniędzy albo próbuje wymyślić jakiś sposób, aby je sobie przywłaszczyć. Ale bardzo szybko (a niekiedy już od samego początku) instynkt zawodowy i rutyna biorą górę i z łatwością przychodzi mu zapanowanie

nad sobą. Operowanie pieniędzmi staje się częścią codziennego życia. Choć czasem kasjerzy mogą chcieć lub potrzebować pieniędzy, to bardzo szybko przyjmują do wiadomości, że pożądamy pieniędzy, ale nie tych pieniędzy.

Takie wyjaśnienie przemawia do niektórych, a do innych nie. Jeszcze inni zaś mają tak doskonały instynkt zawodowy, że nie potrzebują takich wyjaśnień. Owe trudne problemy dodatkowo mogą pogłębiać takie czynniki, jak obowiązujące tabu, przesady i zwykłe restrykcje społeczne. Aby nauczyć przyszłych lekarzy, jak radzić sobie z tymi problemami, należałoby je podjąć otwarcie. Zamiast tego system edukacji medycznej zupełnie je pomija.

Rzucający pewne światło na ten problem artykuł w „The New England Journal of Medicine” z 2005 roku bardzo jednoznacznie wskazywał na dojmujący brak w obecnej praktyce medycznej: nie istnieją spójne zawodowe standardy podpowiadające, jak zachować powściągliwość i dyskrecję w czasie badania pacjentów. Na przykład czy w czasie badań potencjalnie intymnych części ciała powinna być obecna przyzwoitka tej samej płci? I jakich części ciała to dotyczy? Okolic pasa, pachwin, pośladków? Na te pytania medycyna nie odpowiedziała, dlatego tego typu standardów nie wypracowano. Nie ma żadnego spójnego sposobu działania, nie ma zatwierdzonych i stosowanych powszechnie wskazań, nie ma kodeksu etycznego i zaakceptowanych przez wszystkich konwencji. Nikogo nie powinno więc dziwić, że studentom medycyny nie przekazuje się spójnej wiedzy na te tematy. Jak w wypadku większości nieuporządkowanych obszarów na polu medycyny, kształcenie lekarzy pozostawia tyle samo do życzenia, co praktyka medyczna.

Nieporozumienia na tle społecznym i kulturowym mogą prowadzić do trudnych i niezręcznych sytuacji, ale czasem mogą okazać się niebezpieczne. Prośba o obnażenie części ciała leżącej poniżej pasa w celu badania lekarskiego kryje w sobie poważne wyzwanie dla komunikacji między lekarzem i pacjentem. A ten problem będzie narastał, bo Ameryka to kraj coraz bardziej zróżnicowany kulturowo i etnicznie. Ograniczenia komunikacyjne stanowią przeszkodę w procesie leczenia, co czasem może zagrażać życiu pacjentów.

Kim, trzydziestosześcioletnia Chinka, stała w windzie, kiedy nagle zgięła się wpół pod wpływem ostrego bólu w jamie brzusznej. Jej mąż natychmiast wezwał ambulans i bezradnie patrzył. Jak jego żona traci przytomność. Paramedycy zastali ją półprzytomną, z ciśnieniem 60/20. Lekkie dotknięcie brzucha sprawiło jej ogromny ból.

Kiedy przywieziono ją do naszego ambulatorium, miała bardzo niskie ciśnienie, jej serce biło z ogromną prędkością i choć nieco oprzytomniała, nadal nie wiedziała, co się wokół niej dzieje. Od jej męża dowiedzieliśmy się, że dziesięć tygodni wcześniej poddano ją zapłodnieniu in vitro. W czasie tej procedury zachodzi spore ryzyko wystąpienia ciąży pozamacicznej, kiedy zapłodniona komórka jajowa przez przypadek osadzi się gdzie indziej niż w macicy. Często komórka jajowa przemieszcza się do jajowodów i jeśli nie zostanie to szybko zdiagnozowane, taka ciąża może doprowadzić do pęknięcia jajowodu. Wywołuje krwotok i wymaga natychmiastowej operacji, w przeciwnym razie pacjentka może bardzo szybko wykrwawić się na śmierć.

Aby stwierdzić, czy nie doszło do wewnętrznego krwotoku, wykonaliśmy szybko USG, które pokazało, że w jamie brzusznej zbiera się krew. Natychmiastowe badanie krwi wykazało również, że zmniejsza się ilość czerwonych krwinek. Kim miała wszystkie klasyczne symptomy przerwanej ciąży pozamacicznej.

Mimo bardzo poważnego stanu zachowała stoicką postawę, którą lekarze dobrze znają i kojarzą z określonym kręgiem kulturowym. Powszechnie twierdzi się, że o ile osoby z niektórych kręgów kulturowych bardzo ekspresyjnie wyrażają swoje cierpienie i ból, o tyle Chińczycy są znacznie bardziej powściągliwi. Widać było, że Kim cierpi, ale nie skarżyła się na ból, choć przyznawała się do niego, kiedy ją o to pytaliśmy. Nie prosiła o nic, chciała tylko, by mógł jej towarzyszyć mąż, który był nam wyraźnie wdzięczny za opiekę nad żoną, gdy siedział przy jej boku i trzymał ją za rękę.

Kiedy zespół ginekologiczny badał Kim w kilka minut po jej przybyciu, jej ciśnienie wróciło do normy

dzięki podanej kroplówce. Z powodu normalnego ciśnienia zdecydowano się poczekać na wyniki dalszych badań przed podjęciem decyzji o następnym kroku. Razem z innymi lekarzami z ambulatorium zalecaliśmy natychmiastową operację. Długo starałem się przekonać prowadzącego Kim ginekologa, wskazując na dowód w postaci wewnętrznego krwotoku. Niestety bez skutku. Ginekolog twierdził, że to „prawdopodobnie tylko cysta”, a nie przerwana ciąża pozamaciczna. Nieodwołalnie zdecydował, aby robić dalsze badania.

Kiedy trzecie z kolei badanie potwierdziło coraz bardziej intensywny krwotok wewnętrzny i wstrząs, Kim przewieziono na salę operacyjną. Tam okazało się, że z powodu ciąży pozamacicznej doszło do rozerwania jajowodu - dopiero w dwanaście godzin po przyjęciu jej do ambulatorium.

Na szczęście poza dłuższym pobytem w szpitalu i kilkoma transfuzjami krwi Kim nie odczuła jakichś poważniejszych konsekwencji z powodu dwunastogodzinnej zwłoki. Niecały tydzień później wyszła ze szpitala. Miała szczęście, że przeżyła. Ale dlaczego tak długo zwlekano z rozpoczęciem operacji? Z perspektywy czasu nawet ginekolodzy byli zdziwieni. Jak przyznał jeden z nich, gdyby w czasie egzaminu z ginekologii pytanie dotyczyło tego, co zrobić z pacjentką taką jak Kim, nawet student medycyny wiedziałby, że należy natychmiast przewieźć ją na salę operacyjną. Kiedy zapytałem kilku ginekologów, praktykantów i konsultujących ten przypadek lekarzy, co spowodowało opóźnienie operacji, wciąż powracał ten sam komentarz:

- Nie wyglądała na kogoś, kto bardzo cierpi.

W czasie studiów czytaliśmy artykuły, książki i opowiadania na temat odmiennych i indywidualnych reakcji na chorobę, a potem braliśmy udział w grupowych dyskusjach. Rozmawialiśmy o odmiennych kulturowo „modelach chorowania”, a także różnych sposobach wyrażania i rozumienia bólu. Analizowaliśmy uwarunkowania kulturowe, wyjaśniające, dlaczego jedni przychodzą do lekarza dopiero trzy dni po tym, jak źle się poczuli, a inni już po kilku minutach. Zauważyliśmy też, że ludzie pochodzący z kultur azjatyckich nieco inaczej niż inni wyrażają ból. Rozmawialiśmy o tych kwestiach tak długo i intensywnie, że niektórzy studenci mieli ich po jakimś czasie serdecznie dość. Droga z akademii medycznej do gabinetu lekarskiego jest długa i wyboista, ale nie przypominam sobie, aby w trakcie odbywania praktyk lekarskich ktoś choć słowem napomknął o tym, co eksperci w dziedzinie kształcenia medycznego nazywają „kompetencją kulturową”.

Na dowód tego wystarczy poszukać wśród książek poświęconych biologii i medycynie prac na temat problematyki różnic kulturowych, przeznaczonych dla studentów medycyny. Istnieje ich ledwo kilka. Obszerny artykuł w „The New England Journal of Medicine” z 2004 roku omawiał wagę kompetencji kulturowej w kształceniu lekarzy, ale nie zawierał ani jednego odnośnika do jakiejś pracy na ten temat. W konkluzji napisano, że „lekarze dopiero uczą się, jak ważna jest kompetencja kulturowa”. Rok później to samo czasopismo opublikowało kolejny obszerny artykuł podkreślający wagę tematu, ale ostro krytykujący tych, którzy obecnie uczą przyszłych lekarzy kompetencji kulturowej, za to, że nie zorientowali się od razu, w jak ogromnym stopniu i z jaką siłą nauka biomedyczna wpływa na ich sposób postrzegania chorych i podejście do nich. Autor określił dzisiejsze sposoby nauczania jako „stare wino w nowych butelkach” i uznał konieczność porozumienia między kulturami za „jeden z najważniejszych problemów, przed jakimi stoją uczelnie medyczne”.

Zła komunikacja powoduje, że wszyscy mają poczucie klęski. Niezadowolenie z wykonywanego zawodu jest wśród lekarzy większe niż kiedykolwiek, a towarzyszy mu spadek zadowolenia wśród pacjentów. Najlepszym tego dowodem jest zwiększenie liczby procesów spowodowanych błędami w sztuce lekarskiej: sprawy sądowe wytaczają niemal wyłącznie ci, którzy są niezadowoleni, a zadowala ludzi przede wszystkim dobra komunikacja. Nawet jeśli w grę wchodzi takie krańcowe sytuacje, jak śmierć czy trwałe kalectwo, jakość komunikacji pozostaje najważniejszym czynnikiem wpływającym na przebieg tych procesów sądowych. Kiedy zdarzają się błędy w sztuce lekarskiej, szczerze poinformowanie o tym pacjenta i rodziny - włącznie z pełną otwartością i wzięciem na siebie winy - to najbardziej efektywna strategia pozwą łająca zredukować liczbę pozwów. Dzięki

niej do sądów wpływa mniej pozwów, a przyznawane odszkodowania także są niższe. Sprawy sądowe wytaczane są najczęściej z powodu złej komunikacji, a błędy lekarskie wpływają negatywnie na komunikację. Błędy te w miniaturze odzwierciedlają zresztą niedomagania całego systemu opieki medycznej, ale pozwalają także myśleć o potencjalnych rozwiązaniach: skoro problemem jest zła komunikacja, w takim razie zapobiegać mu i rozwiązywać go może dobra komunikacja.

Hipokrates potrafił się komunikować. W czasie rozmów z pacjentami wolał słuchać, niż mówić, żeby w pełni dowiedzieć się i zrozumieć, jakie są ich potrzeby, oczekiwania i środowisko, z którego się wywodzą. Nauka i wiedza techniczna stały ówczesnie na takim poziomie, że komunikacja była jedynym wartościowym narzędziem. W naszym systemie odsunęliśmy ją na bok jako banalny element wiedzy medycznej i wyeliminowaliśmy z programów nauczania lekarzy, uznając, że nie ma większego znaczenia w obliczu siły i autorytetu medycyny jako nauki. Choć ten brak dojmująco odczuwa większość pacjentów, to, paradoksalnie, mówi o nim niewielu lekarzy. Nie zdajemy sobie sprawy z wagi komunikacji, nie doceniamy jej znaczenia w procesie leczenia, nie uczymy jej ani do niej nie zachęcamy.

LUBIMY ROBIĆ BADANIA

Z lekkim przerażeniem zacząłem moje pierwsze dyżury w szpitalu, wiedząc, że ma nade mną czuwać Jon. Jon właśnie kończył studia. Był rok wyżej ode mnie i miał trochę więcej lat niż przeciętny student. Był typem numer trzy.

Przez pierwsze dwa lata, kiedy nauka medycyny przebiega głównie w sali wykładowej, studenci dzielą się na trzy typy. Typ pierwszy zajmuje zawsze pierwsze rzędy, robi dokładne notatki i zadaje precyzyjne pytania. To bardzo ambitni studenci. Prawie zawsze spędzają popołudnia i wieczory w bibliotece.

Drugi rodzaj to osoby nieco bardziej na luzie. Zasiadają w dalszych rzędach, najczęściej w małych grupach, wśród przyjaciół. Nauka to dla nich w równym stopniu zdobywanie wiedzy, jak doświadczenie towarzyskie. Popołudnia spędzają, czytając w grupach, często w parkach lub w swoich mieszkaniach. Pierwszy i drugi typ znają się nawzajem bardzo dobrze. Bywa, że spędzają razem czas. Nawet jeśli nie rozumieją się perfekcyjnie, to na pewno darzą się szacunkiem.

Trzeci typ różni się znacznie od dwóch pierwszych i występuje o wiele rzadziej. Ci studenci traktują akademię medyczną jak kurs korespondencyjny. Nikt ich nie rozumie. Widuje się ich rzadko. Jak twierdzą, wolą sami czytać podstawowe materiały. Przychodzą tylko na obowiązkowe zajęcia, na przykład na ćwiczenia w małych grupach. I nawet wtedy widuje się ich tylko przez chwilę, bo właściwie zjawiają się tylko po to, żeby podpisać listę obecności.

O Jonie słyszałem już wcześniej, bo o studentach trzeciego typu rozmawiało się na każdym roku. Miał on jako mój doradca rzekomo ułatwić mi przejście z sali wykładowej do szpitala. Miałem nadzieję, że przynajmniej w tym drugim miejscu bywał częściej.

Przez pierwszy tydzień postępowałem zgodnie ze wskazówkami mojego podręcznika: wstawałem o czwartej nad ranem i biegałem od jednej sali do drugiej, żeby jeszcze przed obchodem zobaczyć się z powierzonymi mojej opiece pacjentami. Badalem chorych, zapisywałem notatki w kartotekach i starałem się zapamiętać wyniki badań krwi, żeby przedstawić kolegom w czasie rannego obchodu raport o postępach leczenia. Spędziłem wiele godzin, stojąc z rękami założonymi z tyłu, ubrany w krótki kitel, czekając na lekarza dyżurnego, który prowadził obchód. Popołudniami zazwyczaj analizowałem wyniki badań, które przyszły później, sprawdzałem zdjęcia rentgenowskie i wyniki tomografii komputerowej i przepisywałem je do kartotek pacjentów. Wieczorami czytałem na temat chorób moich pacjentów. W tym okresie i przez kolejne tygodnie Jon rzadko się do mnie odzywał, choć na każde moje pytanie odpowiadał rzeczowo i kompetentnie. Kiedy w czasie obchodu recytowałem moje nienaganne raporty o stanie pacjentów w obecności całego zespołu, wydawał się nieco ubawiony, ale zawsze kiwał głową na znak akceptacji.

Po kilku tygodniach te rutynowe działania weszły mi w krew, ale wiedziałem, że powinienem robić coś jeszcze. Nie wiedziałem tylko co. Zespół zdawał się zadowolony z moich porannych

raportów i nigdy nie słyszałem krytycznych komentarzy na temat mojej pracy. Opinie, jakie mi wystawiono, były nienaganne. Ale spędzałem naprawdę mało czasu z pacjentami. Niewiele dowiedziałem się na temat tego, jak badać pacjentów i jak z nimi rozmawiać albo jak diagnozować i leczyć choroby w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Oczekiwałem, że ktoś powie mi, czego jeszcze nie wiem.

Któregoś dnia w czwartym tygodniu moich praktyk po bardzo długim porannym obchodzie stałem, zastanawiając się, czego jeszcze nie wiem. Zaczynało mnie to frustrować i chyba było to po mnie widać. Jon nachylił się do mnie i powiedział łagodnie:

-Tak będą wyglądać następne dwa lata, stary. Zaczynj się przyzwyczajać.

Na to czekałem.

-Jak będą wyglądać? Co masz na myśli? - zapytałem.

-Właśnie to - skinął głową w kierunku grupy.

Rozejrzałem się i zobaczyłem lekarza dyżurnego, jednego z kolegów, trzech innych lekarzy, dwóch praktykantów i trzech studentów medycyny. Wszyscy robili mniej więcej to samo co ja. Kołysali się na piętach, zapisywali coś w notatnikach albo kartotekach, wpisywali coś do komputera. Rozmawiali z sobą i rozglądali się. Jon, który potem został znanym lekarzem rodzinnym, opiekującym się wielką grupę uwielbiających go pacjentów, spojrzał na mnie i milczał przez chwilę.

Powoli zaczęło do mnie docierać, co mi chciał powiedzieć.

-Co to właściwie jest?

-To jest medycyna, stary - pokiwał głową Jon.

Aby zdać sobie sprawę, dlaczego lekarze mają tak złą reputację jako osoby niewrażliwe na cierpienie innych i niezdolne do słuchania ze współczuciem - szczególnie kiedy opiekują się innymi ludźmi - wystarczy przyjrzeć się, jak wygląda przeciętny dzień lekarza w typowym szpitalu. Cały dzień wypełnia krzątanie, zapisywanie i przeglądanie danych liczbowych, wypisywanie skierowań, analizowanie zdjęć rentgenowskich i ustalanie odpowiednich dawek leków. Kontaktom z pacjentami poświęca się minimalną ilość czasu, a czas, który mógłby być na to poświęcony, przeznaczają na inne sprawy.

Ten model unikania kontaktu z pacjentem to integralna część całego systemu współczesnej medycyny, który niewątpliwie przyczynił się, przynajmniej częściowo, do znacznego wydłużenia średniej długości życia i poprawy jego jakości. Ale także sprawił, że pacjenci są coraz mniej zadowoleni, bo czują coraz większy dystans wobec lekarzy. Dlatego jednym z największych sekretów współczesnego systemu opieki medycznej jest to, że nikt się nikim nie opiekuje. W szpitalach, gdzie stworzono ten współczesny paradygmat i gdzie kształcą się przyszłych lekarzy, tylko niewielką część dnia poświęca się na spotkania z pacjentami, badanie fizykalne i rozmowę. Już na samym początku edukacji lekarze dowiadują się, że dane liczbowe, badania laboratoryjne i prześwietlenia są znacznie ważniejsze. Czas poświęcony na myślenie o tych sprawach, analizowanie i zbieranie danych to w Domu Medycyny czas, który uznaje się za niezmarnowany. Ten, kto dobrze go wykorzystuje, jest szanowany i nagradzany. Nikogo nie zachęca się, aby wkładał wysiłek w to, co przynosi satysfakcję pacjentom (komunikację, kontakt, interakcję), bo i tak czasu jest niewiele na rzekomo o wiele ważniejsze sprawy, takie jak gromadzenie danych liczbowych, wypełnianie kartotek, wykonywanie badań i prześwietleń.

Przez ostatnie dwie czy trzy dekady wzrastało także niezadowolenie lekarzy. Badania pokazują, że coraz mniej lekarzy odczuwa satysfakcję z wykonywanej pracy, a coraz więcej z nich odradza młodym ludziom wybór tego zawodu. Ma to ogromne znaczenie. Badania pokazują bowiem również, że niezadowolenie lekarzy idzie w parze z niezadowoleniem wśród pacjentów. W ankietach analizujących powody tego braku zadowolenia jako najważniejszy lub jeden z najważniejszych powodów wymienia się niedostateczną ilość czasu spędzanego z pacjentem. Wiemy o tym, martwi nas to, ale i tak postępujemy po staremu.

Może wydać się dziwne, że lekarze chcą spędzać więcej czasu z pacjentami, ale tego nie robią. Nowa polityka redukcji kosztów opieki medycznej, nadmiar pacjentów i stale obniżające się państwowe dotacje doprowadziły do tego, że bezpośredni kontakt z pacjentem ograniczono w ostatnich dwudziestu latach do absolutnego minimum. Lekarze tak często w kręgach medycznych narzekają na brak czasu dla pacjentów, że problem ten właściwie traktuje się jak zło konieczne. Ale wyniki ostatniego szeroko zakrojonego badania przeciętnego czasu trwania wizyty u lekarza w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wprawiły w zdumienie wszystkich, zarówno lekarzy, jak i osoby niezwiązane z zawodem lekarskim. W ciągu tych dwóch dekad czas poświęcony na wizytę pacjenta znacznie się skrócił.

Pacjenci życzyliby sobie spędzać więcej czasu z lekarzami, lekarze twierdzą, że chcą poświęcać pacjentom więcej czasu, przeciętny czas, jaki spędzają razem, wciąż się skraca, a satysfakcja obu grup maleje. Coś jest nie w porządku i bynajmniej nie chodzi o to, że czas zaczął płynąć szybciej.

Alice obudziła się w łóżku szpitalnym o 1.53 nad ranem. Miała zawroty głowy. Powoli odzyskiwała orientację. Po prawej stronie zobaczyła białą zasłonkę oddzielającą ją od sąsiedniego, pustego łóżka. Po lewej stronie znajdował się stojak, podobny do wieszaka na płaszcze, tylko że zawieszono na nim torebkę z kroplówką, która teraz w połowie pusta kołysała się powoli na haku. Alice z trudem podniosła się do pozycji siedzącej i poczuła silniejsze zawroty głowy.

Mającą pięćdziesiąt pięć lat Alice uważała się za zdrową osobę. Ale w ciągu ostatniego tygodnia zauważyła krew w ubikacji. Dwa dni wcześniej widziała się z doktorem Goldingiem, który przez lata był jej lekarzem pierwszego kontaktu, ale miał również specjalizację z gastrologii. Badanie w jego gabinecie było nieco pobieżne - ledwo ją dotknął, błyskawicznie orzekając, że to hemoroidy. Poczła ulgę, bo jak powiedział lekarz, to „nic groźnego”.

Wypełniała zalecenia lekarskie co do joty i brała gorące kąpiele. Ale wczoraj nagle ku swojemu zdumieniu zobaczyła na ubraniu i krzesle sporą plamę krwi. Nie czuła bólu. Kiedy pojawiła się w ambulatorium miała zawroty głowy, nie mogła złapać oddechu i wydawała się zażenowana. Okazało się, że ma bardzo przyspieszony puls, a ilość czerwonych ciałek krwi spada u niej w zastraszającym tempie. Powiedziano jej, że natychmiast trzeba przetoczyć jej krew i wykonać dalsze badania. Doktor Golding miał następnego dnia zrobić jej kolonoskopię. Być może przyczyną krwawienia nie były jednak hemoroidy.

O 1.55, dwie minuty po tym, jak obudziły ją zawroty głowy, Alice wstała z łóżka i poszła do łazienki, podpierając się na stojaku do kroplówki. O 1.56 pielęgniarka zaczęła wołać o pomoc, kiedy znalazła Alice w łazience, półprzytomną, w kałuży krwi rozciągającej się od ściany do ściany. Mice pamięta tylko widok krwi, krzyki i to, że pogodziła się już ze śmiercią.

O 1.57 za pomocą pagera wezwano lekarza dyżurnego. Pielęgniarki położyły Alice z powrotem do łóżka, szybko wykonały transfuzję i przez kolejne dwie godziny sprawdzały co pięć minut parametry życiowe u pacjentki. Jej serce kołatało z zawrotną prędkością, a ciśnienie cały czas było niskie. O 2.13 pielęgniarka napisała w karcie Alice: „Lekarz powiadomiony ponownie, brak odpowiedzi”. Alice powoli wracała do siebie i nabierała życia. Lekarz nadal się nie pojawiał.

Następny wpis w karcie Alice z godziny 4.18 wykonał już lekarz: „Pielęgniarki poinformowały o epizodzie krwawienia. Funkcje życiowe w normie, pacjentka stabilna. Zostaną przeprowadzone ponownie morfologia krwi, EKG, próba zgodności krwi, prześwietlenie klatki piersiowej, monitorowanie funkcji życiowych. Rano u pacjentki zostanie wykonana kolonoskopia”.

Kilka godzin później doktor Golding wykonał kolonoskopię, ale nie miał czasu, żeby później porozmawiać z pacjentką. Alice została na kolejną noc w szpitalu, a następnego dnia w czasie rannego obchodu doktor Golding poświęcił jej pięć minut. Poinformował ją, że kolonoskopia wykazała hemoroidy, tak jak przewidywał. Ale oprócz tego wykazała chorobę uchyłkową jelit. Powoduje ona pojawianie się kieszonek w ścianie jelita grubego, które często krwawią. Jeden z uchyłków otoczony był krwią, ale ponieważ krwawienie ustąpiło, lekarz orzekł, że nie ma potrzeby, by podejmować jakieś działania. Funkcje życiowe Alice wracały już do normy, a kolonoskopia nie wykazała żadnych innych niepokojących zmian, takich jak choćby nowotwór. Wynik prześwietlenia

klatki piersiowej również był w normie, puls stopniowo spadał, EKG nie budziło większych wątpliwości, a poziom czerwonych ciałek krwi wzrastał. Niestety lekarz nie miał czasu, żeby odpowiedzieć na jej pytania. Dodał tylko, że jeśli wyniki wszystkich badań będą dobre, następnego dnia Alice zostanie wypisana ze szpitala.

Alice spędziła kolejną noc w szpitalu. Po raz ósmy w ciągu trzech dni pobrano jej krew. Nie wiedziała, czy problemem są hemoroidy, czy choroba uchyłkowa jelit, nie wiedziała, czy będzie jeszcze krwawić, czy nie. Nie wiedziała, jak zapobiegać takim wypadkom. I nie wiedziała, czemu wciąż ma zawroty głowy i nie może złapać oddechu. Rano dowiedziała się od pielęgniarki, że poziom czerwonych ciałek wrócił do normy i że może wracać do domu.

Stary przyjaciel Alice poprosił mnie, żebym zajrzał do niej w szpitalu, i udało mi się ją złapać na chwilę przed wyjściem. Alice opowiedziała mi o kilku ostatnich dniach, a ja przejrzałem kartę, gdzie znalazłem suchą relację z jej bliskiego śmierci doświadczenia (z załączonymi wynikami kolonoskopii). Rozmawialiśmy przez dwadzieścia minut. Choć spędziła w szpitalu trzy dni pod opieką eksperta od chorób układu pokarmowego, wciąż była zdezorientowana i wciąż nie wiedziała nic na temat nękającej ją dolegliwości.

Wyjaśniłem, co wykryły badania, i wytłumaczyłem, co to są hemoroidy i choroba uchyłkowa jelit. Odpowiedziałem na wiele jej pytań. Rozmawialiśmy o możliwości nawrotu tych objawów, o tym, jak zadbać o odpowiedni poziom czerwonych ciałek krwi, o znaczeniu i przyczynie zawrotów głowy i płytkiego oddechu, o prawdopodobieństwie poważnego krwawienia i niebezpiecznych objawach, na które powinna zwrócić uwagę. Alice, radosna, ciekawa i rozsądna osoba, była mi bardzo wdzięczna. Było to dla mnie jedno z najmniej wymagających, a najbardziej podnoszących na duchu zadań w ciągu całego dnia. Dlaczego więc jej lekarz nie miał na to czasu?

Lekarze kochają badania, może nawet bardziej niż swoich pacjentów. Tak nas uczono - EKG, rentgen, rezonans magnetyczny, kolonoskopia, tomografia komputerowa, badania krwi, test wysiłkowy, badania bakteriologiczne i wiele innych. Poziom ciałek krwi u Alice okazał się tak niski, że przyjęto ją do szpitala i zrobiono transfuzję. Kiedy miała niemal śmiertelny w skutkach epizod krwawienia, wezwany lekarz nie zbadał jej, nie dotknął nawet ani z nią nie porozmawiał. Zlecił tylko wykonanie kolejnych badań. Kiedy kolonoskopia pozwoliła postawić wiarygodną diagnozę, lekarz uznał swoją misję za zakończoną. A kiedy poziom ciałek krwi się podniósł, szpital pozbył się Alice. Badania okazały się podstawą leczenia pacjentki, podstawą dla diagnozy i miarą sukcesu lekarzy.

W pewnym sensie badania okazały się wiarygodne i użyteczne. Problem stanowiły krwawienia. Badania pozwoliły stwierdzić, że Alice miała krwotok, dowiedzieć się, dlaczego tak się działo, i ocenić, jak poważny jest jej stan. Na podstawie tych badań zdecydowano o konieczności transfuzji i podano pacjentce kroplówkę, co ocaliło jej życie. Ale warto pamiętać, że Alice pojawiła się w szpitalu z trzech powodów: miała zawroty głowy, nie mogła złapać oddechu i krwawiła. Nie wiedziała dlaczego i bała się, że to coś poważnego. Kiedy wychodziła ze szpitala, nadal odczuwała zawroty głowy i nie mogła złapać oddechu, przyczyna jej krwawienia pozostawała nieznana, a krwotoki mogły powrócić, i to w tak samo niebezpiecznej postaci. Choć jej badania miały bardzo jasno określony cel, nikt nie próbował zrozumieć wszystkich powodów, dla których Alice pojawiła się w szpitalu.

Współczesna medycyna w tak ogromnym stopniu polega na badaniach różnego typu, że zaczęły one zastępować leczenie. Alice chciała, by ją leczono, tymczasem poddawano ją badaniom. Ten powszechny problem, polegający na nadmiernej ilości badań i nadmiernym zaufaniu do nich, pogarsza jeszcze jeden, znacznie bardziej podstępny i głębiej skrywany sekret na temat badań: nie rozumiemy ich.

Było leniwe popołudnie w pracowni badań kardiologicznych, a Jeffrey, technik wykonujący test wysiłkowy, weteran wojny w Wietnamie z sarkastycznym poczuciem humoru i wiecznie skwaszoną

miną, wyglądał na jeszcze bardziej znużonego niż ja. Rozebrałem się do podkoszulka i wskoczyłem na bieżnię. Jeffrey podniósł wzrok z gazety. A potem z radosnym uśmiechem podłączył mnie do elektrokardiografu. Pokręcił pokrętlami, przycisnął kilka guzików i rzucił mi wyzwanie:

-Na pewno nie zrobisz piętnastu metów, mięczaku.

MET to skrót oznaczający „ekwiwalent metaboliczny”, wskaźnik opisujący intensywność pracy serca u osoby poddawanej próbie wysiłkowej. Osoba z chorym sercem rzadko osiąga rezultat wyższy niż trzy mety, zdrowi zaś dochodzą do dziesięciu lub więcej. Piętnaście metów to już poważny wysiłek.

-Zobaczmy - powiedziałem i rzuciłem na stół banknot jednodolarowy.

Próbowałem ukryć zdenerwowanie, choć wcale nie spowodował go nasz zakład.

Kiedy mój dziadek zmarł na zawał serca, nie miał nawet sześćdziesięciu lat. Przeraziła mnie ta perspektywa. W ciągu ostatnich tygodni moich niezbyt wymagających obchodów na oddziale Kardiologii próbowałem fortem wydobyć jakieś porady od moich przełożonych, jak ocalić, a przynajmniej przedłużyć życie. Któż inny niż zespół kardiologów w dynamicznie rozwijającym się centrum medycznym miał mi powiedzieć, jak uniknąć losu dziadka? I które badanie określi stan mojego serca dokładniej niż próba wysiłkowa?

Biegając najszybciej, jak potrafię, na bieżni ustawionej pod kątem trzydziestu stopni, osiągnąłem wynik siedemnastu metów, Jeffrey bał się chyba, że straciłem panowanie nad sobą, bo szybko wpisał wynik do maszyny, zwolnił prędkość bieżni do zwykłego chodu, a potem zupełnie ją zatrzymał. Razem z ubraniem i złożonym na pół wynikiem EKG zwrócił mi mojego dolara.

-Gratulacje, spocileś się jak prosię - powiedział, chichocząc, i wrócił do swojej gazety.

Dysząc i sapiąc, próbowałem się uśmiechnąć, póki nie spojrzałem na wydruk. Wcześniej nie widziałem wielu wyników próby wysiłkowej wskazujących niezbitcie na chorobę serca, ale mój nie wyglądał najlepiej. Ubrałem się szybko i wyszedłem z wydrukiem w dłoni.

Zaczepliłem pierwszego kardiologa, którego spotkałem, doktora Feldera. Nie miałem odwagi przyznać się, że to mój wynik, więc powiedziałem, że należy do dwudziestoosmioletniego mężczyzny przysłanego na profilaktyczny wstępny test wysiłkowy. Doktor Felder przyjrzał się uważnie wydrukowi, a jego diagnoza oznaczała dla mnie koniec pracy zawodowej.

-Dlaczego? To młody człowiek. Jest pan pewien?

Doktor Felder pokiwał głową, przesunął palcem po wykresie EKG i wydał ostateczną diagnozę:

-Choroba serca, jasne jak słońce.

Z perspektywy ponad dziesięciu lat mogę powiedzieć, że na szczęście doktor Felder nie miał racji... w pewnym sensie. Poniekąd nie mylił się: mój wynik EKG świadczył o chorobie wieńcowej. Ale zarazem mylił się: nie chorowałem na serce. Taka paradoksalna sytuacja zdarza się aż nader często, a trudno nam ją zrozumieć tylko dlatego, że przyjmujemy z góry wiele założeń na temat badań medycznych. Tymczasem wyniki badań często okazują się błędne.

Wielebny Thomas Bayes, żyjący w osiemnastym wieku w Anglii syn pastora o reformatorskich ambicjach, nie był lekarzem i niewiele wiedział o badaniach medycznych. Ale w 1736 roku ukazał się artykuł naukowy, który zapewnił mu poczesne miejsce w historii statystyki i badań medycznych. W opublikowanym pośmiertnie artykule na temat prawdopodobieństwa warunkowego Bayes matematycznie dowodzi twierdzenia tak podstawowego, że uczymy się go już w szkole podstawowej: żeby zrozumieć znaczenie danego zjawiska, musimy zrozumieć także jego kontekst

W świecie medycyny, a szczególnie na obszarze badań medycznych, twierdzenie Bayesa ma kolosalne znaczenie. Oznacza ono, że wyniki badań odczytywane poza kontekstem nie mają żadnego znaczenia i nie przekazują niepodważalnej prawdy. Żeby wynik badania mógł ujawnić prawdę, należy potraktować go jako nową informację, która logicznie łączy się z posiadanym już zestawem danych. W wypadku mojej próby wysiłkowej nową informacją był wynik EKG tożsamy z wynikami osób z chorobą wieńcową. Posiadane wcześniej informacje, czyli kontekst, były następujące: miałem dwadzieścia osiem lat, brałem udział w maratonach i nie wykazywałem

objawów choroby serca. Nowa informacja rozpatrywana w próżni mogłaby prowadzić do fałszywego wniosku, że choruję na serce. Ale powiązana z posiadanymi informacjami wiodła do znacznie bardziej pewnej konkluzji - mojemu sercu nic nie dolegało.

W myśl tej niezwykle istotnej teorii odpowiedź na moje wątpliwości była znana, jeszcze zanim wszedłem na bieżnię i zrobiłem test. Rzeczywiście, zanim jeszcze badanie zostanie wykonane, można z dużym prawdopodobieństwem oszacować, czy badana osoba na coś choruje. Zanim poddałem się próbie wysiłkowej, mogłem ocenić prawdopodobieństwo wystąpienia u mnie choroby wieńcowej. Prawdopodobieństwo, że dwudziestoosmioletni czynny zawodowo mężczyzna zachoruje na serce, wynosi około jeden na tysiąc, czyli 0,1 procent³². Teoretycznie test wysiłkowy wykonuje się po to, żeby stwierdzić, czy pacjent jest właśnie tym jednym pośród tysiąca. Ale badanie daje często błędne wyniki. Zatem nie świadczą one o tym, że cierpię na jakąś chorobę. Po prostu weryfikują prawdopodobieństwo jej występowania. Jak głęboko sięga ta weryfikacja, zależy w równym stopniu od wiarygodności samego badania, jak kontekstu, czyli osoby poddawanej badaniu. W wypadku mojego testu wysiłkowego oznacza to tyle, że ze względu na bardzo niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia u mnie choroby serca nawet pozytywny wynik próby oznaczał, że prawdopodobieństwo zachorowania wzrosło u mnie z jednego na tysiąc do trzech na tysiąc³³.

Zarówno pacjenci, jak lekarze uparcie nie chcą przyjąć do wiadomości, że każde badanie od czasu do czasu daje fałszywe wyniki, dlatego wyniki badań nie informują nas o obecności choroby. Wskazują one tylko na to, czy po ich wykonaniu zwiększa się, czy zmniejsza prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Próba wysiłkowa to badanie dość wiarygodne, dlatego pozytywny wynik wskazywał na to, że ryzyko wystąpienia u mnie choroby wieńcowej jest trzykrotnie wyższe niż u przeciętnego dwudziestoosmioletka. Ale u osoby, u której ryzyko wystąpienia choroby serca wynosi 0,1 procent, trzykrotne zwiększenie prawdopodobieństwa oznacza tylko tyle, że mam 99,7 procent szans na to, że nie zachoruję na serce. A zatem pozytywny wynik badania okazał się błędny.

Kluczem do właściwego zrozumienia wyniku badania jest umieszczenie go w kontekście i odniesienie do konkretnego pacjenta. Do tego sprowadza się twierdzenie Bayesa: osoba poddawana badaniu ma znacznie większe znaczenie niż dokładność samego badania. Weźmy pod uwagę ekstremalny przypadek. Co się stanie, jeśli u mężczyzny wykona się test ciążowy? Niezależnie od wyniku i przeciętnej wiarygodności testów ciążowych badany nie może być w ciąży. Niektóre zmiany hormonalne, nieprzewidziane reakcje chemiczne na płytce testowej i zwykły ludzki błąd mogą spowodować, że u mężczyzny wynik okaże się pozytywny. Nawet najbardziej wiarygodne testy ciążowe w jednym wypadku na sto dają wynik pozytywny u osób, które nie są w ciąży (w tym u mężczyzn)³⁴. Niezależnie od tego, jak często może wystąpić błędny rezultat, z pewnością znacznie rzadziej można spotkać ciężarnego mężczyznę. Zatem wynik badania znaleźliśmy, zanim jeszcze zostało ono wykonane. Kontekst i osoba badana okazują się znacznie ważniejsze dla dotarcia do prawdy niż sam test. Kiedy wchodziłem na bieżnię, żeby poddać się próbie wysiłkowej, wierzyłem ślepo w dość powszechny przesąd, że to badania mają większe znaczenie niż ci, których się im poddaje. Ale problem nie leżał w badaniu, tylko w mojej postawie.

Można przywołać przykłady wielu badań, w których wynik pozytywny znacznie częściej okazuje się błędny. Wyniki badań obrazowych, czyli badań osób niewykazujących symptomów choroby (mammografia, badania cytologiczne, kolonoskopia itd.), znacznie częściej okazują się fałszywie pozytywne niż prawdziwe. W przypadku bardzo groźnych chorób warto jednak być może pogodzić się ze sporą liczbą fałszywie pozytywnych wyników, żeby wychwycić kilka prawdziwych wyników, bo dzięki temu można komuś ocalić życie. Zwolennicy wykonywania mammografu

32 Przez "chorobę serca" rozumiem istotną klinicznie chorobę wieńcową.

33 To wyliczenie opiera się na danych dostarczanych przez badania adekwatności wyników prób wysiłkowych. Wskaźnik wiarygodności wyniku w wypadku tych danych wynosi około trzech, dlatego prawdopodobieństwo występowania choroby przed wykonaniem testu należy pomnożyć przez trzy, żeby dowiedzieć się, jakie jest ostateczne prawdopodobieństwo wystąpienia choroby.

34 Odnosi się to do popularnych testów ciążowych, które samodzielnie można przeprowadzić w domu.

wytaczają ten właśnie argument. 97 procent wyników mammografii to wyniki błędne. Choć istnieją niezbita dowody na to, że mammografia nie ratuje życia, jednocześnie ten sam argument przemawia na rzecz innych typów badań obrazowych. Sprawdza się także w wypadku badań cytologicznych pozwalających diagnozować raka szyjki macicy, badań kału pod kątem raka jelita grubego czy kolonoskopii wykrywającej raka jelita grubego³⁵.

Ale co z diagnostyką zwykłych chorób, które nie zagrażają życiu tak jak nowotwory? Wymaz z gardła na posiew pozwala wykryć obecność bakterii *Streptococcus pyogenes* (paciorkowiec ropny), powodującej zapalenie gardła. Większość infekcji gardła ma pochodzenie wirusowe, dlatego lekarze stosują te badania, żeby stwierdzić, czy u pacjenta występują paciorkowce. Jednak problem tych badań polega na tym, że wykrywają one za często ich obecność. U ponad 10 procent dzieci w szkołach podstawowych (grupa najwyższego ryzyka infekcji wywołanych tymi bakteriami) stwierdza się stałą obecność w gardle żywych paciorkowców, które nie stwarzają jednak żadnego zagrożenia³⁶. Zatem nawet w wypadku braku infekcji badanie da pozytywny wynik. Bakterie te mogą powodować poważne problemy, bo u ponad 10 procent badanych pozytywne rezultaty będą błędnie wskazywały na paciorkowcową infekcję gardła. Lekarze muszą się z tym pogodzić, abyśmy bowiem mogli wykrywać infekcję paciorkowcową, musimy też zgodzić się na potencjalne pomyłki - od czasu do czasu. Ale jak często? Twierdzenie Bayesa okazuje się kluczowe, kiedy próbujemy znaleźć odpowiedź na to pytanie. Poprawność wyników badań zależy bowiem od tego, kogo badamy. Objawy infekcji paciorkowcowej dobrze zbadano i dzięki temu wiemy, że cztery sygnały świadczą wyraźnie o tego typu infekcji: bolesne węzły chłonne, gorączka, widoczna ropa na migdałkach i brak kaszlu. Jeśli pacjent wykazuje wszystkie cztery cechy, prawdopodobieństwo, że w jego gardle rozwija się infekcja paciorkowcowa, wynosi 50 procent. Natomiast brak któregokolwiek z tych objawów, czy nawet obecność tylko dwóch z nich, oznacza, że prawdopodobieństwo takiej infekcji spada poniżej 10 procent

Wyobraźmy sobie, że wymaz z gardła zostaje pobrany w grupie dzieci w wieku szkolnym, z których każde ma trzy lub mniej objawów z tych czterech podstawowych. Tylko 10 procent lub mniej okaże się rzeczywiście zainfekowane paciorkowcami³⁷. Zatem nie więcej niż 10 procent będzie miało prawdziwie dodatnie rezultaty. Ale wiemy też, że ponad 10 procent badanych będzie miało wyniki fałszywie dodatnie (gdyż bakterie żyjące w gardle okażą się niegroźne). Proste matematyczne obliczenie pozwala stwierdzić, że w tej grupie dodatnie wyniki badań częściej okażą się błędne niż poprawne. Dodatnie wyniki częściej będą rezultatem obecności bakterii nieszkodliwych niż paciorkowców wywołujących infekcję.

Wysoce niepożądana wydaje się sytuacja, w której dodatni wynik badania okazuje się częściej fałszywy niż prawdziwy. Wymazy z gardła wykonuje się po to, żeby z większą precyzją wybierać tych pacjentów, którym powinno się podać antybiotyki. Ale jeśli poddajemy badaniu osoby, u których prawdopodobieństwo wystąpienia infekcji paciorkowcowej wynosi mniej niż 10 procent oznacza to, że większość pacjentów będzie zażywać antybiotyki zupełnie niepotrzebnie, dodatkowo odczuwając niepożądane skutki uboczne. Niestety, znakomita większość pacjentów (zarówno dzieci, jak i dorosłych), u których wykonuje się wymazy, wykazuje mniej niż trzy z głównych objawów infekcji paciorkowcowej - czasem dwa, czasem tylko jeden, a czasem nie wykazuje żadnego z tych symptomów. Zatem w większości podaje się antybiotyki osobom, u których badanie bakteriologiczne dało dodatni wynik, ale które nie mają infekcji paciorkowcowej.

Wymazy z gardła to tylko jeden z wielu przykładów nadużycia badań dodatkowych, które

35 Nie dowiedziano jeszcze w pełni przydatności kolonoskopii w wykrywaniu raka jelita grubego, ale istniejące niebezpośrednie dowody świadczą o przydatności tego badania. Planowane na kilka przyszłych lat szeroko zakrojone analizy wiarygodności tych badań powinny dostarczyć więcej informacji na ten temat.

36 Analiza przeprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia wykazała, że paciorkowce występują u 10-50% dzieci w wieku szkolnym, czyli w grupie najbardziej narażonej na bakteryjną infekcję gardła.

37 Jeśli w grę wchodzi mniej niż te cztery symptomy, to wzrasta prawdopodobieństwo, że infekcję wywołał wirus, a nie bakteria. Odnosi się to jednak do osób powyżej czternastego roku życia, gdyż wskaźniki mogą zmieniać się w różnych grupach wiekowych.

prowadzi do błędnych diagnoz i podejmowania nieskutecznych czy wręcz szkodliwych terapii. Inny przy. kład to próby wysiłkowe. Amerykańska Grupa Robocza do spraw Profilaktyki Zdrowotnej zaleca, aby osób z grup o niskim ryzyku chorób serca nie poddawać próbie wysiłkowej, gdyż z jednej strony jej wynik okazuje się często błędny i prowadzi do dalszych niepotrzebnych badań, a z drugiej daje złudne poczucie bezpieczeństwa. Ale każdego dnia w Stanach Zjednoczonych młodzi ludzie z grup o najniższym ryzyku poddawani są testowi wysiłkowemu. Czy kiedy wykonuje go osiemnastoletnia dziewczyna, dostarcza nam to jakichś cennych informacji? A jeśli rezultat okaże się pozytywny? A jeśli wynik EKG wskaże na obecność choroby wieńcowej? Nastoletnie dziewczęta nie chorują na serce. Dlatego wykonywanie u nich badań wydolności serca gwarantuje, że wszelkie pozytywne rezultaty będą fałszywe. Takie badanie, podobnie jak wiele innych, to czysta strata czasu.

We właściwych okolicznościach niektóre współcześnie stosowane badania medyczne mogą pomóc w postawieniu wiarygodnej diagnozy. Bywa, że badanie dostarcza informacji, które mogą uratować życie pacjenta. Ale takie wypadki zdarzają się rzadko, w mniejszości wykonywanych przez nas testów. Dom Medycyny uparcie skrywa jednak to, że badania dodatkowe - kamień węgielny naszej kultury i podstawowa współczesna praktyka medyczna - zaczęły zastępować prawdziwe leczenie, prowadząc często do groźnych wypaczeń. Straciliśmy zaufanie do badania fizykalnego, jak na przykład osłuchiwanie serca, palpacja jamy brzusznej czy badanie neurologiczne. Podstawowe umiejętności komunikacyjne i obserwacyjne straciły wartość na rzecz badań krwi i prześwietleń - badań, które nie przybliżają nas do pacjentów, a wręcz od nich oddalają. Rezygnacja z tych umiejętności wiąże się ściśle z pogorszeniem kontaktu między lekarzem i pacjentem oraz narastającym niezadowoleniem obu stron. Lekarze narzekają na swoją pracę, a pacjenci na lekarzy.

Co więcej, w naszym przeciążonym i kosztownym systemie opieki społecznej źle dobrane badania diagnostyczne stanowią jedno z najpoważniejszych, a jednocześnie możliwych do umknięcia obciążeń budżetu. Chcemy mieć dostęp do technologii i pragniemy złudnej pewności, jaką dają nam badania i nowoczesna aparatura. Wierzymy, że można im zaufać. Ironia polega na tym, że nie tylko nie można zawsze ufać testom, ale także oddalają one pacjentów i lekarzy od jedyne go godnego zaufania źródła - od siebie nawzajem. I jedni, i drudzy twierdzą, że chcą poświęcać sobie więcej czasu, a jednak siłą bezwładu i wbrew wszelkim intencjom i życzeniom pacjenci i lekarze oddalają się od siebie, a zarazem od samych korzeni medycyny.

W pismach Hipokratesa przeczytać można następujący fragment „Sylenus mieszkał przy głównej ulicy, niedaleko domu Evalcidasa. Z powodu przemęczenia, nadużywania alkoholu i nieodpowiednich do pory roku ćwiczeń zapadł na gorączkę (...) Drugiego dnia gorączka wzrosła, stolec był obfitszy, rzadszy, spieniony; mocz czarny, noc niespokojna, lekkie delirium. Trzeciego dnia wszystkie objawy coraz intensywniejsze. Obustronne rozdęcie jamy brzusznej, miękkie, sięgające od dołu do pępka (...) noc bezsenna; wiele mówił, śmiał się, śpiewał - nie mógł się powstrzymać”.

Hipokrates tak dokładnie obserwuje zarówno kształt ciała, jak i jego funkcje, jakby chciał dzielić z pacjentem doświadczenie choroby. W przeciwieństwie do współczesnych lekarzy, którzy wpadają do swoich pacjentów na krótką wizytę, Hipokrates - jak wynika z tego opisu i większości opisywanych przez niego przypadków - spełniał funkcję stale obecnego cichego towarzysza, który razem z Sylenusem przechodził jego chorobę. W badaniach medycznych najbardziej pomocna okazywała się obserwacja. Obecnie badania wykonuje się z dala od pacjenta, co tworzy dystans, natomiast w starożytnej Grecji badanie krwi polegało na rejestrowaniu jej koloru, lepkości i smaku. Uważnie obserwowano i rejestrowano nie tylko wszystkie zmiany ciała, ale także wszystkie wydzieliny, wszystkie zmiany wyrazu twarzy, wszystkie nastroje i doświadczane emocje. Takie badania zbliżyły Hipokratesa do pacjentów i prowadziły go prosto do diagnozy. Współczesne

badania, reprezentatywne dla stanu naszej nauki, często uznaje się za ważniejsze od samych badanych. Ale to błąd, zarówno ze statystycznego, jak i teoretycznego punktu widzenia. Na długo przedtem, zanim wielbny Bayes zapoczątkował współczesne badania statystyczne, Hipokrates wiedział doskonale, że człowiek ma większe znaczenie niż badanie.

NICZEGO SIĘ NIE ODUCZAMY

PSEUDOAKSJOMATY

Riley, jeden z najlepszych i najbardziej opanowanych paramedyków w szpitalu, zawołał do mnie przez całą salę niespokojnym głosem:

-Panie doktorze, chyba powinien pan na to spojrzeć.

Cały spocony, szedł szybko razem z drugim paramedycznym, niosąc nosze. Poszedłem za nimi do jednej z sal i zobaczyłem, że na noszach siedzi dziewięcioletni Angel. Siedział z nieruchomym wzrokiem, z głową przechyloną na bok. Jego twarz miała czerwony odcień. Z kącika ust spływała mu ślina. Kiedy na niego spojrzałem, Angel uniósł ramiona i chciał zaczerpnąć tchu. Z jego gardła wydobył się dźwięk podobny do wyjącej syreny, któremu towarzyszył wysoki świst. Słyszając te dziwne dźwięki, Riley przerażony pokazał na chłopca:

-Co to? Co to, do cholery, jest?

Krzyknąłem do dyżurnej pielęgniarki:

-Mary, potrzebuję pomocy, wezwij pediatrę i anestezjologa!

Szybko przyłożyłem maskę tlenową do ust Angela i zacząłem

właczać do jego płuc tlen. Sprawdziłem, czy w tylnej kieszeni mam skalpel.

Pielęgniarki pojawiły się natychmiast, a wstrząśnięty Riley opowiedział, co przydarzyło się Angelowi:

-Bolało go gardło, był u lekarza. Potem, zaraz... potem przez jakieś dwadzieścia minut miał trudności z oddychaniem. A potem, potem wziął antybiotyk. Przez chwilę świszczal, a potem nagle ten... ten... dźwięk. Panie doktorze, co to jest?

Zwróciłem się do Pat, doświadczonej pielęgniarki, która gapiała się na Angela, jakby chłopca opętały złe moce.

-Pat, otwórz zestaw reanimacyjny, podaj mu domięśniowo zero trzy adrenaliny, potem podłącz dwie kroplówki.

Wyrwana z transu przytaknęła i w ciągu kilku sekund podała Angelowi zastrzyk. Chłopiec nawet nie drgnął.

Mike, jeden ze starszych rezydentów, wszedł do sali i zobaczywszy w mojej dłoni maskę tlenową, zaczął przygotowywać sprzęt do intubacji. Angel znowu wydał dziwny dźwięk. Mike zatrzymał się nagle i popatrzył na mnie zaniepokojony.

-Co to, do diabła, jest?

-To stridor, świst krtaniowy. Drogi oddechowe zamykają się z powodu obrzęku. To reakcja alergiczna. W tej chwili nasycenie tlenem nie wygląda jeszcze tak źle, ale jeśli w ciągu kilku minut

nie przestanie wydawać tego dźwięku i jego stan się nie poprawi, będziemy musieli naciąć mu szyję. Masz skalpel?

Mike potrząsnął głową, więc wręczyłem mu swój. Zdezynfekowaliśmy szyję Angela i obserwowaliśmy na monitorze poziom nasycenia tlenem. Wszyscy zamarli, słysząc tylko rytmiczny świszczący oddech Angela.

Kiedy pediatra i anestezjolog zobaczyli Angela i usłyszeli jego oddech, spojrzeli na mnie w popłochu.

-Wiem, wiem - powiedziałem. - Podaliśmy mu adrenalinę, poziom nasycenia tlenem w porządku, teraz czekamy. Trzeba mieć nadzieję.

Pokiwali głowami. Czekaliśmy. Anestezjolog przygotował leki i sprzęt Mike stał ze skalpelem w dłoni, a ja starałem się wtłoczyć tlen do płuc Angela. Czekaliśmy na ciszę.

Minęły dwie minuty. Odwróciłem głowę i zamknąłem oczy.

- Nie sądzę...

Jak na komendę Angel powoli podniósł rękę i próbował zdjąć maskę. Odsunąłem ją od jego twarzy i usłyszałem, że cicho oddycha.

Angel doznał wstrząsu anafilaktycznego, czyli alergicznej reakcji na antybiotyk, która może prowadzić do śmierci. Miał szczęście, wyzdrowiał. Tego typu reakcje zdarzają się raz na czterysta przypadków podania i są najczęstszym zagrażającym życiu efektem ubocznym po zażyciu antybiotyków. Ale takich efektów jest więcej. Zażycie antybiotyków może prowadzić - choć rzadko - do takich śmiertelnych powikłań, jak uszkodzenie wątroby, ciężka anemia i toksyczna nekroliza naskórka (bardzo niebezpieczna choroba, powodująca pęcherze i złuszczenie naskórka). Na szczęście u większości osób po zażyciu antybiotyków nie występują tego typu potencjalnie śmiertelne komplikacje, choć chorzy mogą cierpieć na pewne niedogodności, jak biegunka, wysypki i infekcje drożdżycowe. Każda z tych dolegliwości pojawia się u 5-25 procent osób biorących antybiotyki. W Stanach Zjednoczonych, gdzie recepty na antybiotyki wydaje się bardzo często, pacjenci wciąż są narażeni na ryzyko i bez szemrania je akceptują. U Angela antybiotykami leczono infekcję paciorkowcową gardła. W ciągu roku z powodu tej choroby wypisuje się około dziesięciu milionów recept, co może prowadzić do reakcji alergicznych u dwudziestu pięciu tysięcy pacjentów. Taki koszt ponosimy, lecząc infekcję paciorkowcową za pomocą antybiotyków, i pogodziliśmy się z tym. Ale dlaczego? Czy warto? Czy warte jest to również około miliona osób cierpiących na biegunkę? Nasza milcząca akceptacja tych konsekwencji podpowiada, że tak. A co jeśli nie?

W połowie dwudziestego wieku w odizolowanej od reszty świata bazie sił powietrznych im. Francisa E. Warrena w Wyoming, gdzie odbywała się większa część szkolenia amerykańskich lotników wiatach czterdziestych i pięćdziesiątych, wśród stacjonujących tam rekrutów wybuchła masowa epidemia gorączki reumatycznej. Choroba ta pojawia się z niewyjaśnionych przyczyn zazwyczaj kilka tygodni po przebyciu infekcji paciorkowcowej. Oprócz gorączki i zmęczenia najczęstszym objawem gorączki reumatycznej u żołnierzy w Wyoming było zapalenie serca, któremu towarzyszą charakterystyczne szmery. Chorzy skarżyli się też na wysypki i zaczerwienione, spuchnięte stawy, u niektórych pojawiły się guzki podskórne na ramionach. U kilku z nich wystąpiła także płasawica Sydenhama, czyli tak zwany taniec świętego Wita, dolegliwość nazwana imieniem patrona tancerzy, objawia się bowiem mimowolnymi, gwałtownymi ruchami kończyn, ramion i drgawkami mięśni twarzy. Epidemia w bazie wojskowej nie miała precedensu. Nigdzie nie odnotowano tak masowego zachorowania. W większości społeczeństw uprzemysłowionych gorączka reumatyczna występuje rzadko i zapada na nią mniej niż jedna na dwieście tysięcy osób. Wśród rekrutów zachorowała co dwusetna osoba. Przez dziesięć lat w bazie gorączka reumatyczna zdarzała się tysiąc razy częściej niż zazwyczaj.

W ciągu kilku tygodni trwania infekcji gardła spowodowanej przez bakterię *Streptococcus pyogenes*, a także później, nasz system odpornościowy reaguje na bakterie, wytwarzając specjalnie

w tym celu miliony przeciwciał, które mają zabijać bakterie, gdyby kiedyś powróciły. Ten proces odgrywa zazwyczaj bardzo pożądaną rolę, czasem nawet uodparniając na całe życie (jak choćby po przebyciu wietrznej ospy). Ale w przypadku paciorkowców z niewiadomych powodów przeciwciała produkowane przez nasz organizm mogą zaatakować własne organy, prowadząc do gorączki reumatycznej. W bazie sił powietrznych w Wyoming w latach czterdziestych i pięćdziesiątych rekrutowano nękał zjadliwy szczep paciorkowca, po którym często następowała gorączka reumatyczna. Choć gorączka reumatyczna to przerażająca choroba, rzadko prowadzi do śmierci. Przechodzi ona samoczynnie i znika z organizmu pacjenta na zawsze w ciągu kilku tygodni lub miesięcy od momentu wystąpienia. Jedynie choroba reumatyczna serca stanowi wyjątek, może bowiem trwale uszkodzić zastawki serca.

Zanim gorączka reumatyczna osiągnęła rozmiary epidemii w małej społeczności w bazie Warrena, trudno było badać tę chorobę. Pracujący tam lekarze wojskowi dostrzegli w epidemii możliwość dokonania dogłębnych badań naukowych. Przeprowadzili sześć kolejnych doskonale przygotowanych analiz. Podając placebo i wykorzystując wiele innych współczesnych naukowych metod badawczych, badali wpływ antybiotyków na przebieg infekcji paciorkowcowej oraz na odsetek zachorowań na gorączkę reumatyczną po przebyciu infekcji. W 1950 roku opublikowali rezultaty tych przełomowych badań. Ustalili ponad wszelką wątpliwość, że leczenie infekcji paciorkowcowej za pomocą antybiotyków zmniejszało prawdopodobieństwo zachorowania na gorączkę reumatyczną. Choć antybiotyki miały zazwyczaj niewielki wpływ na samą infekcję - która po ich podaniu trwała prawie dokładnie tyle samo i wywoływała tak samo poważne objawy - gorączka reumatyczna pojawiała się u 1 procenta pacjentów, którym podano antybiotyki. Na gorączkę reumatyczną zapadło natomiast 2 procent pacjentów, którym podano placebo. Zatem antybiotyki zmniejszyły o połowę występowanie gorączki reumatycznej.

Na początku dwudziestego wieku większość lekarzy najbardziej obawiała się, że pacjenci zgłaszający się z bólem gardła zachorowali na dyfteryt. Stanowił on główną przyczynę śmierci dzieci i młodych ludzi, gdyż powodował obrzęk gardła i zatkanie dróg oddechowych. Infekcje paciorkowcowe zdarzały się również bardzo często, ale prawie nigdy nie prowadziły do śmierci i przechodziły bez leczenia. Dlatego uznawano je za stosunkowo niegroźną przyczynę bólu gardła. Ale kiedy wyniki badań w bazie w Wyoming zostały zaprezentowane szerokiemu gronu odbiorców, a dyfteryt zniknął po wynalezieniu na niego szczepionki, leczenie zapalenia gardła polegało przede wszystkim na zapobieganiu gorączce reumatycznej. W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych zawodowe stowarzyszenia medyczne, eksperci od chorób zakaźnych i znamienicy kardiologów zalecali, by paciorkowcowe infekcje gardła leczyć za pomocą antybiotyków. Choć wiedzieli doskonale, że antybiotyki nie mają wielkiego wpływu na przebieg infekcji, czego dowiodły badania w bazie Warrena³⁸, przepisywali je pacjentom z zapaleniem gardła, aby zapobiec gorączce reumatycznej. Okazało się to pomyłką o nieodwracalnych skutkach.

Historia leczenia infekcji paciorkowcowej i gorączki reumatycznej zawiera klucz do zakwestionowania głęboko zakorzenionego mitu, który każe lekarzom prawie każdy ból gardła leczyć antybiotykami. Ten błąd można popełnić niezwykle łatwo, czego przykładem są badania z bazy Warrena. W chwili kiedy je przeprowadzano, miały one ogromne, wręcz przełomowe znaczenie. Ale wystarczy przypomnieć, że gdyby w czasie tej największej epidemii gorączki reumatycznej rekrutom podano placebo zamiast penicyliny, tylko 2 procent chorych na infekcję paciorkowcową zapadłoby później na gorączkę reumatyczną. Zatem antybiotyki mogłyby pomóc

38 Analizy obszernych danych wykazały, że antybiotyki mogą mieć niewielki wpływ na objawy (objawy występowały przez siedem dni, podanie antybiotyków skracало ten czas tylko o szesnaście godzin), choć nie działają bynajmniej lepiej niż środki dostępne bez recepty, takie jak ibuprofen czy paracetamol. O wiele skuteczniej działają natomiast przepisywane na receptę opioidy i steroidy. Antybiotyki zmniejszają także prawdopodobieństwo wystąpienia ropnia okołomigdałkowego w czasie infekcji, choć większość pacjentów, u których rozwija się ropień, pojawia się u lekarza za późno, by dało się im pomóc przy użyciu leków. Co więcej, antybiotyki w tak niewielkim stopniu zmniejszają prawdopodobieństwo pojawienia się ropnia (występuje on bowiem u jednej na sto czterdzieści osób chorych na paciorkowcową infekcję gardła), ropnie zaś tak łatwo się leczy, że lekarze nie podają z tego powodu antybiotyków.

tylko 2 procentom chorych na infekcję paciorkowcową w czasie epidemii gorączki reumatycznej, czyli jednemu choremu na pięćdziesięciu. Pozostałe 98 procent nie zachorowało na gorączkę reumatyczną, niezależnie od tego, jak ich leczono. Co więcej, antybiotyki nie zapobiegały całkowicie gorączce reumatycznej, zredukowały tylko o połowę jej występowanie - z 2 do 1 procenta. Zatem połowa z 2 procent, które i tak zachorowałyby na gorączkę reumatyczną, zachorowała na nią mimo zażycia antybiotyków. Nawet w bazie Warrena w czasie największej zarejestrowanej epidemii gorączki reumatycznej antybiotyki pomogły tylko 1 procentowi chorych, którym je podano.

Niewątpliwie antybiotyki zmniejszają prawdopodobieństwo zachorowania na gorączkę reumatyczną po przebyciu paciorkowcowej infekcji gardła, ale tylko u osób z taką infekcją, które miały zachorować na gorączkę reumatyczną. Jednak nie wiemy przecież, kto na nią zachoruje. Zatem antybiotyki okazują się potencjalnie pomocne, tylko jeśli gorączka reumatyczna ma się rozwinąć. Badania przeprowadzone w bazie Warrena oszacowały tę możliwość na 2 procent. Jakie jest dziś prawdopodobieństwo zachorowania na gorączkę reumatyczną, jeśli nie bierze się antybiotyków?

Zachorowalność na gorączkę reumatyczną w bazie Warrena tysiąckrotnie przewyższała normę dla większości populacji w krajach uprzemysłowionych, gdzie choroba ta występuje dość rzadko. Badania statystyczne przypadków zapalenia gardła dowodzą tego niezbicie. W przeprowadzonym niedawno badaniu w obrębie jednej społeczności, gdzie analizowano trzydzieści tysięcy przypadków infekcji gardła (niektóre leczone, inne zaś nie), gorączka reumatyczna nie wystąpiła ani razu. W ciągu pięćdziesięciu lat od epidemii w bazie Warrena przeprowadzono dziesiątki tego typu badań, rozpatrując tysiące przypadków bólu gardła u dzieci i dorosłych. Do dziś w ramach żadnego z tych badań nie stwierdzono przypadków gorączki reumatycznej, również w grupach, w których podawano placebo. Badacze z bazy Warrena musieli podać antybiotyk pięćdziesięciu rekrutom z bólem gardła, żeby u jednego z nich zapobiec gorączce reumatycznej. Dziś musielibyśmy zastosować antybiotyk u ponad miliona chorych, żeby zapobiec jednemu przypadkowi gorączki reumatycznej³⁹.

To nieco zmienia postać rzeczy. Podstawą leczenia każdego schorzenia jest założenie, że choroba stanowi większe zagrożenie niż samo leczenie. Ale milion recept na antybiotyki (które będą przeciwdziałać jednemu przypadkowi gorączki reumatycznej) spowoduje ponad dwa tysiące czterysta potencjalnie śmiertelnych reakcji alergicznych podobnych do tej, która wystąpiła u Angela. Przy tym u stu tysięcy osób pojawi się biegunka i tyle samo dostanie wysypki. Co więcej, antybiotyki mają zapobiec długotrwałej chorobie reumatycznej serca, ale tylko jedna trzecia przypadków gorączki reumatycznej prowadzi do chorób serca. Liczba recept, które trzeba wypisać, żeby zapobiec jednemu zachorowaniu na serce, jest trzy razy większa niż liczba recept, które trzeba wypisać, żeby zapobiec gorączce reumatycznej. Żeby zapobiec jednej chorobie serca, trzeba by wydać trzy miliony recept na antybiotyki, przy czym u siedmiu tysięcy chorych wystąpiłyby reakcje alergiczne takie jak u Angela⁴⁰.

39 Częstość występowania gorączki reumatycznej na podstawie analiz populacji określono na 438 na 100 000 osób. Ta liczba wedle najnowszych danych Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorobom w Atlancie zmniejszyła się pięć tysięcy razy i wynosi 0,1 na 100 000 osób. Co więcej, w bazie Warrena wszyscy chorzy z infekcją paciorkowcową byli badani przez lekarza, tymczasem w praktyce tylko połowa chorych na infekcję gardła prowadzącą do gorączki reumatycznej trafia do lekarza. Zatem lekarze w bazie Warrena mogli leczyć dwa razy więcej przypadków takich infekcji niż inni lekarze. 5000 (ustalona w badaniach częstość występowania w dzisiejszych społeczeństwach) • z (podwójna liczba przypadków leczonych przez lekarzy) • 100 (liczba rekrutów, których należało poddać leczeniu, żeby zapobiec u jednego gorączce reumatycznej) = 1 000 000.

40 Często zadaje się pytanie o to, czy używanie antybiotyków wyeliminowało gorączkę reumatyczną. Spadek zachorowań na gorączkę reumatyczną wiąże się z poprawą warunków higieny, zmianą sposobu odżywiania, zmniejszeniem populacji, rozpowszechnieniem się profilaktyki zdrowotnej i zmianami ewolucyjnymi u bakterii. Tę tendencję spadkową odnotowano na długo przedtem, zanim pojawiły się antybiotyki, i nie towarzyszył jej spadek zachorowań na infekcję paciorkowcową. Są one tak częste jak niegdyś, ale nie wywołują już gorączki reumatycznej.

W medycynie, tak jak w wielu innych dziedzinach, niektóre zasady to aksjomaty. Często o tych zasadach uczą starsi rangą lekarze, którzy przejęli te pewniki od swoich przełożonych. Po prostu przekazują je z pokolenia na pokolenie. Ale z reguły sami nie analizują dowodów. Kiedy studiowałem medycynę, szanowany wykładowca uczył nas, że infekcję paciorkowcową należy leczyć za pomocą antybiotyków, bo zapobiegają one gorączce reumatycznej. Przyjęliśmy ten aksjomat i wierzyliśmy w niego. Zapewne dlatego, że łatwiej przyjąć coś na wiarę, niż samodzielnie dochodzić prawdy i szukać jej potwierdzenia. Poza tym nie mieliśmy czasu, by weryfikować każdy aksjomat, którego nas uczono. Gdybyśmy jednak spróbowali zakwestionować ten pewnik, okazałoby się, że zachorowania na gorączkę reumatyczną nigdy nie osiągnęły takiej skali jak w bazie Warrena. Wtedy należałoby zapytać: dlaczego dziś opieramy nasze metody leczenia infekcji paciorkowcowych na badaniach przeprowadzonych wśród rekrutów z bazy wojskowej w latach czterdziestych ubiegłego wieku? Gdybyśmy zadali to pytanie, okazałoby się, że stosowanie antybiotyków przeciwko infekcji paciorkowcowej więcej osób zabija, niż leczy.

Niewłaściwe użycie antybiotyków różni się od nadużywania ich, o którym pisałem w rozdziale drugim. Antybiotyki nie leczą infekcji ucha i zapalenia oskrzeli, bo te infekcje wywołują w głównej mierze wirusy. Większość lekarzy wie o tym doskonale. Przepisują antybiotyki, bo taką normę przyjęli powszechnie zarówno lekarze, jak pacjenci. Poza tym łatwiej to zrobić, niż tego nie zrobić, wbrew wszelkim dowodom, że antybiotyki nie działają w tych przypadkach. A ponieważ niektóre badania (choćby badania wojskowe) wykazały, że antybiotyki okazują się pomocne w leczeniu zapalenia gardła, dlatego często zaleca się ich podawanie. Lekarze wiedzą, że antybiotyki nie leczą zapalenia oskrzeli, ale zdołali przekonać samych siebie, że leczą one ból gardła. Uwierzyli w pseudoaksjomat.

Kiedy aksjomat przekazuje się z pokolenia na pokolenie, mimo że jest on fałszywy, określa się go mianem „pseudoaksjomatu”. Tak jak pseudonauka, pseudoaksjomaty to fałszywe twierdzenia podające się za prawdę i występujące we współczesnej medycynie przerażająco często, tak często jak ból gardła. Ale medycyna nie jest jedyną dziedziną, w której funkcjonują medyczne pseudoaksjomaty. Wiele z nich przeniknęło do świata laików i utrwaliło się w zbiorowej świadomości, jak choćby przekonanie, że sacharyna powoduje raka pęcherza moczowego, że strzelanie stawów prowadzi do artretyzmu i że niskie temperatury wywołują zapalenie płuc. Nie ma powodu, by sądzić, że sacharyna wywołuje u ludzi raka pęcherza moczowego. Nie istnieje nawet cień dowodu na to, że strzelanie stawów prowadzi do artretyzmu. A zapalenie płuc to infekcja wywoływana przez mikroorganizmy, a nie przez warunki pogodowe. Te i im podobne pseudoaksjomaty, codzienne mity i nieporozumienia wciąż przekazuje się z pokolenia na pokolenie jako pewniki.

Wśród laików powszechnie funkcjonują bezpodstawne twierdzenia podszywające się pod prawdy medyczne. Nie powinno nas dziwić, że błędne informacje rozpowszechniają osoby niebędące ekspertami. Natomiast głęboko niepokojące są wypadki, kiedy fałszywe przekonania rozpowszechniają uznani lekarze. O wiele za często problem tak powszechny jak infekcja paciorkowcowa rozwiązuje się niewłaściwymi metodami, co prowadzi do niebezpiecznych konsekwencji. Pacjenci nie idą do lekarza dlatego, że chcą uniknąć gorączki reumatycznej. Są chorzy, odczuwają ból i chcą się wyleczyć. Pseudoaksjomat głoszący, że antybiotyki leczą infekcję streptokokami, spowodował, iż leczenie pomija to, co najważniejsze, czyli ból i dyskomfort, a koncentruje się na antybiotykach, choć od dziesięcioleci wiadomo, że nie leczą one tego typu infekcji, a wręcz wywołują niebezpieczne efekty uboczne.

Do tego dochodzi również jeszcze jeden mało chwalebny szczegół dotyczący komunikacji z pacjentami na temat tego, dlaczego na zapalenie gardła przepisuje się antybiotyki. Wielu lekarzy wierzy w to, że antybiotyki mają korzystny wpływ, bo zapobiegają gorączce reumatycznej, ale żaden lekarz nie mówi tego swoim pacjentom. Milczymy i udajemy, że leczymy chorobę, a nie zapobiegamy innej potencjalnej chorobie, i przypisujemy sobie zasługę wyleczenia bólu gardła.

Dlatego powszechnie uznaje się, że antybiotyki nie odegrały w tym procesie większej roli.

Matka Angela nie wiedziała, że antybiotyki mają zapobiec bardzo rzadkiej chorobie, która pojawia się w miesiąc po wyleczeniu bólu gardła. Wierzyła, że antybiotyki pomogą pozbyć się infekcji u jej dziecka. Czy zgodziłaby się na ich podanie, gdyby знаła prawdę?

Z wielu powodów nie zakwestionowaliśmy jeszcze pseudoaksjomatu każącego leczyć zapalenie gardła antybiotykami. Jeden z nich to uniwersalność twierdzenia, że antybiotyki są pożyteczne. Poza tym lekarze uważają dziś, że lepiej leczyć przyczynę infekcji, niż łagodzić objawy. Leczenie infekcji bakteryjnej środkiem wymyślonym po to, żeby zabijać bakterie, wydaje się sensowne. Wierzą w to wszyscy, choć to pseudoaksjomat. Dodatkowo cieszy nas to, że podobnie jak przy zapaleniu oskrzeli jest to postępowanie szybkie i łatwe. Ból gardła? Nie ma sprawy, proszę, oto recepta. Lekarz prosi następnego pacjenta, a ten z bólem gardła nie ma powodu do narzekań. Wszyscy na tym zyskują. I wszyscy tracą. Antybiotyki stanowią zagrożenie dla pacjenta i wzmacniają sztucznie wytworzone potrzeby. Co więcej, nierozwiązany pozostaje ten problem który skłonił pacjenta do wizyty u lekarza: ból. Leczenie bólu należy zresztą do zupełnie osobnej kategorii pseudoaksjomatów.

Zdziwiłem się, kiedy Nox, którego ciało pokrywały tatuaże i blizny, odsiadujący karę w więzieniu o zastrzyżonym rygorze, wykrzywił twarz z bólu, gdy lekko dotknąłem jego brzucha. Tak jak ja miał dwadzieścia osiem lat i dorastał w Nowym Jorku, ale poza tym różniło nas wszystko. Miał ogoloną głowę, na ogromnym lewym bicepsie wytatuowany napis: „Wszystko w porządku”, smoka i serce okolone drutem kolczastym na plecach i wielką bliznę po ranie zadanej nożem w bok. Miał skute ręce, a jedną nogę przywiązaną do poręczy łóżka.

Rozmawialiśmy o dawnych czasach na Upper West Side i nieczynnej trakcji kolejowej obok parku Riverside, choć Nox z trudem koncentrował się na rozmowie. Przeszkadzał mu ciągle klujący ból brzucha. Chyba żaden z moich pacjentów nie wiedział tak dobrze jak on, co oznacza określenie „klujący ból”.

Jako student medycyny planujący karierę chirurga z niepokojem przedstawiłem przypadek Noxa nadzorującemu chirurgowi, który za zadanie dał mi postawienie diagnozy.

-To niepokojące objawy - powiedziałem z udawaną pewnością siebie. - Jama brzuszna wygląda podejrzanie, chyba nie obejdzie się bez operacji.

Chirurg machnął ręką, jakby obok przeleciała mucha.

-Nie. To nic poważnego. Zrobimy prześwietlenie. A potem wyślemy go z powrotem do celi. Następny?

Zaimponowała mi jego pewność siebie. Pokiwałem głową z takim zaangażowaniem, że prawie nadwężyłem sobie kark.

- Jasne, okej, w porządku. Ma pan rację.

A potem pomyślałem o Noxie i zaproponowałem:

-Może podamy mu morfinę albo coś przeciwbólowego?

Główny chirurg popatrzył na mnie, jakbym właśnie uderzył go w twarz.

-Słucham? - zapytał. - Pod żadnym pozorem nie wolno podawać opioidów, dopóki nie ustali się przyczyny bólu w jamie brzusznej. W ten sposób można zabić pacjenta. Jak tylko wpadają w dobry nastrój, nie da się stwierdzić, czy potrzebna im operacja, czy lizak. Rozumiesz? Zapamiętaj to.

Przytaknąłem, czując się jak ostatni idiota. Przez następną godzinę próbowałem odwrócić uwagę Noxa, opowiadając historie i kawały, a on zwił się z bólu.

Kilka minut po wykonaniu prześwietlenia radiolog wybiegł ze swojego gabinetu, machając gorączkowo zdjęciem. Widać było na nim oznaki pękniętego wrzodu, który należało natychmiast operować. Główny chirurg pokiwał głową, jakby wiedział o tym od samego początku. Kiedy Noxa wywożono na salę operacyjną, popatrzył na mnie z daleka, uśmiechnął się i wskazał na trzy słowa wytatuowane na bicepsie.

W 1921 roku doktor Zachary Cope, słynny brytyjski chirurg, który często nauczał studentów przy łóżku chorego, opublikował książkę *Early Diagnosis of the Acute Abdomen* (Wczesna diagnoza ostrego bólu brzucha). Cope słynął ze swojego uwielbienia dla literatury, interesował się też historią medycyny. Jego książka tak przejrzyście omawiała zasady rozpoznawania chorób, które mogą nawet bezobjawowo przebiegać w jamie brzusznej, że stała się niemal natychmiast klasyczną pozycją. Wielokrotnie wznawiana z kolejnymi rozszerzeniami, pozostaje nadal najbardziej wyczerpującym i najważniejszym dziełem na ten temat. Studenci medycyny i chirurdzy uznają je za podstawową lekturę i nazywają po prostu „Copen”.

W jednym z akapitów w pierwszym wydaniu książki Cope napisał: „Choć może się to wydawać okrutne, lepiej poczekać z podaniem morfiny, dopóki nie wiadomo na pewno, czy interwencja chirurgiczna nie jest konieczna, to znaczy do momentu postawienia ostatecznej diagnozy”. W ten sposób narodził się jeden z najsilniej oddziałujących i najtrwalszych pseudoaksjomatów w historii. Trzeba przyznać, że to niezwykle, iż w ciągu przeszło osiemdziesięciu lat od publikacji książki Cope'a mimo tak ogromnego postępu technologicznego i rozwoju wiedzy medycznej nadal w przeważającej części nie traci ona wartości poznawczej. To wielka zasługa jej autora. Cope napisał także inne książki, w tym biografię Florence Nightingale i kilka pozycji na temat historii medycyny w Wielkiej Brytanii. Dzięki ogromnemu dorobkowi i wielkim zasługom dla społeczeństwa w 1953 roku otrzymał tytuł szlachecki. Niedługo potem opublikował swoją ostatnią i bodaj najciekawszą książkę *The Diagnosis of the Acute Abdomen in Rhyme* (Diagnoza ostrego bólu brzucha wierszem). To kolejna publikacja poświęcona skomplikowanej diagnostyce chorób jamy brzusznej, tym razem spisana w rymowanych strofach. W następujący sposób Cope omawia zasady diagnozowania na przykładzie pacjenta uskarżającego się na bardzo silny ból brzucha, którego badał w czasie wizyty domowej:

Lekarz pyta i ogląda,
Na kolkę to nie wygląda.
Pacjent leży nieruchomy,
Nie ma siły, osłabiony.
Każdy najdrobniejszy ruch
Sprawia, że go boli brzuch.

Ostateczna diagnoza brzmi następująco:

Mogę zgadnąć bez wątpienia
Treść takiego orzeczenia:
„To jest wrzód, i to pęknięty,
Trzeba zawieźć go w te pędy
Do kliniki lub szpitala”.
Ta diagnoza nam pozwala,
Poznawszy bólu przyczyny,
Podawać winian morfiny.

Wreszcie lekarz dowiaduje się na sali operacyjnej, że:

Pierwsze cięcie, coś tam śwista,
To gaz, rzecz to oczywista.
Płyną ustrojowe płyny.
Gdy je sprawnie osuszemy,
Zobaczymy perforację.
Przez nią wszystkie perturbacje.

Z wielką troską szwem Lemberta
Zaszywamy brzuch pacjenta.
Szczelność znacznie poprawiamy.
Gdy sieć większą podszywamy.
Dziura zszyta, wszystko gra,
Pacjent już się lepiej ma.

The Diagnosis of the Acute Abdomen in Rhyme, która liczy sobie kilkaset stron wypełnionych takimi właśnie rymowanymi opisami, to znakomita lektura nie tylko dla specjalistów. I podobnie jak jej pisana prozą poprzedniczka zawiera kilka bezcennych porad diagnostycznych. W przytoczonym tu fragmencie najciekawsza jest wzmianka na temat „winianu morfiny”. Tej nazwy nie używa się dziś często, obecnie bowiem powszechnie stosuje się raczej siarczan morfiny, płynną formę przeznaczoną do zastrzyków. Jednak w roku 1953 i wcześniej stosowano głównie winian morfiny, w postaci skryształizowanej, podawanej w dwóch rodzajach dawek: trzydzieści i sześćdziesiąt miligramów.

To ogromna ilość, zważywszy, że dziś podaje się morfinę w ilości jednego lub dwóch miligramów na dawkę. Odważny lekarz może podać najwyżej pięć, a w wyjątkowych przypadkach dziesięć miligramów⁴¹, ale nigdy trzydzieści. Współcześnie każdy lekarz uznałby, że podanie trzydziestu miligramów morfiny graniczy z szaleństwem, nie mówiąc o sześćdziesięciu miligramach. Z pewnością taka dawka zneutralizowałaby ból, ale także natychmiast wywołałaby u pacjenta przerażająco głęboki sen, w czasie którego mógłby on zapomnieć o oddychaniu. Sześćdziesiąt miligramów to już zwyczajne morderstwo. Ale właśnie w taki sposób podawano morfinę w 1921 roku. Podawanie morfiny w takich dawkach w dużej mierze uniemożliwiało postawienie diagnozy, a mogło prowadzić do zgonu pacjenta. W tym kontekście twierdzenie Cope'a, że morfina może szkodzić, wydaje się bardzo rozsądne.

Wiele lat później winian morfiny zastąpiono jej siarczanem, a lekarze zaczęli podawać ten lek w znacznie bardziej umiarkowanych ilościach. Ale dopiero po jakichś siedemdziesięciu latach dokonała się zmiana, o jakiej pisał Cope, choć większość chirurgów jej nie zauważyła. Pacjenci podobni do Noxa cierpią czasem godzinami, a niekiedy całymi dniami. W połowie lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku dwóch chirurgów z Wielkiej Brytanii przeprowadziło badania wśród prawie trzystu pacjentów z bólem brzucha o niewiadomym pochodzeniu. Jednej grupie podano lek o działaniu narkotycznym, na przykład morfinę, a innym wstrzyknięto placebo. Potem próbowano ustalić, czy u tych, którym podano lek, trudniej było postawić diagnozę niż u tych, którym podano placebo. Okazało się, że podanie umiarkowanych dawek leku nie tylko nie stwarzało żadnego zagrożenia, ale wręcz ułatwiało postawienie diagnozy. Łagodząc ból, lekarze mogli dokładniej zbadać jamę brzuszną, lepiej ocenić objawy i postawić bardziej wiarygodną diagnozę. Od momentu publikacji wyników tego badania przeprowadzono jeszcze dziewięć innych i wszystkie prowadziły do tego samego wniosku. Z tego też powodu do podręcznika Cope'a wprowadzono poprawki na początku lat dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku. Obecnie zaleca się w nim podawanie leków łagodzących ból w jamie brzusznej.

A zatem lekarze są zgodni. Problem rozwiązany, tak? I tak, i nie. Pseudoaksjomat dotyczący bólu w jamie brzusznej to dość szczególny wypadek, chirurdzy bowiem doskonale wiedzą o wynikach omawianych powyżej badań. Wiedzą również, że w późniejszych wydaniach Cope'a pierwotne zalecenia zostały gruntownie zrewidowane. Ale postępują tak, jakby niczego nie zauważyli. Następnego dnia po operacji Noxa zapoznałem się z kilkoma publikacjami na ten temat. Kiedy powołałem się na nie w rozmowie z głównym chirurgiem, ten powiedział tylko:

- To bzdury. Każdy chirurg ci to powie.

41 Zależy to od intensywności bólu oraz od tego, czy pacjent wcześniej zażywał leki o działaniu narkotycznym. Osoby stale zażywające tego typu leki wymagają dawek tak dużych, że mogłyby one prowadzić do śmierci u tych, którzy nigdy wcześniej takich leków nie zażywali lub robili to dawno temu.

W pewnym sensie miał rację. Jak strusie chowające głowę w piasek, jego nauczyciele bez wyjątku zgodziliby się z nim.

Problem wcale nie polega na tym, że chirurdzy nic nie wiedzą o istniejących dowodach. Po prostu uznają, że dowody nijak się mają do ich praktyki. W 1991 roku następca sir Zachary'ego Cope'a doktor William Silen, który weryfikował również jego książkę, postawił bardzo przenikliwą i niestety bardzo trafną diagnozę. W miejsce dawnego pseudoaksjomatu dotyczącego podawania morfiny wstawił następujący tekst na temat niepodawania leków przeciwbólowych: „Tę okrutną praktykę należy potępić, ale przypuszczam, że minie mnóstwo czasu, zanim uda się wyplenić tę zasadę, tak głęboko zakorzenioną w umysłach lekarzy”. W ciągu kolejnych lat niewiele się w tej kwestii zmieniło.

Obecnie często mówi się o tym, że lekarze nie potrafią i nie chcą leczyć bólu u pacjentów (i niewątpliwie jest to prawda). Często dodaje się, że brakuje im współczucia. Ale źródła tego problemu biją znacznie głębiej. Ogarnia on swoim zasięgiem cały system opieki medycznej. Współczesna medycyna definiuje chorobę w ramach teorii niewydolności narządów, która głosi, że symptomy takie jak ból to zaledwie zewnętrzne objawy choroby albo wadliwego funkcjonowania jakiegoś wewnętrznego organu. Wyobraźmy sobie, że idziemy do mechanika samochodowego z powodu dziwnego dźwięku wydobywającego się z samochodu. Zdziwiłoby nas, gdyby mechanik pogrzebał w podwoziu, wzruszył ramionami, wyjął z kieszeni zatyczki do uszu i kazał nam je nosić w czasie jazdy samochodem. Jednak lekarzy, a szczególnie chirurgów, uczy się, by właśnie w ten sposób myśleli o lekach przeciwbólowych. Wiele badań (których wyniki właściwie wskazują na to samo) powinno było zmienić ten błędny sposób myślenia już wiele dekad temu, ale pseudoaksjomat wciąż żyje i ma się dobrze.

Uparte chowanie głowy w piasek w obliczu niezbitych dowodów jest tak częste u lekarzy, że te fałszywe przekonania zyskały sobie miano „strusich pseudoaksjomatów”. I jest ich legion. W 1944 roku bardzo popularny podręcznik poświęcony chirurgii ręki głosił, że „nigdy nie powinno się wstrzykiwać epinefryny (adrenaliny) do palca, bo może to powodować gangrenę”. Adrenalina to pożyteczny dodatek do leków znieczulających, gdyż powoduje, że działają silniej i dłużej. Można ją wstrzykiwać do palców i innych części ciała przy niewielkich zabiegach operacyjnych, ale w myśl przytoczonej tu opinii nie powinno się jej stosować w czasie operacji palców. Autorzy podręcznika opierają tę budzącą groźbę tezę na dowodach wywiedzionych z analiz kilku przypadków wystąpienia na palcach pęcherzy prowadzących do amputacji, po, jak mogłoby się zdawać, niezbyt poważnym zabiegu. Ale w wielu z tych analiz wyraźnie zaznaczono, że w czasie operacji nie używano adrenaliny. W większości wspomina się także o tym, że pacjenci wrócili do domu po zabiegu i jak twierdzili, zanurzyli palec we wrzącym kwasie borowym. Choć zakrawa to dziś na szaleństwo, ówczasnie stosowano taką właśnie metodę dezynfekcji po operacji. I stąd brały się pęcherze na palcach. Pęcherze rzadko towarzyszą infekcjom, ale prawie zawsze stanowią wynik poparzenia. W większości przypadków palce pacjentów zanurzano w gorącej wodzie lub kwasie borowym jeszcze przed ustąpieniem znieczulenia, dlatego nie czuli oni, że ich palce dosłownie się gotują. W tych przypadkach nie mogło być mowy o gangrenie, a już na pewno nie była to wina adrenaliny.

Ale czytelnicy owych podręczników (i ich wydawcy) nigdy nie zapoznali się z tymi badaniami i nie sprawdzili wiarygodności tych danych. Dlatego proponowana teza tak bardzo się upowszechniła. Po ponad sześćdziesięciu latach znakomita większość lekarzy nadal twierdzi, że stosowanie adrenaliny to niczym nieuzasadniony błąd lekarski, który skazuje pacjenta na amputację palca. Widziałem, jak zachowują się lekarze, kiedy zapoznają się z tymi danymi. Widziałem, jak pokazuje się im podręcznik i każde skonfrontować stawianą tam tezę z wynikami przytoczonych badań. Wreszcie pokazuje im się najnowszą literaturę medyczną, która odnotowuje tysiące przypadków bezpiecznego użycia adrenaliny przez współczesnych chirurgów ręki (tych kilku nielicznych, którzy wiedzą, że stosowanie w tym wypadku adrenaliny nie prowadzi do niebezpiecznych konsekwencji). W obliczu ogromnej liczby niepodważalnych dowodów rozsądni i inteligentni lekarze wykazują nieracjonalny upór. Dziś wciąż jeszcze na uczelniach medycznych i w

czasie praktyk naucza się pseudoaksjomatu na temat adrenaliny. Dla jednych to pseudoaksjomat, dla innych strusi pseudoaksjomat.

Lekarze - zresztą jak wszyscy - często wolą trwać przy zdobytej już wiedzy i nie lubią, kiedy próbuje się ich przekonać, że zostali źle wykształceni. Próba przekonania ich, że powinni bardziej intensywnie leczyć ból, żeby zrezygnowali z przepisywania antybiotyków na choroby gardła albo zaczęli stosować adrenalinę, kiedy znieczulają palec, może zostać odczytana jako atak na same podstawy wiedzy medycznej i lekceważenie dla wyników wieloletniej praktyki. To dość wysoka stawka, dlatego lekarze czasem nie tylko wierzą, że coś jest prawdą, ale także chcą, żeby tak było. A jeśli chce się, żeby coś było prawdą, to fakty zdają się temu podporządkowane, niezależnie od siły dowodów.

To prowadzi nas do kolejnego pseudoaksjomatu, być może najpopularniejszego i najszerzej przyjętego za prawdę w ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat. Każdy chce, by był on prawdą.

Gerard był chudym nastolatkiem z uśmiechem od ucha do ucha i tak przesadnie kołyszącym się chodem, że zdawało się, że chłopak kuleje. Kiedy wszedł do klasy, stałem przy tablicy. Podniósł do góry rękę i ogłosił:

-Heja, nie mam zamiaru dotykać swoich jaj!

Sala wypełniona nastoletnimi chłopcami wybuchła śmiechem, rozległy się okrzyki, przybijano piątkę. To były moje pierwsze zajęcia w ramach cyklu spotkań z uczniami szkół średnich w mojej dzielnicy. Organizował je dziekan mojej uczelni. Poświęcone były nowotworowi jąder i miały uczyć młodzież metod samodzielnego badania. (Dziewczęta spotykały się ze studentką medycyny, która pokazywała im, jak badać piersi, i rozmawiała z nimi o raku piersi i innych problemach ginekologicznych. Mieliśmy na takie spotkanie godzinę).

Przedstawienie tematu zajęć zajęło mi dziesięć minut (obawy Gerarda okazały się nieuzasadnione, niczego nie pokazywałem), a potem rozdałem kartki, na których uczniowie mogli anonimowo zapytać mnie, o co tylko chcieli. Tak, podkreśliłem, anonimowo. Obiecałem, że każde pytanie przeczytam na głos i odpowiem na nie najlepiej, jak potrafię.

Na pierwszej kartce nabazgrano wielkimi literami: „WALISZ KONIA?”.

Niektórzy przybijali piątkę, tańczyli i wydawali okrzyki. Kiedy się uspokoili, próbowałem odpowiedzieć na pytanie, które - jak mi się wydawało - tak naprawdę chciał zadać jego autor. Wyjaśniłem, że z biologicznego i medycznego punktu widzenia masturbacja to normalne zachowanie, które nie wywołuje żadnych negatywnych konsekwencji. Niektórzy mieli pewne podejrzenia.

-A od tego nie psuje się wzrok?

-Ale piłkarze nie powinni?

Powiedziałem, że nie ma żadnych przeciwwskazań. Bawcie się dobrze.

Przez kolejne kilka minut odpowiadałem na następne pytania, aż wreszcie dotarłem do piątej kartki. Napisano na niej pytanie, które - jak się potem okazało - chciał zadać każdy. Padło ono niezawodnie, właściwie w każdej szkole, którą odwiedziłem, w biednych i bogatych dzielnicach, na przedmieściach i w centrum miasta, w dużych i małych szkołach. Kiedy je przeczytałem, w sali zapadła cisza. Wszyscy patrzyli na mnie wyczekująco, poza Gerardem, który powiedział tylko:

-No właśnie - i puścił do mnie oko, jakbyśmy jechali na tym samym wózku.

Pytanie na kartce brzmiało: „Gdzie jest punkt G?”. Przez następne pięć minut wszyscy słuchali mnie z niezwykłą koncentracją.

W 1982 roku poglądy na kobiecą seksualność zmieniły się radykalnie. Alice Ladas, Beverly Whipple i John Perry napisali książkę pod tytułem *The G Spot and Other Discoveries About Human Sexuality* (Punkt G i inne odkrycia w dziedzinie ludzkiej seksualności). Twierdzą w niej, że w pochwie istnieje specyficzny anatomiczny punkt o niezrównanym potencjale seksualnym.

Stymulowanie go może prowadzić u kobiety do niemal natychmiastowego i niezwykle silnego orgazmu. Na dowód przywołali badania dowodzące jego istnienia, szczególnie opublikowany w 1951 roku artykuł doktora Ernesta Grafenberga, szanowanego nowojorskiego ginekologa. Jak twierdzą autorzy książki, to właśnie w tym artykule po raz pierwszy pojawiła się wzmianka o istnieniu tej nader wrażliwej sfery, dlatego nadali jej nazwę od pierwszej litery nazwiska Grafenberg.

W używanych dziś podręcznikach akademickich do seksuologii mówi się o tym punkcie dość często, traktując jego istnienie jako niepodważalny fakt. Ankiety przeprowadzane wśród czynnych zawodowo kobiet w ciągu ostatnich dwudziestu lat wykazują, że zdecydowana większość respondentek uparcie wierzy, że posiada punkt G. Biorąc pod uwagę to, jak radykalnie zmieniła się nasza wiedza na temat seksualności oraz anatomii organów płciowych od momentu opublikowania wspomnianej na początku książki, warto przyrzeć się bliżej artykułom naukowym, na które powołują się jej autorzy, wspierając stawiane tezy. Czy więc istnienie punktu G to aksjomat, czy pseudoaksjomat?

W 1950 roku „International Journal of Sexology” opublikował artykuł Grafenberga zatytułowany *The Role of Urethra in Female Orgasm* (Rola cewki moczowej w orgazmie kobiecym). Autor koncentruje się przede wszystkim na „oziębłości”, używając tego terminu na określenie niezdolności kobiety do osiągnięcia szczytowania w czasie stosunku. Omawia sfery erogenne, zaliczając do nich także cewkę moczową (ujście kanału prowadzącego z pęcherza moczowego na zewnątrz). Ten przegląd ma raczej niewiele wspólnego z naukową prezentacją. Grafenberg przechodzi od jednej anegdoty do drugiej, relacjonując je dość rozwlekłe. Jedna z nich opowiada o pacjentce, która często pytała, czemu nie może osiągnąć orgazmu z mężem. Dobrotliwy lekarz zasugerował, że może powinna spróbować współżyć z innym mężczyzną. Następnego ranka zdyszany głos w słuchawce poinformował go, że miał rację. Wśród dobrodusznych opowiadań, które można by z powodzeniem snuć przy kominku, jest wzmianka na temat punktu G: „Hardenberg wspomina, że obecność nerwów stwierdzono tylko wewnątrz pochwy, w jej wewnętrznej ścianie, niedaleko podstawy łechtaczki”. I dalej: „Mogę to potwierdzić osobistym doświadczeniem z wieloma kobietami”.

Można by się spodziewać, że to raczej mgliste napomknienie nie może służyć za jedyny dowód istnienia tego punktu, ale tak właśnie jest. Grafenberg nie powołuje się na żadne naukowe dane potwierdzające istnienie takiego punktu. Po prostu swoim doświadczeniem zaświadcza o prawdziwości tezy postawionej przez kogoś innego, kto twierdzi, że wewnątrz pochwy istnieją nerwy. Na tym koniec, dyskusja zamknięta⁴². W uważającym się za naukowe czasopiśmie powinny pojawiać się przynajmniej zdawkowe przypisy odsyłające czytelnika artykułu do innych naukowych źródeł dowodzących tezy, że takie nerwy i punkt G w ogóle istnieją. Ale takich przypisów w artykule nie ma.

Brak dowodów zgadza się z ogólną polityką wydawniczą „International Journal of Sexology”, który wiódł krótki i raczej mało chwalebny żywot od 1949 do 1951 roku. Mimo to można zidentyfikować artykuł, do którego nawiązuje Grafenberg, jeśli przestudiuje się uważnie literaturę naukową na ten temat sprzed 1950 roku. Napisała go pochodząca z Pensylwanii Esther Hardenbergh (Grafenberg błędnie zapisał to nazwisko) i opublikowano go również w „International Journal of Sexology”, niedługo przed tekstem Grafenberga.

Esther Hardenbergh (która nie legitymowała się żadnym tytułem naukowym) w artykule pod tytułem *The Psychology of Feminine Sex Experience* (Psychologia kobiecego doświadczenia seksualnego) omawia wyniki ankiety, którą przeprowadziła, prosząc respondentki o opisanie własnego stanu umysłowego w czasie orgazmu. Swój tekst okrasza bardzo barwnymi opisami, a

42 Choć Grafenberg nie przytacza żadnych dowodów, to w innym miejscu w artykule twierdzi - pisząc podobnie gawędziarskim stylem - że ten rejon, tak jak wiele innych, to osobne sfery „erogenne”. Należy do nich cewka moczowa („Wdziałem na własne oczy dwie młode kobiety, stymulujące swoje cewki moczowe spinkami do włosów”) i ucho (a szczególnie „wsadzanie penisa do otworu słuchowego”).

próbując wesprzeć wyniki ankiet danymi biologicznymi, twierdzi w pewnym momencie: „Udowodniono istnienie nerwów wewnątrz pochwy, tylko w okolicy ujścia, w pobliżu podstawy łechtaczki”. Ponownie mało wymagający wydawcy czasopisma nie poprosili Hardenbergh o dostarczenie jakichś dowodów, powołanie się na konkretne badania czy źródła naukowe. Czytelnik sam musi zdecydować, na jakiej podstawie stawia ona te tezy. To zresztą jedyna wzmianka na ten temat w jej tekście⁴³.

Gdyby udowodniono istnienie nerwów w tym rejonie, to odkrycie mogłoby wesprzeć teorię o epicentrum doznań seksualnych (każda wrażliwa okolica musi być unerwiona). Ale niestety fakty temu przeczą. Przeprowadzane od dwustu lat badania anatomiczne prowadzone przez ekspertów nie stwierdziły obecności czuciowych włókien nerwowych w ścianie pochwy⁴⁴.

Artykuły Grafenberga i Hardenbergh to niezwykle ciekawa, choć oczywiście z naukowego punktu widzenia nedorzeczna lektura. Warto jednak zauważyć, że ani jedno, ani drugie nie próbowało ustalić istnienia nieodkrytej dotąd sfery anatomicznej czy choćby powołać się na odkrycia innych. Teoria o istnieniu włókien nerwowych w ścianie pochwy to w obu tekstach zaledwie marginalna wzmianka. Natomiast książka *The G Spot* dostarcza dalszych „dowodów” na istnienie tego punktu: dwa raporty opublikowane trzydzieści lat po tekstach Grafenberga i Hardenbergh. Pierwszy omawiał przypadek kobiety twierdzącej, że w czasie szczytowania ma kobiecy wytrysk. Po zbadaniu pacjentki stwierdzono u niej obecność widocznej, namacalnej sfery odpowiedzialnej za przyjemne doznania w czasie stymulacji. Co więcej, „miejsce to powiększało się dwukrotnie pod wpływem stymulacji”. Raport opublikowany w „*Journal of Sex Research*” wspomina, że badający kobietę lekarz również był początkowo zdumiony, ale „później przeczytał artykuł Grafenberga (z 1950 roku) i doszedł do wniosku, że ten obszar (...) to punkt Grafenberga“.

Drugi raport to opis „seksuologicznego” badania jedenastu ochotniczek, dla których „telewizyjny *talk-show* stanowił główny powód do wzięcia udziału w badaniu” i z „których sześć twierdziło, że miewa wytrysk”. Badający „stwierdzili obecność obszarów podobnych do innych opisów punktu Grafenberga u czterech spośród jedenastu kobiet”. Jednak wedle mojej wiedzy, w momencie opublikowania tego drugiego raportu (w latach osiemdziesiątych) nie istniały żadne „inne opisy”, poza wspomnianym już poprzednim raportem. Trzeba również pamiętać, że oba raporty pisali współautorzy *The G Spot*, który ukazał się rok później i sprzedał się w milionie egzemplarzy. Do dziś, choć od momentu publikacji tej książki minęło dwadzieścia pięć lat, nikt nie potwierdził tego odkrycia w niezależnej pracy naukowej, mimo że autorzy książki twierdzili, iż obszar punktu G jest namacalny i widoczny, łatwo go wyczuć i dostrzec - a więc nietrudno go znaleźć⁴⁵.

Seksuolodzy często toczą spory o istnienie „kobiecej prostaty”, szczątkowej tkanki, która na poziomie embrionalnym stanowi odpowiednik prostaty u mężczyzn i której mikroskopijne ślady zostały stwierdzone w okolicy cewki moczowej u kobiet. U 10 procent kobiet ta tkanka może być usytuowana w przedniej części pochwy. Niektórzy badacze wskazywali, że ta tkanka może stanowić strefę erogenną, ale nigdy nie zostało to dowiedzione naukowo, podobnie jak nie udowodniono obecności nerwów w tej okolicy. Jeśli to miejsce jest punktem G, to teoretycznie

43 Co bardzo interesujące z historycznego punktu widzenia, po tym, jak Grafenberg poparł tezę Hardenbergh o istnieniu włókien nerwowych w tym miejscu, w kolejnej wersji swojego artykułu zajął nieco inne stanowisko, twierdząc "Jestem pewien, że nerwy nie są w tym wypadku potrzebne".

44 Nic mi nie wiadomo na temat obecności w wewnętrznej ścianie wagi włókien nerwowych zdolnych do odbierania bodźców poza tymi, które wywołują odczucie bólu. Czasem może pojawiać się uczucie nacisku spowodowane rozciąganiem się i ruchem sąsiednich narządów, ale doznanie to nie ma nic wspólnego z wrażliwością wewnętrznej powierzchni macicy na dotyk. Nie może zatem być mowy o przyjemnych doznaniach. Tę kwestię badało wielu anatomów.

45 Również ta kwestia budzi kontrowersje: autorzy książki przyznają, że ten punkt trudno jest znaleźć. To dziwne, ale i sprytnie posunięcie: w przypadkach, na które się powołują, kiedy dowodzą istnienia punktu G, miał on być wyraźny i zauważalny bez trudu. W książce nie przytacza się żadnych nowych dowodów, a ponieważ nie została ona oddana w ręce żadnego naukowego recenzenta przed publikacją (a cytowane badania tak), podaję odnośniki do tych właśnie badań konkretnych przypadków.

posiada go mniej niż 10 procent kobiet i ma on mikroskopijne rozmiary, a więc nie da się go zobaczyć ani wyczuć.

A jednak istnienie punktu G urosło do rangi społecznego pseudoaksjomatu na temat seksualności. Dorośli przekazują wiedzę o nim nastolatkom z pokolenia na pokolenie, wspomina się o nim w podręcznikach i w mediach. Wywiera to szkodliwe i trwałe rezultaty. Wiele kobiet z pewnością martwiło się tym, że nie może u siebie znaleźć punktu G. W obliczu braku przeczących im naukowych danych i faktów - a czasem nawet wbrew takim danym i faktom - pseudoaksjomaty mogą oddziaływać z ogromną siłą i żyć własnym życiem, rozpowszechniając się wśród lekarzy, naukowców i opinii publicznej.

Kiedy Gerard zadał swoje pytanie, powiedziałem to, co wiem. Objąsniłem kobiecą anatomię, co na szczęście bardzo zainteresowało słuchaczy. Wyjaśniłem, że istnienia punktu G nie dowiedziono ostatecznie, ale Gerard podszedł do mnie po zajęciach i zapytał, co wiem na ten temat. Musiałem przyznać, że wiem bardzo niewiele, i jeszcze tego samego wieczoru zajrzałem do literatury medycznej. Napisałem do Gerarda o tym, czego udało mi się dowiedzieć. Nie ukrywał rozczarowania, ale zachował optymistyczną postawę, jak każdy, kto chce, żeby coś było prawdą. „A może jednak istnieje?” - powiedział.

Doktor Sydney Burwell, od 1935 do 1949 roku dziekan wydziału medycznego Uniwersytetu Harvarda, zwykł powtarzać studentom, że w ciągu dziesięciu lat połowa tego, czego się nauczyli, studiując medycynę, okaże się nieprawdziwa. Od kiedy te słowa opublikowano, wielokrotnie badano trwałość i żywotność „faktów” w literaturze medycznej. Szacunki Burwella okazały się niezwykle dokładne. Jego słowa często cytuje się w czasie ceremonii pożegnania studentów medycyny i powołują się na nie analizy stanu systemu edukacji medycznej. Trudno przecenić wnikliwość i słuszność tego słynnego twierdzenia. Burwell doskonale wiedział, że większość z tego, czego nauczył się w czasie studiów, to nie fakty, lecz interpretacje, i że tak naprawdę jesteśmy tylko przedstawicielami raczkującej dopiero gałęzi nauki. Chciał, aby studenci zdali sobie sprawę z tego, że to na nich spoczywa odpowiedzialność za nieustanne dokształcanie się, weryfikowanie własnej wiedzy, oduczanie się i ponowne uczenie w miarę rozwoju nauki i ewolucji „faktów”.

Gdyby Burwell jeszcze żył, zobaczyłby, że lekarzy wciąż się uczy, iż aby zredukować zachorowalność na gorączkę reumatyczną, należy leczyć infekcję paciorkowcową za pomocą antybiotyków. Ten „fakt” mógł być prawdziwy w bazie Warrena w latach czterdziestych dwudziestego wieku, ale dziś szkodliwość antybiotyków okazuje się większa niż przynieszone przez nie korzyści. Dowody zmuszają nas, abyśmy się tego oduczyli. To samo dotyczy niebezpieczeństwa podawania adrenaliny przy operacji palca i leków narkotycznych stosowanych w przypadku bólu brzucha. Jeśli chodzi o punkt G, nie ma wiarygodnych dowodów na jego istnienie. Oczywiście Gerard mógłby powiedzieć, że brak dowodów to nie dowód, że czegoś nie ma. I pewnie miałby rację - może punkt G istnieje.

Nauka ma swoje ograniczenia. Każdego dnia z powodu braku dowodów lekarze muszą podejmować decyzje oparte jedynie na niepewnych przesłankach. W wielu dziedzinach medycyny można udzielić godnych zaufania i popartych dowodami odpowiedzi. I te odpowiedzi nie budzą wątpliwości. Często lekarze nie wiedzą, że istnieją dowody świadczące przeciwko ich praktyce opartej na ślepej wierze w to, czego nauczyli ich poprzednicy. A czasem lekarze doskonale wiedzą, że takie dowody istnieją, ale uparcie trwają przy dawnych poglądach i praktykach.

Hipokrates przez lata próbował oddziaływać na innych lekarzy i zreformować medycynę i niejednokrotnie napotykał opór. Z typową dla siebie wnikliwością w przedmowie, którą napisał do tekstu na temat ludzkiego zdrowia, wyjaśniał, że wiele proponowanych przez niego nowych i nieznanych jeszcze koncepcji nie znajdzie od razu uznania w oczach jego kolegów, bo nie zgadza się z tym, czego oni sami kiedyś się uczyli: „Większość ludzi po wysłuchaniu jednej osoby objaśniającej jakieś zagadnienie nie chce już słuchać tych, którzy podejmują dyskusję z pierwszym mówcą. Nie wiedzą, że aby dowiedzieć się, które twierdzenia są prawdziwe, trzeba tyle samo inteligencji, ile do dokonania nowych odkryć”.

NIE WIERZYM W REAKCJĘ NA ZNACZENIE

PARADOKS PLACEBO

Ref był zawodowym sędzią piłkarskim w Europie w latach sześćdziesiątych i od tamtej pory kazał nazywać się tylko tym skrótem od słowa „referee” („arbiter”). Był chudym, kłótliwym weteranem drugiej wojny światowej. Z powodu raka gardła wycięto mu krtań i zrobiono tracheotomię. Patrzył na wszystkich krzywo, jakby chciał rzucić na nich zły urok. W ambulatorium znaleźliśmy Refa bardzo dobrze, głównie dlatego, że kilka razy trafił do nas z lekkim zapaleniem płuc. Ale kiedy tym razem przywieziono go ambulansem, walczył o życie. Siedział, opierając dłonie na kolanach, pocił się i nie mógł złapać oddechu. Szybko się nim zajęliśmy, bo jego serce biło z zawrotną szybkością, a nasycenie tlenem spadało. Żyły na szyi nabrzmiały, a mięśnie między żebrami napinały się do granic możliwości, kiedy podejmował kolejną próbę zaczerpnięcia powietrza. Przez maskę podaliśmy mu tlen zmieszany z rozpylonym lekiem, podłączyliśmy kroplówkę i szybko wykonaliśmy zdjęcie rentgenowskie. Po trwającej dwadzieścia minut walce, która nie przynosiła widocznej poprawy, Ref nagle przestał oddychać. Jego skóra nabrała ziemistego koloru, a pot płynął z niego strumieniami. Przygotowywałem się na najgorsze. Ref położył się na plecach, wbił wzrok w sufit i przez chwilę w ogóle się nie ruszał. Nagle szybko zgiął się w pół, a z dziury w jego szyi wypłynął kulisty czop flegmy. Terapeuta oddechowy odwrócił się i zwymiotował do kosza na śmieci. Ref położył się znowu ze złośliwym uśmiechem na twarzy i oddychał swobodnie. Jego twarz nabrała kolorów, a funkcje życiowe wróciły do normy. Flegma zatykała tchawicę, dlatego się dusił. Niebezpieczeństwo minęło.

W sali zapadła pełna zdumienia cisza i tylko jedna pielęgniarka wykrzyknęła:

-Udało się, Ref!

W ciągu kilku minut Ref pozbiierał się, przybrał dyżurny zły wyraz twarzy, choć tym razem dostrzegłem w nim także nutę ironii.

Kilka minut później radiolog wezwał nas pilnie, informując, że prześwietlenie wykazało, że u chorego doszło do perforacji jelit. Zdziwiło mnie to, więc poszedłem na salę Refa, który czuł się dobrze. Zbadalem jego brzuch - był miękki i nie bolał. Potem obejrzałem jeszcze raz zdjęcie rentgenowskie. Świącie przekonany, że to błąd, poprosiłem o powtórzenie prześwietlenia. Drugie dało taki sam wynik. Zdumieni poprosiliśmy o konsultację zespół chirurgów, bo mieliśmy nadzieję, że to jakieś nieporozumienie. Chirurgzy zbadali Refa i poinformowali nas i jego, że trzeba natychmiast go operować, żeby zszyć przerwane jelito.

Ref popatrzył na lekarzy z pogardą i nie zgodził się na operację.

Jako młodszy lekarz nie odzywałem się, ale pozostali wdali się w dyskusję. Chirurg zapytał o radę radiologa, który potwierdził swoją diagnozę. Ref patrzył spode łba na każdego lekarza, który do niego podchodził. W ostatnim desperackim geście chirurg skonsultował się z wezwanym psychiatrą, który stwierdził, że Ref jest niepoczytalny. Zabrano go na operację wbrew jego woli. Ref kręcił głową, kiedy wieziono go na salę operacyjną. Próbowałem go uspokoić.

-Wszystko będzie w porządku, Ref, nie takie rzeczy przeszedłeś.

Na sali operacyjnej okazało się, że jelita Refa nie zostały rozerwane.

Fragment jelita grubego wsunął się na wątrobę i ta rzadka sytuacja spowodowała, że na zdjęciu rentgenowskim wyglądało to jak perforacja jelita. Ref powoli wrócił do zdrowia, choć przeszedł ciężkie zapalenie płuc na oddziale intensywnej terapii. Żałowałem, że go wtedy nie poparłem.

Dwa miesiące później spotkałem Refa, który przyszedł na wizytę do kliniki ze swoją opiekunką. Postępując wbrew wszelkim zasadom, przeprosiłem go. Spojrzał na mnie złowrogo. Opiekunka powiedziała mi, że od czasu operacji ma lepszy apetyt i często powtarza, że lepiej się czuje. Uwierzył, że operacja przyniosła dobry skutek. Zanim wyszedł, nachylił się do mnie i szeptem powiedział:

-Dzięki, chłopcze.

I znowu zdawało mi się, że w jego głosie słyszę ironię.

Zawsze byłem przekonany, że popełniłem błąd, pozwalając, by Refa operowano wbrew jego woli. Otumaniono go lekami, a do jego ciała wprowadzono rurki i przewody, potem rozcięto jamę brzuszną i naruszono wnętrzności. Właściwie można by powiedzieć, że było to porwanie i naruszenie nietykalności cielesnej. Ale mimo to Ref miał wrażenie, że operacja mu pomogła. Na sali operacyjnej nie wykonano żadnego zabiegu, który mógłby poprawić stan zdrowia Refa. Co więcej, zapalenie płuc po operacji o mało nie zakończyło się jego śmiercią. Dlaczego więc czuł się lepiej?

W 2002 roku opublikowano wyniki niezwyklego badania przeprowadzonego przez VA Medical Center w Houston. Dotyczyło ono choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego. Powoduje ona ból i uniemożliwia poruszanie się z powodu scieżczenia i degradacji chrząstki (wyściółki) w stawach. Czasem u chorych wykonuje się operację polegającą na spiłowaniu ostrych krawędzi chrząstki, a czasem na „wypłukaniu” wnętrza stawu kolanowego. Pacjentów objętych tym badaniem podzielono na trzy grupy: w pierwszej grupie spiłowano chrząstkę w kolanie, u drugiej wypłukiwano kolano, a w trzeciej dokonywano pozorowanego zabiegu. Kiedy pacjenta przywożono na salę operacyjną, podawano mu narkozę, a chirurgowi wręczano kopertę z instrukcją, którą operację ma wykonać. Jeżeli na kartce widniał napis „placebo”, wykonywano jedynie trzy nacięcia na skórze, bez interwencji chirurgicznej na kolanie. Na wypadek gdyby pacjent podświadomie coś usłyszał albo poczuł, rozpryskiwano wodę - ten dźwięk miał go upewnić, że wykonywana jest operacja. Personel na sali zaprzysięgnięto, by nie wydał tajemnicy, a poza salą operacyjną nikt nie wiedział, któremu zabiegowi poddano pacjenta.

Rezultaty badania były szokujące, nawet dla ortopedów, którzy na co dzień wykonują operacje kolana. Fałszywe operacje okazały się nie mniej skuteczne niż oba rodzaje prawdziwych. Właściwie nie powinno to nikogo dziwić. Chorobę zwyrodnieniową stawów powoduje scieżczenie chrząstki w kolanie i nigdy nie dowiedziono, dlaczego spiłowanie chrząstki albo wypłukanie stawu to skuteczne metody leczenia. Przecież ani jedna, ani druga nie odwraca procesu scieżczenia chrząstki. Ale najbardziej zdumiewające jest to, że u pacjentów we wszystkich grupach odnotowano znaczne ustąpienie dolegliwości bólowych i usprawnienie ruchu. W artykule poświęconym temu badaniu oraz innemu zakrojonemu na mniejszą skalę badaniu wykonanemu przez tych samych naukowców przytacza się wypowiedź mężczyzny, który w czasie wywiadu po operacji powiedział, że mógł kosić trawę w ogródku i chodzić do woli. I dodał: „Operowano mnie dwa lata temu i od tamtego czasu mam w pełni sprawne kolano. Zupełnie jak nowe”. Należał do grupy placebo.

Od lat toczy się dyskusja na temat tego, czy efekt placebo to fakt, czy mit. Przytoczone powyżej badanie przemawia za tym, że placebo istnieje. Choroba zwyrodnieniowa stawów to bardzo poważne i postępujące schorzenie, a operacja placebo zmieniła życie wielu pacjentów. Na dodatek przyniosła tak dobre efekty, jak dwie pozostałe i (wciąż) najpopularniejsze metody leczenia tej choroby. Niektórzy jednak utrzymywali, że autorzy tego badania mieli po prostu szczęście. Twierdzono, że ból kolana to bardzo subiektywne odczucie i można go kontrolować za pomocą

odpowiednich środków perswazji psychologicznej. Przecież każdego czasem boli kolano. Spróbujmy więc wziąć przykład badania mniej naznaczonego subiektywizmem, wykonano je bowiem na sercu. Organ ten umiejscowiony jest głębiej w ciele, a zatem trudniej go kontrolować za pomocą samej siły perswazji.

Pod koniec lat trzydziestych dwudziestego wieku kardiolodzy opracowali nową metodę leczenia poważnie zwężonych tętnic wieńcowych, które wywoływały u pacjentów nawracający ból w klatce piersiowej. Polegała ona na wykonaniu dwóch nacięć w ścianie klatki piersiowej i podwiązaniu dwóch niepotrzebnych tętnic dostarczających krew do wewnętrznych ścian klatki piersiowej. Teoretycznie miało to spowodować powrót części krwi do serca, a więc zwiększenie jej przepływu przez tętnice serca i zredukowanie bólu w klatce piersiowej. Wstępne raporty donosiły, że metoda ta przynosi znakomite rezultaty, a badania poszczególnych przypadków dowiodły, że 75 procent operacji kończy się sukcesem. Przez kolejne dwie dekady operacja ta była niezwykle popularna. Tymczasem pod koniec lat pięćdziesiątych dwóch badaczy przeprowadziło niezależnie od siebie badania o uderzająco podobnych rezultatach. Porównywali oni ten zabieg z fikcyjną procedurą (placebo) polegającą na nacięciu ścian klatki piersiowej i zszytych jej bez uprzedniego podwiązania tętnic. Badania te potwierdziły skuteczność prawdziwej operacji. W grupie pacjentów, u których ją wykonano, u 67 procent zniwelowano ból i zmniejszono zapotrzebowanie na leki. Po operacji pacjenci mogli wykonywać ćwiczenia, nie odczuwając ogromnego bólu w klatce piersiowej. Ale to fikcyjna operacja okazała się prawdziwym hitem: w tej grupie dokładnie taką samą poprawę stanu zdrowia odnotowano u 83 procent pacjentów.

Dalsze badania zakwestionowały słuszność teorii, na której opierała się operacja podwiązania tętnic. Nie istnieje bezpośrednie połączenie między tętnicami sercowymi a podwiązywanymi arteriami, a więc blokowanie tych drugich nie zwiększa przepływu krwi w sercu. Dlaczego więc przez tyle lat operacja ta przynosiła pozytywne rezultaty? Być może dlatego, że efekt placebo to fakt i może on oddziaływać na organy wewnętrzne, na przykład poprawiając przepływ krwi w sercu i zmniejszając ból. A może istnieje bardziej naukowe, „racjonalne” wyjaśnienie: tolerancja na ból w czasie wykonywania ćwiczeń to kwestia subiektywna i zależy od wysiłku i nastawienia. Być może znowu mamy tu do czynienia z manipulacją psychologiczną. Być może - jak dowodzili niektórzy - procedury placebo nie oddziałują na poziomie fizycznym, a prawdziwa różnica w tych badaniach brała się ze sposobu doświadczenia i opisu przez pacjentów ich objawów. Być może procedury placebo pozwoliły pacjentom pokonać lęk, ból i psychologiczne bariery, tak częste w czasie choroby, dlatego stali się podobni do osób, które potrafią przejść po rozżarzonych węglach. Aby przekonać sceptyków, trzeba jednak przeprowadzić badania, których wynik dałoby się zmierzyć za pomocą obiektywnych kryteriów. Najlepiej więc wybrać chorobę albo organ, na którego funkcjonowanie nie ma wpływu wysiłek ani ból, a który spełnia kluczową funkcję możliwą do zmierzenia. Na przykład choroba Parkinsona. Polega ona na tym, że niewielki obszar w mózgu zaczyna produkować coraz mniej neuroprzekaźnika dopaminy, co powoduje fizyczne objawy, które można zmierzyć. Narastające drżenie, kłopoty z chodzeniem, jedzeniem i przełykaniem, problemy z mimiką, ogólna utrata sprawności ruchowej - wszystkie te objawy towarzyszą chorobie Parkinsona i nie zależą od sposobu ich postrzegania czy wysiłku. Co więcej, choroba ta stanowi ogromne wyzwanie dla każdej terapii, prawdziwej czy placebo, z tego samego powodu, z którego jest tak trudna dla pacjentów. Stan chorych właściwie nigdy nie ulega poprawie. Choroba cały czas postępuje, szybciej lub wolniej.

W 2001 roku grupa badaczy związanych z Uniwersytetem Colorado, pracująca pod kierownictwem doktora Curta Freeda, opublikowała rezultaty niezwykle interesujących badań, będących owocem ponad dziesięcioletnich eksperymentów. Doktor Freed to jeden z tych niewielu naukowców, którzy przez wiele lat utrzymywali, że wszczepienie komórek mózgowych pobranych z ludzkiego płodu do niewielkiego obszaru w mózgu produkującego dopaminę mogłoby stymulować produkcję neuroprzekaźnika i złagodzić symptomy choroby Parkinsona. Doktor Freed, opierając się na tym założeniu, wykonał na dwóch grupach pacjentów prawdziwą i fikcyjną

operację. Ponieważ operacje mózgu są bardzo niebezpieczne, w badaniu wzięli udział tylko pacjenci z chorobą Parkinsona, którzy nie reagowali już na leki, a choroba postępowała u nich szybko i nieubłaganie, bo żadna terapia nie mogła jej już powstrzymać.

Operacja przyniosła dobre rezultaty. W cztery miesiące po jej przeprowadzeniu znacznie poprawiła się zdolność pacjentów do wykonywania codziennych czynności, jakość ich życia i sprawność motoryczna. W grupie, w której wykonano prawdziwą operację, odnotowano większą poprawę niż w grupie placebo, co oznacza, że metoda transplantacji może zdawać egzamin. Ale co równie istotne, poprawie uległ stan pacjentów, u których wykonano operację placebo w bardzo zaawansowanym stadium choroby. Powstaje zatem pytanie: czy efekt operacji placebo polegał na zwiększeniu poziomu wytwarzania dopaminy w mózgu chorych?

Zaledwie pięć miesięcy po opublikowaniu wyników badań doktora Freeda inna grupa badaczy, z Vancouver w Kanadzie, przedstawiła wyniki badań, które miały odpowiedzieć na to pytanie. Za pomocą techniki obrazowania zwanej pozytonową tomografią emisyjną (w skrócie PET) badacze stwierdzili, że w zaatakowanych chorobą Parkinsona komórkach w mózgu produkowana jest dopamina. Choć podobne badania wykonywano już wcześniej, tym razem wybrano szczególną grupę pacjentów: zarówno tych, których poddawano kuracji, jak i grupę placebo biorącą udział w testach nowego leku na chorobę Parkinsona wykonywanych w ich centrum medycznym. Badania PET wykazały, że u pacjentów z grupy placebo wyraźnie wzrósł poziom dopaminy wydzielanej przez zaatakowane chorobą komórki. Dzięki badaniom PET po raz pierwszy udało się zobaczyć, jaki efekt może wywołać u pacjenta placebo.

Ben prezentował wiadomości w lokalnej stacji telewizyjnej. Teraz jego zazwyczaj opalona twarz była blada. Pocił się, zaciskał zęby i trzymał się za bok. Wiercił się, nie mógł znaleźć wygodnej pozycji i powiedział, że czuje się tak, jakby ktoś uderzył go mocno w plecy. -Co to jest? Co się dzieje? - pytał.

-To mi wygląda na kamicę nerkową.

-Świetnie - powiedział przez zaciśnięte zęby. - I co teraz? Kiedy pielęgniarka podłączyła go do kroplówki, położyłem mu dłoń

na ramieniu i popatrzyłem prosto w oczy.

-Zaraz poczujesz się lepiej, Ben. Mamy tyle leków przeciwbólowych, że twój ból nie ma z nimi żadnych szans. Nie martw się, wiemy, jak sobie z nim poradzić.

Ben spuścił głowę i wziął głęboki oddech. Kiedy popatrzył na mnie po jakiejś minucie, jego twarz znowu nabrała kolorów. Spojrzał na kroplówkę i zobaczył, jak płyn spływa do żyły. Popatrzył na mnie.

-Ma pan rację, panie doktorze, od razu lepiej.

Nie powiedziałem mu, że kroplówka zawierała wodę i że jeszcze nie podaliśmy mu lekarstwa przeciwbólowego.

Operacje placebo dostarczają oczywistych i intrygujących dowodów na istnienie efektu placebo i dogłębnie zbadano skuteczność placebo jako środka przeciwbólowego, przeciwwymiotnego i uspokajającego. Dzięki tym badaniom zgromadziliśmy wiele istotnych informacji na temat efektu placebo:

Lepiej zażyć dwie tabletki niż jedną. Dwie dawki placebo szybciej radzą sobie z bólem niż jedna. Podobnie dzieje się wtedy, gdy placebo stosuje się jako środek pobudzający i uspokajający. W czasie jednego z badań lek placebo zmniejszył ból głowy. Ale kiedy lek placebo włożono do opakowania z logo znanego i szeroko reklamowanego lekarstwa z aspiryną, ta sama tabletka placebo oddziaływała znacznie silniej. Jeszcze skuteczniejsza okazała się tabletka aspiryny bez żadnych oznaczeń, a najlepiej sprawdziła się prawdziwa aspiryna oznaczona logo reklamowanego leku.

W Stanach Zjednoczonych zastrzyki placebo skuteczniej zwalczają ból niż tabletki placebo. W Wielkiej Brytanii natomiast tabletki i zastrzyki działają prawie tak samo. Ale i tam obie metody przynoszą znaczną ulgę pacjentom. Działające na zasadzie placebo przyrządy do zwalczania bólu kręgosłupa, które po przymocowaniu do ciała wydają dźwięki i migają światełkami, lepiej zwalczają ból niż terapeutyczne zabiegi wykonywane przez lekarza.

Kiedy u pacjentów wzbudzi się określone oczekiwania, a potem podłączy się ich do urządzeń placebo, twierdzą oni, że „czują” przepływ prądu. Niektórzy mówili nawet że to „wspaniałe uczucie”.

Równie często można zaobserwować efekt nocebo. To niepożądane symptomy występujące u pacjentów biorących placebo, takie jak opuchlizna twarzy, wysypka, zawroty głowy, suchość w ustach, mdłości, gorączka i wiele innych symptomów. Różowe i czerwone tabletki placebo mają działanie pobudzające, niebieskie zaś z reguły uspokajają. Wszystkie mogą wywoływać „względnie silne” reakcje. Antidotum niwelujące działanie narkotycznych leków przeciwbólowych również skutecznie przeciwdziało efektowi placebo podawanego jako środek przeciwbólowy.

Skupmy się na tym ostatnim punkcie, od dawna bowiem zaprzętał on naukowców. Lek zwany naloksonem, antidotum na środki narkotyczne, podaje się w przypadkach przedawkowania narkotyków. Działa szybko, niwelując efekty oddziaływania leków opioidowych. Pacjenci, którzy przedawkowali, budzą się, a ból, który złagodził narkotyk, powraca. Co zdumiewające, kiedy ból u pacjenta zredukowano za pomocą placebo, podanie naloksonu przeciwdziało również temu efektowi. Badacze uznali więc, że nalokson oddziałuje w ten sposób, bo w organizmie istnieją substancje podobne do opioidów, łagodzące ból, wytwarzane przez mózg. To tak zwane endorfiny i odkryto je dzięki temu, że eksperymenty z placebo wskazywały na ich istnienie. Kiedy Ben przestał odczuwać ból, po części dlatego, że powiedziałem, że tak się stanie, po części dlatego, że zobaczył i poczuł, jak płyn wprowadzony zostaje do jego żyły, poczuł ulgę i euforię za sprawą endorfin, leku narkotycznego wytworzonego przez jego własny organizm.

Trudno powstrzymać się przed cynicznymi uwagami w obliczu tych faktów. Piszczący przyrząd z migającymi światełkami - i to takie niezwykle? Ale lekceważenie opiera się na błędnym, choć rozpowszechnionym założeniu, że placebo to czysto psychologiczny trik, dzieło autosugestii. Wielokrotnie udowodniono już, że placebo nie jest psikusiem i że ci, którzy pozwalają się nabrać, nie są po prostu łatwowierni. Wiele badań bez większych rezultatów próbowało wskazać typ osobowości lub kluczowe cechy osób, na które placebo działa szybciej i skuteczniej. Okazuje się jednak, że wszyscy jesteśmy na nie równie podatni. Natomiast pojawienie się tego efektu i jego siła zależą od wielu czynników. Niebagatelną rolę odgrywa warunkowanie sprawcze, znane z eksperymentu Pawłowa. Określoną tabletkę, zastrzyk czy nazwę towarową wiążemy podświadomie z oddziaływaniem przeciwbólowym, dlatego nerwy zostają pobudzone, zachodzą reakcje biochemiczne, organizm zaś wytwarza substancje łagodzące ból. Ważne okazuje się także nastawienie. Oczekujemy złagodzenia bólu i sami odpowiadamy na swoje oczekiwania, uruchamiając takie wewnętrzne mechanizmy jak choćby ten produkujący endorfiny. Ważną rolę odgrywają i inne czynniki, w tym chęć wyzdrowienia, więź pacjenta z lekarzem, zaufanie do lekarza i tak dalej. Ale wszystkie te czynniki uzależnione są od jednego głównego i fundamentalnego czynnika: od percepcji.

Osobliwego dowodu na to, jaką rolę odgrywa percepcja w wywołaniu efektu placebo, dostarcza akupunktura. Na ręce istnieje miejsce zwane neiguan. Znajduje się ono na wewnętrznej stronie przedramienia, niedaleko nadgarstka. Specjaliści od akupunktury nazywają to miejsce również P6 i twierdzą, że ukłucie go przynosi ulgę w mdłościach i eliminuje odruch wymiotny. W badaniach porównujących akupunkturę w miejscu P6 z fikcyjnym zabiegiem (wbiciem igły w miejsce uznawane za nieaktywne albo stosowanie przyrządu, który jedynie wywołuje doznanie ukłucia igłą w P6) okazało się, że akupunktura zastosowana przed zabiegiem lub po nim w dużym stopniu redukuje występujące po operacji mdłości i wymioty. Efekt ten pojawia się jednak tylko wtedy, kiedy zabieg

akupunktury wykonuje się przed podaniem narkozy lub po wybudzeniu pacjenta, kiedy ma on pełną świadomość. Akupunktura nie oddziałuje na nieprzytomnych pacjentów. Oddziaływanie zabiegu akupunktury zależy w pełni od tego, czy pacjent ma świadomość, że poddano go tej procedurze. Ale prawdziwa akupunktura przynosi znacznie większą ulgę niż fałszywa akupunktura placebo. Zatem należy uznać, że zabieg ten ma rzeczywiste oddziaływanie fizjologiczne. Żeby odczuć jego oddziaływanie, trzeba najpierw zauważyć właściwy bodziec fizjologiczny.

Sceptycy twierdzili, że te badania nie dowodzą skuteczności efektu placebo na poziomie fizjologicznym, ból bowiem, a nawet uczucie mdłości, można określić tylko w subiektywnych kategoriach. Ale ilość dopaminy czy endorfin wydzielanych przez mózg da się obiektywnie zmierzyć. Proces powracania organizmu do zdrowia również ma obiektywny charakter. Tak jak wykazano, że dwie dawki placebo lepiej łagodzą ból niż jedna, badania endoskopowe wyściółki żołądka i jelit pokazały, że wrzody goją się szybciej, kiedy pacjentowi poda się dwie dawki placebo zamiast jednej. „Prawdziwe” lekarstwo obniża ciśnienie krwi, ale tak działa również „fałszywa” pigułka, choć nieco mniej skutecznie. „Prawdziwe” leki przeciwko astmie rozszerzają drogi oddechowe i ułatwiają oddychanie. Ale u pacjentów z astmą obserwuje się ten sam efekt, kiedy uprzedza się ich, że otrzymają lek na rozszerzenie dróg oddechowych, a potem każe im się wdychać placebo.

Chorzy reagują na placebo właściwie tak samo jak na prawdziwe leki i kuracje z zastosowaniem aktywnych składników. Badania nad lekiem obniżającym poziom cholesterolu we krwi wykazały, że ci, którzy zażyli prawdziwy lek, żyli dłużej niż ci, którzy brali placebo. A więc aktywny składnik leku zadziałał. Co więcej, ci, którzy regularnie brali prawdziwy lek, żyli dłużej niż ci, którzy czasem zapominali go zażyć. Ale ci, którzy regularnie stosowali placebo, również żyli dłużej niż ci, u których placebo podawano nieregularnie. Co zaś najbardziej zdumiewające, regularne zażywanie placebo bardziej zwiększało szanse na przeżycie niż przyjmowanie prawdziwego leku, ale w nieregularnych odstępach czasu.

Współczesna medycyna nie tak łatwo akceptuje istnienie efektu placebo, co ma swoje korzenie w toczonych od dawna dyskusjach filozoficznych. Podczas gdy Hipokrates traktował medycynę jako naukę o całym organizmie, zarówno ciele, jak i umyśle, współczesna medycyna opiera się na modelu kartezjańskim, zakładającym rozdzielenie ciała i umysłu. W ramach tego modelu ciało to skomplikowana maszyna złożona z organów, naczyń krwionośnych i nerwów, funkcjonująca wedle zasad przyczynowo-skutkowych i kontrolowana przez mózg. Z kolei mózg to złożony komputer regulujący funkcjonowanie poszczególnych części ciała, oddzielonych od umysłu, a także sprawowanie funkcji psychologicznych, jak abstrakcyjne myślenie i skomplikowane procesy poznawcze. Te procesy przebiegają na innym planie, fizjologicznie odrębnym od funkcji organów i naczyń krwionośnych czy nerwów. Tymczasem efekt placebo zdaje się lekceważyć granicę między ciałem i umysłem. Dlatego badania nad placebo domagają się szerokiego spojrzenia i uwzględnienia również procesów percepcji i innych procesów psychologicznych i umysłowych, które oddziałują na wewnętrzne funkcje fizjologiczne i same pozostają pod ich wpływem. Choć pod wieloma względami model kartezjański sprawdził się, to jednocześnie utrudnia nam zrozumienie efektu placebo. Trwałość tego modelu spowodowała także, że najpospolitsze znane nam choroby wciąż owiane są tajemnicą, a bardzo skuteczne metody leczenia urastają w naszych oczach do rangi cudu.

Layla miała dwanaście tygodni i ważyła sześć kilogramów. Od kiedy opuściła szpital w Bagdadzie, gdzie przyszła na świat na brudnej porodówce z pomocą niewykwalifikowanej pomocnicy pielęgniarki, nie żywiono jej odpowiednio, dlatego właściwie nie przybrała na wadze. Zobaczyłem ją w szpitalnym namiocie w otoczeniu rannych i okaleczonych ofiar wojny. Jej sucha skóra była cała pomarszczona. Layla nie płakała. Jej małe serce zdawało się uderzać o żebra tysiące razy na minutę, a czarne oczy przypominały dwie głębokie studnie życzeń.

Jej ojciec, pracujący dla nas tłumacz, wyjaśnił, że w ich wilgotnym mieszkaniu wciąż było słycać strzały z karabinu i huk przejeżdżających czołgów i czuło się bezustannie zapach dymu. Trzy mieszkające tam rodziny bały się o życie, dlatego dla bezpieczeństwa często kładziono Laylę w ciemnym kącie. Nie mieli bieżącej wody ani elektryczności, a ponieważ często chorowali, rzadko nosili dziecko na rękach, w obawie że je zarażą. Kiedy pojawiła się w naszym szpitalu, miała spowolnione odruchy, niebezpiecznie wysoki poziom soli we krwi, a jej nerki odmawiały posłuszeństwa.

Spędziła z nami dwa tygodnie, oświetlona ciepłym światłem i otoczona czułymi spojrzeniami. Była naszym oczkiem w głowie i ulubienicą wszystkich pielęgniarek. Wciąż ktoś trzymał ją na rękach i czule coś do niej mówił. Rodzice czuwali przy niej całą noc, karmiąc ją i całując, a wszyscy zahartowani na polu walki lekarze przychodzili co rano, żeby ją „zbadać”. Po dwóch tygodniach Layla przytyła cztery kilo, jej skóra nabrała zdrowego blasku, a ona zyskała jakichś pięciuset przyjaciół. Jej nerki funkcjonowały bez zarzutu, ona zaś cały czas gaworzyła, pokazywała na coś rączką, śmiała się i chwytiała różne przedmioty. Jej oczy wciąż wypełniało mnóstwo życzeń.

Layla cierpiała na chorobę, którą pediatrzy nazywają zaburzeniami wzrastania. Objawy to niewielki przyrost wagi, zahamowanie rozwoju i wzrostu, podatność na infekcje i niewydolność organów wewnętrznych. Badania dzieci z takimi zaburzeniami wykazały również między innymi obniżenie ilości hormonu wzrostu we krwi. Zaburzenia wzrastania często diagnozuje się u dzieci z rozbitych rodzin, zaniedbanych i źle traktowanych, dotkniętych biedą. Współczesna nauka nie zna jednak przyczyn tej choroby.

Do tej pory tego zjawiska nie wytłumaczył przekonująco żaden naukowiec ani lekarz. Nazwa „zaburzenia wzrastania” maskuje to, że nie mamy zielonego pojęcia, co to za choroba. U jej podstaw nie leży niedożywienie, infekcja, trauma fizyczna czy jakiś inny możliwy do wyodrębnienia i znany medycynie proces. Dochodzi do niej, kiedy dziecku brakuje wsparcia ze strony kochającego otoczenia. Wiadomo, że w czasie epidemii, wojen i ludobójstwa osierocone dzieci znacznie częściej na nią zapadają. Kiedy tylko okaże się im miłość i wsparcie emocjonalne, wracają do zdrowia. Czy to kolejny efekt placebo? Trudno to tak nazwać, bo nie ma tu mowy o podawaniu jakichś fałszywych tabletek.

W książce *Meaning, Medicine and the „Placebo Effect”* (Znaczenie, medycyna i „efekt placebo”) antropolog Daniel Moerman bardzo przekonująco dowodzi, że określenie „efekt placebo” jest nieadekwatne i zazwyczaj błędnie się je rozumie. W książce znaleźć można przykłady dziesiątków badań kwestionujących przyjęte wyobrażenia na temat efektu placebo. Jeden z najciekawszych i najbardziej przekonujących argumentów przywoływanych przez Moermana dotyczy elementu kluczowego dla dynamiki procesu placebo - lekarza.

Moerman opisuje badanie, w którym przeciwbólowe zastrzyki placebo podano dwóm grupom pacjentów w niemal identycznych okolicznościach. W pierwszej lekarzowi powiedziano, że nie ma szans, żeby został podany „prawdziwy” lek odurzający. W drugiej miała istnieć możliwość, że pacjentowi zostanie podany narkotyk. W obu grupach podano tylko placebo, ale zadziało ono znacznie silniej w drugiej grupie, kiedy lekarz wierzył, że zastrzyk może zawierać lek odurzający. Choć oddziaływanie było różne w tych przypadkach, jedyna różnica polegała na tym, w co wierzył lekarz.

Layla niczym się od nas nie różni. Dwunastotygodniowe dziecko nie ulega sugestii i trudno je uznać za podatne na placebo. To istota ludzka funkcjonująca w kontekście społecznym, rodzinnym i biologicznym. Ten kontekst zaś wpływa na jej emocje i procesy fizjologiczne. Aby Layla wróciła do zdrowia, wystarczyło przenieść ją w inne miejsce i zmienić sposób zachowania jej rodziców wobec niej. Uzdrowił ją pełen miłości kontakt z rodzicami i tylko ta jedna modyfikacja wystarczyła. To rodzice uzdrowili Laylę. Dziecko czuło zmianę kontaktu i wszystko się zmieniło, jej umysł, jej mózg, jej skóra i jej nerki. Nie ma w tym żadnej tajemnicy, jeśli przyjmujemy, że doświadczenie umysłowe głęboko wpływa na maszynę organizmu. Umysłu i ciała nie sposób od siebie

oddzielić.

Aby współczesna medycyna mogła zrozumieć, na czym polega efekt placebo, trzeba najpierw zdać sobie sprawę z tego, że efekt placebo istnieje i może silnie oddziaływać, że to coś znacznie więcej, niż nam się do tej pory wydawało, i wreszcie, że uzdrowiciel (na przykład rodzina, lekarz, specjalista od akupunktury) to często najistotniejszy czynnik w procesie leczenia za pomocą placebo. Sekret nie kryje się bowiem w tym, że otacza nas świat efektów placebo i że widzimy je, stosujemy i zależy od nich każdego dnia. Nie kryje się on również w tym, że efekt placebo to rzeczywista biologiczna i niezwykła siła. Sekret jest znacznie bardziej skomplikowany. Polega on na tym, że deprecjonujemy i odrzucamy efekt placebo, a zarazem chcemy w niego wierzyć wtedy, kiedy jest nam to na rękę. Chcemy efektu placebo, ale nie chcemy go tak nazywać.

W rok po pięknej ceremonii zaślubin na wietrznym moście na Rhode Island, w kilka tygodni po rozpoczęciu nowej i bardzo obiecującej pracy, Jess siedziała w milczeniu razem z mężem Markiem, czekając na wyniki badań po operacji raka piersi.

Jess miała trzydzieści cztery lata i uważała się za zupełnie zdrową, kiedy w czasie rutynowej kontroli lekarz znalazł w jej piersi guz. Jeszcze tego samego dnia zaniepokojony ginekolog wysłał Jess na mammografię. Kiedy już wychodziła z gabinetu, radiolog wybiegł nagle z laboratorium na zaplecze i kazał jej niezwłocznie skontaktować się z chirurgiem. Tego dnia poranek i wieczór stanowiły dwa zupełnie odrębne etapy w życiu Jess.

Wkrótce biopsja potwierdziła, że guz miał charakter nowotworowy. Jess poddano lumpektomii. Miała ona usunąć tak wiele nowotworu, jak tylko możliwe, a także określić, czy przeniósł się do sąsiednich węzłów chłonnych. Gdyby tak się stało, Jess musiałaby przejść długi i niebezpieczny cykl chemioterapii. W najlepszym wypadku zabieg chirurgiczny powinien wykazać, że w tkankach wokół guza i w węzłach chłonnych nie odkryto komórek nowotworowych. W najgorszym mogło się okazać, że komórki nowotworowe pojawiły się już we wszystkich okolicznych węzłach chłonnych.

Kiedy lekarz wszedł do gabinetu, uśmiechnął się i powiedział, że ma dobrą wiadomość - obszar wokół guza okazał się czysty i tylko jedna trzecia węzłów chłonnych zawierała komórki nowotworowe.

Język i zwyczaje otaczające nowotwory często obezwładniają i budzą przerażenie⁴⁶. Słowo „rak” funkcjonuje w mowie potocznej jako synonim złej i niszczyielskiej siły. Specjaliści w dziedzinie walki z rakiem zachęcają, aby lekarze w komunikacji z pacjentami chorymi na raka podkreślali przede wszystkim to, co pozytywne. Chirurg Jess z pewnością stosował się do tego właśnie zalecenia, kiedy informował ją o wynikach jej operacji. Przygotowywał grunt dla wiary w możliwość wyleczenia, kreował oczekiwania, inicjował proces warunkowania sprawczego, rozbudzał wolę i siłę przetrwania oraz budował więź z pacjentką. Innymi słowy, z premedytacją prowokował efekt placebo. Niektórzy określiliby takie zachowanie jako nieetyczne.

Przed wybuchem drugiej wojny światowej lekarze powszechnie stosowali placebo. Richard Cabot, niezwykle wykształcony i sławny profesor pracujący na wydziale medycyny Uniwersytetu Harvarda, w przemówieniu wygłoszonym na Akademii Medycznej w Nowym Jorku w 1903 roku mówił o „placebo, tabletkach z chleba, wstrzykiwaniu pod skórę wody i innych tego typu zabiegach”. Następnie dodał: „Na tej sali nie ma chyba ani jednego lekarza, który by ich nie stosował, i to bardzo często.” Jednak dopiero w 1954 roku szanowane czasopismo medyczne opublikowało artykuł otwarcie zachęcający do stosowania placebo w praktyce klinicznej.

Po drugiej wojnie światowej zmienił się radykalnie charakter badań medycznych i sama

⁴⁶ Warto zauważyć, jaką rolę odgrywa mammografia w tej historii. Niewątpliwie posłużenie się mammografią pomaga lepiej określić charakterystykę guza. Ale taka "diagnostyczna mammografu" różni się zdecydowanie od "przesiewowej mammografu". W medycynie termin "przesiewowy" oznacza badania na osobach, które nie mają określonych objawów. Badania dowodzące, że włączenie mammografii do zestawu standardowych badań profilaktycznych nie ocala życia, dotyczą właśnie mammografu przesiewowej.

medycyna. Stało się tak po części z powodu rozwoju metod naukowych, a częściowo z powodu prowadzonych przez nazistów przerażających eksperymentów, o których świat dowiedział się w czasie procesów norymberskich. Badacze preferowali metody uprzywilejowujące autonomię i redukujące stronniczość. Powszechna stała się metoda podwójnej ślepej próby, kiedy ani badający, ani badany nie wiedzieli, jaka terapia jest stosowana. Placebo zaczęto stosować na co dzień jako substancję porównawczą w badaniach nowych leków. Od tego momentu przestało wystarczać stwierdzenie, że lek działa skutecznie - musiał działać „lepiej niż placebo”. W medycynie klinicznej zaczęto hołdować zasadom głoszącym, że pacjent powinien podejmować świadome i niezawisłe decyzje. Paternalizm nie tylko odszedł do lamusa, ale stał się wręcz nieetyczny. Placebo zaś jako symbol paternalistycznej etyki wyrzucono poza nawias praktyki medycznej. Ale nie wszyscy chcieli na zawsze odrzucić placebo.

W 1961 roku Henry Beecher, znany profesor Uniwersytetu Harvarda i badacz efektu placebo, opublikował artykuł, w którym porównywał fikcyjne operacje serca w dwóch grupach pacjentów z dwóch odmiennych badań (artykuł opisywał tylko przypadki fikcyjnych operacji, pomijając rzeczywiste)⁴⁷. Obserwując sposób komunikacji lekarzy z pacjentami, Beecher podzielił chirurgów na „entuzjastów” i „sceptyków”, zależnie od ich stosunku do samej operacji i poddawanego jej pacjenta. U pacjentów operowanych przez chirurgów entuzjastów czterokrotnie częściej dochodziło do zupełnego złagodzenia bólu i wyleczenia choroby serca niż u tych, którymi opiekowali się chirurdzy sceptycy.

Jeśli entuzjazm może pozytywnie wpłynąć na wyniki leczenia, czy chirurg Jess naprawdę zachował się nieetycznie, określając wyniki jej badań jako pozytywne? Nie zniekształcił faktów, niczego przed nią nie ukrywał, a jedynie dał jej do zrozumienia, że szklanka jest w połowie pełna. Henry Beecher z pewnością nazwałby go entuzjastą. Ale gdzie w komunikacji z pacjentem należy szukać tego entuzjazmu? Czy kryje się on w uśmiechu? W mowie ciała? Doborze słów? Co sprawia, że interakcja między lekarzem i pacjentem może pomóc pacjentowi wrócić do zdrowia?

Panna West, pięćdziesięcioletnia mieszkanka dużego miasta, cała spocona przyciskała lewą ręką krzyżek na piersiach.

-Przepraszam, panie doktorze, po prostu nie mogę sobie z tym poradzić. - Westchnęła głęboko. - Ojej, to faktycznie panika.

Powiedziała, że pierwszy atak paniki przytrafił się jej siedem lat wcześniej i od tamtej pory pojawiały się one u niej regularnie raz w miesiącu, choć zazwyczaj nie były tak intensywne jak tym razem.

-Czy czuje pani kołatanie serca? - zapytałem.

Pokiwała głową.

-Nie może pani złapać oddechu?

Pokiwała głową.

-Wydaje się pani, że zaraz umrze?

Gwałtownie pokiwała głową.

-Cóż, to się na pewno nie stanie. - Popatrzyłem jej głęboko w oczy. - Dlatego właśnie się tu pani znalazła. Tu nie przytrafi się pani nic złego. Nie pozwolimy na to.

Ścisnęła mnie za rękę.

-Panno West, czy ktoś powiedział pani kiedyś, co to jest atak paniki?

Pokiwała głową i machnęła rękę.

-Tak, tak, wiem, panie doktorze. Odczuwam niepokój, panikę, wiem. Już to słyszałam. Ale muszę panu powiedzieć, że nigdy nie czuję niepokoju, zanim mi się to przytrafia. Tak jak dziś. Oglądałam sobie telewizję i buch! I potem już poszło.

-Panno West, proszę mi pozwolić...

47 Chodziło o ten sam rodzaj operacji, o którym pisałem wcześniej, polegającej na przecięciu i natychmiastowym zaszyciu ściany klatki piersiowej u pacjentów z chorobą serca.

Wzruszyła ramionami i odwróciła wzrok.

Wyjaśniłem jej, że słowo „panika” to nieadekwatne określenie, ataki paniki to tajemnica i właściwie nie wiadomo, co je powoduje. Powiedziałem jej też, że panika i lęk często nie mają z sobą nic wspólnego, że istnieją neuroprzekazniki, które eksplodują z nieznanymi nam przyczyn, nawet u spokojnych, zdrowych, normalnych ludzi, co wywołuje u nich atak paniki. Ale nie wiemy dlaczego.

Odwróciła się i popatrzyła na mnie jak na wariata. A potem zaczęła płakać. Chwyciła krzyżyk i powiedziała:

- Nikt mi o tym nigdy nie mówił. Nikt mi nie powiedział, że to nie moja wina. - Znowu oddychała swobodnie, a jej tętno wracało do normy. - Próbowałam różnych leków, terapii i Bóg wie jeszcze czego. Dobrze wiedzieć, że nie zwariowałam. - Westchnęła. - Myślę, że przysłał mnie tu Bóg.

Spotkałem pannę West jakieś sześć miesięcy później. Powiedziała mi, że od tamtej wizyty nie zdarzył jej się już ani jeden atak paniki..

Kiedy pacjent cierpiący na raka poddawany jest chemioterapii, a jego stan się nie poprawia lub pogarsza, wtedy lekarze i inni opiekunowie mówią zazwyczaj: „Pacjent nie wytrzymał chemioterapii”. To dość powszechne sformułowanie, ale jego wydźwięk budzi pewne wątpliwości. Przecież pacjent nie zawiódł. Powinniśmy raczej powiedzieć, że to „chemioterapia zawiodła pacjenta”, choć tak tego nie formułujemy. Takie sposoby opisu to delikatne ślady, jakie pozostawiła po sobie w naszym języku kultura medyczna obarczająca pacjenta odpowiedzialnością za problemy takie jak niepowodzenie kuracji albo za choroby, których nie potrafiono zdiagnozować i zrozumieć. Ten archaiczny sposób myślenia wciąż tkwi zakodowany w systemie edukacji medycznej i żargonie zawodowym, nawiedzając nasze codzienne rozmowy z pacjentami. Przykłady można mnożyć, a jednym z nich jest właśnie sformułowanie „atak paniki”.

To prawda, redukcja stresu może złagodzić, a czasem nawet wyeliminować ataki paniki. Ale tej choroby nie wywołuje ani stres, ani panika. Redukcja stresu pozytywnie wpływa na pacjentów z chorobami serca, pomaga w leczeniu wrzodów i zmniejsza częstotliwość występowania infekcji, takich jak przeziębienia czy zapalenie oskrzeli. Ale przecież nie stres powoduje te choroby. Ataki paniki to choroba, nie wiemy jednak, co ją wywołuje - wiemy tylko, że nie panika. Kiedy panna West dowiedziała się, że to nie ona była odpowiedzialna za występowanie ataków, jej życie uległo zmianie. Przez siedem lat przeszukiwała gorączkowo kółko z kluczami, nie potrafiąc znaleźć tego, który pozwoli jej powstrzymać ataki. Kiedy zdała sobie sprawę, że taki klucz nie istnieje, udało jej się wreszcie je przewyciężyć.

W swojej książce Daniel Moerman określa to zjawisko frazą „diagnoza to terapia”. Zauważa, że nawet jeśli określonej choroby nie da się wyleczyć, to już samo stwierdzenie jej obecności ma ogromne znaczenie i potencjał terapeutyczny. Moerman omawia prace naukowe, które udowodniły, że wzrost poczucia kontroli zmniejsza cierpienie pacjenta. Termin „panika” określa stan kogoś słabego, kto stracił panowanie nad sobą albo stchórzył. Kiedy panna West uświadomiła sobie, że wiemy równie niewiele jak ona, nie czuła się już jak tchórz, który stracił kontrolę nad sobą i „spanikował”. Zrozumiała, że jest chora. I przestała się za to winić.

Język odzwierciedla sposób myślenia i kształtuje go, co często pozwala nam wywierać wpływ na innych. Termin „atak paniki” to rodzaj oskarżenia. Panna West „zareagowała na znaczenie”, jak zapewne powiedziałby Moerman. Jest on bowiem przekonany że reakcja na placebo, fikcyjne operacje czy choćby pielęgnowanie zachodzi dlatego, że mózg przypisuje pewne znaczenie połykaniu tabletek, poddawaniu się operacjom czy pielęgnacji. To znaczenie często powoduje zmiany biochemiczne i reakcje systemu odpornościowego, które prowadzą do wyzdrowienia. Za najlepszy przykład równowagi fizjologicznej można uznać to, że dla panny West ogromne znaczenie miała informacja, iż „panika” to złe słowo. W tym wypadku również zareagowała na znaczenie, ale tym razem miało to pozytywny skutek - przestała nękać ją ataki.

Termin „atak paniki” jest w gruncie rzeczy podobny do terminu „efekt placebo”, oba bowiem są stosowane błędnie i źle rozumiane. Użycie tego zwrotu i sposób jego rozumienia dziś nie ma nic

wspólnego ze znaczeniem słowa „*placebo*” w łacinie, gdzie oznacza ono tyle, co „zadowolę”. Również lekarze zazwyczaj błędnie je pojmują. Kiedy zmienione chorobowo komórki w mózgu produkują dopaminę, kiedy Ref poczuł się jak nowo narodzony, kiedy Ben doznał ulgi, kiedy organizm Layli wrócił do zdrowia, kiedy ustały ataki paniki u panny West i kiedy chirurg Jess próbował wzbudzić u niej wiarę w leczenie, trudno mówić o efekcie placebo. To biologiczne i fizjologiczne reakcje na ważne wydarzenia. To reakcje na znaczenie. Dla Refa znaczenie leżało w świadomości, że przeszedł poważną operację, dla Bena tkwiło ono w wiedzy, że jego ból wkrótce minie i rozpocznie się terapia. Dla Layli dotyk i pieszczoty rodziców oznaczały, że jej życie i zdrowie coś dla kogoś znaczą. W wypadku panny West droga do znaczenia prowadziła poprzez uświadomienie sobie, że język opisu jej choroby wprowadził ją w błąd i że nie jest tchórzem. Z kolei lekarz Jess zakładał, że potrzeba jej nadziei i szczerzej wiary w to, że kroczy właściwą drogą.

Efekt placebo to specyficzny rodzaj reakcji na znaczenie: znaczenie, które rodzi się w rytuale podania i zażycia tabletki. Podanie obojętnej pigułki to jednak zawsze próba oszustwa. Ale nie ma nic podejrzanego w sugestii, żeby rodzice Layli wzięli ją na ręce i zanucili kołysankę. Gdzieś między tymi dwoma krańcami spektrum przebiega granica etyczna, którą współczesna medycyna próbuje znaleźć i wytyczyć. Być może trzeba wyznaczyć ją tam, gdzie to najbardziej oczywiste: terapia jest uczciwa, kiedy ten, kto ją poleca lub przepisuje, jest uczciwy, otwarty i wierzy w jej uzdrowicielską moc. Zatem różnica w użyciu placebo i etycznym wyzwalaniu reakcji na znaczenie polega na tym, czy lekarz zachowuje uczciwość, czy nie.

W innym miejscu w tej książce przekonywałem, że antybiotyki nie zdają egzaminu jako leki na zapalenie oskrzeli czy ból gardła, szczególnie jeśli porównać je z placebo. Ale co z reakcją na znaczenie? Jeśli antybiotyki nie są skuteczniejsze niż tabletki placebo, to co wykaże porównanie reakcji pacjentów zażywających antybiotyki z reakcją pacjentów, którzy niczego nie zażyli? W tym wypadku mogą one okazać się niezwykle skuteczne w redukowaniu objawów choroby lub czasu jej trwania. Jeśli to prawda, dlaczego ich nie przepisywać? Wielu lekarzy robi to każdego dnia. Taka decyzja wydaje się bardziej humanitarna i z pewnością łatwiej ją podjąć, niż wysłuchiwać żądań pacjentów, którzy życzą sobie recepty na antybiotyk. Placebo może być nieetyczne, ale równie nieetyczne wydaje się niepodanie leku, który może być skuteczny.

Budzący tyle sprzecznych reakcji paradoks placebo prowadzi do wypisywania milionów recept nie tylko na antybiotyki, ale także na leki przeciwbólowe, leki na serce, antydepresanty, leki przeciwko ADHD, zaburzeniom czynności seksualnych, leki przeciwłękowe i wiele innych. Na każdą chorobę jest jakaś pigułka. Pigułki to symbol zaawansowania naszej technologii i osiągnięć naukowych. I ma on ogromne znaczenie dla współczesnej kultury medycznej. Pacjenci chcą mieć dostęp do nowej technologii, a lekarze, grający rolę obiektywnych naukowców, chętnie udzielają im swojej mocy. Magiczna pigułka rozwiązuje problem szybko i łatwo, bez większego wysiłku. To, że lekarze chętnie przepisują tabletki, to głęboko skrywany sekret. Lekarz może myśleć, że „pacjent z zapaleniem oskrzeli to nałogowy palacz” albo że objawy utrzymują się „za długo”, albo że „gorączka jest za wysoka”. Choć dowody wskazują niezbicie, że antybiotyki nie leczą żadnego z tych objawów, lekarz to właśnie wpisze do karty pacjenta, który z kolei w to uwierzy. Da się przekonać. A jeśli lekarz jest entuzjastą, który pomoże pacjentowi uwierzyć, w rezultacie stworzy skutecznie oddziałujące znaczenie.

Jednak w ostatecznym rozrachunku różnicę między placebo i znaczeniem łatwo uchwycić. Zależy ona od szczerości interakcji. Antybiotyki nie leczą zapalenia oskrzeli skuteczniej niż placebo, ale choć lekarze o tym wiedzą, nie informują o tym pacjentów. Milczące oszustwo. Możemy właściwie podawać pacjentom pozbawioną jakichkolwiek substancji leczniczych tabletkę razem z oszustwem, niemoralnym postępowaniem i długofalowymi negatywnymi skutkami, które są jego konsekwencją.

Włożenie butów określonej marki może sprawić, że wyda się nam, że szybciej biegamy. A nawet

może się to okazać faktem. „Aspiryna, której ufasz”, skuteczniej łagodzi ból właśnie dzięki mocy tego sloganu. Jeśli „dowodzono”, że jakiś syrop na kaszel działa doskonale, niektórzy potwierdzą to, zażywając go. Jak wykazały badania, 7Up smakuje lepiej, jeśli podaje się go w zielonej puszcze.

Podobnego znaczenia nabierają oznaki pewności i profesjonalizmu lekarza, takie jak biały kitel, pocieszający ton głosu i współczujące potakiwanie. Niektórzy twierdzą, że pewne działy medycyny alternatywnej w dużej mierze - a być może i w całości - zależą od reakcji na znaczenie. A jeśli tak, to czy należy wysnuć wniosek, że tymi metodami nie można leczyć? Wystarczy porozmawiać z osobami cierpiącymi na migrenę, które przychodzą po pomoc do gabinetu akupunktury. Nie obchodzi ich, że niedawno przeprowadzono testy, które wykazały, że stosowanie akupunktury przeciwko migrenie „nie jest skuteczniejsze niż placebo”. W tym badaniu, choć akupunktura nie okazała się lepsza niż placebo, obie procedury działały skuteczniej niż wpisanie pacjenta na „listę oczekujących”, którzy nigdy nie dotarli do gabinetu akupunktury. Wiele osób cierpiących na migrenę i wielu specjalistów od akupunktury odkryło, że akupunktura leczy ból głowy, i mocno w to wierzą - dlatego mają rację⁴⁸.

Dla pacjentów poddających się akupunkturze nie ma większego znaczenia, czy ulgę przynosi im sam rytuał przeprowadzania procedury, czy jego oddziaływanie na organizm. Chcą po prostu, żeby ból ustał. Ale żeby zrozumieć, skąd bierze się potencjał leczniczy, trzeba zadać pytanie, czy w takich przypadkach to wbicie igły oddziałuje na organizm? Czy w przypadku operacji kolana chodziło o cięcie skalpelem? Czy to tabletki łagodziły ból głowy, czy wytłoczone na niej logo firmy? Czy w przypadku choroby Parkinsona oddziaływały krople płynu fizjologicznego wprowadzone do mózgu? Odpowiedź na te pytania nie ma nic wspólnego z magią. To raczej odpowiedź intuicyjna: leczenie ma wymiar zarówno biologiczny, jak i psychospołeczny, dokonuje się bowiem dzięki interakcji, ceremonii, więzi między lekarzem i pacjentem. Potencjał leczniczy nie stanowi tylko i wyłącznie właściwości pigułki czy skalpela, tak jak sam but nie decyduje o szybkości biegu, a smak napoju nie zależy od koloru puszki.

To odkrycie pozwala nam zrozumieć istotną rzecz na temat paradoksu placebo w takich chorobach jak na przykład zapalenie oskrzeli. Podawanie antybiotyków jako placebo to nieetyczne oszustwo. Co więcej, wywołuje ono często efekty uboczne i wzmaga i oporność bakterii na antybiotyki. To dość wysoka cena. Ale uważne słuchanie siebie nawzajem i opieka nie kosztują nic. Trzeba tylko poświęcić na nie trochę czasu i doprowadzić do zmiany paradygmatu. Rozmowa z pacjentem, która wyjaśni, co to jest zapalenie oskrzeli, skąd się bierze i czego należy się spodziewać, to ważny akt o potencjale uzdrawiania.

Edukacja medyczna, prowadzona głównie przez lekarzy, odzwierciedla kulturę medyczną. Obecnie nie uczy się studentów, co to jest reakcja na znaczenie. Badania wykazały, że w przypadku chorób sera i głębokich depresji leki placebo działają skuteczniej niż „prawdziwe” lekarstwa. Ale kiedy studiowałem medycynę, uczono mnie, że stosowanie w badaniach placebo to zło konieczne, że podaje się je tylko grupie kontrolnej (żałosnym nieszczęśnikom). Uczono mnie także, że podawanie pacjentom placebo to nieuczciwość. Ale nikt nigdy nie odróżnił placebo od reakcji na znaczenie. Większość lekarzy nie wie, że istnieje coś takiego jak reakcja na znaczenie i efekt placebo, a inni przeczą ich istnieniu lub zupełnie je odrzucają. Nie mieszczą się one w horyzoncie naukowym, w jakim zostaliśmy wykształceni. Ale choć nie przyznajemy tego na głos, i tak w głębi duszy to wiemy, bo jeśli nie zostało już wiele możliwości, kiedy wszystko zawiodło, to i tak po

48 Dokonałem tutaj dość podejrzanego rozróżnienia na specjalistę od akupunktury, który wierzy w skuteczność swoich metod mimo tego, co twierdzi nauka, i taką postawę dopuszczam, i na lekarza alopate, który według mnie nie powinien przepisywać antybiotyków, co również wynika z badań naukowych. Jak mi się wydaje, różnica polega na tym, w ramach jakiego systemu służby zdrowia funkcjonuje lekarz. Współcześni lekarze alopaci zostali wychowani w wierze we współczesne metody badań naukowych i ich rezultaty. Natomiast specjaliści od akupunktury zazwyczaj ani nie stosują współczesnych zachodnich metod badań, żeby weryfikować własne sposoby leczenia, ani w nie nie wierzą. Ci specjaliści od akupunktury, którzy wierzyliby w tego typu naukowe metody i stosowali je, byłiby tak samo winni, prowadząc terapię, w przekonaniu że i tak nie przyniesie ona żadnych pozytywnych rezultatów.

prostu przepiszemy tabletkę. Nie wierzymy w placebo i odrzucamy je, a zarazem sami wywołujemy efekt placebo. Ugrzęźliśmy w bagnie codziennej nieuczciwości. Znaleźliśmy się w nim za sprawą systemu edukacji i nacisków ze strony systemu opieki medycznej, a nie możemy z niego wyjść, bo tak bardzo chcemy wierzyć w magiczną niemal moc pigułek.

Można dowiedzieć, że reakcja na znaczenie istnieje naprawdę i można ją oddzielić od efektu placebo. Placebo to oszustwo, które podstępnie narusza naszą więź i po cichu podważa wiarygodność medycyny. Natomiast znaczenie może zblizniać rany, leczyć choroby i ocalać życie. W swoim wykładzie poświęconym prawdzie i placebo przedstawionym na Akademii Medycznej w 1903 roku Richard Cabot powiedział: „W większości przypadków podajemy placebo, bo wydaje nam się, że bez tego pacjent będzie niezadowolony. Nauczył się on bowiem, że każdy symptom można zwalczać jakimś lekiem (...) ale kto go tego nauczył? (...) To my, lekarze, jesteśmy odpowiedzialni za rozpowszechnianie fałszywych poglądów na choroby i sposoby ich leczenia”. W konkluzji dodał „Nie spotkałem się jeszcze z przypadkiem, w którym kłamstwo przynosi więcej korzyści niż prawda (...) Niełatwo opanować technikę mówienia prawdy, może nawet trudniej niż technikę wmawiania kłamstw, ale warto się jej nauczyć, bo przynosi znakomite rezultaty”.

Prawda na temat zapalenia oskrzeli, zaburzenia wzrastania, choroby Parkinsona, ataków paniki i chorób serca jest taka, że możemy pomóc pacjentom cierpiącym na te choroby powrócić do zdrowia, jeśli tylko zaniechamy kłamstw. Choć Hipokrates nie mógł nic wiedzieć o reakcji na znaczenie, to i tak leżała ona u podstaw jego praktyki lekarskiej i za to właśnie jego pacjenci tak bardzo go kochali i szanowali. I dlatego osiągnął mistrzostwo w sztuce uzdrawiania.

JESTEŚ TYLKO NUMEREM

„NNT”

Pewnego pięknego sierpniowego dnia razem z Adamem, studentem medycyny, ubolewaliśmy, że nie możemy cieszyć się piękną pogodą, kiedy drzwi ambulatorium otworzyły się nagle i wbiegła przez nie jakaś kobieta.

- BŁAGAM, BŁAGAM, NIECH KTOŚ POMOŻE ROSIE! NIECH KTOŚ RATUJE MOJĄ CÓRKĘ!

Wybiegliśmy z budynku. Po drugiej stronie ulicy zaparkowała taksówka, a jej kierowca siedział spokojnie za kierownicą, jakby nic się nie działo. Na tylnym siedzeniu leżała osiemnastoletnia Rosa. Z drugiej strony ulicy wydawała się martwa, ale kiedy podbiegliśmy do samochodu, słychać było jej zduszony pomruk. Jej policzki unosiły się co kilka sekund, kiedy dziewczyna próbowała złapać oddech.

Wysunąłem do przodu jej żuchwę, żeby udrożnić drogi oddechowe. Kiedy przenosiliśmy Rosę na wózek, zapytałem jej matkę:

-Zadławiła się?

-ASTMA! BOŻE, PROSZĘ, ONA UMIERA! - wykrzyczała w odpowiedzi, choć stała tuż przy mnie.

Wwieźliśmy Rosę do ambulatorium i zaczęliśmy rytmicznie wtłaczać tlen do jej płuc. Jej serce biło wolniej niż dziesięć uderzeń na minutę. Umieściliśmy w jej tchawicy rurkę, do płuc tłoczyliśmy tlen, podłączyliśmy kroplówkę i w napięciu czekaliśmy na to, żeby jej serce zaczęło znowu pracować.

W ciągu następnych kilku minut młode serce Rosy i jej płuca zaczęły na powrót funkcjonować. Spędziła tylko jedną noc na oddziale intensywnej terapii, a rano czuła się zupełnie dobrze, śmiała się i rozmawiała. Dwa dni później wróciła do szkoły. Mogła swobodnie oddychać i zażywała dwa nowe leki na astmę.

Jakiś rok później rozmawiałem z kobietą w średnim wieku, ostrożnie przypominając jej, że w ciągu dwóch tygodni pojawiła się u nas aż cztery razy, skarżąc się na ból kręgosłupa, i za każdym razem przyjmowaliśmy ją na oddział.

-To tak boli, panie doktorze. Proszę mi powiedzieć, co się dzieje? Proszę mi pomóc.

-Bardzo bym chciał, pani Feliz, ale nie wiem, co robić. Przeszła pani czterokrotnie wszystkie badania i nie znaleźliśmy żadnego schorzenia. Nie potrafimy wyjaśnić, skąd bierze się ból. Mogę pani zaproponować tylko środki przeciwbólowe.

Kobieta przyjrzała mi się uważnie, a jej oczy zaszyły łzami. Wzięła mnie za rękę.

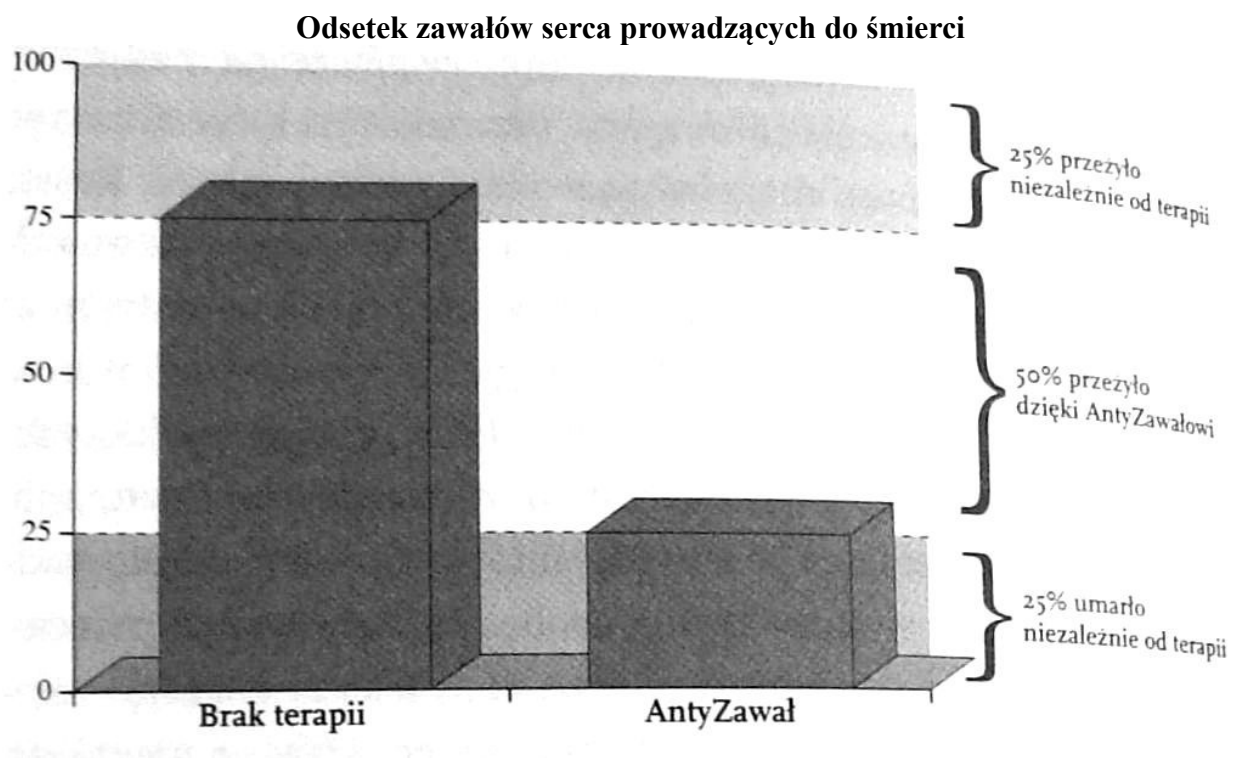
-Pan ocalił moją córkę, pamięta pan?

Dopiero teraz ją poznałem. To była matka Rosy. Kobieta zaczęła płakać.

-Dziękuję, panie doktorze, dziękuję. Ocalił pan Rosę. Dziękuję za Rosę.

Na polu medycyny każdy sukces sąsiaduje o miedzę z porażką. Rosa żyje dziś w głównej mierze dlatego, że współczesna nauka dysponuje środkami przeciwdziałającymi jej chorobie. Ale stosunkowo niewiele możemy zrobić dla jej matki. To zestawienie dwóch pacjentek dość dobrze pokazuje, w których dziedzinach współczesna medycyna może skutecznie oddziaływać, a na co ma z reguły niewielki wpływ. Choć rzadko się o tym mówi, lekarze mają pełną świadomość tego, że istnieją choroby, które współczesna medycyna potrafi bardzo skutecznie eliminować, oraz takie, na które niewiele potrafi poradzić. Komu możemy zazwyczaj pomóc, tak jak Rosie, a komu mamy niewiele do zaoferowania, jak jej matce? Łatwo odpowiedzieć na to pytanie, jeśli posłużymy się pojęciem statystycznym zwanym wskaźnikiem NNT, od angielskiego sformułowania „*Number Needed to Treat*”, oznaczającego „liczbę pacjentów, których należy poddać leczeniu”. NNT określa skuteczność leku czy terapii w ten sposób, że oznacza liczbę pacjentów, których należało poddać leczeniu, żeby wyleczyć jedną osobę. To statystyczne pojęcie. Wiemy, że nie każdy pacjent reaguje na dany lek czy kurację - niektórzy wracają do zdrowia, stan innych się pogarsza, a niektórzy nie doznają żadnej zmiany - ale NNT ma określić, ilu dokładnie odczuwa jego działanie.

Żeby lepiej zrozumieć zasadę NNT, można wyobrazić sobie nieistniejący lek na zawał o nazwie AntyZawał. Wyobraźmy sobie, że 75 procent osób przechodzących zawał udaje się uratować dzięki podaniu Anty Zawału, ale tylko 25 procent przeżyje bez jakiegokolwiek interwencji ze strony lekarzy. To właśnie obrazuje diagram. Mogłoby się więc wydawać, że AntyZawał to doskonały lek, bo znacznie zmniejsza liczbę ofiar śmiertelnych. Ale trzeba także zauważyć, że jedna czwarta osób z zawałem umrze niezależnie od tego, czy poda się im lek, czy nie (ilustruje to dolna część diagramu), a 25 procent przeżyje niezależnie od tego, czy poda im się AntyZawał, czy nie (górną część diagramu). AntyZawał nie ma żadnego wpływu na obie te grupy, zatem terapia ani im nie szkodzi, ani nie pomaga. Jednak połowie pacjentów zaznaczonych w środkowej części diagramu lek uratował życie.



Jeśli regularnie stosujemy AntyZawał, to musimy podać go dwóm osobom, żeby uratować jedną z nich. Wynika to jasno z diagramu, który pokazuje, że AntyZawał pomógł połowie chorych, ale nie pomógł jednej czwartej chorych, którzy umarliby niezależnie od zastosowanej terapii, i jednej czwartej chorych, którzy przeżyliby niezależnie od zastosowanej terapii. Zatem AntyZawał pomaga

jednej ofierze zawału na dwie (50 procent), dlatego istnieje 50 procent szans na to, że podanie AntyZawału uratuje życie osoby z zawałem. Oznacza to również, że dopiero podając lek średnio dwóm osobom, możemy mieć pewność, że uratujemy jedną z nich. Zatem w tym wypadku NNT wynosi dwa.

NNT pozwala w prosty sposób obliczyć, jak skuteczne okaże się dane lekarstwo lub terapia w wypadku danej osoby. Łatwo określić tę liczbę na podstawie prób i testów. Większość leków i terapii testowano w taki czy inny sposób, dlatego dla większości z nich można obliczyć NNT. Zatem lekarze potrafią określić prawdopodobieństwo, z jakim dany lek czy terapia pomoże pacjentowi (albo mu zaszkodzi lub nie zadziała), i mogą o tym z nim rozmawiać. Ale choć tak łatwo obliczyć NNT, lekarze prawie nigdy nie rozmawiają o tym z pacjentami. Spróbuję wyjaśnić, dlaczego tak się dzieje.

W ciągu kilku tygodni przed opisanym bardzo poważnym atakiem astmy Rosa doznawała napadowego kaszlu i miała świszczący oddech. Przydarzył się jej także łagodny atak, po którym spędziła noc w szpitalu. Następnego dnia wróciła do domu i oddychała jej się swobodniej, bo zwiększono dawki przyjmowanych przez nią leków. Prawie tydzień po pobycie w szpitalu Rosa miała trudności z zaśnięciem. Siedziała w łóżku z inhalatorem w dłoni, rozpylając lek w płucach, żeby spowodować rozszerzenie dróg oddechowych. W ciągu dnia jej stan się pogorszył, a inhalacje pomagały coraz mniej. Po południu Rosa poczuła bardzo silny ucisk w klatce piersiowej i coraz bardziej męczyło ją oddychanie. Na oczach matki dziewczyna siadła, opierając dłonie o kolana, przybierając instynktownie pozycję, w której łatwiej złapać oddech. Przerazona pani Feliz pomogła Rosie wyjść z mieszkania do windy, gdzie dziewczyna siadła w rogu, skulona i wyczerpana. Na ulicy zatrzymały taksówkę. Kiedy Rosa znalazła się na tylnym siedzeniu, oddychanie zaczęło sprawiać jej jeszcze większą trudność. Matka błagała kierowcę, by się pospieszył.

Termin „astma” wprowadził Hipokrates. Słowo to wywodzi się z języka greckiego i oznacza „oddychać z szeroko otwartymi ustami” albo „dyszeć”. Astma to chroniczne zapalenie błony śluzowej płuc. Nasila się i słabnie. Choć wiemy, jakie czynniki pogarszają, a jakie poprawiają stan chorych, nie znamy przyczyn choroby. Może ona wydawać się niegroźna i łatwa do opanowania, bo przecież często widzimy astmatyków z inhalatorami, którzy aplikują sobie dawkę leku między jednym a drugim łykiem piwa w barze czy na przyjęciu. Ale astma może prowadzić do śmierci. Rosie przytrafił się tak zwany stan astmatyczny (status asthmaticus). To rzadka i często śmiertelna forma astmy. Żeby przezwyciężyć silne zapalenie i zwężenie dróg oddechowych, trzeba włączać przez tchawicę tlen i leki pod ciśnieniem większym niż to, które są w stanie wytworzyć płuca. Czasem prowadzi to do uszkodzenia tkanki płucnej.

W ekstremalnych przypadkach, kiedy spada poziom tlenu, pacjent traci przytomność i bez natychmiastowej pomocy może dojść do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu.

Indywidualna liczba NNT w przypadku Rosy pozostanie tajemnicą, nikt bowiem nie ryzykowałby pozostawienia jej bez leków w tak poważnym stanie. Rosa straciła przytomność i ustało bicie jej serca. W krytycznym stanie wymagała natychmiastowej terapii. Sądzę, że miała 50 procent szans na przeżycie. Gdybyśmy nie zrobili dla niej nic, umarłaby. Dlatego różnicę między podaniem Rosy terapii a zaniechaniem jej określam na 50 procent. Mieliśmy 50 procent szans w wypadku interwencji i zero szans w razie jej zaniechania. Innymi słowy, na dwie osoby w stanie takim jak Rosa, jedna zostanie uratowana, a druga nie (jedna przeżyje, druga umrze). Zatem w tej sytuacji NNT wynosi dwa, tak jak w przypadku fikcyjnego leku AntyZawał. Jeśli na przykład tylko jedna na trzy osoby z dolegliwościami Rosy mogłaby zostać uratowana, korzyść z leczenia wyniosłaby 33 procent, a NNT wyniosłoby trzy. Jeśli przeżyłoby 25 procent, to musielibyśmy poddać leczeniu cztery osoby, żeby uratować jedną, a więc NNT wyniosłoby cztery. A gdyby w wyniku zastosowania określonej terapii przeżył tylko 1 procent pacjentów, czyli jeden pacjent na stu, wtedy NNT wyniosłoby sto.

Zatem im mniejsza jest liczba NNT, tym skuteczniejsza terapia. Idealny lek leczyłby wszystkich, a więc jego NNT wyniosłoby jeden. Wystarczyłoby podać go jednej osobie, żeby lek zadziałał -

działałby więc na wszystkich, którzy by go zażyli. Im wyższe NNT, tym mniej skuteczna terapia. Bardzo wysokie NNT, powiedzmy tysiąc, oznacza, że musimy poddać terapii bardzo wielu pacjentów, tysiąc osób, żeby korzystnie oddziałała ona na jedną osobę. Pozostałe dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć nie odczuje żadnych efektów.

Najważniejsza w wypadku NNT jest liczba osób, na które terapia nie oddziałuje. W przypadku Rosy można obliczyć, że na każdą osobę uratowaną przypada jedna, której nie udało się pomóc. NNT wynosi dwa. Rosa miała zatem go procent szans na przeżycie i akurat pod tym względem miała więcej szczęścia niż większość pacjentów.

W przypadku matki Rosy NNT okazuje się znacznie gorsze. Pani Feliz cierpiała na bóle kręgosłupa od lat, ale zazwyczaj nie były one bardzo dokuczliwe. Okłady rozgrzewające i leki przeciwbólowe pozwalały jej opanować sytuację w ciągu kilku dni. Ale miesiąc przed pierwszą wizytą w naszym ambulatorium obudziła się w środku nocy, bo nie mogła ułożyć się w odpowiedniej pozycji. Ból promieniował aż do ud i nie ustawał. Stosowane wcześniej środki nie pomagały i choć lekarz zapewniał ją, że ból ustąpi, stało się inaczej.

Po trzykrotnym pobycie w szpitalu, badaniu rezonansem magnetycznym i zastrzyku sterydów (które miały zredukować stan zapalny) ból powrócił. Jak pisałem w rozdziale pierwszym, chroniczny ból pleców to zagadka. Nie wiemy, skąd się bierze i jak go wyeliminować. Brak wiedzy przekłada się na astronomiczny wskaźnik NNT. Badania nad bólem pleców (polegające na porównaniu leczenia operacyjnego i braku operacji, zastrzyków sterydowych w plecy i zastrzyków placebo, stymulacji nerwów i odpoczynku w pozycji leżącej i tak dalej) niezmiennie dawały ten sam rezultat żadnej poprawy i żadnej różnicy. Mimo to poddajemy setki pacjentów tym terapiom, choć żadna i nich nie odnosi większych skutków. Chociaż stan niektórych się poprawia, równie wielu czuje się coraz gorzej, a zdecydowana większość nie odnotowuje żadnej poprawy. Terapie przeciwko bólowi kręgosłupa (inne niż leki przeciwbólowe) mają najwyższy możliwy wskaźnik NNT nieskończoność.

Między leczeniem nieprzytomnej dziewczyny z ostrym atakiem astmy (przy bardzo małym, a więc bardzo korzystnym NNT) i leczeniem chronicznego bólu pleców (najgorsze i najmniej korzystne NNT) rozciąga się całe spektrum stosowanych współcześnie terapii, operacji i leków. Ich NNT również znamy.

Jedna pacjentka skarżyła się na ból w klatce piersiowej. Młoda matka chciała się dowiedzieć, ile mleka powinno wyssać dziecko z jej piersi. Jakiś pan (przypadkiem, jak zaznaczył) połknął owada. Jakiś mężczyzna przyszedł z bólem ucha. Jakaś pani miała dreszcze. Starsza pani miała wypadek samochodowy, ale czuła się dobrze. Dziecko uderzyło głową w stół do kawy. Jakiś mężczyzna chciał się dowiedzieć, czy przez pocałunek można zarazić się HIV. A mnie zostało jeszcze siedem godzin nocnego dyżuru.

To był mój pierwszy nocny dyżur w gabinecie lekarza rodzinnego w małym mieście na północ od Nowego Jorku i próbowałem odpowiedzieć na wszystkie pytania. Jako student medycyny raz w tygodniu odbywałem nocny dyżur jako lekarz pierwszego kontaktu w małej miejscowości. Miałem zajmować się nagłymi przypadkami. Zdziwił mnie trochę ogrom mojej niewiedzy, dlatego następnego ranka z notatnikiem w ręce pytałem mojego przełożonego o każdą z tych spraw z osobna.

Słuchał uważnie, z powagą pokiwał głową i powiedział:

-Hm, trzeba mnóstwo aspiryny, żeby przetrwać nocny dyżur.

-Żartuje pan - powiedziałem z uśmiechem — nadal boli mnie głowa.

Spojrzał na mnie spod uniesionych brwi.

-Miałem na myśli ich.

-Jak to? Dla tej pani, która miała wypadek, też?

-Jasne - wzruszył ramionami. - I dla wszystkich pozostałych.

Pokręciłem głową.

-Zaraz, co ma wspólnego aspiryna z leczeniem HIV?

-Drogi chłopcze, nikt ci jeszcze nie powiedział? „Proszę wziąć dwie tabletki i zadzwonić do mnie rano”.

-No tak, to taki kawał, prawda? Ale tak się nie mówi?

-Oczywiście, nie tymi słowami. Ale aspiryna to świetna rzecz.

Rozsiadł się wygodnie w fotelu i napił się kawy. Popatrzyłem na niego podejrzliwie.

-No dobrze, ale po co pacjent ma dzwonić rano?

-No widzisz, wreszcie pojąłeś. Rano większość problemów znika. Prawie nikt nie dzwoni.

Aspiryna to rozpoznawalny na całym świecie symbol współczesnej medycyny. Książka *Aspirin. The Remarkable Story of a Wonder Drug* (Aspiryna. Niezwykła historia cudownego leku) dowodzi, że aspiryna uratowała życie milionom ludzi i wprowadziła medycynę w nową erę. Aspirynę uważa się za jedną z najbardziej przydatnych substancji leczniczych, a jej wpływ na ludzki organizm gruntownie zbadano. Aspiryna hamuje te reakcje chemiczne w organizmie, które stanowią przyczynę stanów zapalnych, wywołując ból, gorączkę i uaktywniając płytki krwi. Dlatego aspiryna łagodzi ból, obniża gorączkę i hamuje działanie płytek krwi. Poza tym aspiryna zmniejsza ryzyko wystąpienia zawału i udaru mózgu, ponieważ płytki krwi są odpowiedzialne za tworzenie się skrzepów, które mogą wywoływać te dolegliwości. Codziennie dziesiątki milionów Amerykanów na polecenie lekarza zażywa aspirynę, żeby zapobiec zawałowi i udarom. Ale czy to naprawdę taki cudowny lek? Jakie jest NNT aspiryny? Ilu osobom trzeba ją podać, żeby u jednej zapobiec wystąpieniu zawału, udaru czy innej dolegliwości związanej z układem krążenia?

U osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zawału lub udaru mózgu (a więc u tych, u których aspiryna powinna okazać się najbardziej skuteczna) zażywanie jej codziennie nie przynosi żadnych rezultatów u dziewięćdziesięciu dziewięciu na sto osób. A więc NNT aspiryny wynosi sto. Zbiorcza analiza wyników kilku badań, w których wzięło udział łącznie około stu tysięcy osób o podwyższonym ryzyku zawału i udaru, wykazała, że prawdopodobieństwo wystąpienia udaru, zawału czy pokrewnych problemów zmniejszyło się o 2,5 procent, jeśli przez ponad dwa lata zażywało się codziennie aspirynę. A zatem korzystny efekt odnotowano w przypadku dokładnie 2,5 procent osób zażywających aspirynę w ciągu dwóch lat (czyli 1,25 procent w ciągu roku)⁴⁹. Dla pozostałych badanych zażywanie aspiryny nie miało żadnego znaczenia. Wystąpienie u nich zawału lub udaru nie zależało od zażywania aspiryny.

49 To drobne uproszczenie. W przypadku niektórych schorzeń, na przykład zawału, zażywanie aspiryny bezpośrednio po zawale ma o wiele większe znaczenie niż podawanie jej w ciągu kolejnych miesięcy. Zarazem jednak oddziaływanie aspiryny polega na zapobieganiu wydarzeniom, których się spodziewamy (udar, zawał itd.), dlatego ostateczny efekt jej stosowania zależy ściśle od czasu stosowania. Każdy kolejny rok terapii zwiększa prawdopodobieństwo, że aspiryna zapobiegnie danemu problemowi, zatem korzyści z jej stosowania rosną z każdym rokiem.

Odsetek osób z zawałem, udarem mózgu lub zmarłych

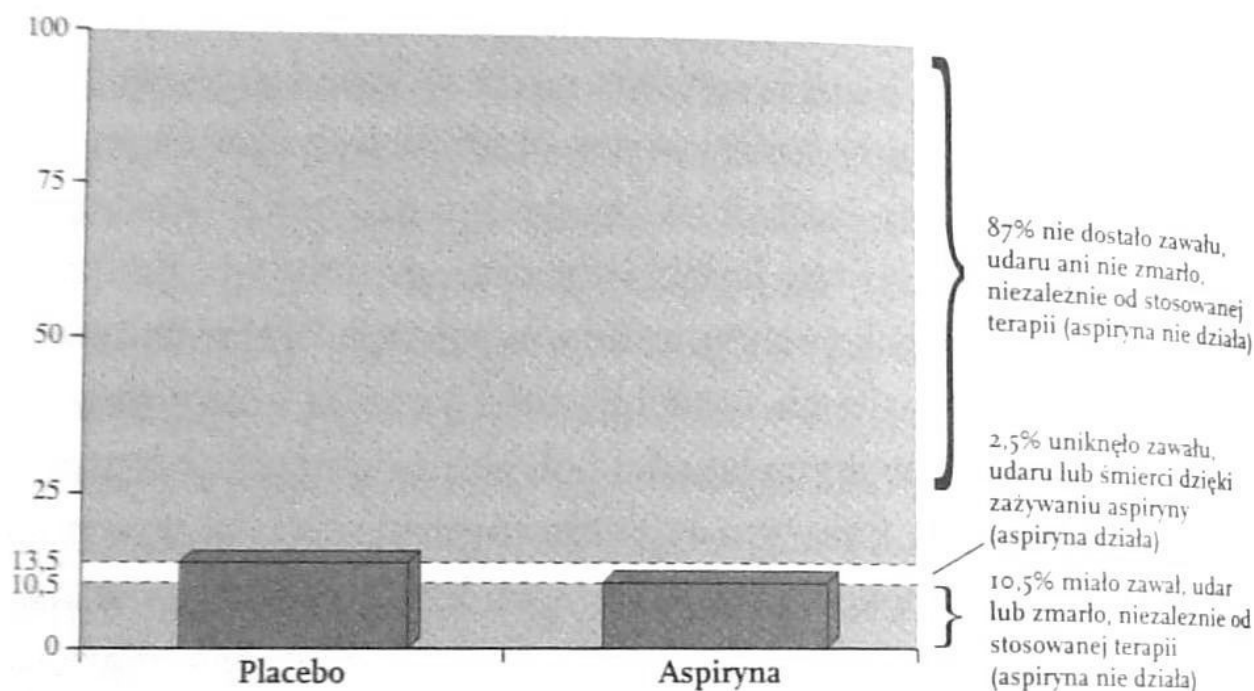


Diagram pokazuje, jaki odsetek osób zażywających aspirynę w porównaniu z osobami zażywającymi placebo choruje na zawał lub udar mózgu albo umiera z powodu choroby układu krążenia w ciągu dwóch lat. U 87 procent nie wystąpi żaden problem, niezależnie od tego, jaką pigułkę zażyją (górna, zacieniona część diagramu).

U 10,5 procent wystąpi któryś z tych problemów, niezależnie od tego, którą pigułkę zażyją (dolna, zacieniona część diagramu). Ale 2,5 procent uniknie zawału lub udaru, zażywając aspirynę, a nie placebo. To grupa osób, na które lek oddziałuje pozytywnie. Rocznie to 1,25 procent, czyli jedna osoba na osiemdziesiąt, a zatem aby zapobiec udarowi lub zawałowi u jednej osoby, musimy podawać aspirynę przez rok osiemdziesięciu osobom. NNT wynosi w tym wypadku osiemdziesiąt. Innymi słowy, u siedemdziesięciu dziewięciu osób na osiemdziesiąt nie odnotowuje się żadnego pozytywnego oddziaływania leku.

Te dane liczbowe mogą niejednego wprawić w zdumienie. Trzeba jednak pamiętać, że każdy lek wywołuje jakieś efekty uboczne. W naszych obliczeniach nie uwzględniliśmy jeszcze ryzyka, jakie niesie z sobą zażywanie aspiryny, a to czynnik kluczowy dla obliczenia NNT. Badania, na które powoływałem się powyżej, wykazały, że wśród osób biorących aspirynę wzrasta ryzyko poważnego krwawienia, w tym śmiertelnego w skutkach krwotoku mózgowego⁵⁰. Żeby obliczyć całkowitą skuteczność oddziaływania aspiryny, musimy wziąć pod uwagę jej poważne efekty uboczne (które wystąpiły u 0,42 procent osób zażywających aspirynę), odejmując tę liczbę od liczby osób, u których aspiryna miała korzystne działanie. Oznacza to, że aspiryna przynosi pozytywne efekty u około 1 procenta osób zażywających ją przez rok. Zatem NNT wzrasta w tym wypadku z osiemdziesięciu do stu. W grupie podwyższonego ryzyka wskaźnik NNT informuje nas o tym, że dziewięćdziesiąt dziewięć osób na sto nic nie zyska, zażywając codziennie aspirynę.

A co z osobami, u których nie występuje duże zagrożenie zawałem i udarem mózgu? W łączonej

⁵⁰ W tym badaniu przyjęto, że "poważne krwawienie" to takie, które pociąga za sobą konieczność transfuzji lub kończy się śmiercią. Prawdopodobieństwo wystąpienia poważnego krwawienia wzrastało o 0,42%. Korzyść z zażywania aspiryny wynosiła 2,5%, czyli 1,25% w ciągu roku. Ten czynnik zmniejsza korzyść z zażywania aspiryny do 2,08% w ciągu dwóch lat i 1,04% (czyli około 1%) w ciągu roku.

analizie, o której pisałem powyżej, brano pod uwagę tylko pacjentów z wysokim ryzykiem chorób serca. W grupie placebo występowały one u 10,5 procent pacjentów, a więc u dość sporej grupy. Natomiast w wypadku przeciętnego pięćdziesięcioletniego mężczyzny, który nigdy nie miał zawału (ani podobnego problemu z układem krążenia), istnieje tylko 1-procentowe prawdopodobieństwo, że spotka go zawał lub udar⁵¹. Aspiryna mogłaby więc zadziałać w bardzo niewielu przypadkach. U osób z tak niskim ryzykiem początkowym zażywanie aspiryny zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zawału lub udaru o 0,2 procent w ciągu dwóch lat⁵² i 0,1 procent w ciągu roku. Zatem wskaźnik NNT dla pięćdziesięcioletniego mężczyzny, który nigdy nie miał zawału, wynosi tysiąc. Ale i tu należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia efektów ubocznych, co podwyższa NNT do tysiąca stu siedemdziesięciu sześciu. Choć wiele osób stosuje się do zaleceń lekarzy i zażywa codziennie aspirynę, ten wskaźnik NNT oznacza, że tysiąc sto siedemdziesiąt pięć z tysiąca stu siedemdziesięciu sześciu osób zażywa aspirynę zupełnie bez potrzeby.

Dlaczego zatem każemy pacjentom zażywać leki, które w 99 lub nawet 99,9 procent wypadków nie przyniosą żadnych pozytywnych efektów? Bo kiedy milion osób z grupy podwyższonego ryzyka zażyje ten lek, dziesięć tysięcy może na tym zyskać. A wśród miliona osób z grupy przeciętnego ryzyka pomoże on pięciu tysiącom. Zatem szanse jednostki okazują się niezwykle małe, ale za to w skali wielkich grup aspiryna okazuje się lekiem ratującym życie. To samo można powiedzieć o innych powszechnie zalecanych i przepisywanych dziś lekarstwach.

Mindy uniosła ręce w geście rezygnacji.

-Doktorze Newman, odbiło jej. Każę sobie wypisać receptę na leki obniżające ciśnienie. Mnie nie wolno. Co niby mam zrobić? Przyszła tu z lekkim krwotokiem z nosa, który zatamowałam. Ciśnienie ma w porządku. Ale upiera się, że musi dostać lekarstwa. Czy może pan z nią porozmawiać?

Mindy to jedna z asystentek lekarzy w ambulatorium. Zajmuje się mniej poważnymi przypadkami, opatruje rany, pęknięte kostki, leczy przeziębienia. Kiedy z nią rozmawiałem, wypełniałem jednocześnie kartotekę pacjenta i rzucałem okiem na monitor pokazujący pracę serca.

-Chętnie bym ci pomógł, ale mam pełne ręce roboty. Człowiek z zawałem w sali osiemnaście, nastolatek z krwotokiem w mózgu na siódemce i świeżo przyjęty pacjent z poważnymi obrażeniami. Może poczekać, jeśli chce, ale zajmie mi to parę minut.

-Na pewno poczeka. I będzie się na mnie przez cały czas wydzierać - powiedziała Mindy, kręcąc głową, i wyszła.

Pół godziny później wszedłem do sali, gdzie przyjmowani byli pacjenci poza kolejnością, tam Mindy przedstawiła mi panią Kem. Towarzyszył jej nastoletni syn, który spojrzał na mnie podejrzliwie. Zapytałem, co dziś mogę dla niej zrobić.

-Panie doktorze, jestem dziś chora, ciśnienie.

Każdą sylabę wymówiła z naciskiem i zaczęła ze wzburzeniem wyjaśniać, że od trzech miesięcy nie zażywa leków na ciśnienie, bo nie miała czasu, żeby pójść po receptę. Chciała, żebym wypisał jej nową receptę, bo czuła, że jej ciśnienie podnosi się z minuty na minutę.

Najdelikatniej, jak umiałem, wyjaśniłem jej, że ma zupełnie normalne ciśnienie, że nie ono spowodowało krwawienie z nosa i że nic jej nie zagraża. Dodałem, że wysokie ciśnienie to niebezpieczny objaw tylko wtedy, kiedy utrzymuje się przez lata, ale jej nic nie grozi i może spokojnie poczekać na wizytę u lekarza w następnym tygodniu. Wycelowała we mnie palec i oznajmiła:

-ALBO MI PAN W TEJ CHWILI WYPISZE RECEPTĘ, ALBO UMRĘ!

Zaproponowałem, że zadzwonię do jej lekarza i umówię ją na wizytę następnego dnia. Żeby

51 To przeciętny odsetek u wszystkich badanych. Ryzyko wzrasta, gdy jest się palaczem, mężczyzną itd.

52 Te dane to wynik obliczenia proporcjonalnego zmniejszenia ryzyka na podstawie liczb pochodzących z poprzedniego badania. Innymi słowy, jeśli w grupie podwyższonego ryzyka prawdopodobieństwo wystąpienia choroby zmniejszyło się z 13 do 10,5% (czyli o około 20%), to w innych grupach ryzyko również powinno się zmniejszyć o 20%. W tym wypadku ryzyko początkowe wynosiło 1%, a 20% z 1 to 0,2.

oswoić jej lęk, wytłumaczyłem też, że wysokie ciśnienie to nie choroba, ale pewien stan, który może prowadzić do choroby tylko wtedy, gdy utrzymuje się długo.

Pani Kern oświadczyła, że nie wyjdzie, póki nie dostanie recepty na lek obniżający ciśnienie. Podałem się. Wypisałem receptę i wróciłem do sali, gdzie czekały na mnie osoby ze znacznie poważniejszymi problemami.

Współczesna medycyna kazała pani Kern uwierzyć, że jej nieznacznie tylko ponad normę podwyższone ciśnienie stwarza bezpośrednie zagrożenie dla życia i że bez odpowiednich leków może w każdej chwili umrzeć. O ile myliła się, uważając, że wymaga natychmiastowej pomocy⁵³, o tyle słusznie uważała, że leki obniżające ciśnienie mogą uchronić ją przed poważną chorobą serca. Współczesna medycyna wierzy w słuszność tej metody i z jej pomocą skutecznie leczy nadciśnienie. Wśród dziesięciu najczęściej przepisywanych leków w Stanach Zjednoczonych w 2004 roku sześć obniżało ciśnienie. Podobnie jak w wypadku aspiryny leki hipotensyjne mają za zadanie zapobiegać niebezpiecznym schorzeniom serca, nerek i naczyń krwionośnych. I podobnie jak aspiryna sprawdzają się.

Obszerne wyniki badań skuteczności tych leków u osób powyżej sześćdziesiątego roku życia wskazują, że w ciągu pięcioletniej kuracji lekami hipotensyjnymi (w porównaniu z terapią placebo) ryzyko wystąpienia zawału, wylewu czy podobnych problemów zmniejszyło się o 5 procent, czyli o 1 procent rocznie. Oznacza to, że w każdym kolejnym roku przyjmowania leków korzystne działanie odnotowuje się u 1 procenta pacjentów powyżej sześćdziesiątego roku życia. NNT wynosi w tym wypadku sto⁵⁴. Ryzyko wystąpienia zawału, udaru mózgu czy śmierci znacznie wzrasta z wiekiem. Oznacza to również, że im starszy pacjent, tym większe korzyści przynoszą leki przeciwdziałające tym potencjalnym schorzeniom i tym niższe jest ich NNT. Działa to również w drugą stronę - u młodszych pacjentów korzyść maleje, a wzrasta NNT. Dane, na które się w tym momencie powołuję, zaczerpnąłem z badań wykonywanych na starszych osobach. Dla pozostałych grup wiekowych NNT jest wyższe, a korzyść mniejsza. I tak jak w wypadku wszystkich innych leków, kiedy weźmiemy pod uwagę efekty uboczne, NNT wzrośnie, a korzyść zmaleje we wszystkich grupach wiekowych⁵⁵. Nawet jeśli pani Kern, osoba po czterdziestce, rok w rok systematycznie zażywa leki obniżające ciśnienie, to prawdopodobieństwo, że nie wywołają one żadnych pozytywnych efektów, wynosi ponad 99 procent.

Uzbrojeni we wskaźnik NNT, który pomaga obliczyć potencjalne korzyści i negatywne efekty terapii medycznych, możemy powrócić do problemów poruszanych w poprzednich rozdziałach, takich jak miarodajność mammografii czy przepisywanie antybiotyków na ból gardła. W wypadku mammografii nie sposób wyliczyć NNT, ponieważ analizy wykazały, że badanie to nie przynosi żadnych korzyści. NNT oblicza się na podstawie możliwych do statystycznego określenia korzyści z danej terapii. Jeśli korzyści się nie stwierdza, nie da się obliczyć NNT. Jednak brak skuteczności mammografii wykazały tylko badania dobrze przygotowane i przeprowadzone. Wyłączono z analizy te, które niewłaściwie obmyślano i zrealizowano. Niektórzy zwolennicy mammografii przekonywali, że kiedy interpretuje się wynik mammografii, powinno się wziąć pod uwagę również wyniki badań błędnie przeprowadzonych ze względu na ich ogromną liczbę. Proponowali również,

53 Nadciśnienie tętnicze zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia poważnej choroby, takiej jak zawał. Jednak nadciśnienie to nie problem. Tylko w bardzo rzadkich przypadkach ciśnienie tętnicze utrzymuje się na niebezpiecznie wysokim poziomie przez dłuższy czas i bezpośrednio zaburza pracę serca czy mózgu. To przypadek tak rzadki jak wygrana na loterii. Kiedy trenujemy na siłowni albo wykonujemy ciężką pracę, ciśnienie może podnieść się do 200, a nawet 300 mmHg. Nie ma w tym nic złego ani niebezpiecznego. Podwyższone ciśnienie utrzymujące się kilka tygodni czy nawet miesięcy prawie nigdy nie stwarza bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia.

54 Oczywiście i w tym wypadku liczba ta to średnia obrazująca efekt w określonym czasie.

55 Niewiele wiemy na temat efektów ubocznych tych leków. Wciąż trwają spory na ten temat. Powszechnie wiadomo, że leki hipotensyjne mogą wywoływać niebezpieczne zaburzenia równowagi elektrolitowej, obrzęk gardła i ust oraz zaburzenia pracy serca.

żeby jako wynik traktować „umieralność na raka piersi” (a nie „ogólną umieralność” - różnicę między nimi omówiłem w rozdziale drugim). Jeśli przyjmiemy te założenia, które proponują zwolennicy mammografii, okaże się, że przynosi ona korzyści. Umieralność na raka piersi zmniejsza się o 0,05 procent, czyli NNT wynosi dwa tysiące po dziesięciu latach poddawania się mammografii.

Trzeba pamiętać, że to NNT obliczyliśmy na podstawie błędnych danych i mylnego wyniku. Ale założymy, że istnieje szansa jedna na dwa tysiące, że wykonywanie mammografii przez dziesięć lat przyniesie jakiś pozytywny skutek. Obliczmy teraz jednak szkodliwe skutki stosowania mammografii, które mogą się pojawić w ciągu dziesięciu lat. Około 19 procent kobiet poddanych zostanie niepotrzebnej biopsji, a z powodu fałszywie pozytywnych wyników około 17 procent doświadczy głębokiego lęku. Nawet jeśli przyjmiemy, że te grupy w dużej mierze się pokrywają i że to wszystkie negatywne efekty uboczne mammografii, to i tak okaże się, że odczuje je około 25 procent kobiet. NNT o wysokości dwóch tysięcy pozwala nam obliczyć, że na jedną kobietę, która zyska coś dzięki zastosowaniu mammografii, przypada pięćset, które doświadczą głębokiego lęku lub zostaną poddane niepotrzebnej operacji⁵⁶.

Kiedy w rozdziale szóstym obliczaliśmy prawdopodobieństwo zapobiegnięcia gorączce reumatycznej w następstwie infekcji paciorkowcowej, ustaliliśmy, że trzeba by poddać terapii około miliona pacjentów, żeby u jednej osoby zapobiec wystąpieniu tak rzadkiej choroby jak gorączka reumatyczna (NNT wynosi więc milion). Na tej podstawie możemy obliczyć stosunek korzyści z zażywania antybiotyków do potencjalnych niebezpieczeństw. U 10 procent osób wywołują one biegunkę, u kolejnych 10 procent wysypkę. U około 10 procent kobiet zażywających antybiotyki pojawi się infekcja drożdżycowa. Oprócz tego u około 0,24 procent wystąpią groźne dla życia reakcje alergiczne i można założyć, że mniej więcej jedna na dziesięć z tych osób umrze. A zatem zapobiegając jednemu przypadkowi gorączki reumatycznej poprzez podanie antybiotyków milionowi osób, jednocześnie wywołujemy biegunkę u stu tysięcy, wysypkę u stu tysięcy i infekcję drożdżycową u stu tysięcy. I zabijamy dwieście czterdzieści osób.

Analiza z wykorzystaniem NNT może nam pomóc ustalić priorytety co do powszechnie stosowanych i zalecanych terapii. Centrum Opieki i Pomocy Medycznej działające pod auspicjami amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych założyło kontrowersyjną stronę internetową hospitalcompare.hhs.gov. Można się z niej dowiedzieć, jak skutecznie leczy się określony typ schorzenia w każdym szpitalu. Można tu sprawdzić na przykład, jak często w danej placówce podawano pacjentom z zawałem tak zwane betablokery bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Beta-blokery spowalniają akcję serca i zmniejszają siłę jego skurczy, a więc teoretycznie powinny zmniejszać negatywne skutki zawału. Wiele stowarzyszeń, w tym Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne, zalecało wczesne użycie beta-blokerów w przypadku zawału.

Kiedy jednak obliczymy NNT dla beta-blokerów, okaże się, że nie ma niezbitych dowodów przemawiających za ich wczesnym użyciem. Po pierwsze, wszystkie dobrze przygotowane i wiarygodne badania beta-blokerów przeprowadzono na pacjentach z rozległym zawałem, tymczasem większość zawałów przebiega w mniej widoczny sposób i nie ma tak groźnych skutków. Po drugie, obliczono, że dla tych pacjentów NNT wynosi ponad sto, a i ten niski wynik nie został jeszcze bezsprzecznie potwierdzony⁵⁷. Założymy jednak, że u mniej więcej i procenta pacjentów z możliwym do natychmiastowego stwierdzenia zawałem podanie beta-blokerów przyniesie pozytywne rezultaty (NNT wynosi sto). Jak pisałem w rozdziale trzecim, diagnozowanie zawału we

56 25% z 2000 to 500. Oczywiście mammografia może powodować jeszcze wiele innych skutków ubocznych, o których nie wspominam tu, żeby uprościć wywód.

57 Zalecając stosowanie beta-blokerów bezpośrednio po wystąpieniu zawału, Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne powołuje się na trzy badania. Dwa szeroko zakrojone badania wykazały zmniejszenie umieralności o 0,7%, a trzecie, na znacznie mniejszą skalę i mniej przekonujące, wykazało spadek umieralności o 3,2%. Problem polega częściowo na tym, że u osób, którym podano beta-blokery, częściej dochodzi do niewydolności serca i do wstrząsu.

wczesnym stadium to dość trudna sprawa, bo objawy, wynik badania EKG i krwi są mało wiarygodne. Zazwyczaj dopiero po całonocnej obserwacji w szpitalu można stwierdzić, czy pacjent przechodzi zawał. Ale na wspomnianej tu stronie internetowej nie pytano, czy zawał można było jednoznacznie stwierdzić już w chwili, kiedy pacjent pojawił się w szpitalu, pytano tylko, czy podano mu beta-blokery. Zazwyczaj zawał stwierdzamy dopiero po dwudziestoczterogodzinnym pobycie pacjenta w szpitalu, dlatego aby osiągnąć wysoki wynik (stronę tę monitorują media i rozpowszechniają zdobyte na niej informacje), szpitale muszą podawać beta-blokery nie tylko osobom z zawałem, z których i tak tylko jedna setna odczuje pozytywne skutki, ale także wszystkim, u których podejrzewa się zawał - a przecież u większości się go ostatecznie nie stwierdza.

Zatem NNT należy obliczyć dla użycia beta-blokerów w przypadkach potencjalnego zawału serca. Okazuje się, że tylko jedna na dwadzieścia osób badanych i leczonych na zawał faktycznie go ma. Jeśli beta-blokery pomagają jednej na sto osób z zawałem, ale tylko jedna na dwadzieścia osób tak naprawdę ma zawał, w rzeczywistości podanie beta-blokerów pomaga tylko jednej na dwa tysiące osób ($100 \cdot 20 = \text{NNT } 2000$). Nie można mówić o skuteczności lekarstwa, kiedy u pacjenta nie stwierdza się tej choroby, którą powinno ono leczyć. Ale ryzyko wystąpienia skutków ubocznych nie zmienia się. Jak podaje tak zwany Podręczny indeks leków, około 3 procent osób, którym podano beta-blokery, ma duszności, a ich puls spada do niebezpiecznie niskiego poziomu, u 1 procenta niebezpiecznie spada ciśnienie, a u 1 procenta występuje świszczący oddech i trudności | oddychaniem. Mniej poważne dolegliwości (biegunka i wysypka) pojawiają się u 5 procent pacjentów⁵⁸. Jeśli w naszych obliczeniach NNT uwzględnimy wszystkie te potencjalne skutki uboczne, okaże się, że na jedną z dwóch tysięcy osób, u której beta-blokery wywołają pozytywną reakcję, przypada sto, u których pojawi się potencjalnie groźny dla życia skutek uboczny, i dwieście, które doświadczą mniej groźnych skutków ubocznych. A zatem trzysta razy więcej osób ucierpi z powodu przyjmowania tego leku, niż odczuje jego pozytywne oddziaływanie.

Jeszcze jedna, ostatnia uwaga na temat działania beta-blokerów u osób z łagodnym zawałem: im poważniejsza i bardziej niebezpieczna choroba, tym bardziej wzrasta potencjalna skuteczność leku lub terapii. NNT najlepiej ilustruje to proste rozumowanie. Jeśli nikt nie umiera na daną chorobę, to stosowany na nią lek nie może ratować przed śmiercią. Im więcej osób umiera lub cierpi na jakąś chorobę, tym większa szansa, że lek przyniesie pozytywne skutki. NNT o wartości dwa tysiące w przypadkach łagodnego zawału to zatem wynik dalece zaniżony. Owszem, badania naukowe kilkakrotnie dowiodły skuteczności beta-blokerów w leczeniu rozległych zawałów. Ale nie istnieje żaden wiarygodny dowód na to, że pomagają one także w łagodniejszych zawałach, które rzadko prowadzą do śmierci. A właśnie wtedy najczęściej stosujemy beta- blokery.

Postęp technologii medycznej pochłania coraz większą część budżetu służby zdrowia. W rezultacie pojawia się mnóstwo nowych leków i terapii. NNT pozwala również w krytycznym świetle przyjrzeć się nowym terapiom i technologiom i pomóc nam podejmować racjonalne decyzje o tym, jak i kiedy je stosować. W 1999 roku mimo wątpliwości zgłaszanych przez poważanych kardiologów Amerykańska Agencja do spraw Żywności i Leków zatwierdziła dwa nowe lekarstwa: Vioxx i Celebrex. W ciągu kilku lat okazały się one prawdziwymi rynkowymi hitami. Przyniosły ogromne zyski producentom, a lekarze wypisywali na nie dziesiątki milionów recept. Ale wspaniała passa skończyła się pięć lat po wprowadzeniu ich na rynek. Okazało się, że Vioxx powoduje niewielki, ale zauważalny i utrzymujący się na stałym poziomie wzrost liczby zawałów i chorób układu krążenia. Podobnie Celebrex. Skoro nawet niewielki wzrost częstotliwości występowania efektów ubocznych doprowadził do radykalnej zmiany nastawienia konsumentów, to jakie odnotowano wcześniej korzyści? Ile wynosiło NNT tych leków?

58 To dane zaczerpnięte z Podręcznego indeksu leków z 2007 roku na temat metoprololu, beta-blokera najczęściej stosowanego w ambulatoriach. Te skutki uboczne zaobserwowano u pacjentów, którzy przyjmowali lek przez kilka tygodni lub miesięcy, a nie u tych, którzy otrzymali tylko kilka dawek. Znacznie mniej wiemy na temat negatywnych skutków podawania pojedynczych dawek leku osobom, u których podejrzewano zawał lub go stwierdzono.

Producenci Vioxxu (firma Merck) i Celebrexu (najpierw Pharmacia, teraz Pfizer) mieli początkowo nadzieję, że nowe leki zastąpią ibuprofen i naproksen, tanie i skuteczne leki przeciwbólowe, których zażywanie niesie z sobą 1-, 2-procentowe ryzyko negatywnego oddziaływania na układ pokarmowy. Nowe substancje należały do klasy leków opracowanych po to, aby zniwelować te skutki uboczne. Pod koniec 2000 roku przeprowadzono badania Celebrexu i Vioxxu, które miały za zadanie określić częstotliwość występowania skutków ubocznych w porównaniu ze starszymi lekami. Pierwsze badanie polegało na porównaniu Celebrexu z ibuprofenem i diklofenakiem. Wykazało ono różnicę tak niewielką, że autorzy musieli stwierdzić, że „ze statystycznego punktu widzenia” nowe i stare leki niczym się od siebie nie różnią. Celebrex nie oddziaływał pod żadnym względem lepiej (nieskończenie wysokie NNT). Dlaczego zatem lek zatwierdzono do sprzedaży i wypisano na niego miliony recept? Być może dlatego, że autorzy rekomendacji nie skupiali się na tym, że lek nie przynosi korzyści, które obiecuje, lecz podkreślili przede wszystkim, że Celebrex „rzadziej niż inne leki prowadzi do tworzenia się objawowych wrzodów i związanych z nimi powikłań”. Ta ostatnia modyfikacja parametrów badania zmieniła wadliwy produkt w rynkowy hit. Choć badanie zostało opracowane po to, żeby zmierzyć oddziaływanie tylko na powikłania wrzodowe (abstrahując od innych czynników), jego autorzy połączyli powikłania wrzodowe z mniej istotnymi, bardziej subiektywnymi i drugorzędnymi objawami, co znacznie poprawiło wynik osiągnięty przez lek⁵⁹. Producenci Celebrexu podawali do wiadomości publicznej ten korzystny (ale zupełnie nieznaczący) wynik badania. Dzięki temu w prasie pojawiły się bardzo dobre recenzje, a Agencja do spraw Żywności i Leków zatwierdziła lek do sprzedaży. Lekarze i decydenci zlekceważyli po prostu nieskończenie wysokie NNT, które z łatwością mógł obliczyć każdy, kto zadałby sobie trochę trudu.

Niestety badacze napotkali wkrótce jeszcze jeden, znacznie poważniejszy problem. Do redakcji „British Medical Journal” nadszedł list, którego autor donosił, że autorzy badania przedstawili wyniki tylko z sześciu miesięcy, tymczasem całe badanie trwało rok. Kiedy wzięto pod uwagę dwanaście miesięcy, wynik okazał się jeszcze mniej korzystny dla Celebrexu niż poprzednio. Żadną miarą nie dało się już ukryć, że lek się nie sprawdza. Dzięki nowemu badaniu i nowym analizom informacja o nieskończeniu wysokim NNT dotarła do opinii publicznej. Ale Agencja do spraw Żywności i Leków już wcześniej dopuściła go na rynek.

Drugie badanie, przeprowadzone w 2000 roku, polegało na porównaniu Vioxxu z naproksenem. Wykazało ono różnicę jeszcze mniej znaczącą niż poprzednie badanie Celebrexu⁶⁰. (To badanie,

59 Autorzy badania uznali wcześniej, że objawy wrzodów to nie dość wiarygodne źródło informacji, aby można na nich oprzeć analizę. Dlatego zdecydowali się wziąć pod uwagę liczbę przypadków perforacji wrzodu i krwawienia. Nie był to fortunny wybór, gdyż o wiele większe znaczenie ma zapobieganie bardziej poważnym skutkom ubocznym, a także dlatego, że - jak przekonywałem w rozdziale pierwszym - objawy wrzodów są mało specyficzne i niezbyt wiarygodne. A jednak po zgromadzeniu materiału autorzy badania połączyli "objawowe wrzody" z niewielką różnicą, jaka pojawia się w przypadku „powikłań wrzodowych”. To zniekształciło całościowy obraz zagadnienia. Poprawnie opracowane badanie to takie, w którym o sukcesie lub porażce leku decyduje tylko jeden wybrany czynnik. W badaniu Celebrexu tym najważniejszym brany pod uwagę czynnikiem były poważne komplikacje towarzyszące wrzodom, takie jak perforacja i krwawienie, natomiast informacje na temat objawów wrzodów gromadzono jako materiał o drugorzędnym znaczeniu, a więc bez znaczenia dla wyniku badania. Zarówno z metodologicznego, jak i statystycznego punktu widzenia badanie powinno się projektować tak, aby o wyniku badania leku decydował tylko jeden brany pod uwagę czynnik. Dodatkowe dane o drugorzędnej wartości nie powinny mieć wpływu na wynik badania, nawet jeśli łączy się je z głównymi danymi. Tych drugorzędnych pomiarów dokonuje się z myślą o przyszłych badaniach i zarazem po to, aby zyskać więcej danych do analizy. Jednak te dane o drugorzędnej wartości nie mogą zdecydować o ostatecznej ocenie leku. W przeciwnym razie nieobiektywny badacz mógłby zupełnie zlekceważyć pierwszoplanowe wyniki, a wybrać dowolnie jakieś mniej istotne zmienne, których pomiary przemawiałyby na korzyść badanego leku. Mógłby je łączyć z innymi wynikami, póki nie uzyskałby pożądanego wyniku, lekceważąc przy tym te zmienne, które przemawiają na niekorzyść leku.

60 W tym badaniu, o którym donosił „New England Journal of Medicine”, nieco inaczej zdefiniowano parametry pozwalające ocenić skuteczność leków niż w badaniu Celebrexu, po którym to badaniu wyniki opublikował „Journal of American Medical Association”. To drugie badanie koncentrowało się jednak na efektach leku znacznie bardziej

podobnie jak badanie Celebrexu, również stało pod znakiem zapytania, okazało się bowiem, że jego autorzy nie włączyli do końcowego raportu informacji o wzroście liczby zawałów⁶¹. Spróbujmy jednak spojrzeć na dane tak przychylnie, jak to tylko możliwe. Jeśli połączymy dane z raportu na temat Celebrexu z danymi pochodzącymi z badań Vioxxu, to łatwo obliczyć, że różnica w skuteczności między nowymi i starymi lekami wynosi 0,61 procent⁶². Na podstawie tych danych można obliczyć, że w najlepszym razie NNT tych lekarstw wyniesie sto sześćdziesiąt cztery. Zatem wśród stu sześćdziesięciu czterech osób zażywających nowe leki aż sto sześćdziesiąt trzy nie odnotują żadnej korzystnej zmiany. NNT pozwala uznać, że skoro na rynku są bezpieczniejsze, tańsze i lepiej przetestowane leki, to nie ma najmniejszego powodu, żeby wypisać choć jedną receptę na Celebrex lub Vioxx.

Dlaczego zatem lekarze polecali ten lek pacjentom? To najprawdopodobniej rezultat agresywnej kampanii reklamowej. Reklamy z łatwo wpadającą w ucho muzyką bezustannie pojawiały się na antenie przez kilka lat od momentu, kiedy Agencja do spraw Żywności i Leków zatwierdziła oba leki do sprzedaży. A lekarze i pacjenci są podatni na tego typu przekazy. Ankieta przeprowadzona w 2003 roku wśród brytyjskich lekarzy pierwszego kontaktu wykazała, że bardzo często traktują oni reprezentantów firm farmaceutycznych i reklamy jako główne źródło wiedzy na temat leków. Znacznie rzadziej zapoznają się z publikowanymi w specjalistycznych czasopismach wynikami niezależnych badań, na podstawie których można wyliczyć NNT. Mimo to respondenci nie odnosili wrażenia, że zaproszenia na lunch i wyjazdy na pola golfowe wpływały na ich decyzje. Dziesiątki badań tego typu wykazały, że takie strategie silnie oddziałują na sposób wypisywania recept. I choć lekarze zazwyczaj przyznają, że reklama ogólnie wpływa zarówno na pacjentów, jak i lekarzy, to jednak oni sami czują się zupełnie od niej niezależni.

Zamieszanie wokół Celebrexu i Vioxxu wywołało co najmniej kilka czynników. Niebagatelną rolę odegrał sposób przygotowania raportu na temat tych leków (nie uwzględniono danych z sześciu miesięcy, wypuklono mniej ważne statystyki, które stawiały badane leki w lepszym świetle). Nie sprawdziły się również instancje kontrolne⁶³. Lekarze jako jednostki nie mogą sprawować kontroli nad tymi sprawami. Ale mają wpływ na to, jak szukają informacji i jak je interpretują. I mogą też zdecydować o sposobie poinformowania pacjenta. Gdybyśmy przed wypisaniem pierwszej recepty przeanalizowali dane i obliczyli NNT, od samego początku, zanim jeszcze przyniosły one więcej strat niż zysków, wiedzielibyśmy, że Vioxx i Celebrex to leki nieefektywne.

10 lipca 2002 roku „New York Times” opublikował tekst opatrzony nagłówkiem: „Badanie nad

istotnych z klinicznego punktu widzenia. Dlatego obliczam "korzyści", a więc również wskaźniki NNT w tych dwóch badaniach, biorąc pod uwagę to, jaki wpływ miały leki na powikłania towarzyszące wrzodom. Celebrex redukuje o 0.69% powikłania towarzyszące wrzodom, a Vioxx o 0,5%.

61 Autorzy badania Vioxxu twierdzili, że zostało ono tak zaplanowane, że wykluczało możliwość uzyskania wiarygodnych informacji na temat wpływu leku na zawał ze względu na ograniczenia czasowe, z jakimi musieli się liczyć, wykonując testy.

62 Liczba poważnych skutków ubocznych ze strony układu pokarmowego stwierdzona w obu badaniach przedstawia się następująco: Vioxx 16/4047 vs. naproksen 37/4029 oraz Celebrex 30/3987 vs. ibuprofen/diklofenak 58/3981. Zatem wartości łączone to 46/8034 vs. 95/8010, czyli 0,573% vs. 1,186%. Różnica wynosi zatem 0,61%. Warto dodać w tym miejscu, że w badaniu Vioxxu w obliczeniach brano pod uwagę nie tylko „powikłania towarzyszące wrzodom”, ale żeby połączyć dane tego samego rzędu, koncentruję się jedynie na poważnych skutkach ubocznych, które brano pod uwagę w obu badaniach.

63 Wielokrotnie kwestionowano autorytet Agencji do spraw Żywności i Leków jako organu kontrolnego. Podkreślano także, że nie zatrudnia ona personelu wykwalifikowanego w kwestiach epidemiologicznych na wysokich szczeblach, odpowiedzialnych za dopuszczanie leków do obiegu i kontrolę nad systemem medycznym. Podejrzewam, że usunięcie tych pracowników na margines instytucji, szczególnie zaś zminimalizowanie ich roli w procesie weryfikacji skuteczności leków, wyjaśnia, dlaczego manipulacje danymi w badaniach nad Celebrexem nie zostały natychmiast wykryte, a lek dopuszczono do sprzedaży. Instytut Medycyny podniósł te kwestie, domagając się zmian w Agencji, głos zabrał także jeden z wydawców "New England Journal of Medicine" (który wcześniej pracował dla Agencji).

hormonalną terapią zastępczą wstrząsnęło światem medycyny”. Artykuł rozpoczynał się w następujący sposób: „Z niezwykłym zdumieniem i niedowierzaniem spotkało się wydane wczoraj oświadczenie, że hormonalna terapia zastępcza, jakiej poddaje się w tej chwili około sześciu milionów Amerykanek czyni więcej złego niż dobrego”. Publikacja ta była polemiką z wynikami badań przeprowadzonych przez Inicjatywę na rzecz Zdrowia Kobiet, przedstawionymi w „The Journal of the American Medical Association”. Wzięło w nich udział ponad szesnaście tysięcy kobiet. Miały one ocenić skuteczność hormonalnej terapii zastępczej, polegającej na zażywaniu pigułek uzupełniających zmniejszającą się ilość estrogeny i progesteronu w czasie menopauzy. Badacze porównali lek hormonalny z placebo. Ani lekarze, ani pacjentki nie wiedzieli, które leki są podawane. Jak wiadomo, hormony wywołują mnóstwo skomplikowanych efektów i przez wiele lat głośzono, że uzupełnianie ich (tak by pozostawały na poziomie sprzed menopauzy) może zatrzymać postęp chorób serca. Jednak badacze z Inicjatywy na rzecz Zdrowia Kobiet obawiali się, że hormonalna terapia zastępcza może również zwiększać ryzyko wystąpienia raka piersi. Dlatego szczególnie uważnie śledzili częstotliwość występowania raka piersi u badanych kobiet. Gdyby okazało się, że zapadalność na raka piersi wzrasta w grupie kobiet zażywających hormony, mieli zamiar interweniować (czyli przerwać badanie). Ku swojemu przerażeniu odkryli, że rzeczywiście po pięciu latach terapii hormonalnej wzrastało ryzyko zachorowania na raka piersi. Kiedy te informacje trafiły do mediów, miliony kobiet natychmiast przerwały terapię.

Warto wrócić do tamtych wydarzeń i jeszcze raz przeanalizować je za pomocą wskaźnika NNT. W ciągu pięciu lat hormonalnej terapii zastępczej zachorowalność na raka piersi wzrosła o 0,08 procent. Jeśli przeliczymy to na NNT, okaże się, że jedno zachorowanie na raka piersi przypadało na sześć tysięcy dwieście pięćdziesiąt kobiet zażywających hormony. Oznacza to, że 99,92 procent kobiet zażywających hormony przez pięć lat nie zachorowało na raka piersi. Niewątpliwie ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta u kobiet zażywających hormony, ale jest ono nieznaczne. Zarazem wzrastało jednak ryzyko pojawienia się chorób serca, łagodnych za wałów, udarów i zakrzepicy. Hormonalna terapia zastępcza miała także dobre strony. Zmniejszyła ryzyko zachorowania na raka jelita grubego oraz złamań biodra i kręgosłupa. Obszerne badanie przeprowadzone w 2004 roku przez grupę Cochrane (na podstawie danych niezależnych od tych, które zgromadziła Inicjatywa na rzecz Zdrowia Kobiet) dowiodło, że hormonalna terapia zastępcza redukuje częstotliwość uderzeń gorąca średnio o 75 procent.

Ze względu na tak ogromny zakres oddziaływania hormonalnej terapii zastępczej trudno oszacować jej ogólny wpływ na organizm. Owszem, NNT to doskonałe narzędzie do obliczenia prawdopodobieństwa, że określona terapia odniesie konkretny skutek na przykład śmierć, zawał czy chorobę nowotworową. Ale okazuje się znacznie mniej przydatne, kiedy terapia ma wpływ na wiele czynników. Żeby oszacować dobre i złe strony hormonalnej terapii zastępczej, możemy jednak zamiast NNT spróbować obliczyć, jaki jest stosunek korzyści do strat, i przedstawić to za pomocą danych liczbowych. Na dziesięć tysięcy kobiet poddawanych hormonalnej terapii zastępczej osiem zapada na raka piersi, a u sześciu udaje się zapobiec rakowi jelita grubego. Ponadto dzięki terapii nie dojdzie do pięciu złamań biodra i sześciu kręgosłupa, a uderzenia gorąca ulegną redukcji w trzech czwartych. Wreszcie terapia doprowadzi do siedmiu nieprowadzących do śmierci wydarzeń sercowych, ośmiu nieprowadzących do śmierci udarów i ośmiu przypadków zakrzepicy.

Tego typu porównanie, oparte na obliczeniach wskaźnika NNT, może pomóc każdej pacjentce podjąć decyzję o rozpoczęciu hormonalnej terapii zastępczej. Na przykład osoba z grupy o przeciętnym lub niskim ryzyku chorób serca i raka piersi, ale zaniepokojona - lub wręcz zagrożona - nowotworem jelita grubego lub odbytu albo podatna na złamania kości, może zdecydować, że hormonalna terapia zastępcza przyniesie jej więcej korzyści niż strat. Jeśli uderzenia gorąca stanowią problem dla pacjentki, należy je również uwzględnić w kalkulacji. Kobiety z grupy o wysokim ryzyku zachorowania na serce lub raka piersi powinna uspokoić informacja, że nawet jeśli weźmie się pod uwagę łączne ryzyko zachorowania na te choroby, to w grupie trzystu kobiet, które przez pięć lat zażywają hormony, mniej niż jedna zapadnie na którąkolwiek z nich. Rozszerzając

niewielką perspektywę, można powiedzieć, że istnieje o wiele większe prawdopodobieństwo (prawie czterokrotnie większe), że zrealizowanie jednej recepty na antybiotyk spowoduje groźną dla życia reakcję alergiczną, niż że roczna hormonalna terapia zastępcza wpłynie niekorzystnie na stan zdrowia⁶⁴. Porównując wskaźniki NNT, możemy zdać sobie sprawę, że więcej ryzykujemy w czasie tygodniowej terapii antybiotykowej niż w czasie rocznej hormonalnej terapii zastępczej.

Wreszcie analiza przy użyciu NNT badająca liczbę przypadków śmiertelnych wykazała, że pomimo niewielkiego wzrostu ryzyka zachorowania na serce lub raka piersi z powodu przyjmowania hormonów ta sama liczba kobiet przeżyła w obu grupach. Choć tak dużo mówiło się w mediach o ryzyku stosowania hormonów, nie spowodowały one wyższej umieralności w grupie szesnastu tysięcy kobiet poddanych badaniu. Jeszcze bardziej zaciera to granicę między pożytecznym i szkodliwym oddziaływaniem leku, zarazem uświadamiając nam po raz kolejny, jak istotną rolę odgrywa umożliwienie pacjentce podjęcie niezależnej decyzji o rozpoczęciu hormonalnej terapii zastępczej.

Skoro NNT to takie proste w działaniu, skuteczne i użyteczne narzędzie, dlaczego nie posługują się nim wszyscy lekarze? Prosta odpowiedź brzmi: powinni i być może niektórzy już to robią, w takiej czy innej formie. W rzeczywistości jednak niewielu stosuje tę metodę i ma to co najmniej kilka przyczyn. Na pewno NNT informuje o faktach, które nie każdy chce znać. Liczby przyporządkowują nas o zawrót głowy. Nie znamy jeszcze lekarstwa na chroniczny ból pleców, dlatego nieskończenie wielkie NNT to coś więcej niż tylko liczba - to przesłanie. Niewielu lekarzy mówi swoim pacjentom, że ból pleców to wielka tajemnica współczesnej medycyny. Ale to właśnie oznacza nieskończenie wysokie NNT. Astronomiczne NNT antybiotyków stosowanych przeciwko infekcjom paciorkowcowym każe nam zdać sobie sprawę z tego, że stosowaliśmy do tej pory złe metody leczenia. Łatwiej unikać rozmowy o tych kwestiach, niż zacząć mówić o NNT. Inny kłopot z NNT polega na tym, że aby posługiwać się tym narzędziem w sposób funkcjonalny, trzeba odejść o dwa kroki od standardów współczesnej medycyny. Po pierwsze, należy uznać, że efekt placebo (i reakcja na znaczenie) zachodzi naprawdę, choć wielu lekarzy traktuje go jako pozostałość po epoce myślenia magicznego. Po drugie, trzeba zrozumieć, że więź między lekarzem i pacjentem ma dokładnie takie samo znaczenie jak wszystkie leki opracowane przy użyciu naukowych metod.

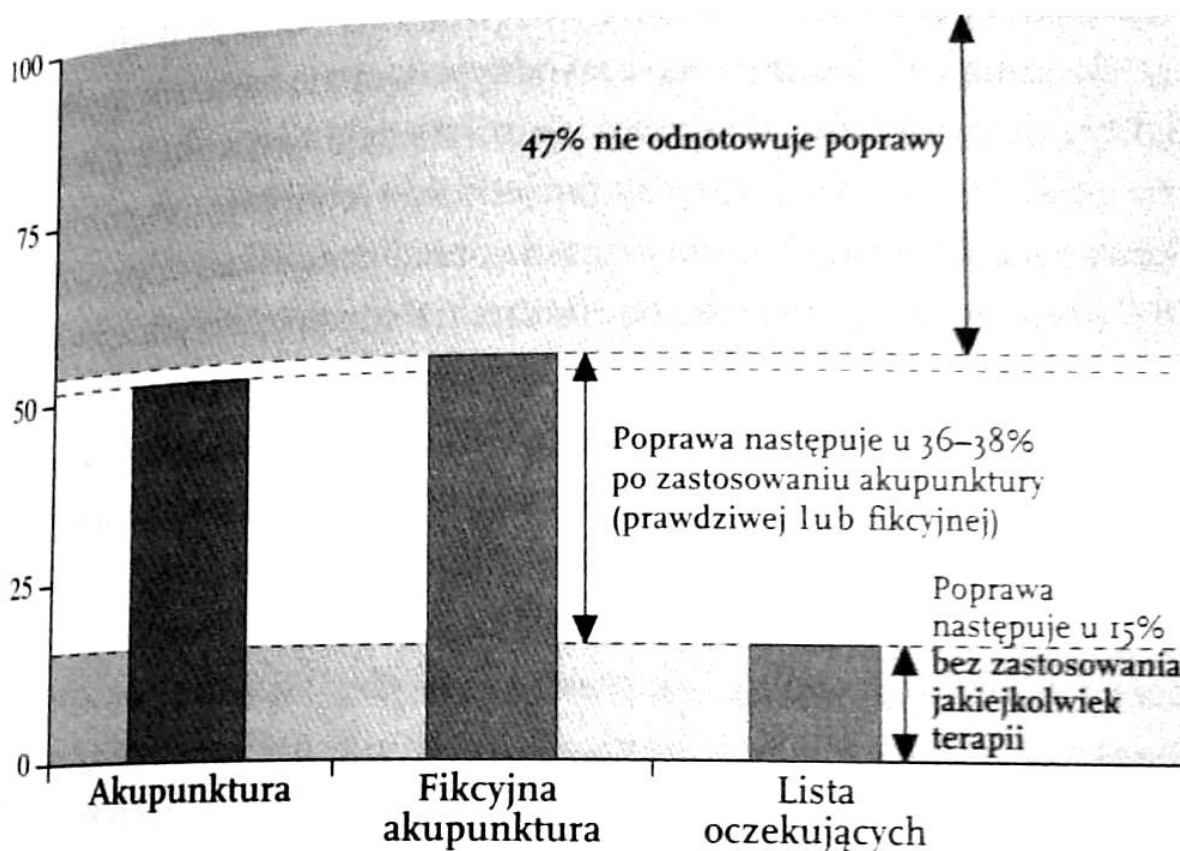
Warto przypomnieć sobie, że w badaniach takich jak te mierzące skuteczność aspiryny biorą udział zazwyczaj dwie grupy. Jednej podaje się aspirynę, drugiej placebo. Różnica polega tylko na tym, że tabletkę podawaną w pierwszej grupie zawiera aktywny składnik. Zdawanie się na przypadek, wykonywanie ślepych prób i użycie placebo to strategie, które mają tylko jeden cel. jakim jest utrzymanie idealnej równowagi między tymi grupami, a więc wyizolowanie „aktywnego składnika” jako jedyne go czynnika różniącego te grupy. Zatem kiedy badanie wykazuje, że lek jest skuteczny, oznacza to, że jego aktywny składnik skutecznie zadziałał. NNT to wskaźnik skuteczności aktywnego składnika. Ale składnik aktywny nie oddziałuje w próżni. Obie grupy badanych regularnie odwiedzają lekarza, obie słuchają rad na temat zdrowego trybu życia, u obu leczy się określone choroby, obu grup słucho się i opiekuje się nimi i w każdej daje się fiolkę z lekiem, który ma być zażywany codziennie. Jak przekonywałem w poprzednim rozdziale, te interakcje mają określone znaczenie, które wynika z kontekstu psychospołecznego i oddziałuje na poziomie biofizycznym. Choć aktywny składnik leku niewątpliwie ma ogromne znaczenie, interakcja z pacjentem może również w decydujący sposób wpłynąć na proces powrotu do zdrowia. Czasem jednak jej wpływ traktuje się jak tego słonia stojącego na środku salonu - choć to on jest największy, nikt o nim nie mówi.

Wróćmy na chwilę do badania skuteczności akupunktury jako środka przeciwko migrenie, o którym pisałem w poprzednim rozdziale. Akupunktura zredukowała migrenę o 51 procent, a fik-

64 Wystarczy przypomnieć, że jedna na czterysta dziesięć (czyli 0,24%) recept na antybiotyki prowadzi do zagrażających życiu reakcji alergicznych. Natomiast tylko 0.06% kobiet (czyli jedna na tysiąc sześćset) zachorowało na raka piersi lub serce z powodu regularnego zażywania leków hormonalnych w ciągu jednego roku.

cyjna akupunktura (placebo) o 53 procent. Stan pacjentów z trzeciej grupy, pozostających do końca na liście oczekujących, poprawił się w 15 procentach przypadków. Oczywiście u tych, u których wykonano prawdziwy lub fikcyjny zabieg, odnotowano większą poprawę - odpowiednio 51 i 53 procent (porównaj diagram). A zatem osoby z tych dwóch grup zyskały znacznie więcej niż osoby z listy oczekujących. Ale jak się okazało, to nie aktywny składnik (prawdziwa akupunktura) zadziałał w tych przypadkach, zarówno bowiem prawdziwe, jak i fałszywe zabiegi miały takie same konsekwencje. Siłę leczniczą odkryto w samym rytuale i spotkaniu, z którym wiąże się akupunktura. W porównaniu z pacjentami na Uście oczekujących odnotowano poprawę wśród 38 procent osób poddanych prawdziwemu lub fikcyjnemu zabiegowi (53 procent - 15 procent = 38 procent). Oznacza to NNT o wartości nieco poniżej trzech. A zatem rytuał akupunktury okazuje się skuteczniejszy niż niektóre z aktywnych składników opracowanych przez współczesną medycynę, w tym aspiryna, operacje na otwartym sercu i niektóre typy chemioterapii.

Skuteczność akupunktury stosowanej przeciwko przewlekłej migrenie



Badania akupunktury miały sprawdzić, jak skutecznie łagodzi ona ból. Można jednak wziąć pod uwagę i inne czynniki. Jedno z badań skupiło się na obrzękach i badaniach krwi wskazujących na stan zapalny po zabiegu usunięcia zęba mądrości. Pacjentów podzielono na trzy grupy: w pierwszej na obszar operowany oddziaływano ultradźwiękami, w drugiej sfingowano tę operację, a w trzeciej nie podjęto żadnych działań. W grupie, w której wykonano zabieg, i w grupie, w której go sfingowano, opuchlizna twarzy zmniejszyła się o 30 procent w stosunku do grupy, w której nie zastosowano żadnej terapii. Zatem ultradźwięki podziały dokładnie tak samo jak placebo i obie metody okazały się skuteczniejsze niż zaniechanie jakichkolwiek działań. Co więcej, zarówno prawdziwy, jak i fikcyjny zabieg spowodował 30-procentowy spadek poziomu „białka c-reaktywnego” (substancja pojawiająca się we krwi w czasie stanu zapalnego) w stosunku do grupy, w której nie wykonano żadnego zabiegu. Ponownie okazało się, że NNT wyniosło trzy, a niewiele współcześnie stosowanych leków i terapii osiąga tak wysoką skuteczność.

Badania te dowodzą, że rytuał odbywający się w czasie spotkania lekarza z pacjentem ma realne konsekwencje i wywołuje rzeczywiste reakcje. Interakcja między pacjentem i lekarzem, wspólnie wykonywane działania i doświadczenia oraz komunikacja sprawiły, że NNT tego zabiegu okazało się niższe niż w wypadku jakiegokolwiek produkowanej obecnie tabletki. Oczywiście, nauce i jej wytworom należy się szacunek i uznanie. Ale NNT zmusza nas także, abyśmy uznali wartość najprostszego, a czasem najsilniej działającego leku: kontaktu między lekarzem i pacjentem.

Kontrast między NNT w przypadku bólu pleców u pani Feliz (nieskończoność) i atakiem astmy u jej córki (dwa) mówi nam wiele o słabych i mocnych stronach współczesnej medycyny. W szpitalnych ambulatoriach mamy dziś do dyspozycji sprzęt pozwalający ratować życie pacjentów z zawałem, duszących się czy z ranami postrzałowymi. W tych przypadkach NNT jest bardzo niskie. Kiedy ktoś się krztusi, chwyt Heimlicha ma znakomite NNT. Nie służy on do zapobiegania potencjalnym problemom (co zazwyczaj wiąże się z bardzo wysokim NNT), ale stosuje się go doraźnie, w przypadku bezpośredniego zagrożenia, kiedy pacjent nie może złapać oddechu. NNT aspiryny jako środka zapobiegającego śmierci na skutek zawału wynosi tysiąc, ale spada do czterdziestu, kiedy podaje się ją w czasie zawału. A to ta sama pigułka.

Jeśli próbuje się ustalić, jak skutecznie działa współczesna medycyna (czyli aktywne składniki), najlepiej sprawdzić to na najpoważniej chorych. Doktor Andrew Weil, światowej sławy propagator medycyny integracyjnej i komplementarnej, powiedział, że współczesny system opieki zdrowotnej powinno się określać mianem systemu opieki nad chorobą. Medycyna dysponuje bowiem ogromnym arsenałem środków przeciwko istniejącym chorobom, ale nie potrafi dbać o zdrowych. Jeśli przejedzie cię ciężarówka, współczesna medycyna na pewno ci pomoże i nawet doktor Weil wysłałby swój ambulans na miejsce wypadku. Jednak jeśli chcesz zapobiec drugiemu zawałowi, doktor Weil powie ci, że rzucenie palenia okaże się pięćdziesiąt razy skuteczniejsze niż zażywanie leków na obniżenie ciśnienia przez dwadzieścia lat.

Jeśli zrozumiemy wagę NNT, uda nam się także podejmować właściwe dla nas wybory terapii i profilaktyki, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i grupowym. Pozwoli nam to także zrozumieć, jak możemy w najbardziej efektywny sposób skorzystać z możliwości oferowanych przez medycynę. NNT bynajmniej nie przemawia za tym, aby przestać zażywać codziennie aspirynę albo leki na obniżenie ciśnienia. Wysokie NNT dla danej terapii nie oznaczają, że nie ma ona żadnej wartości. Po prostu wskaźnik ten pomaga nam lepiej oszacować zyski i straty. Szczepionki mają ogromne NNT, ale pomogły uratować miliony istnień ludzkich. Zawsze zapinam pas bezpieczeństwa, choć prawdopodobieństwo, że zginę w wypadku samochodowym, jest minimalne, o wiele mniejsze niż ryzyko zawału u osoby z wysokim ciśnieniem. Ale i tak zapinam pasy. To decyzja oparta na kalkulacji, która ma dla mnie sens o tyle, że wierzę w brak jakichkolwiek szkodliwych efektów tego działania. NNT pasa bezpieczeństwa jest zatem bardzo wysokie, ale zapinam go dla spokoju sumienia i ze względu na bezpieczeństwo, jakie gwarantuje.

Ale wskaźniki NNT pozostawały do tej pory wyłączną własnością lekarzy, jednym z najpilniej strzeżonych sekretów. I to dosłownie kosztem ludzkiego życia. Kiedy Celebrex i Vioxx dopuszczono do sprzedaży, a my zlekceważyliśmy ich NNT, zapłaciliśmy za to i wciąż płacimy cenę ludzkiego życia. Kiedy zachęcamy kobiety, aby wykonywały rutynowo mammografię, choć wiemy, że jej NNT jest bardzo wysokie, płacą one za to cenę w postaci mastektomii, biopsji i lęku w wypadku bardzo częstych fałszywie pozytywnych wyników. Kiedy beta-blokery włączamy do leczenia, nie sprawdziliśmy wcześniej ich NNT, zachęcamy szpitale, żeby szkodziły pacjentom. Kiedy lekceważymy NNT antybiotyków stosowanych przeciwko infekcjom paciorkowcowym, nie tylko niczego nie zyskujemy, ale stwarzamy zagrożenie dla naszych dzieci i nas samych.

Obliczenie NNT dla określonego leku czy terapii może okazać się błędne. Wskaźnik ten nie mówi nic na temat indywidualnej reakcji, przedstawia tylko pewną średnią statystyczną. Zupełnie możliwe, że lekarstwa o wysokim NNT stosowane w przypadku zawału i zapobiegające śmierci mogą mieć dodatkowe pozytywne oddziaływanie. Mogą poprawiać jakość życia i samopoczucie

albo zmniejszać podatność na infekcje i inne dolegliwości. Znacznie trudniej jednak zbadać i ocenić te dodatkowe skutki. Ale nie obawiamy się tego, że NNT sprowadzi nas na manowce. Zbyt długo żyliśmy bez NNT i nie wiedzieliśmy, jak zmierzyć skuteczność stosowanych przez nas leków. Dlatego nawet niedoskonałe narzędzie pozwoli nam zbliżyć się do prawdy.

Hipokrates często mówił o zaletach zdrowej więzi między lekarzem i pacjentem: „Niektórzy pacjenci, nawet ci w bardzo poważnym stanie, wracają do zdrowia tylko dlatego, że na sercu leży im dobro lekarza”. Hipokrates wierzył, że najskuteczniej leczy nie metody naukowe, ale sama obecność drugiego człowieka. Praktykował Sztukę, która przede wszystkim polegała na poszanowaniu pacjenta i postawieniu go ponad wszelkimi innymi względami. Nie traktował pacjentów jak bezimienne numery czy środki do innego celu. Nie chciał jedynie sprawdzić skuteczności aktywnego składnika. Dziś uprawiamy Sztukę, która często przedkłada metodę nad cel, naukę nad człowieka. Kiedy NNT jakiegoś aktywnego składnika wynosi sto, próbujemy wyleczyć jednego pacjenta, nie zważając na ryzyko, na jakie narażamy dziewięćdziesięciu pozostałych. Udajemy tylko, że leczenie przynosi pozytywne efekty. Ponosimy za to koszty osobiste, zawodowe i finansowe. Kiedy wydajemy setki milionów dolarów na leki i terapie o NNT tak wysokim, że właściwie przynoszą one więcej szkód niż pożytku, zaufanie do lekarzy i nauki spada, pacjenci i lekarze są coraz bardziej rozczarowani, a w relację między lekarzami i pacjentami coraz silniej ingerują takie siły, jak reklama czy agencje rządowe wydające zalecenia, których słuszności nikt do końca nie sprawdził.

Nadzieję można jednak pokładać w prawdzie i przejrzystości. Przecież nawet jeśli wiemy, że istnieje mała szansa na to, że coś zyskamy, i tak możemy próbować z niej skorzystać. Potęga nauki może wspierać potęgę więzi międzyludzkich. W przeszłości ignorowaliśmy NNT. Jeśli zrozumiemy, że nasza więź to źródło najniższego NNT, i jeśli zaczniemy stosować terapie, uwzględniając w pierwszej kolejności ich NNT, to być może uda nam się zbliżyć do ideału medycyny: NNT wynoszącego jeden. I wszyscy na tym skorzystamy.

Wskaźnik NNT dla wybranych leków i terapii oparty na wiarygodnych badaniach.

Im wyższe NNT, tym niższa skuteczność. Nieskończenie wysokie NNT oznacza zupełny brak skuteczności, NNT równe jedności oznacza, że każdy poddany leczeniu wraca do zdrowia.

Codzienna dawka aspiryny u osób z grupy podwyższonego ryzyka (1 rok)	100
Codzienna dawka aspiryny u osób z grupy o przeciętnym ryzyku (1 rok)	1176
Aspiryna jako środek przeciwdziałający zgonom w czasie zawału	40
Leki obniżające ciśnienie przeciwdziałające chorobom serca u osób po 60. roku życia (1 rok)	100
Mammografia jako środek ratujący życie (tylko dane z wiarygodnych badań, 13 lat)	Zero skuteczności
Mammografia jako środek zapobiegania rakowi piersi (tylko dane z wiarygodnych badań, 13 lat)	Zero skuteczności
Mammografia jako środek ratujący życie (także mniej i wiarygodne dane, 13 lat)	Zero skuteczności
Mammografia jako środek zapobiegania rakowi piersi (także mniej wiarygodne dane, 13 lat)	2000
Mammografia jako metoda wywołania lęku przed rakiem (fałszywy wynik pozytywny, 10 lat)*	2
Mammografia prowadząca do operacji chirurgicznej na zdrowej piersi (13 lat)	5

Badanie swoistego antygenu sterczowego (PSA) jako metoda zapobiegania śmierci i rakowi prostaty	Zero skuteczności
Ćwiczenia sportowe w celu zredukowania komplikacji po zawale	37
Zmniejszenie spożycia soli w celu zapobiegania chorobie serca po zawale lub udarze	42
Rzucenie palenia w celu zapobiegania śmierci lub zawałowi po zawale lub udarze	8
Hormonalna terapia zastępcza jako metoda wywołania raka piersi lub łagodnego zawału	667
Hormonalna terapia zastępcza w celu zapobiegania rakowi jelita grubego lub odbytu albo złamaniu biodra lub kręgosłupa	588
Hormonalna terapia zastępcza w celu zapobiegania niepożądanym dolegliwościom (jak nowotwory czy pęknięcia kości)	2000
Hormonalna terapia zastępcza jako środek przeciwko uderzeniom gorąca	3
Modlitwa o wyleczenie lub ulgę w chorobie	Zero skuteczności
Celebrex jako środek zapobiegający poważnym chorobom układu pokarmowego	Zero skuteczności
Vioxx jako środek zapobiegający poważnym chorobom układu pokarmowego	200
<i>Vioxx jako środek powodujący zawał, wylew lub powiązane dolegliwości</i>	59

* Pochyłą czcionką zaznaczono szkodliwe oddziaływanie.

NOWY STARY PARADYGMAT

W którymś momencie podróży ze starożytnej Grecji do współczesności drogi lekarzy i pacjentów zaczęły się rozchodzić. Poszliśmy w przeciwnych kierunkach, mieszkamy w dwóch różnych światach i stawiamy sobie odmienne cele. Pacjenci przychodzą do Domu Medycyny, w nadziei że ktoś ich wysłucha, zbada i zrozumie. Chcą przy tym skorzystać z dobrodziejstw oferowanych przez współczesną, opartą na naukowych metodach medycynę. Lekarze natomiast tropią wszelkie patologie i chcą zdiagnozować chorobę, żeby również skorzystać z możliwości, jakie stwarza dziś nauka. A jednak obie grupy są coraz mniej zadowolone. Ankiety przeprowadzane wśród pacjentów wykazują, że mają oni poczucie braku zainteresowania ze strony lekarzy. Odczuwają niedostatek komunikacji i kontaktu. Lekarze w podobnych ankietach wyrażają coraz większy niepokój, że oddalają się od pacjentów. Jedni i drudzy chcą się do siebie zbliżyć, ale wciąż dzieli ich brak zaufania i poczucie alienacji, które rodzi się dlatego, że wciąż mamy przed sobą tajemnice.

My, mieszkańcy Domu Medycyny, daliśmy sobie wmówić, że nasze sekrety chronią i pacjentów, i lekarzy. Pacjentów osłaniamy przed niepotrzebną dezorientacją i rozczarowaniem, a lekarzy przed osądem niewtajemniczonych, którzy, jak nam się wydaje, nigdy nas nie rozumieją. Tajemnice to zatem chleb powszedni w Domu Medycyny: niektóre skrywamy głębiej, a inne można bez trudu odkryć, niektórych sobie nie uświadamiamy, a inne celowo chronimy, niektóre są skomplikowane, a inne zupełnie proste. Ale wszystkie pociągają za sobą niemałe koszty. Sekrety podkopują fundamenty relacji między lekarzem i pacjentem i nie pozwalają osiągnąć wspólnie wytyczonych celów, takich jak poprawa zdrowia, długie i szczęśliwe życie oraz szczerze relacje z innymi. Lekarze zdają sobie z tego sprawę i dlatego wyrażają frustrację, „niezadowolenie” i ubolewanie. Milcząco się zgadzają, by ich tajemnice nie wyszły na światło dzienne, bo mają zbyt wiele pracy, nie otrzymują koniecznego wsparcia, brakuje im umiejętności i czasu, żeby spojrzeć na swoją pracę z dystansu i w szerszej perspektywie. Muszą też liczyć się z ograniczeniami narzucanymi przez cały system i ze zdaniem kolegów po fachu. Jak każdy, bardzo chcą czuć się bezpiecznie i swojsko. Ale sekrety mają przewrotną naturę. I rodzą kolejne sekrety.

Siła sekretu tkwi w tym, że służy on do oddzielenia wtajemniczonych od niewtajemniczonych. Chciałem nieco zneutralizować jej działanie, spisując listę powszechnie skrywanych sekretów lekarzy: nasza wiedza ma znacznie więcej ograniczeń, niż nam się wydaje, zalecamy i stosujemy terapie, o których wiemy, że nie odnoszą pozytywnych skutków, na poziomie systemu nikt nie troszczy się o komunikację z pacjentami, bardziej ufamy technologii niż badaniu fizykalnemu, otwarcie lekceważymy niepodważalne dowody, odrzucamy placebo jako wierutną bzdurę, a jednocześnie po cichu akceptujemy je i stosujemy, wiemy doskonale, jaką korzyść może przynieść pacjentowi określona terapia, ale bardzo rzadko go o tym informujemy.

W pierwszych ośmiu rozdziałach tej książki próbowałem wyjawić i objaśnić każdy z tych sekretów. To pierwszy krok. Ale jeśli ideały hipokratejskie mają znów wrócić do łask, wszyscy zainteresowani muszą zrozumieć, jakie siły stoją za tym konspiracyjnym modelem, a także jakie siły powodują, że lekarze czują się bezradni, kiedy ten model zostaje zakwestionowany. Aby to zadanie się powiodło, trzeba najpierw porozmawiać o największym zagrożeniu, w największym stopniu odpowiedzialnym za to, że lekarze oddalają się od pacjentów. To właśnie słoń stojący

pośrodku salonu: fatalnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej.

W Stanach Zjednoczonych władzę nad tym systemem sprawuje niewidzialna ręka rynku. Opiera się on na podstawowym założeniu, że popyt na opiekę zdrowotną spowoduje, że zwiększona zostanie podaż, póki potrzeby nie zostaną zaspokojone. W kierujący się prawami rynku system, który jednocześnie chce zapewnić każdemu fundamentalne prawo do opieki zdrowotnej, wpisane jest jednak pewne zagrożenie. Jeśli bowiem osiąga się kolosalne zyski, nie zwiększając podaży, to nic nie motywuje jej zwiększenia. Czy zatem w naszym systemie zysk ma większe znaczenie niż podaż? Odpowiedź brzmi: tak. W 2006 roku wydaliśmy ponad siedem tysięcy dolarów na opiekę nad jednym pacjentem, czyli o wiele więcej niż w jakimkolwiek innym kraju. Najnowsze porównywalne dane, jakie posiadamy, dotyczą Luksemburga (pięć tysięcy dolarów) i Szwajcarii (cztery tysiące dolarów), które zajęły drugie i trzecie miejsce w 2004 roku. Zarazem pod względem średniej długości życia, umieralności niemowląt, liczby przypadków śmierci matki w czasie porodu i innych kluczowych kategorii, zajmujemy ostatnie miejsca wśród krajów uprzemysłowionych. Wydajemy najwięcej na świecie (zwiększając zyski), a skuteczność (ilość i jakość oferowanych przez nas usług) utrzymuje się na bardzo niskim poziomie. Nie ma więc wątpliwości, że zyski przeważały nad podażą.

W naszym systemie, w którym nad wydatkami nikt nie sprawuje kontroli, nie opłaca się zapewniać prywatnego ubezpieczenia, jeśli jednocześnie nie podnosi się opłat za wizyty. Dlatego pięćdziesiąt milionów obywateli nie ma ubezpieczenia. Natomiast terapie, produkty i usługi, które przynoszą ogromne zyski (to znaczy leki i operacje), reklamuje się zupełnie jawnie, co często prowadzi do wyeliminowania prostszych, skuteczniejszych i bardziej korzystnych metod. Atul Gawande w artykule *The Checklist* (Lista kontrolna) opisuje badania nad niezwykle prostą metodą zapobiegania infekcjom na oddziałach intensywnej terapii. Lekarzy, z których każdy znał na pamięć kolejne etapy zakładania cewnika do „centralnych” żył, poproszono, aby postępowali wedle instrukcji wyszczególniającej kolejne kroki tej nowej procedury. W placówkach, gdzie testowano tę metodę, udało się wyeliminować jeden z najpowszechniejszych i najgroźniejszych typów infekcji na oddziałach intensywnej terapii. A jednak tej innowacyjnej i niedrogiej metody prawie w ogóle się nie stosuje. Zamiast tego tysiące pacjentów zapada na infekcję, a miliardy dolarów wydaje się na antybiotyki, uposażenie personelu medycznego i inne środki konieczne do jej wyleczenia. Jak pisze Gawande, gdyby ta metoda miała status produktu jako opatentowana technika albo gdybyśmy mieli do czynienia z tabletką, już dawno wszyscy by ją stosowali. Ale przecież nie można kazać komuś płacić rachunku za to, że ktoś inny postępował wedle spisanej w punktach instrukcji. A zatem metoda ta nie przynosi zysku.

To tylko jeden przykład działania mechanizmu, który zysk przedkłada ponad zdrowie i życie pacjentów. Nieubezpieczonym i tym z najtańszymi polisami (sprzedawanymi przez firmę Medicaid) grozi dwukrotnie wyższe ryzyko śmierci po zdiagnozowaniu u nich nowotworu niż tym z prywatnymi polisami⁶⁵. Podobnie przedstawiają się statystyki dla chorób serca i śmiertelności niemowląt. Prywatni ubezpieczyciele bezwzględnie wykluczają tych, którzy wymagają szczególnej opieki, gdyż nie przynoszą oni żadnych zysków. Kosztowne terapie zastępują znacznie skuteczniejszą profilaktykę. Na przykład szpital może zarobić wtedy, kiedy chirurg amputuje nogę choremu na cukrzycę, ale nie zarobi nic, jeśli uda się zapobiec amputacji dzięki odpowiedniej profilaktyce w ramach leczenia pierwszego kontaktu. Na amputację stać każdego (nawet Medicaid za nie płaci), ale na dobrą opiekę medyczną u lekarza pierwszego kontaktu, która mogłaby zjednoczyć pacjentów i lekarzy, stać tylko nielicznych.

W mojej specjalności, ratownictwie medycznym, na każdym kroku doświadczamy tego, jak niewydolny jest nasz system. W ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba ambulatoriów zmniejszyła się o 12 procent, podczas gdy częstotliwość wizyt wzrosła o 18 procent. Rząd federalny, który

65 Wśród nieubezpieczonych ryzyko śmierci w ciągu pięciu lat po zdiagnozowaniu raka było 1,6 razy wyższe niż u osób z prywatnym ubezpieczeniem. Tyle samo wynosiło ono u osób ubezpieczonych przez Medicaid w porównaniu z ubezpieczonymi prywatnie.

spowodował ten problem poprzez cięcia budżetowe i który jednocześnie gwarantuje każdemu dostęp do ambulatoriów, odmawia teraz zapłacenia rachunku za funkcjonowanie tych jednostek. Tymczasem ambulatoria to główny bezpiecznik w naszym systemie, wiernie bowiem i bez wyjątku obsługują one co roku każdego ze stu milionów pacjentów (jednego na trzech Amerykanów), którzy się tu pojawiają. A zatem ambulatoria stały się nieopłacanym i nieopłacalnym pasierbem w Domu Medycyny. Chronicznie brakuje nam funduszy, jesteśmy chronicznie przeciążeni i chronicznie stoimy na skraju przepaści.

Ale ambulatoria to tylko jeden z elementów całej układanki. Lekarze pierwszego kontaktu muszą pracować coraz więcej za coraz niższe wynagrodzenie i spędzać więcej czasu na papierkowej robocie niż na rozmowach z pacjentami. Coraz więcej pieniędzy pochłaniają rozprawy sądowe spowodowane błędami w sztuce lekarskiej. Lekarze zlecają niepotrzebne prześwietlenia, żeby uniknąć pozwu, a nie dlatego, że to dobre dla pacjenta. Kierują na badania krwi, żeby udobruchać tych, którzy czekają. Oburzeni pacjenci składają pozwy przeciwko lekarzom, którzy w natłoku obowiązków nie poświęcili im dość uwagi i zapomnieli ich imienia. Przepisujemy antybiotyki, bo to najprostsze rozwiązanie. Unikamy najważniejszych rozmów, bo nie ma na nie czasu. I tak dalej, i tak dalej.

A jednak... tak właśnie mają się sprawy. Choć nasz system jest jedną wielką porażką, to nasze problemy bynajmniej nie są wyjątkowe. Systemy opieki zdrowotnej na całym świecie, niezależnie od tego, czy nastawione na zyski, czy nie, funkcjonują podobnie: tłumy pacjentów w poczekalniach, przepelnione kliniki i popyt przewyższający podaż. Tak wygląda szara rzeczywistość wszędzie, gdzie próbuje się otoczyć opieką lekarską całe społeczeństwo. Owszem, nasz system przyczynia się do tego, że wciąż mamy jakieś sekrety i wciąż jesteśmy niezadowoleni. Ale na pewno nie stwarza on tych problemów i nie może występować w roli kozła ofiarnego. W systemach, gdzie na wizytę lub zabieg trzeba długo czekać, a środki są ograniczone, pacjenci znacznie częściej wyrażają zadowolenie i wdzięczność dla lekarzy. Znacznie więcej niezadowolonych to osoby, które nie muszą tak długo czekać, mają lepsze ubezpieczenia i dostęp do nowoczesnych metod leczenia. Tajemnice i brak zaangażowania ze strony lekarzy pojawiają się tam, gdzie pieniądze nie stanowią problemu, w dobrze funkcjonujących systemach opieki medycznej. Oznacza to, że najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za sukces bądź porażkę nie jest infrastruktura, ale kontakt między lekarzem i pacjentem. Nasz kulawy system opieki zdrowotnej służy nam za wygodną wymówkę, to kozioł ofiarny, którego poświęcamy, by móc nadal zachowywać dystans i chronić nasze tajemnice. Prawdziwy przełom może zacząć się od środka, w obrębie relacji między lekarzem i pacjentem. Ale jak? Jaki element współczesnej umysłowości sprawił, że z takim trudem przychodzi nam wejście w kontakt i wysłuchanie się nawzajem? Co stało między nami?

Pewnego pięknego jesienno-wieczora w 1513 roku, sto lat przed wynalezieniem teleskopu, polski kanonik i praktykujący lekarz, który dla rozrywki zajmował się również pisaniem poezji i malowaniem, patrzył w gwiazdy. Właściwie astronomię traktował jako kolejne hobby, ale wcześniej studiował optykę, dlatego potrafił szczegółowo zapisać swoje obserwacje. To, co zobaczył, zaniepokoiło w równym stopniu jego samego, jak i cały gmach chrześcijańskiej teologii, podważało bowiem przyjęte za pewnik podstawy astronomii, dziedziny cieszącej się ówczesnie ośmiowiekową tradycją. W ciągu następnego kilkunastu miesięcy Mikołaj Kopernik w tajemnicy rozpowszechnił wśród przyjaciół i kolegów po fachu swój *Commentariolus*, zapis obserwacji astronomicznych i oparte na nich wnioski. Choć ostatecznie zgodził się, by jego dzieło trafiło do oficjalnego obiegu, stało się to zbyt późno, by mógł on za życia cieszyć się powszechnym uznaniem. Jak głosi anegdota, dopiero na łożu śmierci Kopernik po raz pierwszy trzymał w ręku egzemplarz dzieła *O obrotach sfer niebieskich*, skromnego i poświęconego ściśle technicznym kwestiom traktatu, dowodzącego, że Ziemia kręci się wokół Słońca, a nie na odwrót. Człowiek został zdetronizowany - przestał być centrum wszechświata i rozpoczęła się rewolucja naukowa.

Choć odkrycie to poprzedzały tysiące lat odkryć i dociekań (a dopiero Brahe, Kepler i Galileusz przekształcili rozważania Kopernika w teorię ściśle fizyczną), powszechnie uznaje się, że to właśnie Kopernik odpowiada za to objawienie, które doprowadziło do długotrwałego romansu współczesnego świata z nauką. Romans ten rozwija się od tamtego momentu. Święcie wierzymy w to, że wszechświat da się poznać i trwamy w głębokim przekonaniu, że skoro coś jest poznawalne, to trzeba to zrozumieć. W imię tej wiary niestrudzenie dokonujemy odkryć i opracowujemy coraz to nowe wynalazki, a realizując te ambicje, stworzyliśmy budowle sięgające chmur, latające maszyny, kieszonkowe urządzenia, które mogą nas połączyć z ludźmi zza oceanu, i wiele innych. Od pierwszych chwil życia otaczają nas cuda techniki, symbole epoki kopernikańskiej.

Ta naukowa krucjata ma szczególne znaczenie dla medycyny, bo przecież w dużej mierze dokonuje się ona w imię pogłębiania wiedzy medycznej. Medycyna zmienia naukę w broń przeciwko chorobom i śmierci, zaś praktyka medyczna i badania rozwijają się bezustannie i cieszą szczególnym statusem, zwolnione są bowiem z moralnej odpowiedzialności za dokonane po drodze odkrycia. Praktykujący lekarze i naukowcy obrali sobie za wzór wielkich odkrywców, którzy wyruszyli w podróż w przekonaniu, że odkrycie to nie tylko środek do celu, ale i sam cel, i którzy nie rozwodzili się nad znaczeniem odkrycia, póki go nie dokonali. Ale na polu medycyny każde odkrycie ma głębokie znaczenie i funkcjonuje w określonym kontekście. Brak refleksji nad tymi kwestiami ze strony lekarzy, badaczy i osób kierujących systemem opieki zdrowotnej spowodował poważne konsekwencje. O znaczenie odkryć medycznych pytają dziś tylko filozofowie i etycy, dwóch mniej ważnych uczestników naszej wyprawy, którzy pomimo chwalebnej historii wloką się teraz za naszą karawaną, próbując pozbierać pozostawione przez nią resztki.

Starożytni Grecy nie lekceważyli znaczenia otaczającego ich świata. Ich koncepcja nauk ścisłych i techniki obejmowała swoim zasięgiem także sztuki filozoficzne (nie istniało słowo oznaczające „naukę”, które nie obejmowałoby również „sztuki”). W ciągu ostatnich stuleci to filozof i etyk nauczyli się czegoś istotnego, podczas gdy cała wspólnota naukowa wbiła wzrok w odległy horyzont. Nasza zbiorowa obsesja poszerzania granic wiedzy i ślepa wiara w potęgę nauki spowodowały, że przegapiliśmy być może najistotniejsze ustalenia filozoficzne na temat współczesnej nauki - te ustalenia, które zarysowują granice nauki. Od czasów Kopernika wielkie przełomy naukowe polegały na wytyczeniu nowych granic. W chwili kiedy zarówno lekarze, jak i pacjenci zapomnieli o tym, rozpoczął się proces erozji fundamentów medycyny. Można wyróżnić trzy odkrycia, które w dużej mierze przyczyniły się do tego, że w naszej dyscyplinie pojawiły się sekrety. To odkrycia Bayesa, Heisenberga i Gödla.

BAYES

Wielebny Thomas Bayes był genialnym matematykiem, który podobnie jak Kopernik niechętnie dzielił się swoimi odkryciami z opinią publiczną. Za życia opublikował tylko jeden artykuł, w którym polemizował z poglądami znanego mu naukowca, dlatego opublikował go anonimowo. Najważniejsze dzieło Bayesa, jego druga publikacja, ukazało się już po jego śmierci, w 1763 roku, dzięki staraniom jego przyjaciela. Również ten artykuł rzucał wyzwanie autorytetom, ale tym razem jeszcze bardziej poważanym. Bayes zakwestionował zasady badań naukowych leżące u podstaw wszystkich dociekań oraz pytania, które zadaje sobie każdy naukowiec, kiedy rozpoczyna jakikolwiek projekt. To sam zrzęb wszelkich naukowych metod, z niego biorą początek wszelkie prawdy. Posługując się językiem prawdopodobieństwa warunkowego, Bayes, poszukujący praktycznego zastosowania zasad matematycznych, zbadał naukowo metody badań naukowych. W rezultacie zmienił oblicze nauki. Odkrył bowiem, że kiedy próbuje się ustalić prawdę, samo dochodzenie do niej i końcowa odpowiedź mają znacznie mniejsze znaczenie niż cały kontekst. W rozdziale piątym pisałem o tym, jak istotne okazało się to odkrycie dla badań medycznych, ale obejmuje ono swoim zasięgiem znacznie szersze pole. Twierdzenie

Bayesa to dowód matematyczny podkopujący same fundamenty zachodniej medycyny. Według niego zdrowie to przede wszystkim funkcja czynnika ludzkiego i kontekstu interakcji międzyludzkich.

Wydaje się, że to oczywiste twierdzenie, ale stanowi ono twardy orzech do zgryzienia dla współczesnej medycyny i praktyki lekarskiej. Wyobraźmy sobie, że istota ludzka to ogromna konsola, a każdy przycisk służy do kontrolowania jakiegoś płynu ustrojowego, związku chemicznego czy funkcji życiowej. Żeby przykład ten adekwatnie oddawał całość funkcjonowania ludzkiego organizmu, konsola ta musiałaby składać się z milionów przycisków. Aby zredukować ryzyko zachorowania na chorobę serca, należałoby nacisnąć guzik służący do obniżania poziomu cholesterolu. Anemię można by wyleczyć za pomocą przycisku podwyższającego poziom żelaza we krwi. Przycisk obniżający poziom substancji sprzyjających tworzeniu się skrzepów pozwalałby zapobiec udarom mózgu. Współczesna medycyna działa właśnie w taki sposób, jakby lekarze cały czas naciskali określone guziki. Ale spójrzmy teraz na całą konsolę. Jeśli każdy przycisk ma średnicę dwóch i pół centymetra i od sąsiedniego guzika dzieli go dwa i pół centymetra, cała zaś konsola składa się z czterdziestu rzędów guzików, to konsola ta będzie miała prawie dwa metry wysokości i jakiś kilometr szerokości. A więc będzie większa niż siedem boisk piłkarskich. Twierdzenie Bayesa każe nam w chwili naciśnięcia jakiegoś guzika zrobić krok do tyłu i spojrzeć na całą konsolę, żeby zdać sobie sprawę z jej rozmiarów.

W rozdziale ósmym wspominałem, że NNT wielu znanych leków, w tym aspiryny i beta-blokerów, jest bardzo wysokie. Często wynosi sto lub więcej, a niekiedy nawet tysiąc. Najlepsze leki, jakimi dysponuje współczesna medycyna, mają NNT rzędu pięćdziesiąt, a bardzo rzadko dziesięć. W najlepszym wypadku dziesiątki, a znacznie częściej setki, a nawet tysiące chorych należy poddać leczeniu jakimś środkiem, żeby uzdrowić jedną osobę. Choć tę sytuację przewidział Bayes, do tej pory zupełnie to ignorowaliśmy. Lekarze i pacjenci uważają pigułki za „cudowne leki”, a recepty wypisuje się tak, jakby ludzkie życie zależało od nich i tylko od nich. Ale rzadko tak się dzieje. Przyciskając jeden guzik, można osiągnąć efekty w bardzo ograniczonym zakresie.

HEISENBERG

W laboratorium fizyki kwantowej Nielsa Bohra w Kopenhadze doszło do drugiego przełomowego wydarzenia w historii współczesnej nauki, kiedy w 1926 roku Werner Heisenberg sformułował zasadę nieoznaczoności. Podobnie jak Bayes, Heisenberg analizował formuły matematyczne i filozoficzne i doszedł do wniosków o fundamentalnym znaczeniu. Wykonując eksperymenty w dziedzinie fizyki kwantowej, Heisenberg udowodnił, że im dokładniej potrafimy określić położenie cząsteczki, tym mniej dokładnie umiemy określić jej pęd, i vice versa. To bardzo złożona zasada (głowił się nad nią nawet Einstein), ale mówi ona jasno, że wiedza i obserwacja w naukach ścisłych mają swoje ograniczenia, z których zakresu nawet nie zdajemy sobie sprawy. Zasada Heisenberga postawiła pod znakiem zapytania zasadę przyczynowości, a także jej zastosowanie i słuszność wyników naukowych analiz otaczających nas zjawisk fizycznych.

Jednak w Domu Medycyny nadal uważamy, że ludzki organizm działa wedle zasad przyczynowości, jak kartezjańska maszyna, której funkcjonowanie można zmierzyć i przewidzieć. Chociaż czasem ten model się sprawdza, lekarze bezradnie załamują ręce, kiedy tylko przestaje on działać. Choć Heisenberg odkrył, że niekoniecznie te wielkości, które wydawały nam się „przewidywalne i możliwe do zmierzenia”, są takie w rzeczywistości, lekarze zdają się tego nie dostrzegać. Co więcej, choć udało nam się tak wiele osiągnąć, medycyna nadal jest w powijakach i większość zasad działania ludzkiego organizmu wciąż pozostaje dla nas tajemnicą. Choć nie znamy przyczyn wielu chorób i dolegliwości, nadal konsekwentnie trzymamy się zasad przyczynowości. Na obszarze współczesnej medycyny placebo nie ma prawa oddziaływać (bo przeczy zasadzie przyczynowości), a jednak często się sprawdza. Lekarze nie wiedzą dlaczego. Beta-blokery podane

w czasie zawału nie powinny odgrywać swojej roli (tak każe sądzić model przyczynowo-skutkowy), ale dzieje się inaczej. I w tym wypadku lekarze nie wiedzą dlaczego. Establishment medyczny po prostu nie chce w to uwierzyć, dlatego nie stosuje placebo, choć nadal używa beta-blokerów. Mieszkańcy Domu Medycyny kurczowo trzymają się modelu myślenia, którego funkcjonalność już dawno temu zakwestionował Heisenberg.

Niektórzy myślą zasadę nieoznaczoności z kwestią wpływu obserwacji naukowej na badane zjawisko i twierdzą, że sam akt obserwacji wpływa na obserwowany przedmiot⁶⁶. Ta pokrewna kwestia ma również ogromne znaczenie dla medycyny. Współcześni lekarze oszukują się, udając stoickich, obiektywnych i zdystansowanych obserwatorów. Nasza obecność zmienia trajektorię rozwoju choroby i ma decydujący wpływ na doświadczenie pacjenta. Nie jesteśmy zdystansowanymi obserwatorami. I nie powinniśmy być. Stanowimy integralną i niezwykle istotną część choroby i procesu leczenia.

GÖDEL

Pięć lat po ogłoszeniu zasady nieoznaczoności całym światem wstrząsnęło kolejne odkrycie, kiedy dwudziestopięcioletni Kurt Gödel podkopał fundamenty gmachu matematyki, publikując artykuł „O zdaniach nierozstrzygalnych w sformalizowanych teoriach matematycznych”. Już tytuł artykułu wskazuje na to, jak hermetyczne treści kryje on w sobie i właściwie czytają go tylko najwięksi znawcy przedmiotu. Ale jego główna konkluzja jest równie oczywista jak w wypadku zasady Heisenberga i twierdzenia Bayesa. Gödel udowodnił matematycznie i niepodważalnie, że spójność logiczna i prawda nie są tożsame⁶⁷.

Dowód Godla ma doniosłe i daleko idące konsekwencje. Co najistotniejsze, Gödel udowodnił, że język matematyki, idealny język nauki, funkcjonuje perfekcyjnie tylko na polu matematyki. Czysta logika pozwala sformułować czysto logiczną odpowiedź, ale niekoniecznie będzie ona automatycznie prawdziwa. Gödel pokazał, że każdy system opierający się na czysto logicznej dedukcji (a więc każdy system „aksjomatyczny”) zachowuje spójność i pozwala dojść do idealnie spójnych i logicznych konkluzji. Ale prawdziwość tych konkluzji można udowodnić tylko w ramach systemu, bo rządzą się one sobie tylko właściwymi zasadami logiki. Przed Gödlem uznawano, że na podstawie prawdziwych sądów i za pomocą dedukcji da się dojść do twierdzeń, których prawdziwość można zweryfikować. Gödel zauważył, że nie sposób prawdziwości tych konkluzji zweryfikować względem kryteriów zewnętrznych wobec systemu, w którego obrębie przeprowadzono dowodzenie. A skoro prawdziwości konkluzji nie da się zweryfikować, pozostają one „nierozstrzygalne”.

W tym momencie tylko krok dzieli medycynę i całą naukę od uznania, że to, co sprawdza się w teorii, niekoniecznie działa w praktyce. Nawet jeśli stosujemy się do ściśle naukowych zasad logiki.

66 Zasada nieoznaczoności mówi o tym, że nie można jednocześnie poznać położenia cząsteczki i jej pędu. Gdyby udało się zmierzyć te dwie wielkości jednocześnie, posiadalibyśmy pewną wiedzę na temat zachowania cząsteczki. Ale to niemożliwe. Im bardziej precyzyjnie określamy jedną wartość, tym mniej wiemy na temat drugiej. Wielu późniejszych komentatorów często interpretowało tę zasadę na swój sposób, twierdząc, że sam akt obserwacji wpływa na zachowanie poddawanej pomiarom cząsteczki. W eksperymencie Heisenberga pozycję atomu ustalano za pomocą fotonu, co zmieniało pęd atomu, a zatem sam akt obserwacji wpływał na jej wynik. To inna kwestia, choć niewątpliwie równie istotna.

67 To niezwykle skomplikowany artykuł, ale dla naszych celów powinno wystarczyć następujące streszczenie. Za pomocą zasad logiki i dedukcji można na podstawie przesłanek dojść do konkluzji, które są spójne logicznie, ale niekoniecznie prawdziwe. Od momentu opublikowania przez Whiteheada i Russella *Principia Mathematica* w latach 1910-1913 przyjmowano, że systemy matematyczne oparte całkowicie na dedukcji logicznej dokonanej na podstawie zestawu przyjętych aksjomatów (takim systemem jest na przykład geometria) należy uznać za prawdziwe. Gödel dowiódł, że pomimo spójności tych systemów nie można zweryfikować ich prawdziwości w odniesieniu do żadnego zewnętrznego kryterium. Pozostają one "nierozstrzygalne", jak głosi tytuł jego artykułu.

Owszem, naukowe umysły szanują i podziwiają elegancję logiki dedukcyjnej, ale osiągnięte za jej pomocą rezultaty mogą okazać się błędne, a czasem zupełnie nieużyteczne mimo elegancji dowodzenia. Tego się jeszcze nie nauczyliśmy w Domu Medycyny, gdzie uparcie, choć bez większych sukcesów próbujemy z matematyczną precyzją i w myśl zasad logiki stawiać diagnozy i przeprowadzać terapie. Na przykład komputery używane do pomiarów EKG mogą za pomocą matematycznych obliczeń zinterpretować każdy zapis i na jego podstawie postawić diagnozę. Przez wiele lat lekarze i badacze wierzyli, że dzięki temu uda się wyeliminować czynnik ludzki z trudnego procesu interpretacji EKG. Ale tak się nie stało, jak zresztą przewidzieli znawcy dowodu Gödla. Pomimo całej ludzkiej omylności potężne komputery nie zdołały dorównać precyzji diagnostycznej lekarza odczytującego wynik EKG przy łóżku chorego. Podobnie nie zdały egzaminu sztuczne sieci neuronowe, zaprojektowane po to, by bez udziału lekarza zdiagnozować zawał. Okazało się też, że systemy „wspomagające” ludzi w rozpoznawaniu plam świetlnych i kształtów na zdjęciach rentgenowskich wcale nie wykrywają skuteczniej nowotworów niż nieuzbrojone ludzkie oko. Wiele innych tego rodzaju wynalazków nie dorównało precyzji lekarzy w identyfikowaniu kłopotów zdrowotnych pacjentów. Wielokrotnie badania medyczne dowiodły, że nauka i technologia mogą tylko wspomagać interpretacje dokonywane przez ludzi z właściwą im tylko wrażliwością. Wewnętrzna spójność, typowa dla logiki komputerowej i systemów matematycznych, to jeszcze nie jest prawda.

Trzeba jednak zadać pytanie o niespójność medycyny. Jak pisałem w rozdziale piątym, lekarze często spierają się o interpretację elektrokardiogramu, ale nigdy otwarcie nie informują o tym pacjenta. Uznaje się to za porażkę, wypadek przy pracy, o którym lepiej nie mówić. Jednak w świetle twierdzenia Bayesa, zasady Heisenberga i dowodu Gödla te założenia okazują się błędne. Niezborne interpretacje EKG nie oznaczają, że lekarze nie potrafią stosować się do zasad naukowej interpretacji. Oznaczają, że nauka nie potrafi interpretować ludzi. Problem nie leży w ludziach, tylko w maszynie.

Jakie znaczenie mają te trzy odkrycia dla medycyny? Nauka i wspierana przez nią technologia urosły do rangi nowej religii i jej wyznawcą staje się dziś właściwie każdy człowiek. Symptomy tej wiary można najwyraźniej zaobserwować w kulturze popularnej. Seriale telewizyjne pokazują naukę jako najbardziej przydatne narzędzie do wyjaśniania zagadek kryminalnych. Najlepiej chyba znany w kulturze Zachodu detektyw Sherlock Holmes słynął z umiejętności dedukcji. W reklamach wielu produktów, od kremów przez sprzęt gospodarstwa domowego po poradniki szybkiego zbijania majątku, często pojawiają się slogany „udowodnione naukowo” albo „opracowane przez naukowców”. Słowo „nauka” stało się dziś synonimem prawdy i wiedzy. Wysoki status nauki podtrzymują media i w dużej mierze cała kultura popularna. Nauka, która nabrała charakteru religii, stanęła między pacjentem i lekarzem.

Twierdzenie Bayesa, zasada Heisenberga i dowód Gödla zakwestionowały zdolność metod naukowych do docierania do prawdy. Razem zasady te dekonstruują obraz nieomyłnej nauki, na którego tle do tej pory budowaliśmy więź z pacjentem. Bayes dowiódł, że znaczenie i waga badania, pierwszy krok każdej metody naukowej, są ograniczone przez kontekst. Heisenberg dowiódł, że prawdziwość pomiaru, kolejnego kroku badania naukowego, często budzi wątpliwości. Gödel zaś pokazał, że niezależnie od wagi i precyzji pomiaru nigdy nie da się ostatecznie zweryfikować prawdziwości konkluzji, będącej ostatnim elementem naukowego badania.

Wszystkie te zasady dowodzą, że metodom naukowym nie zbywa na perfekcji, a potęga nauki ma swoje ograniczenia.

Te trzy odkrycia mają wpływ na nasze postrzeganie medycyny i nie są tylko teoretycznymi liczmanami. Coraz bardziej zdajemy sobie sprawę z tego, jak ograniczony wpływ ma nauka na nasze życie. Autorzy artykułu opublikowanego niedawno w „American Journal of Public Health” obliczyli, że w Stanach Zjednoczonych w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku postęp medycyny w najlepszym razie uratował życie tylko jednej osoby na szesnaście tysięcy mimo

wprowadzenia na skalę masową tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i wzrastającego użycia leków⁶⁸. Te obliczenia wyraźnie kontrastują z wynikami podobnego badania z 1999 roku, które wykazało, że w Stanach Zjednoczonych co roku w wyniku błędów lekarskich umiera od czterdziestu czterech do pięćdziesięciu ośmiu tysięcy osób, czyli jedna na cztery tysiące. W okresie najbardziej intensywnego rozwoju technologii medycznej czterokrotnie więcej osób zmarło wskutek błędów lekarskich, niż zostało uratowanych dzięki nowemu sprzętowi⁶⁹.

Dlaczego rozwój technologii ma tak niewielkie znaczenie? Między innymi dlatego, że opieka zdrowotna (w jej obecnym kształcie) to najmniej znaczący spośród pięciu czynników wpływających na stan zdrowia i przeciętną długość życia. Oblicza się, że pozostałe cztery, czyli uwarunkowania genetyczne, behawioralne, społeczne (przynależność do określonej klasy społecznej i ekonomicznej) i środowiskowe odpowiadają za 90 procent przedwczesnych zgonów. Już same czynniki behawioralne, takie jak nadużywanie alkoholu, palenie, złe nawyki żywieniowe i brak aktywności fizycznej odpowiadają za śmierć prawie miliona osób rocznie w Stanach Zjednoczonych, czyli 40 procent wszystkich, którzy umierają.

Nie oznacza to, że współczesna medycyna nie ma żadnego wpływu na zdrowie populacji. Nie chcę w żadnym razie umniejszać wagi antybiotyków, szczepionek, chemioterapii i współczesnej chirurgii, bo niewątpliwie przyczyniły się one do wydłużenia średniej życia i umożliwiają leczenie wielu chorób. Dzięki nim każdego dnia ratujemy i wydłużamy życie. Ale te nowinki medyczne pojawiły się ponad pięćdziesiąt lat temu i od tamtego czasu szacunek, jakim darzy je społeczeństwo, oraz coraz większa zależność od technologicznych innowacji, takich jak komputery i telefony komórkowe, zmieniła oczekiwania społeczne. Dominująca w naszej kulturze wiara w naukę przekroczyła pewien próg: wiara w możliwość osiągnięcia określonych celów za pomocą metod naukowych stała się istotniejsza niż osiągnięcie tych celów. Jak to się stało? Weźmy na przykład standardowe metody interpretowania wyników badań z zastosowaniem placebo. Kiedy jakiś lek albo terapia okazuje się „tak samo skuteczny jak placebo”, nikt nie pyta o skuteczność placebo. Nawet jeśli placebo miało pozytywne działanie (a tak często się zdarza), testowaną terapię lub lek uznaje się za nieprzydatne, choć przyniosły określone korzyści. Kiedy korzyść traktuje się jak brak korzyści, oznacza to, że metoda okazała się istotniejsza niż wynik badania. Wiara w to, że określona metoda się sprawdza, okazała się ważniejsza niż osiągnięcie oczywistych korzyści. Metoda stała się istotniejsza od wyniku - teoria zyskała prymat nad rzeczywistością.

Tak przedstawia się etyka metod naukowych, niezależnie od tego, jak ją oceniamy. Niewątpliwie sprawdza się ona w badaniach klinicznych, ale w naszej kulturze przestaliśmy odróżniać laboratorium od kliniki. Próbuje się w praktyce realizować standardy jakże eleganckich metod naukowych, choć naszych pacjentów interesują przede wszystkim określone rezultaty, a nie metody, jakimi się je osiąga. Kiedy metody naukowe ceni się wyżej niż ich efekt, a tak właśnie się dzieje, teoria zyskuje większą wartość niż życie. Mammografia powinna wykrywać nowotwory i ratować życie, więc zalecamy jej wykonywanie. Antybiotyki powinny leczyć infekcje paciorkowcowe, więc je przepisujemy. Beta-blokery powinny ratować życie osób z zawałem, więc je podajemy. Teorie te wydają się zupełnie rozsądne. Ale w świetle niepodważalnych dowodów okazało się, że nie mają one racji bytu i przynoszą więcej szkód niż pożytku. A jednak postępujemy tak, jakby każda z nich

68 Co więcej, artykuł zawiera optymistyczną prognozę. Szacuje się, że za poziom umieralności w 90% odpowiadają takie niezależne od opieki medycznej czynniki, jak genetyka, kontekst społeczny i indywidualne zachowanie. Jednak autorzy tego artykułu, chcąc w najkorzystniejszym świetle zaprezentować wpływ technologii na medycynę, przyjęli, że spadek śmiertelności w 100% należy przypisać rozwojowi technologii. Jeśli natomiast założymy, że nowe technologie medyczne ratują życie tylko 10% populacji rocznie, to liczba uratowanych osób zbliża się do liczby osób zabitych co roku przez uderzenie pioruna albo w wyniku innych naturalnych zjawisk.

69 Obliczeń tych (podobnie jak kalkulacji odsetka uratowanych dzięki nowym technologiom, 1:16 000) dokonałem na podstawie danych ze spisu ludności w 1996 roku, który szacował liczbę ludności Stanów Zjednoczonych na dwieście osiemdziesiąt jeden milionów. Liczbę błędów lekarskich prowadzących do śmierci pacjenta obliczam jako średnią dwóch wielkości podawanych w raporcie Międzynarodowej Organizacji do spraw Migracji. Szacuję ją na siedemdziesiąt jeden tysięcy.

opierała się na niewzruszonych podstawach i sprawdzała w praktyce. Teoria zatriumfowała nad rzeczywistością.

Lekarze, uparcie przedkładając naukę nad wrażliwość na drugiego człowieka, doprowadzili do tragicznych i niezwykle kosztownych konsekwencji, zachowując przy tym mnóstwo sekretów. W chwilach konfliktu między teorią i rzeczywistością na pierwszym miejscu stawiali naukę, jako jej wierni apologety. A przecież przysięgali nad wszystko przedkładać dobro pacjentów. Złamanie przysięgi Hipokratesa, składanej przez każdego lekarza, rodzi w nas napięcia, poczucie alienacji i niezadowolenie. Towarzyszą one każdemu, kto strzeże zbyt wielu tajemnic. Wspólnymi siłami sterujemy olbrzymim mechanizmem produkującym sekrety, który zbudowaliśmy z czystej desperacji. To najlepszy dowód na to, że złamaliśmy przysięgę.

Możemy jednak naprawić błędy. Co stało się pomiędzy nami i pacjentami? Fanatyczna wiara w moc nauki. Pacjenci instynktownie szukają wsparcia w nauce, a lekarze świadomie sięgają po oferowane przez nią środki. Współczesna kultura deprecjonuje więc między lekarzem i pacjentem oraz prawdę medyczną, zmuszając lekarzy, by zachowali mnóstwo tajemnic i dystans konieczny do tego, by ta fałszywa religia mogła nadal istnieć. Lekarze i pacjenci oddzielili się od siebie, tak bowiem została zaprogramowana zbiorowa mentalność. Ale możemy przecież ją zakwestionować i przeprogramować. Nie można jednak nikogo zmusić, by dokonał zmian. Każdy sam musi się na to zdecydować. Trzeba znowu uwierzyć w to, że ludzie znaczą o wiele więcej niż nauka.

Tej zmiany nie da się jednak dokonać bez rezygnacji z niektórych korzyści, jakie przynosi nauka i technologia. Lekarze i pacjenci mogą nadal wierzyć w potęgę nauki i w to, że pomaga ona ratować życie i poprawiać jego jakość. Ale musimy też zrozumieć, że tylko wtedy osiągniemy prawdziwe korzyści, kiedy naukę wpręgniemy w służbę ludzkim zasadom i priorytetom. I że równie wiele możemy osiągnąć bez pomocy technologii. Od początków rewolucji naukowej, kiedy drogi lekarzy i pacjentów zaczęły się rozchodzić, zapomnieliśmy, jak wiele można osiągnąć dzięki uzdrowieniu relacji międzyludzkich. Pacjenci biernie i w milczeniu poddają się naszym zabiegom, nie kwestionując ich zasadności. Lekarze na każdym kroku powołują się na autorytet „nauki”. Zarazem biernie i w milczeniu dopuszczają do rozkwitu kultury nad wszystko przedkładającej zysk, kultury zdominowanej przez konsumeryzm, nad którą unosi się mityczne widmo nauki. W rezultacie nie udaje im się wypełnić misji prawdziwej medycyny. Zdołamy naprawić zło, kiedy lekarze i pacjenci zaczną domagać się od siebie nawzajem szczerzej komunikacji. Wtedy przestaniemy potrzebować tajemnic, bo nie będziemy mieli nic do ukrycia, i znów zaczniemy hołdować przysiędze Hipokratesa. Prawda pozwoli nam zasypać przepaść.

Na naszej drodze stoi nadal mnóstwo pozornie niemożliwych do pokonania przeszkód, z wadliwie działającym, niehipokratejskim systemem opieki medycznej na czele. Jego ciężar będzie nam łatwiej udźwignąć, kiedy dokona się zmiana paradygmatu i kiedy skoncentrujemy się na proaktywnej opiece zdrowotnej, przynoszącej pacjentom konkretne pożytki. Kiedy lekarze i pacjenci zainwestują w poprawę międzyludzkich relacji, na nowo uwierzą w siłę dotyku i słowa oraz zaczną współdziałać na zasadach partnerskich, zdołają wspólnie zrzucić jarzmo niemiarodajnych badań, niepotrzebnych prześwietleń i nieskutecznych leków. Przestaniemy wydawać bajątkowe sumy na rozwój technologii, które wcale nie pomagają ratować życia, a zaczniemy lokować pieniądze tam, gdzie faktycznie przyniosą one korzyści. Stworzymy nowe oczekiwania, nasze zdrowie ulegnie poprawie, zmniejszy się liczba niezaspokojonych potrzeb, czas oczekiwania ulegnie skróceniu, będziemy mieć więcej czasu i zdołamy uzdrowić się nawzajem. Staniemy się na powrót lekarzami i pacjentami.

Hipokrates został ojcem medycyny, bo miał prawdziwie rewolucyjne podejście do pacjentów. Współczesna medycyna odrzuciła całą spuściznę, którą pozostawił nam w darze, każąc dobro pacjenta przedkładać nad wszystko inne. W naszej kulturze źle pojmujemy stosunek nauki i medycyny, wynosząc tę pierwszą na piedestał, pogłębiając przepaść między lekarzem i pacjentem i pozwalając, by ich relacja nie opierała się na wzajemnym zaufaniu. Hipokrates nie mógł

przewidzieć, jak daleko odejdziemy od jego ideałów, dosłownie i w przenośni. Pacjenci i lekarze odcięli się od historii medycyny i niesionych przez nią wzorów, jednocześnie oddalając się od siebie nawzajem. Musimy na nowo fundamentem naszej praktyki uczynić wiarę Hipokratesa w siłę więzi międzyludzkiej, jego szacunek dla jedności ciała i umysłu oraz jego przekonanie, że liczy się przede wszystkim dobro pacjenta. To pierwszy krok w stronę nowego paradygmatu. Historia będzie naszym sprzymierzeńcem. Żeby się zjednoczyć, potrzebujemy paradygmatu, który jest nowy, a zarazem bardzo stary.

PODZIĘKOWANIA

Nawet jeśli brzmi to jak wytarty banał, przede wszystkim chcę podziękować mojej mamie. Jest ona doskonałym redaktorem i niestrudzonym kibicem. To dla niej powstała ta książka. Moja mama jest dobra i zawsze ma rację.

Binky Urban dostrzegła zarys rzeźby w tym kamiennym bloku. Binky to talent pierwszej wody. Jej dalekowzroczność to niezwykły dar, z którego miałem zaszczyt skorzystać. I jestem jej za to głęboko wdzięczny. Dziękuję, Binky.

Nan Graham, Nan Graham, Nan Graham. Nan i Susan Moldow również mają niezwykły dar i przyjęły ten kamienny blok z całym dobrodziejstwem inwentarza. Dziękuję Jimowi Morganowi za jego niewiarygodną cierpliwość. Ta książka to najlepsze świadectwo jego umiejętności redaktorskich i znajomości warsztatu literackiego. Nie umiem wyrazić mojej wdzięczności dla Samantha Martin. Każda strona tej książki to żywy dowód jej przenikliwości i doskonałych zdolności analitycznych. To w czasie spotkań przy coli *light* w bibliotece moja wizja tej książki nabierała ostrości. A w razie, gdybym zapomniał, to jeszcze raz: Nan Graham, Nan Graham, Nan Graham.

Moja siostra Andrea Newman to bardzo utalentowana pisarka. Wszystko, co posiadam, wszystko, czym jestem, wszystko, co zrobiłem, to odbicie jej talentu. Bardzo mi pomogła. Również w pisaniu tej książki. Mój tata zawsze we mnie wierzył, a jego hojne wsparcie duchowe i umiejętności retoryczne nie tylko prowadziły mnie w czasie pracy nad tą książką. To z ich powodu ją napisałem.

Leslie Marnett dawała mi siłę jako mój tajny redaktor. To wcielone Piękno, a zarazem sama rzeczywistość, dar, który spaja wszystkie strony tej książki i gwarantuje, że zawierają one prawdę. Tej książce poświęciła swój czas, miłość i siłę. Każdego dnia przypomina mi o tym, że trzeba nie tylko mówić, ale również działać. Miłość przynosi wiele wspaniałych darów. Za prawdę, Leslie.

Lucas Miller, znakomity pisarz i długoletni przyjaciel, któremu zawdzięczam więcej, niż potrafię powiedzieć, nadał tej książce właściwy kształt i wspomógł mnie swoją koncentracją, konstruktywną krytyką i rozmową. Czytanie tego, co przyjaciele (i inni ludzie) nabazgrali w notatniku, to ciężar, który zupełnie niezaskądzenie muszą dźwigać wszyscy piszący. Luke wziął go na siebie bez marudzenia. Nic dziwnego, Luke i Jen to najbardziej otwarci na innych ludzie, jakich znam. Oni oraz Dick i Joan byli dla mnie źródłem inspiracji.

Ważną rolę w procesie przygotowywania tej książki odegrali lekarze. Jest ich zbyt wielu, by wszystkich wymienić z nazwiska. Abby Wolfson, mój przyjaciel i towarzysz podróży oraz mentor, odegrał również rolę tajnego redaktora. Abby jak zawsze z niewzruszoną cierpliwością tolerował mój upór. I jak zawsze wiele dzięki temu zyskałem. Zyskała na tym także książka. Cliff Callaway, genialny naukowiec i po prostu dobry człowiek, to najbardziej niestrudzony poszukiwacz prawdy, jakiego znam. Miałem szczęście z nim współpracować. Mam nadzieję, że jego umiłowanie prawdy ma odbicie również w mojej książce. Ważną rolę w czasie pisania tej książki odegrali - świadomie i nieświadomie - także inni znakomici lekarze: Dan Wiener, Ian Greenwald, Vince Verdile i Henry Pohl. I oczywiście nieustająca dobroć wszystkich lekarzy i personelu Szpitala Polowego nr 344.