

LDN

Kompendium wiedzy

Jak mało znany lek generyczny

— NALTREKSON W NISKIEJ DAWCE —

może zrewolucjonizować leczenie chorób

autoimmunologicznych, nowotworów,

autyzmu, depresji i nie tylko

POD REDAKCJĄ

Lindy Elsegood

POCHWAŁA KSIĄŻKI LDN. KOMPENDIUM WIEDZY

Jako praktykujący lekarz, od ponad piętnastu lat wykorzystujący LDN jako podstawową terapię, mogę stwierdzić wprost, że jest to najistotniejszy i najskuteczniejszy lek, jaki kiedykolwiek stosowałem. Często żartuję, że gdyby nie LDN, nie byłbym w stanie spłacić moich kredytów – mam tak wielu pacjentów skierowanych do mnie przez inne osoby, które doznały niebywalej poprawy jakości życia dzięki LDN. Mimo mojej wiedzy i doświadczenia w stosowaniu tego środka, z książki *LDN. Kompendium wiedzy* dowiedziałem się wiele nowego – o podstawach działania LDN, których nie znałem, nowych zastosowaniach i o tym, w jaki sposób jego wykorzystanie może przynieść nam wiedzę o przyczynach różnych schorzeń. To wspaniała książka dla każdego pacjenta cierpiącego z powodu choroby autoimmunologicznej, raka, depresji i mnóstwa innych dolegliwości oraz lektura obowiązkowa dla każdego lekarza, którego celem jest pomaganie pacjentom.

– **Dr Thomas Cowan**, autor *The Fourfold Path to Healing* (Czworaka ścieżka ku leczeniu); współautor *The Nourishing Traditions Book of Baby & Child Care* (Księga żywieniowych tradycji w opiece nad niemowlętami i dziećmi).

Pierwszy raz spotkałem się z LDN kilka lat temu, gdy jeden z moich kolegów-lekarzy powiedział, że powinienem spojrzeć na pozytywne rezultaty wykorzystania tej terapii u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna i innymi autoimmunologicznymi schorzeniami. To, co przeczytałem, zrobiło na mnie takie wrażenie, że podpisałem petycję do brytyjskiego rządu o sfinansowanie dalszych badań nad tym niedrogim lekiem. Jednak, jak to w przypadku wielu petycji bywa, nie nastąpił żaden postęp. Mam nadzieję, że tę książkę – w której przedstawiono aktualne odkrycia potwierdzające skuteczność tego bezpiecznego, taniego leku generycznego w kontroli chronicznych, prowadzących do niesprawności schorzeń –przeczytają odpowiednie osoby w Ministerstwie Zdrowia i wszyscy lekarze opiekujący się pacjentami z chorobami autoimmunologicznymi. W Wielkiej Brytanii LDN został zepchnięty w stan zawieszenia; być może teraz przyszedł czas, by zaakceptować ten lek jako rozpoznaną terapię, którą przynajmniej warto wypróbować u pacjentów cierpiących na te wszystkie przewlekłe choroby układu odpornościowego.

– **Dr Chris Steele**, Odznaczony Orderem Imperium Brytyjskiego, lekarz ogólny, prezenter medyczny w programie *This Morning* telewizji ITV.

Terapię naltreksonem w niskich dawkach (LDN) wynalazł mój mąż i wspólnik, dr Bernard Bihari. Ta książka, pełna informacji i znakomicie napisana przez różnych przedstawicieli lekarskiego zawodu, którzy udostępniają w niej swoje doświadczenia w wykorzystaniu niezwykłego leku, jakim jest LDN, honoruje spuściznę dr. Bihariego, którego celem było pomaganie pacjentom cierpiącym na choroby autoimmunologiczne i wiele innych dolegliwości w odzyskaniu zdrowia i powrocie do pełni życia.

– **Jacqueline Young**

LDN

Kompendium wiedzy

POD REDAKCJĄ

Lindy Elsegood



Tytuł oryginału: *The LDN Book: How a Little-Known Generic Drug – Low Dose Naltrexone – Could Revolutionize Treatment for Autoimmune Diseases, Cancer, Autism, Depression, and More*

Copyright © 2016 by The LDN Research Trust

Wydawnictwo PURANA Krzysztof Ciesielski edition published by arrangement with Chelsea Green Publishing Co. White River Junction, VT, USA www.chelseagreen.com

Przedmowa do wydania polskiego: dr n.med. Edyta Biernat-Kałuża

Porady zawarte w tej książce zostały przemyślane i skrupulatnie sprawdzone przez autora oraz wydawnictwo. Wydawca nie daje jednak żadnych gwarancji bezpieczeństwa i nie ponosi odpowiedzialności za ewentualny uszczerbek na zdrowiu związany z wprowadzeniem ich w życie.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Reprodukowanie, kopiowanie w urządzeniach przetwarzania danych, odtwarzanie w jakiegokolwiek formie oraz wykorzystywanie w wystąpieniach publicznych – tylko za zgodą właściciela praw autorskich.

Copyright © for the Polish edition by PURANA 2020

Kompleksowe opracowanie książki: Agencja Wydawnicza Synergy Elżbieta Meissner
www.agencja-wydawnicza-synergy.pl

Zespół w składzie:

Przekład: Paweł Kozłowski, Roman Palewicz

Konsultacja merytoryczna: lek. med. Beata Nowakowska

Redakcja: Krzysztof Kowalski

Korekta: Monika Mucha

Indeks: Anna Sadczuk

Skład, łamanie i opracowanie graficzne: Barbara Kryska

Adaptacja okładki: Barbara Kryska

Drukarnia LCL, Łódź

ISBN: 978-83-66200-16-6

Wydawnictwo PURANA

ul. Agrestowa 11, 55-330 Lutynia

Tel.: 71 35 92 701, 603 402 482

e-mail: biuro@purana.com.pl

www.purana.com.pl

Facebook: FB Wydawnictwo Purana

Zapraszamy
do naszej księgarni
internetowej:
www.purana.com.pl

Pamięci mojego ojca,
który wierzył, że mogę osiągnąć wszystko,
jeżeli tylko będę się odpowiednio starała.
Tato, dziękuję za to, że zawsze mnie wspierałeś, i za to,
że uczyniłeś mnie takim człowiekiem, jakim dziś jestem.

PRZEDMOWA DO POLSKIEGO WYDANIA

Leczenie LDN (*Low Dose Naltrexone*), czyli małymi dawkami naltreksonu, nie jest powszechnie znane w środowisku medycznym. Lekarze (w większości) słyszą tylko słowo „naltrekson”, czyli nazwę leku, który służy do leczenia uzależnień narkotyczno-alkoholowych. Klasyczne dawki, tzn. takie, które zostały zarejestrowane w psychiatrii, to 50–300 mg dziennie. Jednak dzięki nowatorskim obserwacjom Bihariego i Zagana z końca XX wieku okazało się, że naltrekson w małych dawkach (zazwyczaj od 1,5 do 4,5 mg) ma zupełnie inne, znacznie szersze właściwości.

Obecnie w krajach rozwiniętych, zwłaszcza Europy i Ameryki Północnej, doświadczamy niestety epidemii chorób przewlekłych, w tym autoimmunologicznych. Choroba autoimmunologiczna to taka, w której układ odpornościowy nie walczy z obcym agresorem, np. bakterią, wirusem, pasożytem, ale traktuje swoje tkanki jako obce i walczy sam z sobą. Następuje proces autodestrukcji, czyli samozabijania.

Przyczyny chorób autoimmunologicznych, czyli autoagresji, nie są w pełni poznane. Vojdani i Fasano postulują jednoczesne wystąpienie trzech czynników: predyspozycji genetycznej, czynników środowiskowych i zwiększonej przepuszczalności bariery jelitowej.

Stosowane obecnie leczenie chorób autoimmunologicznych obejmuje głównie terapię objawową, która bardzo często przynosi działania niepożądane (powszechnie znane powikłania po sterydach, immunosupresji).

Nie wszyscy, zarówno lekarze, jak i pacjenci, są zwolennikami tzw. terapii nefarmakologicznej (praktykuję ją od ponad 10 lat), która ma najczęściej charakter uzupełniający, ale jednocześnie jest leczeniem przy-

czynowym. Obejmuje ona m.in.: metody medycyny stylu życia, czyli aktywność fizyczną, umiejętność odpoczynku/kontrolę stresu, odpowiednie żywienie modyfikowane, w zależności od jednostki chorobowej (a najlepiej spersonalizowane), 7–8 godzin snu (który daje wypoczynek), dobre relacje z innymi, rzucenie nałogów (np. palenia, tzw. dopalaczy/narkotyków, nadmiernego spożywania alkoholu). Przy wdrożeniu powyższych zasad również terapia małymi dawkami naltreksonu będzie jeszcze bardziej skuteczna.

Wyjątkową osobą, dzięki której wiedza na ten temat została upowszechniona na całym świecie, jest Linda Elsegood. Jej doświadczenia wieloletniego chorowania na stwardnienie rozsiane (SM – *sclerosis multiplex*), w tym „przykucie do wózka inwalidzkiego” i (jak sama pisze) utrata kontroli nad pęcherzem i jelitami, gdy „toaleta i łóżko zostały moimi najlepszymi przyjaciółmi” oraz słowa neurologa „Nic więcej nie mogę dla Ciebie zrobić” stały się źródłem intensywnych poszukiwań informacji o tym, jak inni pacjenci z tą chorobą, skutecznie się leczą.

W internecie trafiła na informacje o LDN. Najpierw podjęła decyzję o zawieszeniu leczenia klasycznymi lekami (Rebif-interferon beta oraz Provigil- modanifil-neurostymulant), a jednocześnie rozpoczęła specjalną dietę oraz stosowanie witamin i suplementów.

Z trudem (a był to rok 2003) znalazła w Wielkiej Brytanii lekarza, który zgodził się wypisać jej recepty na LDN i już po 3 tygodniach nowej terapii rozpoczął się proces zdrowienia. W rezultacie choroba, która postępowała przez 34 lata, po 18 miesiącach innego sposobu leczenia została „ujarzmiona” i Linda wróciła do pełni zdrowia.

Pod koniec 2004 roku, po doświadczeniu wręcz całkowitego uzdrowienia dzięki nowej terapii, postanowiła propagować wiedzę na jej temat i zarejestrowała w Wielkiej Brytanii charytatywną organizację Fundusz Badawczy LDN (LDN Research Trust). Funkcjonuje ona tylko dzięki darowiznom.

Za sprawą Funduszu organizowane są coroczne światowe konferencje, wydawany jest newsletter zawierający historie wyleczenia dzięki zastosowaniu LDN oraz artykuły dotyczące stosowania LDN przez profesjonalistów.

W 2016 roku powstało The LDN Radio Show, na antenie którego są przeprowadzane wywiady z profesjonalistami nt. zastosowania LDN. Na Vimeo Channel można odsłuchać ponad 1000 takich wywiadów. Można także wydrukować LDN Information Pack, czyli zestaw materiałów informacyjnych.

Linda Elsegood odpowiada codziennie na niezliczone emaila i telefony zarówno od pacjentów, jak i przedstawicieli środowiska medycznego.

Istnieje również możliwość zapoznania się z wykładami wygłaszanymi podczas konferencji (2013 w Chicago, 2014 w Las Vegas, 2016 w Orlando, 2017 i 2019 w Portland oraz 2018 w Glasgow). W 2020 roku odbędą się konferencje w Nassau na Bahamach (12 lutego) oraz w Kapsztadzie w RPA (20 maja).

Dzięki nadawaniu na żywo relacji z konferencji można uczestniczyć online w tych unikatowych wydarzeniach. Można również cotygodniowo otrzymywać LDN Newsletter.

Ze względu na rosnącą wiedzę w dziedzinie wyjaśniania mechanizmów działania LDN, obecnie Linda Elsegood przygotowuje kolejną książkę – *The LDN Book 2*, której promocję zaplanowano na październik 2020 w Chicago.

Wszystkie przydatne informacje są dostępne na stronie internetowej Funduszu: www.ldnresearchtrust.org.

Wiedza ta jest szczególnie istotna ze względu na fakt, że LDN okazuje się pomocny w terapii ponad 200 jednostek chorobowych, które w wielu przypadkach uznawane są za nieuleczalne, albo takie, w których postępowania nie można powstrzymać.

Czytelnikom polecam również książkę wydaną w Polsce przez wydawnictwo PURANA – *Nieznana medycyna* autorstwa Julii Schopick.

Tajemnica skuteczności małych dawek naltreksonu tkwi w przejściowym (około 4-godzinnym) blokowaniu receptorów opioidowych, które są obecne w bardzo wielu tkankach, z następującym potem długotrwałym wzrostem stężenia endorfin. Są one produkowane przez przysadkę mózgową i korę nadnerczy, a co najważniejsze wzmacniają układ odpornościowy w stopniu umożliwiającym blokadę ataku na własne tkanki (co jest istotą chorób autoimmunologicznych).

Jeśli blokada receptorów opioidowych trwa zbyt długo (jak to się dzieje przy klasycznych rejestracyjnych dawkach stosowanych w terapii uzależnień narkotycznych), czyli przez całą dobę, nie następuje oczekiwana podwyższona produkcja endorfin, która ma właściwości terapeutyczne.

Z tego powodu LDN może być pomocny poza SM; w leczeniu, a czasem w wyleczeniu chorób zapalnych jelit z chorobą Leśniowskiego-Crohna na czele; w leczeniu autoimmunologicznych zapaleń tarczycy, w tym tak popularnej nawet u młodych kobiet choroby Hashimoto; chorób związanych z funkcjonowaniem układu nerwowego: w tym depresji, spektrum autyzmu, wreszcie w terapii chorób nowotworowych.

Mechanizmy supresji (tłumienia) wzrostu guza przez małe dawki nal-treksonu nie są w pełni wyjaśnione. Bierze się pod uwagę m.in. indukowanie korzystnego zjawiska, jakim jest apoptoza (czyli zaprogramowana śmierć komórki). Ponadto LDN pomaga pacjentom onkologicznym również w aspekcie przeciwbólowym i przeciwdepresyjnym.

Dużym atutem książki, zwłaszcza dla profesjonalistów medycznych, jest możliwość zaktualizowania wiedzy na temat mechanizmów fizjologicznych i patofizjologicznych chorób opisanych w książce, w której wykazano skuteczność LDN oraz zweryfikowania wszystkich medycznych informacji z bibliografią dedykowaną każdemu rozdziałowi.

Pod koniec tej pasjonującej książki znajdują Państwo rozdział poświęcony niekiedy najtrudniejszemu zagadnieniu, jakim jest rozpoczęcie rozmowy na temat leczenia LDN przez pacjenta/osobę zainteresowaną z lekarzem, który mógłby wypisać receptę na ten lek. Jest w nim zawarte „know-how” – gotowe wskazówki, jak przeprowadzić taką konwersację, np. żeby unikać określeń takich jak „medycyna alternatywna”, „holistyczne podejście”, „cudowny lek”.

Uwzględniając ograniczenia czasowe lekarzy, warto być bardzo dobrze przygotowanym, aby w sposób zwięzły, a jednocześnie konkretny, przedstawić swoją prośbę o wystawienie recepty na lek, wręczając materiały, które rozwieją wątpliwości i ułatwią podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia.

Należy zawsze pamiętać, że każdy z Państwa ma być dla siebie najlepszym adwokatem i w przypadku odczucia niechęci lub braku zrozumienia Państwa oczekiwań, może okazać się konieczne znalezienie innego lekarza bardziej zainteresowanego Państwa dobrostanem.

Życzę wszystkim powodzenia w terapii LDN i poprawy stanu zdrowia.

dr n.med. Edyta Biernat-Kałuża

Specjalista reumatolog, lekarz internista

Kierownik Poradni Reumatologicznej oraz Kierownik Centrum Medycyny Żywienia i Stylu Życia w Przychodni Orlik, Warszawa, ul. Ostrobramska 101

PRZEDMOWA

Jako założycielka Funduszu Badawczego LDN (LDN Research Trust) kontaktuję się z tysiącami ludzi z całego świata, którzy cierpią na różne schorzenia i dolegliwości. Byłam także świadkiem, dzięki ich świadectwu, jak naltrekson w niskiej dawce (LDN) złagodził objawy i umożliwił im pełniejsze korzystanie z życia.

Moja własna historia z LDN rozpoczęła się w 1969 r., gdy w wieku trzynastu lat zachorowałam na mononukleozę zakaźną. Byłam poważnie chora i przez sześć miesięcy nie chodziłam do szkoły. Potem zaczęły się dziwne rzeczy: zakleszczenie nerwu tu i tam, wypadnięcia dysku; moje życie zamieniło się w nieskończone pasmo problemów zdrowotnych.

Całkiem źle zrobiło się, gdy w grudniu 1999 r. moja matka dostała ciężkiego ataku serca. Spowodowana tym trauma wpłynęła na mnie bardzo źle. Pracowałam na pełny etat, dojeżdżając do pracy dwie i pół godziny dziennie, odwiedzając matkę i opiekując się nią oraz ojcem i, jako uwieńczenie wszystkiego, prowadząc własny dom. Byłam bezustannie wyczerpana.

Zaraz potem, w styczniu, zapadłam na ciężką gripę, która trzymała mnie w domu dwa tygodnie, a po niej pojawił się nieżyt żołądka i jelit. Mój układ odpornościowy już sobie nie dawał rady, co wymagało ode mnie trzech dodatkowych tygodni rekonwalescencji. Ten atak dolegliwości wciąż jeszcze trwał, gdy najwyraźniej wypadł mi dysk, co spowodowało mrowienia i kłucia w prawej nodze. Moje zasoby energii wciąż szybko malały, przestawałam sobie radzić i niemal cały czas spałam.

Około Wielkanocy tego samego roku postanowiłam przerwać to błędne koło, wzięłam tydzień wolnego i z moją młodszą córką Laurą pojechałam do Portugalii w nadziei, że tam poczuje się lepiej. Dzień przed wyjazdem,

niczym ostrzeżenie, poczułam jakbym oparzyła lewą stronę języka, tak jakbym zjadła zbyt gorący roztopiony ser, chociaż nie przypominałam sobie, bym jadła coś takiego. Co gorsza, nie zobaczyłyśmy wymarzonego wakacyjnego słońca. Portugalia okazała się niewiarygodnie wilgotna, zimna i wietrzna; wiatr powodował, że lewa część mojej twarzy drętwiała i szczypała.

Po powrocie do domu poszłam do lekarza ogólnego, który uznał, że mam uciśnięty nerw w szyjnym odcinku kręgosłupa. Powiedział, że powinnam pójść do neurologa. Niestety najwcześniejszy dostępny termin przypadał za cztery miesiące. Gdy wreszcie nadszedł czas wizyty, mój neurolog zastanawiał się, czy miałam łagodny zawał, zaraziłam się tropikalną chorobą, mam guza mózgu albo stwardnienie rozsiane. Czy na tego typu diagnozy liczyłam? Po prostu chciałam, by przepisał mi pigułki i zostawił w spokoju.

Po kolejnych sześciu tygodniach sprawy przybrały jeszcze gorszy obrót. Wciąż traciłam równowagę, a lewa strona twarzy, głowy, języka i nosa stała się całkowicie drętwą ze znanym już dobrze uczuciem mrowienia i klucia. Próbuując wstać, mdlałam albo się przewracałam. Każdego dnia traciłam jakąś zdolność, poczynając od utraty słuchu w lewym uchu. Bóle głowy i brak jasności umysłu były straszne, zaczęłam widzieć podwójnie. Spałam po dwadzieścia godzin na dobę, co było jedyną ulgą, gdyż we śnie nic nie czułam.

Mój lekarz przepisał mi trzydniową dożylną kurację sterydową, ale to niczego nie poprawiło, a sterydy spowodowały, że moja twarz rozděła się jak balon, tak że już sama siebie nie mogłam poznać, i zrobiła się czerwona – wyglądałam jak piłka plażowa! Wykonano mi rezonans magnetyczny, nakłucie łądźwiowe i dwadzieścia osiem badań krwi. Dostałam zapalenia nerwu wzrokowego, co było nieprawdopodobnie bolesne. W tym momencie zaczęłam się obawiać, że mogę stracić wzrok i słuch. Sześć tygodni później otrzymałam kolejną terapię sterydową i poczułam się troszkę lepiej. Wtedy zdiagnozowano u mnie stwardnienie rozsiane.

Kolejny rok spędziłam głównie w łóżku. Miałam zaostrzenie choroby, czyli rzut, mniej więcej co sześć miesięcy. Wydobyć się z jednego rzutu zabierało kilka miesięcy tylko po to, by zaraz nastąpił kolejny. Zupełnie nie miałam poczucia równowagi i chodziłam, czepiając się mebli. Cierpiałam

także na zwroty głowy; gdy tylko zbyt szybko się odwróciłam, wszystko zaczynało wirować. Potykałam się na gładkiej powierzchni, a moje nogi zachowywały się, jakby były z gumy. Najczęściej lądowałam na podłodze.

Czasami ból głowy był tak silny, że miałam mdłości. Stale przenosił się z jednego miejsca w głowie do innego, i często miałam wrażenie, jakby lekarze mi nie wierzyli. Przepisywali mi silne środki przeciwbólowe, które i tak całkowicie nie niwelowały bólu, ale czyniły go przynajmniej trochę bardziej znośnym, choć powodowały także bardzo silne mdłości.

Angielski stał się jakby obcym językiem. Słowa, które kiedyś były proste, teraz były dla mnie niedostępne. Zdania, które budowałam, były pogmatwane i nonsensowne. Musiałam mówić bardzo wolno, by wyodrębnić i wybrać odpowiednie słowa; mówiłam jak ktoś po udarze. Ten wysiłek był bardzo męczący i choć wierzyłam, że mówię z sensem, dla innych był to tylko bełkot.

Najgorsze nadeszło, gdy straciłam kontrolę nad zwieraczami. Mogę to opisać, jak coś podobnego do kichania; gdy przychodziło parcie, wypróżnienie następowało od razu. Nie mogłam już w ogóle opuszczać domu. Coraz częściej korzystałam z fotela na kołach i nawet kupiłam elektryczny wózek inwalidzki. Toaleta i łóżko stały się moimi najbliższymi towarzyszami!

We wrześniu 2003 r. moja starsza córka Sara wychodziła za mąż, a ja miałam wątpliwości, czy w ogóle zdołam wziąć udział w ceremonii. Po wzięciu prysznica i ubraniu się pozostało mi tak mało energii, że jedyną rzeczą, której pragnęłam, był powrót do łóżka. Męczyłam się, ale zdołałam tam dotrzeć, jednak wróciłam do domu tak prędko, jak tylko mogłam, choć cała nasza rodzina nie była zachwycona. W październiku rozpadłam się na kawałki, cały czas spędzając w szpitalu na wizytach u urologa, ginekologa albo gastroenterologa. Pod koniec miesiąca mój neurolog powiedział, że sądzi, iż moja choroba postąpiła i z formy rzutowo-remisyjnej przeszła w formę wtórną postępującą. Pochylił się do mnie przez biurko i uściśnął mi dłoń, zanim otworzył drzwi, mówiąc „nic więcej nie można dla pani zrobić”. I zostawił mnie bez żadnego planu B. Czułam się strasznie samotna i przerażona.

Byłam właśnie po rutynowej wizycie u lekarza, który dostarczał mi środki przeciwbólowe, gdy sięgnęłam dna. Wyraz bezradności w jego oczach, który tyle razy widziałam u innych, doprowadził mnie do podjęcia ekstremalnej decyzji: miałam tabletki i szklankę wody, którą zostawił mi w rękę, a mój mąż był w pracy. Pomyślałam, że moja rodzina to zrozumie i że będą w stanie żyć dalej beze mnie. Czułam, że nie dam rady już nic osiągnąć, że jestem jedną wielką porażką. Dopiero, gdy pomyślałam o mojej piętnastoletniej córce, która prawdopodobnie by mnie znalazła, zrozumiałam, że nie mogę jej tego zrobić. Ale zrozumiałam także, że jeżeli mam zostać na tym świecie, muszę zrobić coś, co pozwoli mi nadal żyć.

Pomiędzy wizytami w łazience zaczęłam za pomocą komputera szukać informacji, jak inni ludzie radzą sobie ze stwardnieniem rozsianym. Zdawałam sobie sprawę z tego, że nie mogę być jedyną osobą cierpiącą w ten sposób. Nie mogłam być aż tak niepowtarzalna. Dużo naczylałam się o terapii LDN i odzywałam się do osób, które ją stosowały. Obawiałam się przyjmowania jeszcze jednego leku, ale ludzie, którzy mieli doświadczenie z tą terapią uspokajająco zapewniali, że nawet jeżeli nie spowoduje ona żadnej poprawy, to na pewno nie uczyni mi krzywdy. Przestałam przyjmować przepisane mi Rebif i Provigil i przeszłam na specjalną dietę uzupełnioną witaminami i suplementami. Rozmawiałam o LDN z moją lekarką rodzinną, ale ona po przedyskutowaniu tego ze swoimi partnerami z lecznicy, powiedziała, że nie może mi przepisać tej terapii. Ale zgodziła się monitorować mnie, jeżeli znajdę kogoś, kto to robi.

Na początku grudnia rozpoczęłam terapię LDN dzięki pomocy doktora Boba Lawrence'a i efekty okazały się fantastyczne. Po jedynie trzech tygodniach koszmarna mgła, w której tak długo żyłam, uniosła się, a wyniki testów wątrobowych wróciły do normy. Mój mózg robił wcześniej wrażliwość starego, rozstrojonego telewizora, ale koniec z tym. Znowu mogłam myśleć jasno i wysławiałam się spójnie. Przeszłam od sytuacji, w której moja piętnastoletnia córka karmiła mnie, ubierała i kąpała, do takiej, w której mogłam podać jej szklankę soku, gdy mnie o to poprosiła. Role opiekunów i podopiecznych ostatecznie wróciły na swoje naturalne miejsca. Kolejne

osiemnaście miesięcy upłynęło pod znakiem stałej poprawy. Do Bożego Narodzenia 2004 r. byłam na powrót w pełni sprawna, a testy wątrobowe były w normie. Znowu czułam się sobą. No dobrze, „sobą” ze stwardnieniem rozsianym, ale to już nie było takie ważne.

Teraz musiałam zdecydować, czy uznać siebie za szczęściarę i tyle, czy opowiedzieć innym o swoich doświadczeniach? Oczywiście, wybrałam opcję poinformowania innych o LDN i tak zostałam założycielką Funduszu Badawczego LDN, który w 2004 r. został zarejestrowany w Wielkiej Brytanii jako instytucja charytatywna. Była to najbardziej ekscytująca rzecz, jakiej w życiu dokonałam. Odzyskawszy siłę i władzę nad sobą, byłam zdolna poświęcić Funduszowi wiele godzin tygodniowo, ułatwiając ludziom otrzymanie recepty na LDN oraz zbierając fundusze i rozbudzając świadomość, które miały pomóc w rozpoczęciu testów klinicznych.

Fundusz Badawczy LDN jest instytucją charytatywną, prowadzoną wyłącznie przez wolontariuszy. Naszą jedyną zapłatą są fantastyczne opisy sukcesów, które codziennie otrzymuję od osób stosujących LDN, opowiadające o tym, jak odzyskali swoje życie. Obecnie Fundusz liczy ponad dziewiętnaście tysięcy członków z całego świata i ponad dwanaście tysięcy (w chwili publikacji angielskiego oryginału) wspierających nas na Facebooku. Moja codzienna praca obejmuje odpowiadanie na niezliczone maile i telefony z prośbami o informacje i rady zarówno od pacjentów, jak i profesjonalnych opiekunów. Wydaję także, raz na dwa miesiące, biuletyn, który rozsyłam do subskrybentów, zawierający historie osób stosujących LDN i artykuły o wykorzystaniu tej terapii, napisane przez profesjonalistów. Jestem w kontakcie z tysiącami lekarzy przepisuujących LDN i farmaceutów z całego świata, których liczba rośnie z tygodnia na tydzień.

Dodatkowo zorganizowałam wiele konferencji poświęconych LDN, w tym jedną w Wielkiej Brytanii i dwie w Stanach Zjednoczonych. Kolejna odbędzie się w Orlando na Florydzie, w lutym 2016 r., z przewidywaną obecnością czterystu delegatów. Ta konferencja ma być na żywo transmitowana przez internet na cały świat.

Zrobiłam także ponad czterysta filmów dla naszego kanału na Vimeo, gdzie chętni mogą obejrzeć wywiady z lekarzami przepisującymi LDN, badaczami, farmaceutami i ludźmi, którzy stosują tę terapię na przeróżne schorzenia. Ma to wielką wartość nie tylko dla użytkowników i potencjalnych użytkowników, lecz także dla lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych klinicystów.

I wreszcie, dzięki Funduszowi Badawczemu LDN wzięłam udział w licznych projektach mających na celu zwrócenie uwagi na LDN i polepszenie wiedzy o tej terapii. Było to między innymi: stworzenie i rozwój aplikacji LDN Health Tracker App – co dla stworzenia aplikacji zgodnej z moimi założeniami wymagało ścisłej współpracy z jej projektantem; zbieranie funduszy na stworzenie filmu dokumentalnego o LDN, który został wyemitowany w czerwcu 2015 r. oraz organizację jego produkcji, a także zbieranie funduszy na przyszłe badania nad stosowaniem LDN w stwardnieniu rozsianym prowadzone przez doktora Jarreda Youngera.

Przez ostatnie jedenaście lat wielokrotnie sugerowano mi, bym napisała książkę o LDN, ale myślałam wtedy „co ja wiem o pisaniu książek!”. Zwłaszcza doktor Mark Shukhman, który, z pomocą córki Rebeki, napisał do tej książki rozdział o depresji, często mnie zagadywał „no to kiedy wreszcie napiszesz tę książkę o LDN?”. Ma się rozumieć, że praca nad tą książką była jednym z najciekawszych wyzwań, z jakimi przyszło mi się zmierzyć i z udziału w którym dr Shukhman był bardziej niż szczęśliwy. Dałam radę, jak śpiewali Beatlesi „z małą pomocą moich przyjaciół” (*with a little help from my friends*).

Napisano już kilka wspaniałych książek o LDN, jednak czułam, że dzięki tym wszystkim niedawnym studiom, badaniom i próbom, które przeprowadzono od czasu ich opublikowania, ogrom uaktualnionych informacji zawartych w tej książce byłby korzystny nie tylko dla zawodowców, ale także dla ludzi takich jak ja, chcących dowiedzieć się więcej o tej terapii.

Potrzeba więcej podwójnie ślepych prób z wykorzystaniem placebo. Ta książka stanowi sposób na zwiększenie zainteresowania i, mam nadzieję, zachęci ludzi do hojności, ułatwiającej dalsze badania, które przyniosą

korzystać milionom chorych ludzi na całym świecie, cierpiącym na ponad 180 przypadłości (a ta lista każdego roku się wydłuża), na które terapia LDN może pomagać.

W moim przypadku to dzięki LDN odzyskałam swoje życie, jak też i nadzieję na przyszłość. W tej chwili stosuję tę terapię już od dwunastu lat. Chociaż mam chorobę o postępującym charakterze, mogę z całą pewnością oświadczyć, że nie widać u mnie żadnych symptomów jej rozwoju. Mam jasny umysł, większe zasoby energii i silniejsze mięśnie.

LDN nie jest cudowną terapią i nie musi zadziałać u każdego, ale jest czymś, czego warto spróbować. Skoro są ludzie znajdujący się w głębokim, ciemnym miejscu jak ja kiedyś i zapewne nie czują się na siłach tego znieść, chciałabym im powiedzieć, że być może istnieje sposób na ruszenie do przodu. Jeżeli ta książka pomoże uczynić lepszym przynajmniej jedno życie, uznam ją za sukces. Życie powinno być do życia, a nie jedynie do przetrwania.

Linda Elsegood

Założycielka Funduszu Badawczego LDN

WPROWADZENIE

Nie pamiętam chwili, kiedy zdecydowałam, że będę lekarzem (praktykuję ogólną internę od wielu lat, a własną praktykę prowadzę od dziesięciu). Jeden z kuzynów powiedział mi, że był to pomysł mojej matki. Mój dziadek ze strony ojca był internistą i być może moja matka pomyślała, że byłoby dobrze, bym kontynuowała rodzinną tradycję. W każdym razie, gdy byłam w pierwszej klasie, dostałam w prezencie nowiutki, błyszczący, czarny stetoskop. Pamiętam, że byłam bardzo podekscytowana, bo stetoskop naprawdę działał. Mogłam posłuchać bicia serca każdego, kto mi na to pozwolił. Pamiętam też moje pierwsze wypracowanie, w którym opisywałam, dlaczego pragnę zostać lekarzem. Powód był prosty: chciałam pomagać ludziom. Na przestrzeni ostatnich kilku lat wiele razy jednak zastanawiałam się nad odejściem z zawodu. Prawdę mówiąc, byłam pewna, że mam dość, zanim odkryłam terapię naltreksonem w niskich dawkach (LDN).

Na studiach medycznych stwierdziłam, że naprawdę większość z nas trafiła na nie, ponieważ pragnęła pomagać ludziom, choć w odpowiedzi na moje wypracowanie powiedziano mi, że choćby nie wiem co, nie powinnam tego wymieniać jako powód. Była to zbyt częsta odpowiedź, co wskazywało, że więcej tu było emocji niż rozsądku. Wszyscy byliśmy skupieni na pacjentach, intensywnie się ucząc i zapamiętując wszelkie dziwne fakty by, gdybyśmy kiedyś spotkali pacjenta z bardzo nietypową chorobą, wiedzieć jak postąpić. Jednak po kilku latach praktyki stwierdziłam, że moje dni wypełnia papierkowa robota związana z ubezpieczeniami, telefony, sprawozdania i stosy nieuzupełnionych kart pacjentów, które zmuszały mnie do codziennej pracy długo po zachodzie słońca. Więcej czasu spędzałam przed komputerem niż z pacjentami.

Mimo tego wszystkiego, mogę powiedzieć, że jeżeli umożliwiłabym zmianę czyjegoś życia, czy też naprawdę pomogła mu poczuć się lepiej, to byłoby to tego warte. Ale tak nie było. Moją dokumentację wypełniali pacjenci z chronicznymi chorobami, którzy nigdy nie poczuli się lepiej. Z każdą wizytą potrzebowali tylko więcej leków. Wyniki ich badań nigdy się nie poprawiały, ich choroba nigdy się nie cofała i nigdy nie poczuli się lepiej. Wiem, że niektórzy pacjenci, którzy są ze mną od początku, dyskutowaliby z tym stwierdzeniem, ale to prawda.

Wszystko to zmieniło się, gdy odkryłam LDN. Początkowo miałam wiele wątpliwości i pierwszy raz zaordynowałam tę kurację pod naciskiem siedemdziesięcioletniej pacjentki Marli, która wszystkiego o LDN dowiedziała się z internetu (lekarze zasadniczo obawiają się pacjentów przynoszących informacje, które wyczytali w internecie; popierają jedynie pacjentów, którym zdarzyło się mieć w rodzinie pielęgniarke). Gdy objawy u Marli złagodniały, pomyślałam, że to ciekawe, ale byłam zbyt zajęta papierkową robotą, by naprawdę wgłębić się w zagadnienie LDN. Wiedziałam, że stosuje się je jako alternatywną terapię na stwardnienie rozsiane, ale w tym czasie żaden z moich pacjentów nie cierpiał na tę chorobę.

Następnie, wiele lat później spotkałam Christiana. Miał trzydzieści dwa lata i był moim najmłodszym pacjentem z poważną chorobą. „Doktor Jill, czytałam o LDN, chciałbym spróbować tej terapii na moje dolegliwości” powiedział. Christian miał epizod, który zasadniczo polegał na zapaleniu nerwu wzrokowego, co objawiało się podwójnym widzeniem. Zarówno rezonans magnetyczny jego mózgu, jak i nakłucie łądźwiowe wskazywały na stwardnienie rozsiane. Ponieważ podwójne widzenie było jedynym objawem, w jego diagnozie nie wymieniono stwardnienia rozsianego i określono to jako zespół klinicznie izolowany. Oznaczało to jednak duże prawdopodobieństwo rozwinęcia się w stwardnienie rozsiane i jego neurolog zalecał agresywną terapię immunosupresyjną.

„Zdaję sobie sprawę z ryzyka i jestem skłonny je zaakceptować. Objawy prawie ustąpiły i jestem skłonny spróbować LDN, zanim zacznę przyjmo-

wać immunosupresanty” powiedział. Miałam mieszane uczucia. Znałam specjalistę, który zalecił immunosupresanty, i nie chciałam nadepnąć mu na odcisk. Na dodatek nie byłam neurologiem i nie miałam żadnego doświadczenia w leczeniu stwardnienia rozsianego i na obydwie fakty zwróciłam uwagę pacjenta. Jestem jednak wielką rzeczniką wyborów pacjentów i byłam skłonna wesprzeć jego decyzję dotyczącą porzucenia konwencjonalnego leczenia. Dokładnie opisałam w jego dokumentacji, że przedyskutowaliśmy ryzyko, przeciwwskazania i alternatywy.

Baczenie obserwowałam Christiana, ordynując częste wizyty i jak najdokładniej zapisując wszystko, co dotyczyło jego przypadku. Przepisałam LDN dokładnie tak, jak to robili inni lekarze. Objawy wycofały się w ciągu około pięciu miesięcy od rozpoczęcia terapii, a wyniki rezonansu magnetycznego poprawiały się za każdym razem, gdy go wykonywaliśmy. Zdziwiałąco było to, że po dwóch latach kuracji odczyt rezonansu określono jako normalny. W ogóle nie było oznak żadnej choroby.

Uczona tradycyjnej medycyny, byłam świadoma tego, że mógł to być tak zwany dowód anegdotyczny. Wyniki mogły być zbiegiem okoliczności i nie mieć nic wspólnego z terapią. Jednak po roku, gdy wciąż nie było żadnych objawów, moje zainteresowanie LDN wreszcie obróciło się na moją korzyść. Zaczęłam zagłębiać się w tematykę LDN. To, co odkryłam, było bardzo interesujące i całkowicie zmieniło moje nastawienie do tej terapii. W ciągu moich studiów medycznych zawsze zakładałam, że jeżeli terapia nie jest konwencjonalna, poparta podwójnie ślepyimi, randomizowanymi testami z użyciem placebo, nie może być uznana za prawowitą. Odkryłam, że jestem w błędzie.

Gdy pierwszy raz usłyszałam o LDN, nie miałam pojęcia, kim był dr Bernard Bihari, ani jak imponujące były jego kwalifikacje. Nie miałam pojęcia, jak wiele informacji na temat biochemii działania LDN jest dostępnych. Okazało się, że komórkowe szlaki metaboliczne są znane z dokładnością do konkretnych receptorów zaangażowanych w przemiany. Przed podjęciem własnych poszukiwań nie wiedziałam, że wyniki niewielkich badań zostały już opublikowane.

W roku, w którym zaczęłam na poważnie interesować się LDN, wzięłam udział w zorganizowanej przez Fundusz Badawczy LDN konferencji w Las Vegas. Fascynujące było to, co liczni mówcy opowiadali o własnych doświadczeniach z tą terapią i prezentacje przedstawiające konkretne przypadki. Okazało się, że znaczna liczba lekarzy przepisywała tę terapię tak długo, jak ja prowadziłam swoją praktykę. Jedna kwestia nie dawała mi jednak spokoju. Jeżeli LDN byłoby w udokumentowany sposób skuteczną terapią, wtedy, jak mi się wydawało, ci wszyscy lekarze powinni opisać swoje doświadczenia i opublikować. Dopiero podczas rozmowy z jednym z najstarszych uczestników konferencji wreszcie otrzymałam odpowiedź.

Wszyscy ci lekarze byli tak samo zajęci jak ja. Jedyna różnica polegała na tym, że oni byli zajęci pacjentami. Nie mieli czasu na pisanie raportów i przeprowadzanie eksperymentów. W tym momencie dotarło do mnie, że moje poglądy na praktykę lekarską zaczynają się zmieniać. Tego chciałam: odejść od komputera i wrócić do gabinetu, do pacjentów. *Chciałam pomagać ludziom.*

Gdy wróciłam do swojego gabinetu, czułam się już znacznie bardziej komfortowo, przepisując LDN. Zdecydowałam, że muszę mówić ludziom o tej terapii. Napisałam ulotkę informacyjną dla pacjentów, w formie pytań i odpowiedzi. Gdy trafiałam na pacjenta, który wydawał się dobrym kandydatem do leczenia za pomocą LDN, mówiłam mu o tym i wręczałam ulotkę. Wielu wykazało zainteresowanie.

Obecnie ponad stu moich pacjentów korzysta z LDN. Rezultaty, które obserwuję, znacznie przekraczają to, czego można by się spodziewać po efekcie placebo. Ponieważ praktykuję jako lekarz ogólny, spotykam się z przeróżnymi schorzeniami, w tym wieloma chronicznymi. Daje mi to możliwość stosowania terapii LDN w różnych sytuacjach klinicznych i monitorowania reakcji na nią.

Stosowałam LDN na autoimmunologiczne schorzenia stawów, w tym reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, toczeń czy zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa. Stosowałam w nieswoistym zapaleniu jelit, celiakii i zespole jelita drażliwego. Stosowałam tę terapię

także w schorzeniach, z którymi związany jest chroniczny ból, jak fibromialgia, ból neuropatyczny, kompleksowy zespół bólu regionalnego czy choroba zwyrodnieniowa stawów. Inne dolegliwości, jak wyczerpanie, astma, alergie i egzema także pozytywnie na nią reagowały. Te schorzenia różnie wyglądają, ale problem leżący u ich podłoża jest ten sam. Komponentem większości chronicznych schorzeń jest zapalenie i nieprawidłowe działanie układu odpornościowego. LDN działa u podstaw problemu, co prowadzi do łagodzenia objawów klinicznych.

Miałam pacjenta z pierwszym stadium raka prostaty, który zanim do mnie trafił, był poddawany tylko obserwacji. Rozpoczęliśmy terapię i zaobserwowaliśmy spadek PSA (marker nowotworowy wykazujący raka prostaty) o ponad 20% w ciągu dwóch miesięcy. Sześć miesięcy później zanotowaliśmy dalszy spadek i kontynuujemy monitorowanie tego parametru.

Prowadzę szczegółową dokumentację i mam w swoim komputerze arkusz zawierający dane wszystkich moich pacjentów stosujących LDN z dokładną diagnozą i postępami. Przy bardzo ostrożnej ocenie, u co najmniej 70% spośród nich zanotowano kliniczną odpowiedź na terapię. Jeśli wziąć pod uwagę pacjentów, którzy przerwali terapię z powodu efektów ubocznych, ta liczba przekroczy 80%. Spośród pacjentów, u których wystąpiła odpowiedź, około 30% ocenia ją jako znaczną poprawę (co oznacza poziom 5 w skali od 1 do 5).

Nie u każdego wystąpiła gwałtowna, wyraźna reakcja, ale u wielu tak. Niektórzy z moich pacjentów pozbyli się objawów chorobowych już po kilku miesiącach stosowania terapii. Część chorych z chronicznymi bólami przestała je odczuwać w ciągu pierwszego miesiąca. Obserwowanie tego było czymś fantastycznym, i wciąż jestem szczęśliwa, że mogłam być tego świadkiem. Jestem wdzięczna pierwszemu pacjentowi, który zwrócił mi uwagę na LDN. Jestem wdzięczna wszystkim lekarzom-pionierom, którzy działali przede mną i szczerze zobowiązana za możliwość opowiedzenia im mojej historii.

Wiele zmieniło się w moim życiu od chwili, gdy otrzymałam ten pierwszy stetoskop. Wiele zmieniło się od chwili, gdy chciałam odejść od medycyny. Wstąpiła we mnie nowa nadzieja i znowu cieszę się z bycia

lekarzem. Przekazuję szczere oddanie dla innych lekarzy, których życie i praktyka także uległy odnowie. Chcę, by więcej pacjentów dowiedziało się o LDN i miało możliwość wypróbowania jej, jeżeli mogłaby przynieść efekty. Chcę, by ta wiedza zataczała coraz szersze kręgi i dzięki Lindzie Elsegood oraz Funduszowi Badawczemu LDN ta książka jest ważnym krokiem w tym kierunku.

Na dalszych stronach tej książki specjaliści z różnych dziedzin opowiadają, jak naltrekson w niskich dawkach zmienił ich wiedzę i podejście. Znajdują się tam informacje o rozwoju terapii LDN, jej farmakologii, testach klinicznych, skuteczności leczenia różnych schorzeń i aktualny stan prowadzonych badań. Mamy nadzieję wyedukować lekarzy i dostarczyć im informacje oraz narzędzia, które umożliwią włączenie terapii LDN do ich praktyki bez zbędnego stresu. Mamy też nadzieję, że wielu pacjentów również zainteresuje się tą informacją i że ta książka otworzy drzwi do pozytywnej komunikacji pomiędzy pacjentami a ich lekarzami, podczas wspólnej pracy ku wspólnemu celowi, jakim jest wyleczenie.

dr Jill Cattel

*Dyrektor medyczny, Centrum Medycyny Integracyjnej w Poway
(Poway Integrative Medicine Center), Kalifornia*

Historia i farmakologia LDN

J. Stephen Dickson

Licencjat z wyróżnieniem, Członek Królewskiego

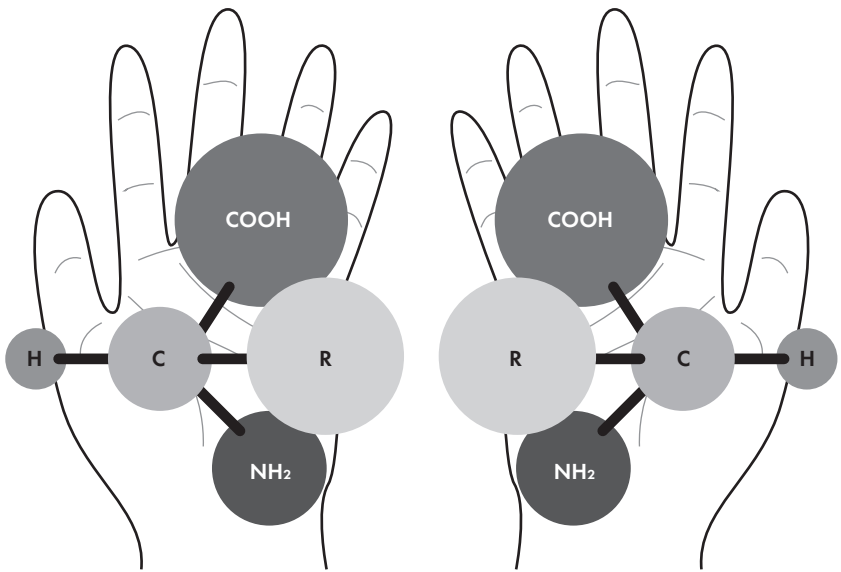
Stowarzyszenia Farmaceutów Wielkiej Brytanii

Naltrekson należy do substancji zwanych antagonistami receptorów opioidowych, stosunkowo nowych leków, pierwszy raz teoretycznie opisanych w latach 40. XX w. Antagoniści, w tym antagoniści receptorów opioidowych, blokują fizjologiczne działanie innych substancji, jak też naturalnie występujących hormonów, katecholamin, peptydów i neuroprzekazników.

Wśród pierwszych opracowanych antagonistów znajdowały się beta-blokery, odkryte przez sir Jamesa W. Blacka w 1964 r. Beta-blokery, takie jak propranolol, blokują receptory adrenergiczne, i są stosowane do kontrolowania reakcji typu „walcz albo uciekaj” u ludzi. Odkrycie propranololu jest szeroko rozgłaszane jako najważniejszy postęp farmakologii w XX w¹.

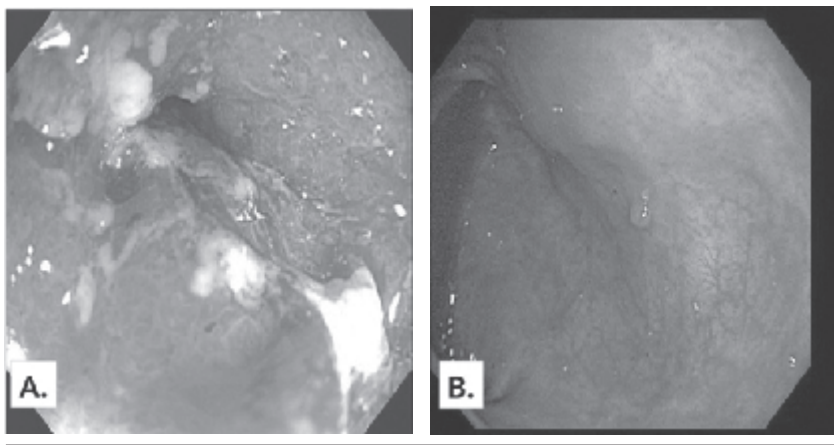
Możliwość modyfikowania wewnętrznych mechanizmów biologicznych w klinicznie kontrolowany sposób jest tak istotna dla medycyny, że w 1988 r. zdecydowano się przyznać sir Blackowi Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny, nie tylko za prace nad antagonistami, lecz także za późniejsze osiągnięcia pokazujące jak blokowanie miejsca receptorowego (w tym przypadku receptorów adrenergicznych) można wykorzystać do opanowania różnych przypadków, w tym nadciśnienia tętniczego, duszniczy bolesnej i niewydolności serca. Beta-blokery są do dzisiaj podstawą leczenia pacjentów z chorobami serca i od ich

Rycina 1.6 ma zademonstrować, że sposób, w jaki cząsteczki leku wpływają na ludzki organizm, wciąż nie jest do końca poznany i że wiele cząsteczek, o których do niedawna sądzono, iż są dobrze poznane, wykazuje różne działanie w zależności od struktury izomerycznej i dawkowania. Jak omówiono wcześniej, leki, które zmieniają homeostazę, mają także potencjał zmieniania tych systemów biologicznych w różny sposób, w zależności od tego, jak skutecznie modyfikują naturalne mechanizmy regulacyjne.



RYCINA 1.6. Demonstracja chiralności. Dzięki uprzejmości NASA

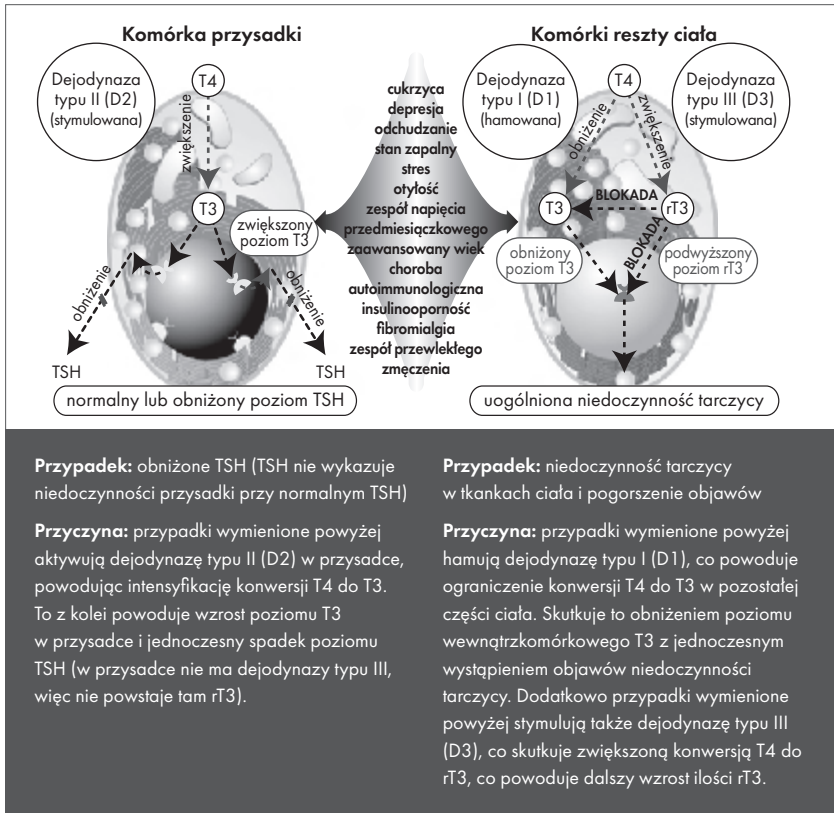
W przypadku naltreksonu dawka, która, jak się wydaje, jest skuteczna w chorobach autoimmunologicznych, jest znacząco niższa (dziesięć do pięćdziesięciu razy) od dawki stosowanej w leczeniu uzależnienia od opiatów lub alkoholu. Określa się to jako naltrekson w niskich dawkach (*Low Dose Naltrexone* – LDN). Najczęściej oznacza to dawkę od 0,5 do 4,5 mg na dobę.



RYCINA 3.1. A. Zaawansowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego z widocznym obrzękiem, rumieniem i ropną wydzieliną na powierzchni. B. Remisja wrzodziejącego zapalenia jelita grubego po dodaniu LDN – widoczny mały pseudopolip, jak też atrofie i chroniczne zmiany naczyń krwionośnych

4,5 mg/dzień. W ciągu miesiąca nastąpiła szybka reakcja w zakresie wszystkich objawów. W marcu 2013 powtórzono kolonoskopię, która wykazała całkowite wyleczenie błony śluzowej, również z histologicznego punktu widzenia (ryc. 3.1b). Ostatnie badania kliniczne, przeprowadzone w kwietniu 2015 r., nie wykazało żadnych symptomów, które można by połączyć z aktywnym nieswoistym zapaleniem jelit. Pacjent pozostawał na infliximabie (5 mg/kg) co osiem tygodni, mesalazynie (2,4 mg/dzień) i naltreksonie (4,5 mg/dzień).

PACJENCI 2–12: Podsumowanie danych klinicznych dla pozostałych jedenastu pacjentów leczonych LDN przedstawiono w tabeli 3.1. W sumie dwunastu pacjentów otrzymywało naltrekson w dawkach po 4,5 mg/dzień jako terapię uzupełniającą, gdy okazało się, że leczenie biofarmaceutykami (N = 7), merkaptopuryną (N = 6), leczeniem skojarzonym (N = 3) i prednizonem (N = 2) nie spowodowało opanowania objawów wrzodziejącego zapalenia jelit. Jeden z pacjentów porzucił leczenie po ośmiu tygodniach na skutek bezsenności spowodowanej naltreksonem i jego przypadek zarejestrowano jako niepowodzenie leczenia. Sześcioro z dwunastu pacjentów



RYCINA 5.2. Przypadki, które powodują obniżenie poziomu komórkowego T3 (niedoczynność przysadki) niewykrywanego przez oznaczenie poziomu TSH (rys. Kent Holtorf)

grup osobniczych i mierzył ilość T4 pobranego z osocza do komórek. Ich wyniki pokazały, że osocze od osób znajdujących się pod silnym fizjologicznym stresem hamowało pobieranie (transport) T4 do komórek, podczas gdy osocze osób poddanych stresowi innemu niż fizjologiczny nie dawało żadnego efektu⁵⁵. Te wyniki demonstrowają, że poziom T4 w osoczu może być sztucznie podwyższony u osobników znajdujących się pod wpływem fizjologicznego stresu, a więc poziomy osoczowego T4 i TSH są u tej populacji pacjentów słabymi wskaźnikami poziomu hormonów tarczycy w tkankach (patrz ryc. 5.2)⁵⁶. Wykazano, że substancje wytwarzane pod

„Mogę powiedzieć jednoznacznie, że LDN jest najważniejszym i najskuteczniejszym lekiem, jaki kiedykolwiek stosowałem. *LDN. Kompendium wiedzy* to cudowna pozycja dla każdego pacjenta z chorobą autoimmunologiczną, nowotworem, depresją bądź całą masą innych dolegliwości, a także lektura obowiązkowa dla każdego lekarza, który postawił sobie za cel pomaganie pacjentom”.

– dr Thomas Cowan

autor książki *The Fourfold Path to Healing*

„Mam nadzieję, że niniejsza książka na temat LDN – prezentująca najnowsze odkrycia, które potwierdzają skuteczność tego bezpiecznego i taniego leku generycznego – jest czytana przez ludzi z [brytyjskiego] Departamentu Zdrowia oraz wszystkich lekarzy opiekujących się pacjentami z chorobami autoimmunologicznymi”.

– dr Chris Steele

kawaler Orderu Imperium Brytyjskiego,
prezenter medyczny w programie *This Morning* stacji ITV

„Naltrekson w niskiej dawce (LDN) został odkryty przez doktora Bernarda Bihariego – mojego męża i współnika. Ta książka o LDN honoruje jego dorobek w pomaganiu pacjentom cierpiącym na choroby autoimmunologiczne i inne dolegliwości, by odzyskali zdrowie i mogli żyć pełnią życia”.

– Jacqueline Young

Jak to możliwe, że lek generyczny – który, podawany niezgodnie z przeznaczeniem, w małych codziennych dawkach – okazał się pomagać ludziom cierpiącym na szeroką gamę chorób, wciąż tonie w mrocznych odmętach medycyny? Naltrekson w niskiej dawce (LDN) działa poprzez częściowe blokowanie receptorów opioidowych, co z kolei pomaga w równoważeniu układu odpornościowego poprzez skłanianie organizmu do produkcji większej ilości endorfin. Choć LDN nie jest dla każdego, ma wyjątkowo przystępną cenę i wywołuje niewiele skutków ubocznych. Przepisuje się go na całym świecie, aby pomóc osobom cierpiącym na cały szereg dolegliwości, takich jak stwardnienie rozsiane, toczeń, zapalenie tarczycy, nieswoiste zapalenia jelit i różne nowotwory, a także choroby ze spektrum autyzmu, chroniczne zmęczenie i depresję. Dzięki pomocy pokażnej grupy medycznych profesjonalistów w tej książce znalazły się informacje na temat pochodzenia leku, podstawowego mechanizmu jego działania oraz najnowszych badań jego skuteczności. Stanowi ona obszerne źródło wiedzy dla lekarzy, farmaceutów i pacjentów, którzy pragną dowiedzieć się więcej o tym, jak LDN pomaga ludziom. To kompendium jest wezwaniem do dalszych badań, które mogłyby pomóc kolejnym milionom chorych.

Książka dostępna jest także w postaci e-booka



Odwiedź nas na stronie
www.purana.com.pl

ISBN 978-83-66200-16-6



9 788366 200166