

DALE E. BREDESEN

WYGRAJ Z ALZHEIMEREM

PIERWSZY SKUTECZNY PROGRAM W PROFILAKTYCE
I LECZENIU ZABURZEŃ FUNKCJI POZNAWCZYCH



GALAKTYKA

DALE E. BREDESEN

WYGRAJ Z ALZHEIMEREM

PIERWSZY SKUTECZNY PROGRAM W PROFILAKTYCE
I LECZENIU ZABURZEŃ FUNKCJI POZNAWCZYCH

Przekład: Katarzyna Babicz

G A L A K T Y K A

Tytuł wydania oryginalnego:
The End of Alzheimer's
The First Program to Prevent and Reverse Cognitive Decline
Copyright © 2017 by Dale E. Bredesen
All rights reserved including the right to reproduce in whole or in part in any form.
Wszelkie prawa zastrzeżone włącznie
z prawem do reprodukcji całości lub części w jakiegokolwiek formie..

This edition published by arrangement with Avery, an imprint
of Penguin Publishing Group,
a division of Penguin Random House LLC.
Niniejsze wydanie opublikowano na podstawie umowy z Avery,
imprintem Penguin Publishing Group,
należącym do Penguin Random House LLC.

Wydanie polskie © 2018 by Galaktyka sp. z o.o.

90-644 Łódź, ul. Żeligowskiego 35/37
tel. +42 639 50 18, 639 50 19, tel./fax 639 50 17
e-mail: info@galaktyka.com.pl; sekretariat@galaktyka.com.pl
www.galaktyka.com.pl

ISBN: 978-83-7579-670-4

Konsultacja: *lek. med. Jan Ilkowski, specjalista neurolog*
Redakcja: *Bogumiła Widła*
Redakcja techniczna: *Marta Sobczak-Proga*
Korekta: *Monika Ulatowska*
Redaktor prowadzący: *Marek Janiak*
Ilustracja na okładce: *Lightspring/Shutterstock*
Projekt okładki: *Artur Nowakowski*
Skład: *Garamond*
Druk: *Drukarnia im. A. Półtawskiego*

Niniejsza książka zawiera porady oraz informacje dotyczące opieki zdrowotnej. Powinna być traktowana jako uzupełnienie, a nie zastępstwo konsultacji z lekarzem czy innym wykwalifikowanym pracownikiem służby zdrowia. Jeśli wiesz albo podejrzewasz, że cierpisz z powodu jakiegoś problemu zdrowotnego, wskazane jest, abyś zasięgnął porady lekarza, zanim rozpoczniesz jakikolwiek program zdrowotny na własną rękę. Wszelkie decyzje zdrowotne powinny być podejmowane w porozumieniu z lekarzem. Dołożono wszelkich starań, aby informacje zawarte w tej książce były dokładne i aktualne w dniu publikacji. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za jakiegokolwiek medyczne konsekwencje stosowania metod zasugerowanych w tej książce.

Pełna informacja o ofercie, zapowiedziach i planach wydawniczych
www.galaktyka.com.pl
info@galaktyka.com.pl; sekretariat@galaktyka.com.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone. Bez pisemnej zgody wydawcy książka ta nie może być powielana ani w częściach, ani w całości. Nie może też być reprodukowana, przechowywana i przetwarzana z zastosowaniem jakichkolwiek środków elektronicznych, mechanicznych, fotokopiarskich, nagrywających i innych.

Spis treści

CZĘŚĆ I	ROZWIĄZANIE ZAGADKI ALZHEIMERA	
ROZDZIAŁ 1	Początek końca demencji	11
ROZDZIAŁ 2	Pacjent zero	29
ROZDZIAŁ 3	Na drugą stronę lustra i z powrotem	41
ROZDZIAŁ 4	Spraw sobie alzheimera: poradnik praktyczny	49
CZĘŚĆ II	ROZŁÓŻMY ALZHEIMERA NA CZYNNIKI PIERWSZE	
ROZDZIAŁ 5	Próba cierpliwości: z kliniki do laboratorium i z powrotem	63
ROZDZIAŁ 6	Boski gen i trzy typy alzheimera	103
CZĘŚĆ III	OCENA INDYWIDUALNEGO STANU ZDROWIA I SPERSONALIZOWANA ŚCIEŻKA TERAPII	
ROZDZIAŁ 7	„Kognoskopia” – na czym stoisz?	125
ROZDZIAŁ 8	ReCODE: odwrócenie postępu zaburzeń funkcji poznawczych	181
ROZDZIAŁ 9	Sukces i moc mediów społecznościowych: dwa programy w praktyce	229
CZĘŚĆ IV	ZWIĘKSZ SWOJĄ SZANSĘ NA SUKCES	
ROZDZIAŁ 10	Łączymy wszystko w całość: uda ci się!	243
ROZDZIAŁ 11	Ale to nie takie proste! – sprawdzone strategie i taktyki	259
ROZDZIAŁ 12	Opór przed zmianą – Machiavelli kontra Feynman	269
	Załączniki	285
	Podziękowania	299
	Przypisy	303
	Indeks	307

TERMINOLOGIA*

OTĘPIENIE (DEMENCJA): ogólne pogorszenie zdolności kognitywnych polegające na znacznym obniżeniu lub utracie sprawności umysłowej. Do wczesnych objawów otępienia należą zazwyczaj problemy z pamięcią, na które składają się zaburzenia płynności mowy, trudności z czytaniem, pisaniami, śledzeniem toku rozmowy, prawidłowym argumentowaniem i rozumowaniem (wnioskowaniem), poprawnym liczeniem, organizowaniem życia czy jego planowaniem. Pierwotne przyczyny leżące u podłoża rozwoju demencji mogą mieć różnoraki charakter. Wśród typów otępienia wyróżnia się na przykład otępienie naczyniowe, otępienie czołowo-skroniowe czy otępienie z ciałami Lewy'ego. Na pierwszy plan wysuwa się tu jednak demencja o typie alzheimerowskim. Stosowanie ReCODE przyniosło w badaniach pozytywne wyniki w przypadku choroby Alzheimera oraz stanach chorobowych poprzedzających jego rozwój (SCI i MCI, opisane poniżej). Nie dysponujemy natomiast danymi co do jej skuteczności w przypadku otępienia o innym podłożu, jak na przykład otępienie z ciałami Lewy'ego.

OTĘPIENIE NACZYNIOWE (MIAŻDŻYCOWE): typ otępienia spowodowany naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu, czyli ograniczonym dopływem krwi do tego narządu, prowadzącym do rozlicznych drobnych wylewów. Wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach sugerują, że otępienie naczyniowe i choroba Alzheimera mają w pewnym zakresie zbliżony charakter.

OTĘPIENIE CZOŁOWO-SKRONIOWE: rzadziej występujący typ otępienia objawiający się w przeważającej mierze zmianami behawioralnymi, problemami z pamięcią i zaburzeniami płynności mowy.

OTĘPIENIE Z CIAŁAMI LEWY'EGO, DLB (ang. *dementia with Lewy bodies*): choroba neurodegeneracyjna będąca drugą, po chorobie Alzheimera, pierwotną przyczyną otępienia (w stosunku do choroby Alzheimera szacuje się, że jest to jeden przypadek na pięć). Do jej częstych

* Osobom zainteresowanym tematem polecamy zapoznanie się z opracowaną przez WHO klasyfikacją ICD-10 oraz zawartymi w niej definicjami (przyp. kons.).

objawów należą omamy wzrokowe (halucynacje), urojenia, nadmierna senność, gwałtowne ruchy podczas snu (zwane zaburzeniami zachowania podczas snu REM) i inne.

CHOROBA ALZHEIMERA: najczęstsza postać otępienia charakteryzująca się występowaniem zmian strukturalnych w formie blaszek amyloidowych (inaczej płytek starczych) i splątków neurofibrylarnych. Jak wyjaśniam w tekście, coraz obszerniejszy materiał dowodowy wskazuje, że żadna z tych zmian nie jest pierwotną przyczyną choroby, jednak ich obecność stanowi typowy marker wykorzystywany w diagnostyce. Blaszek czy splątków nie da się zaobserwować bezpośrednio w żywym mózgu, natomiast niektóre formy neuroobrazowania, takie jak pozytonowa tomografia misyjna, a także badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, pozwalają ustalić ich obecność. Chorobę Alzheimera diagnozuje się zazwyczaj na podstawie objawów, w tym zaburzeń pamięci oraz pogorszenia się zdolności kognitywnych pacjenta, na tyle poważnych i postępujących, że utrudniają mu samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych i wykonywanie podstawowych czynności, takich jak kąpiel, spożywanie posiłków czy ubieranie, uniemożliwiając niezależne funkcjonowanie na co dzień. Według aktualnego stanu wiedzy alzheimer jest chorobą nieuleczalną, prowadzącą do śmierci pacjenta.

SUBIEKTYWNE ZABURZENIA POZNAWCZE, SCI (ang. *subjective cognitive impairment*): pogorszenie funkcji poznawczych odczuwane przez pacjenta, natomiast według definicji stosowanych w testach neuropsychologicznych, nieklasyfikujące się jako zaburzenia. Na przykład osoba o wysokiej inteligencji może zaobserwować u siebie pogorszenie pamięci, natomiast osiągnięte przez nią wyniki testów będą mieściły się w dopuszczalnej normie, która stanowi wartość uśrednioną, a więc poniżej wcześniejszych możliwości badanego. Przy czym już na wczesnym etapie wyniki pozytonowej tomografii emisyjnej czy badania płynu mózgowo-rdzeniowego ujawniają nieprawidłowości, a rezonans magnetyczny może wykazać zmniejszenie rozmiarów określonych obszarów mózgu. Subiektywne zaburzenia poznawcze mogą utrzymywać się przez lata, zanim rozwiną się do postaci łagodnych zaburzeń poznawczych.

ŁAGODNE ZABURZENIA POZNAWCZE, MCI (ang. *mild cognitive impairment*): najczęstsze następstwo subiektywnych zaburzeń poznawczych. Wyniki testów neuropsychologicznych wykazują pogorszenie w zakresie pamięci ogólnej i werbalnej, mowy, zdolności planowania, liczenia i innych funkcji kognitywnych, jednak osoba cierpiąca na MCI nadal jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności życia codziennego jak ubieranie się, jedzenie czy dbanie o higienę. Łagodne zaburzenia poznawcze nie muszą koniecznie przerodzić się w chorobę Alzheimera, choć u wielu osób, zwłaszcza, gdy jednym z objawów są zaburzenia pamięci, w przeciągu paru lat dochodzi do rozwoju alzheimera.

„Kognoskopia” – na czym stoisz?

Czasem potrzeba porządnie upaść, by ustalić, na czym się stoi.

– HAYLEY WILLIAMS

Każdy wie, że po przekroczeniu 50. roku życia powinno się wykonać kolo-noskopię – to doskonały sposób na wczesne wykrycie ewentualnych zmian przednowotworowych w okrężnicy lub odbycie, pozwalające na skuteczną profilaktykę rozwoju pełnej postaci nowotworu jelita grubego. A co z mózgiem? Profilaktyka degeneracji funkcji poznawczych także jest możliwa. W tym celu każdy po 45. roku życia powinien zafundować sobie „kognoskopię” – serię badań pozwalających na dokładną ocenę indywidualnej sytuacji, potencjalnych zagrożeń i czynników ryzyka mogących przyczynić się do rozwoju choroby w danym przypadku.

Nie da się naprawić problemu, którego istnienia nie jesteś świadom. Bez względu na to, czy zależy ci na profilaktyce, czy na odwróceniu degeneracji funkcji poznawczych, na początek musisz dokładnie określić, w jakim stopniu jesteś podatny bądź narażony na działanie trzech typów zagrożeń, czyli na stany zapalne, niedobory związków wspierających pracę mózgu i niewłaściwe poziomy hormonalne oraz działanie substancji toksycznych. Tylko wiedząc, na czym stoisz, będziesz w stanie wyłonić problemy, którymi musisz się zająć, i kwestie, do których trzeba się odnieść, by poprawić sprawność kognitywną. Badania krwi, które należy w tym celu wykonać, są coraz powszechniej dostępne, często można je nawet zrobić bez skierowania od lekarza (więcej na ten temat w załączniku A).

U osób, u których już się pojawiły objawy zaburzeń funkcji poznawczych, jak na przykład problemy z pamięcią, 10–25 parametrów sprawdzanych w badaniach laboratoryjnych nie jest na poziomie uznawanym za optymalny dla funkcji mózgu, natomiast u osób w grupie podwyższonego ryzyka rozwo-

ju takich zaburzeń, u których objawy nie są jeszcze widoczne, przeważnie 3–5 parametrów nie spełnia właściwej normy.

Na późnym etapie rozwoju choroby utrata synaps i neuronów jest na tyle poważna, że odwołanie się do przyczyn takiego zaniku może już nie odwrócić zaistniałych szkód. Ostatnimi czasy widzieliśmy wprawdzie przykłady umiarkowanej poprawy u osób z wynikami tak niskimi jak 1 (wysoce zaawansowany postęp choroby) na montrealskiej skali oceny funkcji poznawczych, jednak takie przypadki zdecydowanie stanowią wyjątki od reguły. U ludzi o tak poważnym stopniu rozwoju zaburzeń choroba najczęściej zebrała już nieodwracalne żniwo. Na szczęście mamy stosunkowo wiele możliwości, by nie tylko zapobiegać chorobie Alzheimera, ale również cofać jej postęp: na etapie bezobjawowym, który może trwać nawet 10 lat; na etapie subiektywnych zaburzeń funkcji poznawczych – kolejna dekada; w fazie łagodnych zaburzeń poznawczych – następne kilka lat; a nawet na etapie łagodnego lub umiarkowanego rozwoju choroby Alzheimera. Oczywiście im wcześniej ustalisz przyczyny zaniku połączeń synaptycznych i zaburzeń funkcji poznawczych oraz odpowiednio się do nich odniesiesz, tym większe masz szanse, by uniknąć rozwoju pełnej postaci choroby czy nawet umiarkowanych zaburzeń kognitywnych, i tym lepszych, bardziej kompleksowych wyników w zakresie poprawy zdrowia możesz się spodziewać.

Zanim przejdę do omówienia każdego czynnika, który należy poddać ocenie, pozwól, że porównam proponowane przeze mnie podejście do realiów, z którymi styka się większość pacjentów. Cytat pochodzi z warsztatów prowadzonych przez jednego z najbardziej uznanych neurologów zajmujących się problemem alzheimera, pracującego dla wybitnego na skalę kraju centrum akademickiego specjalizującego się w badaniu i terapii tego schorzenia. „Rezonans magnetyczny mózgu i morfologia krwi, profil metaboliczny, tarczyca, B₁₂. Poprosiłem pacjenta i jego żonę, by zwrócili uwagę na ewentualne problemy związane z gospodarowaniem pieniędzmi, korzystaniem ze środków transportu, przyjmowaniem leków. Przepisałem donepezil w dawce 5 mg dziennie”.

Ten wątpliwy „złoty standard” oceny stanu zdrowia pacjenta nie bierze pod uwagę następujących zagadnień:

- **Genetyka** – brak informacji na temat izoformy *ApoE*, jak również kilkunastu innych genów stanowiących czynnik ryzyka w przypadku choroby Alzheimera.

- **Stany zapalne** – istotny aspekt w rozwoju choroby Alzheimera nie został poddany ocenie.
- **Infekcje** – mimo coraz większej liczby danych wskazujących na powiązanie co najmniej kilku typów infekcji z chorobą Alzheimera [na przykład wirusa opryszczki pospolitej, wirusa boreliozy, *P. gingivalis* (bakterie w jamie ustnej), różnych typów grzybów i innych] nie przeprowadzono żadnych badań pod tym kątem.
- **Homocysteina** – nie zmierzono poziomu tego aminokwasu typowo łączonego z atrofią mózgu i chorobą Alzheimera.
- **Poziom insuliny na czczo** – nie wspomniano nawet o tym decydującym biomarkerze insulinooporności, która towarzyszy chorobie Alzheimera.
- **Status hormonalny** – nie poddano ocenie poziomów hormonów niezbędnych do optymalnego funkcjonowania mózgu; choć sprawdzono wydolność tarczycy, nie przeprowadzono najważniejszych badań w zakresie hormonalnym.
- **Wystawienie na działanie substancji toksycznych** – nie sprawdzono poziomu rtęci ani mykotoskyn.
- **Układ odpornościowy** – w chorobie Alzheimera układ odpornościowy (immunologiczny), a w szczególności odpowiedź odpornościowa nieswoista (ewolucyjnie starszy mechanizm odpornościowy, który w pierwszej kolejności reaguje na infekcje) odgrywa ważną rolę. Mimo to nie dokonano oceny w tym obszarze.
- **Mikrobiom** – bakterie i inne mikroby zasiedlające przewód pokarmowy, jamę ustną, nos i zatoki, łącznie zwane mikrobem, nie zostały poddane ocenie.
- **Bariera krew–mózg** – choć w chorobie Alzheimera często obserwuje się nieprawidłowości w tym zakresie, przeprowadzone testy nie uwzględniły tego czynnika.
- **Wskaźnik masy ciała (BMI)** – znany czynnik ryzyka w chorobie Alzheimera i schorzeniach mózgu ogółem tu nie został uwzględniony. (U wspomnianego pacjenta BMI wynosiło 33, co klasyfikuje się jako nadwaga i znacząco przekracza optymalny poziom dla zdrowia kognitywnego).
- **Stan przedcukrzycowy** – kolejny czynnik prowadzący do choroby Alzheimera, który nie został poddany ocenie.

- **Wolumetryczność** – choć wykonano rezonans magnetyczny, by ocenić nieprawidłowości strukturalne, nie przeprowadzono ważnego badania mierzącego objętość poszczególnych obszarów mózgu. To bardzo proste i niezmiernie istotne badanie uzupełniające rezonans. Wiedza o tym, które, jeśli w ogóle, partie mózgu ulegają zanikowi, może pomóc zdiagnozować samą chorobę Alzheimera, ale także z dużym prawdopodobieństwem określić jej typ oraz ocenić stan pacjenta. Na przykład ogólna atrofia jest bardziej typowa dla typu 3 (toksycznego), natomiast zanik hipokampu jest swoisty dla typów 1 i 2.
- **Ukierunkowane leczenie** – przepisano leki, nie mając nawet pewności, czy pacjent faktycznie cierpi na alzheimera.

Gdy mowa o ocenie i leczeniu zaburzeń funkcji poznawczych, obecny obraz sytuacji maluje się w ponurych barwach:

- Pacjenci często nie szukają pomocy medycznej, ponieważ usłyszeli, że nic nie da się zrobić. Obawiają się utraty prawa jazdy, stygmatu diagnozy i niemożności uzyskania długoterminowego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Lekarze pierwszego kontaktu i pracownicy służby zdrowia nie kierują pacjentów do specjalistycznych klinik, bo żyją w przekonaniu, iż nie istnieje żadna skuteczna metoda terapii w tym zakresie. Dlatego zazwyczaj przepisują po prostu donepezyl (Aricept), z reguły nie siląc się na potwierdzenie pierwszej diagnozy.
- Lekarze często skazują pacjentów na godziny stresujących testów neuropsychologicznych, kosztownych badań obrazowych i powtarzanych punkcji lędźwiowych, choć jeśli chodzi o leczenie, nie mają nic do zaoferowania.

Stać nas na wiele więcej. Ba, musimy zrobić o wiele więcej, jeśli chcemy faktycznie odwrócić postęp choroby Alzheimera czy subiektywnych bądź łagodnych zaburzeń poznawczych. W tym rozdziale przedstawię ocenę różnych czynników natury metabolicznej, mających wpływ na postęp degeneracji funkcji kognitywnych, czy to w fazie subiektywnych bądź łagodnych zaburzeń, czy w każdej innej fazie choroby Alzheimera*.

* Choć przeważająca większość przypadków zaburzeń funkcji poznawczych jest wynikiem procesu neurodegeneracyjnego, niewielki odsetek ma podłoże innego typu (na przykład jest skutkiem guza mózgu). Zanim przeprowadzisz ocenę metaboliczną, którą opisuję i zalecam, należy zatem wykluczyć taką ewentualność, dlatego w pierwszej kolejności powinno się wykonać rezonans magnetyczny lub tomografię komputerową mózgu.

Łączymy wszystko w całość: uda ci się!

Żeby dojść do celu, na początek musisz zrobić pierwszy krok.

– MARK TWAIN

W tym rozdziale podsumuję procedurę ReCODE, sprowadzając rozbudowany program do podstawowych, najważniejszych założeń, aby jak najbardziej ułatwić ci praktyczne korzystanie z zaleceń. Znajdziesz tu również tabelę, do której w razie potrzeby zawsze możesz się odwołać. Jak się zaraz przekonasz, to bardzo proste. Wszystkie naukowe szczegóły, laboratoryjne badania i niuanse leczenia przedstawione w poprzednich rozdziałach sprowadzają się *de facto* do pięciu najważniejszych punktów, które u zdecydowanej większości pacjentów odpowiadają za pogorszenie funkcji poznawczych. Pamiętaj, że z każdym z tych punktów możesz sobie skutecznie poradzić:

1. insulinooporność,
2. stany zapalne / infekcje,
3. zoptymalizowanie poziomów hormonów, składników odżywczych i czynników troficznych,
4. toksyny (chemiczne, biologiczne, fizyczne),
5. odbudowa utraconych bądź dysfunkcyjnych synaps i ochrona istniejących połączeń neuronalnych.

ReCODE: Podstawy

Interwencja	Uwagi
dieta: ketoflex 12/3	cel: ciała ketonowe 0,5–4 mmol/l
ćwiczenia: aerobowe i siłowe, 30–60 minut, 5–6 razy w tygodniu	intensywność w trosce o serce zwiększana stopniowo
sen: 7–8 godzin, melatonina: 0,5–3 mg; TRF w przypadku niepokoju, higiena snu	wyeliminować problem bezdechu sennego

WYGRAJ Z ALZHEIMEREM

ReCODE: Podstawy, cd.

Interwencja	Uwagi
redukcja stresu: medytacja lub program <i>Neural Agility</i> , joga, muzyka, oddychanie z przepony	
ćwiczenia umysłowe: 30 minut 3 razy w tygodniu lub 10–20 minut 5–6 razy w tygodniu	
olej z kwasami MCT: 1–3 g 2 razy dziennie	gdy przywrócona zostanie wrażliwość na insulinę, można odstawić MCT i zwiększyć spożycie oliwy z pierwszego tłoczenia oraz jednonienasyconych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych
kurkumina: 1 g 2 razy dziennie (lub kurkuma)	na pusty żołądek lub w z dobrymi tłuszczami
ashwaganda: 500 mg 2 razy dziennie	z posiłkiem
bakopa drobnolistna (<i>Bacopa monnieri</i>): 250–500 mg 2 razy dziennie	z posiłkiem
gotu kola: 500 mg 1–2 razy dziennie	na poprawę koncentracji i czujności
inne zioła zgodnie z zaleceniami	informacje w tekście dotyczące przyjmowania różenia górskiego, soplówki jeżowatej, shankpushpi, triphali, guduchi i guggulu
treonat magnezu: 2 g dziennie	może działać usypiająco, należy przyjmować na wieczór
ubichinol (koenzym Q 10): 100 mg	
PQQ: 10–20 mg	
resweratrol: 100 mg	
rybozyd nikotynamidu: 100 mg	
kwasy omega-3: DHA – 1g, EPA – 0,5–1 g	
glutation liposomalny: 250 mg 2 razy dziennie	
probiotyki i prebiotyki	w przypadku zespołu nieszczelnego jelita dopiero po wyleczeniu tego schorzenia
witamina D i witamina K ₂ (MK7)	cel: poziom witaminy D – 50–80
kompleks tokoferoli i tokotrienoli: 800 IU	cel: poziom witaminy E – 12–20
bioidentyczna hormonalna terapia zastępcza	optymalizacja poziomów hormonalnych, w tym hormonów tarczycy, nadnerczy i hormonów płciowych
SPM: (wyspecjalizowane mediatory hamujące zapalenie) – 1 miesiąc	jeśli hs-CRP > 1

ReCODE: Podstawy, cd.

Interwencja	Uwagi
metrylokobalamina: 1 mg, kwas lewomefoliowy: 0,8–5 mg, P5P: 20–50 mg	jeśli homocysteina > 6, jeśli B ₁₂ < 500
kwas alfa-liponowy: 100 mg, N-acetylocysteina: 500 mg, cynamon: ¼ łyżeczki, berberyna: 300–500 mg 3 razy dziennie lub metformina	jeśli insulina na czczo > 4,5 lub glukoza na czczo > 90 lub hemoglobina A1c (glikowana) na czczo > 5,5
pikolinian cynku: 25–50 mg, kwas alfa-liponowy: 100 mg, N-acetylocysteina: 500 mg, P5P: 50 mg, Mn: 15 mg, witamina C: 1–4 g	
SAM-e: 200–1600 mg lub kwas foliowy: 5 mg	w przypadku depresji
hupercyna A: 200 mcg (pod rozważę)	po 3 miesiącach stosowania procedury, jeśli pamięć stanowi główny problem i o ile nie jest stosowany donepezil (Aricept)
ocena i leczenie pod kątem CIRS (przewlekły zespół zapalny): kolestyramina, wazoaktywny peptyd jelitowy donosowo itp.	w przypadku typu 3 (wysoki poziom C4a, wysoki poziom TGF-β1, niski poziom MSH itp.)
detoksykacja	w przypadku wykrycia metali lub biotoksyn
określone antybiotyki lub leki przeciwwirusowe	w przypadku wykrycia infekcji
odstawienie lub ograniczenie dawki leków negatywnie wpływających na funkcje poznawcze	na przykład statyny, inhibitory pompy protonowej, benzodiazepiny itd.

Podsumowanie jest proste i klarowne, ale to wprowadzenie zaleceń w życie stanowi warunek sukcesu – wszystko jest w twoich rękach.

Pracując z pacjentami stosującymi procedurę ReCODE, miałem szansę zaobserwować, które z zaleceń najczęściej przekładają się na najlepsze rezultaty, czyli najkorzystniej wpływają na stan zdrowia. Niektóre są oczywiste, inne nieco mniej.

- 1. Im wcześniej zaczniesz, tym większe masz szanse na całkowite odwrócenie zmian i ochronę przed pogorszeniem funkcji poznawczych w przyszłości.** Jedna z kobiet powiedziała mi jakiś czas temu, że nie jest jeszcze gotowa, by zacząć stosowanie ReCODE, ponieważ jej symptomy są na razie dość łagodne, ale skontaktuje się ze mną, jak jej się pogorszy... Otóż nie, nie i jeszcze raz nie! Im wcześniej zaczniesz, tym lepiej, ponieważ proces patofizjologiczny leżący u podłoża choroby Alzheimera przebiega i rozwija się na przestrzeni lat, a nawet dziesięcioleci. Być może

widoczne objawy sprawiają wrażenie wczesnych, ale zapewniam cię, że najczęściej świadczą o daleko rozwiniętym procesie chorobowym. Najlepiej procedurę ReCODE stosować w ramach profilaktyki. Niemal każdy wie, że po przekroczeniu 50. roku życia powinno się wykonać kolonoskopię. Zapamiętaj więc proszę, że w 45. roku życia lub tuż po jego przekroczeniu warto poddać się „kognoskopii” – tak jak pisałem w rozdziale 7. Sprawdzenie statusu genetycznego i biochemicznego, przeprowadzenie oceny funkcji poznawczych i wykonanie badań obrazowych (wariantywnie, jeśli nie ma objawów) nie przedstawia już większego problemu. Z roku na rok zrobienie odpowiednich testów jest coraz łatwiejsze. Jeśli nie zdecydujesz się na profilaktykę, postaraj się przynajmniej wykonać stosowną ocenę i rozpocząć terapię najwcześniej, jak to możliwe, gdy tylko zaobserwujesz pogorszenie sprawności kognitywnej. Jak na razie u każdej osoby cierpiącej na subiektywne zaburzenia poznawcze stosowanie ReCODE przyniosło pozytywne rezultaty – dlatego nie odwlekaj rozpoczęcia procedury, jeśli rozpoznasz u siebie takie zmiany.

2. **Żyj w myśl zasad procedury przez co najmniej sześć miesięcy.** Zmiana zachowania i rutyny nie jest prosta, dlatego nie bądź dla siebie surowy, jeśli wprowadzenie zaleceń dotyczących codziennych, ugruntowanych przyzwyczajeń (odżywianie, sen, ćwiczenia) zajmie ci więcej czasu, niż myślałeś. Trzymaj się i nie odpuszczaj. Po 1–2 miesiącach będzie już z górki! Pamiętaj jednak, że aby dostrzec poprawę, musisz przynajmniej przez sześć miesięcy w pełni, uczciwie trzymać się wytycznych, które odnoszą się do twojej indywidualnej sytuacji. Brak konsekwencji, naginanie i stosowanie zaleceń od przypadku do przypadku na niewiele się zda.

Po siedemdziesiątce, Laura zaczęła doświadczać problemów z pamięcią. U jej matki do rozwoju poważnej formy otępienia doszło w podobnym wieku. Badania wykazały liczne nieprawidłowości metaboliczne, w tym nieoptymalny poziom hormonów, podwyższony poziom homocysteiny i niedobór witaminy B₁₂. Do wszystkich tych kwestii można było się z łatwością odnieść. I tak po kilku miesiącach stosowania procedury ReCODE Laura wykazywała widoczne oznaki poprawy – wróciła jasność umysłu, poprawił się refleks. Po jakimś czasie jednak doszło do ponownego

pogorszenia. Okazało się, że kobieta przestała stosować się do niektórych elementów programu. Próbowałem z nią na ten temat rozmawiać, ale miała swoje wytłumaczenie albo zasłaniała się wymówkami. Lubiła słodkocze i nie chciała z nich rezygnować, ćwiczenia traktowała jak karę i nie zamierzała zmieniać swojego sposobu odżywiania. Konsultant programu ReCODE spędził z nią godziny, jednak pomimo ewidentnej poprawy podczas stosowania procedury, zdecydowała się przerwać leczenie. Rodzina nie zdołała jej przekonać. Stan Laury stopniowo się pogarsza.

Tak, zmiana przyzwyczajeń żywieniowych nie jest prosta... Zwłaszcza że większość ludzi nadal neguje lub ignoruje wpływ odżywiania na kondycję funkcji poznawczych i ryzyko rozwoju otępienia, choć coraz liczniejsze dowody płynące z badań naukowych jasno świadczą o sile zależności dieta–zdrowie (warto przywołać chociażby badania nad dietą śródziemnomorską). Tymczasem kiedy zaczęliśmy wysyłać konsultantów programu ReCODE monitorujących postępy osób stosujących tę procedurę, okazało się, że wszyscy uczestnicy bez wyjątku naginają zalecenia właśnie w tym zakresie! Poprawa zdrowia kognitywnego wymaga zmiany podejścia i zachowania na wielu różnych płaszczyznach, a każda z tych sfer ma jakąś rolę do odegrania, dlatego wykaż się cierpliwością. Z doświadczenia wiem, że wsparcie innych (przeszkolonego konsultanta, rodziny, partnera, innych pacjentów stosujących ReCODE) jest nie do przecenienia, gdy wprowadzenie zmian przysparza trudności.

3. **Określ, z czym masz problem, nie lecz się w ciemno.** Wiele osób pyta mnie, który element ReCODE jest najważniejszy. Odżywianie? Hormony? Złagodzenie stanów zapalnych? A może coś innego? Odpowiedź brzmi: najważniejsze jest przeprowadzenie kompleksowej oceny własnego stanu zdrowia i indywidualnej sytuacji, tak jak to dokładnie wyjaśniam w rozdziale 7. Wtedy, i tylko wtedy, możesz we współpracy z lekarzem ustalić, jakie czynniki przyczyniają się w twoim przypadku do pogarszania funkcji poznawczych. Co więcej, jeśli twój stan po kilku miesiącach stosowania ReCODE się nie poprawi, musisz określić, co takiego hamuje proces zdrowienia. Zazwyczaj badania pokazują nieprawidłowości w zakresie 10–25 parametrów. Wiedząc, nad czym należy pracować, możesz skupić się na tych składowych ReCODE, które odnoszą

się bezpośrednio do obszarów budzących zastrzeżenia. Mam też nadzieję, że ta wiedza zmotywuje cię, by nie odpuszczać ani nie naginać zaleceń ich dotyczących!

4. **Stale optymalizuj leczenie.** Procedura ReCODE została pomyślana tak, by w jak największym stopniu odpowiadać na twoje indywidualne potrzeby, dlatego w trakcie terapii zalecenia są na bieżąco modyfikowane i uaktualniane. ReCODE zmienia się dynamicznie wraz z pacjentem, i to odróżnia program od standardowych monoterapii (leki). W pracy z pacjentami bezustannie się przekonuję, że dostosowywanie procedury do aktualnych wyników badań i jednostkowej odpowiedzi na leczenie przynosi ciągłą, ugruntowaną poprawę. Zwłaszcza w przypadku osób bardzo wyczulonych na swoją kondycję kognitywną i uważnie analizujących zmiany w tym zakresie. Jednym ze sposobów ułatwiających monitorowanie stanu zdrowia są testy neuropsychologiczne dostępne on-line, na przykład *Brain HQ*, *Lumosity*, *Dakim* czy *Cogstate*, by wymienić tylko kilka. Nie zaniedbuj kontroli, nawet gdy poczujesz się lepiej – badania laboratoryjne sprawdzające, czy żaden z parametrów nie domaga się uwagi oraz testy pozwalające ocenić kondycję kognitywną należy powtarzać co 4–6 miesięcy. Podchodzisz do startu w maratonie, a nie do sprintu na 100 metrów, dlatego by osiągnąć sukces, musisz myśleć długodystansowo i strategicznie modyfikować plan działania. Będziesz zaskoczony stałością postępów!
5. **Skrupulatnie kontroluj wyniki badań laboratoryjnych.** By procesy synaptoblastyczne (regeneracja synaps, utrzymanie funkcji pamięci, tworzenie wspomnień) przeważały nad procesami synaptoklastycznymi (niszczenie synaps, utrata wspomnień i pogorszenie funkcji poznawczych), musisz przekroczyć określony próg. Badania pozwalają określić czynniki potencjalnie przyczyniające się do pogarszania twojego zdrowia, ale nie dadzą odpowiedzi, ile z nieprawidłowości musisz naprawić, by doszło do przechylenia szali na stronę zdrowia, innymi słowy – aby procesy twórcze wzięły górę nad destrukcyjnymi. Na razie nie ma jednoznacznego sposobu zmierzenia, gdzie dokładnie leży próg krytyczny – poza tym w przypadku każdej osoby może się to kształtować inaczej. W tej kwestii naprawdę nie warto podejmować niepotrzebnego ryzyka

– aby zwiększyć szanse na sukces, trzeba odnieść się do jak największej liczby nieprawidłowości. To najlepsze i najbezpieczniejsze rozwiązanie.

Problemy z pamięcią zaczęły się u Diane w okresie perimenopauzy, a po menopauzie znacznie przybrały na sile. Kobieta bardzo dobrze odpowiedziała na leczenie ReCODE. Jednak po roku zaobserwowała ponowne pogorszenie swojego stanu – wtedy zaczęła prowadzić dziennik, zapisując okoliczności, w których dochodziło do wzmożenia objawów, nie zgłosiła się jednak natychmiast na ponowną ocenę kondycji kognitywnej. Powtórne badania wykazały spadek poziomu estradiolu z wartości przekraczającej 100 do 0. Okazało się, że lekarz zmienił formę podawania hormonu z postaci dopochwowej (doskonała przyswajalność) do formy przezskórnej (znacznie słabsza przyswajalność). Do nawrotu problemów z pamięcią doszło w miesiąc po tej zmianie.

Każdy przypadek jest inny – czasem przekroczenie progu następuje wraz z unormowaniem poziomu hormonów, czasem, gdy poprawi się ilość i jakość snu, jeszcze w innych przypadkach istotną rolę odegra glutation podawany dożylnie, obniżenie poziomu stresu lub wywołanie stanu umiarkowanej ketozy. Chodzi o to, by nie ignorować poszczególnych czynników i skrupulatnie obserwować zmiany. Kiedy znajdziesz swoją odpowiedź, twoje parametry metaboliczne odzwierciedlą dobry kierunek zmian, zwiększając szansę na poprawę i powrót do najlepszej formy.

6. **Zrób tyle, ile zdołasz – nie musisz bezwarunkowo wypełniać każdego zalecenia procedury.** Kiedy przekroczysz próg krytyczny, a procesy twórcze wezmą górę nad niszczącymi, znajdziesz się na najlepszej drodze do zdrowia. I to jest bardzo dobra wiadomość. Pacjentka zero osiągnęła doskonałe rezultaty, przestrzegając 12 z 36 zaleceń. Nie oznacza to, że taka ograniczona wersja leczenia sprawdzi się u każdego. Dopóki istnieją czynniki przyczyniające się do pogarszania funkcji poznawczych, dopóty istnieje ryzyko rozwoju choroby, dlatego postaraj się nie omijać żadnego z elementów programu. Lecz odniesienie się do najważniejszych czynników w większości przypadków wystarczy, by doszło do poprawy.

Każdy z nas zna przynajmniej jedną osobę, która pokonała raka, nikt natomiast nie zna człowieka, który wyszedłby z alzheimera – aż do teraz. Z grupy pierwszych 10 pacjentów stosujących się do programu opracowanego przez doktora Bredsesena, u 9 osób wykazano znaczącą poprawę już w 3 do 6 miesięcy po rozpoczęciu programu. Od tamtej pory wyniki te potwierdziły się u setek pacjentów.



Chorzy na alzheimera często słyszą, że postępu tej choroby nie da się zatrzymać. Dlatego sceptycznie podszedłem do opinii autora, który przekonuje, że „otępieniu da się nie tylko zapobiec, ale w wielu przypadkach można nawet cofnąć proces degeneracyjny”. Zaproponowany przez Bredsesena program ReCODE pozwala jednak usystematyzować proces leczenia i walkę z pogarszającą się sprawnością umysłową, o ile diagnozę postawiono dostatecznie wcześniej. Alzheimer nie jest pojedynczym procesem chorobowym, dlatego w każdym przypadku należy zastosować podejście holistyczne, a nie skupiać się na leczeniu wybranych objawów. ReCODE to spersonalizowany i kompleksowy program, który daje nadzieję na opracowanie skuteczniejszej drogi leczenia. W profilaktyce i kuracji wielokierunkowej należy zwrócić uwagę na trzy podstawowe czynniki wpływające na pogorszenie funkcji poznawczych mózgu, czyli: stany zapalne, niedobór składników odżywczych oraz działanie substancji toksycznych. Warto podkreślić, że choroba Alzheimera to wynik odpowiedzi obronnej mózgu na powyższe zagrożenia.

Wiele też zawartych w tej książce wpisuje się w ogólne założenia Polskiego Planu Alzheimerowskiego opracowanego już w 2011 roku (niestety dotychczas niewdrożonego). Z tego względu życzyłbym sobie, by stała się lekturą obowiązkową dla przedstawicieli władzy, ponieważ w naszym kraju żyje ponad 400 000 chorych. Razem z rodzinami i opiekunami tworzą liczącą ponad milion osób społeczność, która oczekuje wsparcia na wszystkich etapach choroby.

*Wygraj z alzheimere*m to książka na tyle uniwersalna, że zainteresuje zarówno naukowców oraz lekarzy, jak i chorych i ich opiekunów.

ZBIGNIEW TOMCZAK

Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera

PATRONAT MEDIALNY:

www.galaktyka.com.pl

**O CZYM LEKARZE
CI NIE POWIEDZĄ**

e!stilo
M A G A Z Y N E

poradnikzdrowie.pl



ISBN: 978-83-7579-670-4



9 788375 796704

Cena: 49,90 zł (w tym 5% VAT)