

Janette Hope

Yhdysvaltalainen Janette Hope on lääketieteen lisensiaatti (M.D.), erikoistumisalaltaan perhelääkäri (Yhdysvalloissa perhelääkärijärjestelmä). Myöhemmin hän on erikoistunut integratiiviseen lääketieteeseen ja ympäristölääketieteeseen.

Hope toimii Amerikan ympäristölääketieteen akatemian sihteerinä, ja on aiemmin toiminut akatemian puheenjohtajana. Hän pitää yksityisvastaanottoa Kalifornian Santa Barbarassa.

Lisäksi Hope on fellow-jäsen seuraavissa yhdysvaltalaisissa lääkärijärjestöissä: American Academy of Emergency Medicine, American Board of Emergency Medicine, American Board of Family Medicine.

Teksti perustuu Janette Hopen haastatteluun. Kirjoittanut Katja Pulkkinen.

Kliinisessä ympäristölääketieteessä pätevät samat periaatteet kuin kaikessa lääketieteessä

Ympäristösairaalan potilaan hoito on tarkkaa ja perusteellista lääkärityötä. Yksittäistä laboratoriokoetta diagnosoinnin perusteeksi ei ole olemassa.

Tiivistelmä

Ympäristösairaiden potilaiden hoitaminen perustuu yhtäläillä hyvään lääketieteen harjoittamiseen kuin muukin lääketieteen erikoisalojen työ: Perusteellinen potilaan haastattelu eli anamneesi, tarkka potilashistorian kartoittaminen ja monen tyyppiset laboratoriokokeet ovat tarpeen ympäristösairauksien diagnosoinnissa.

Ei ole mitään yhtä yksittäistä laboratoriokoetta, jolla voisi todentaa oireiden ympäristölähtöisyyden tai selittää ja ymmärtää potilaan moninaista oirekuvaa. Tilaa tulee tarkastella laajana kokonaisuutena. Vain tarkkaan anamneesiin ja perusteelliseen testaukseen perustuen voi muodostaa kliinisen kuvan ja antaa tähän pohjautuen tilanteesta lääkärin arvion.

Hoitovaihtoehtoja on useita. Hoito pitää aina räätälöidä yksilöllisesti. Mahdollisia vaihtoehtoja ovat altistumisen välttäminen ongelmia aiheuttaville ympäristötekijöille, ravintolisät, ympäristösairauksien tavallisten liitännäissairauksien kuten kilpirauhasen ja lisämunaaisen toimintahäiriöiden hoito sekä soveltuvan ruokavalion huomioiminen. Monet potilaat pystyvät oikeiden hoitotoimien ansiosta palaamaan suhteelliseen normaaliin elämään.

Tällä hetkellä ympäristösairauksien diagnosointi ja hoitaminen on jo mahdollista, mutta sen sijaan ympäristösairaiden oikeusturvan toteutuminen elämän eri osa-alueilla on puutteellista. Tilanne on potilaille äärimmäisen haastava. Lääkärin mahdollisuudet vaikuttaa tähän käytännön työssä ovat rajalliset.

Ympäristösairaita ihmisiä on jatkuvasti enemmän, eivätkä lääkärit voi välttyä kohtaamasta tätä ongelmaa vastaanotoillaan. Näiden sairauksien ymmärtäminen on kuitenkin vielä kesken. Tilanne on vastaava kuin missä tahansa yhteiskunnallisessa terveyskeskustelussa. Esimerkiksi tupakan terveyshaitoista käytävä taistelu on ollut pitkä ja vaikea prosessi.

Kiireellisin tutkimustarve alalla olisi erilaisten hoitomuotojen toimivuuden tutkimukselle. Ympäristösairaiden hoitoon erikoistuneet lääkärit olisivat kultakaivos tämän kaltaisen hoitomuotoihin liittyvän tiedon kokoamiselle.

MONENLAISIA OIREITA

Tapaan vastaanotollani hyvin paljon potilaita, jotka kärsivät erilaisista ympäristöön liittyvistä sairauksista. Olen erikoistunut ympäristösairauksiin ja integratiiviseen lääketieteeseen. Koulutukseltani olen perhelääkäri (Yhdysvalloissa on perhelääkäreihin perustuva terveydenhuoltojärjestelmä).

Ympäristösairauksista kärsivä potilas on hyvin monioireinen. On tavallista, että hän kuvaa 20 – 30 erilaista oiretta, jopa enemmän. Oireita voi olla kaikissa elinjärjestelmissä. Potilas voi kärsiä hermostollisista ja kognitiivisista oireista, virtsatie- ja ruuansulatuskanavan oireista, hengitystieoireista, ja hänellä voi myös olla psyykkisiä oireita kuten mielialan vaihteluita.

Herkistyminen kemikaaleille on hyvin yleinen oire. Se ei aina tule esiin heti hoitoa aloitettaessa, vaan olen huomannut, että joskus oireet ilmenevät myöhemmässä vaiheessa. Luulen selittävän tekijän tälle olevan siinä, että kun potilaan hankala tilanne alkaa aueta ja olosuhteet ja terveydentila kohentuvat, hän alkaa tunnistaa syitä huonoon oloonsa ja tulee tietoiseksi siitä, että elimistö reagoi ympäristön kemikaaleille.

Mielestäni invalidisoivimmat oireet ympäristösairailta potilailla ovat tavallisesti kognitiiviset oireet ja uupumus.

SYYN ETSIMINEN JA DIAGNOOSIN TEKEMINEN

Ympäristösairaudet ovat tautimekanismeiltaan moninaisia, eikä mikään yksittäinen mekanismi kattavasti selitä niitä.

Monimutkaisen ja moninaisen oirekuvan liittäminen ympäristötekijöihin on pitkälinen prosessi, joka lääkärin täytyy käydä läpi. Tietenkään jokainen oire edes vakavasti ympäristösairaalla potilaalla ei yksiselitteisesti liity ympäristötekijöihin. Potilas on saattanut kärsiä osasta oireista jo ennen ympäristöperäisen sairautensa puhkeamista, ja osa oireista voi olla ulkoisista tekijöistä riippumattomia.

Kun aloitan diagnoosin tekemisen, teen aina hyvin pitkän ja perusteellisen anamneesin (potilashaastattelun), aloittaen potilaan syntymästä. Selvitän aiemmat leikkaukset, kaikki nykyiset ja aiemmat lääketieteelliset diagnoosit, ja potilaan saamat hoidot. Pyydän potilasta kirjaamaan ylös kaikki oireensa, ja keskustelen niistä hänen kanssaan.

Joskus jo ensimmäisellä käynnillä voin arvioida oireiden johtuvan ympäristötekijöistä, mutta useimmiten tällaisen arvion tekeminen vaatii tarkempaa perehtymistä ja kokeiden tekemistä.

Käytän arvion tekemiseen useita erilaisia testejä. Tarpeen ovat esimerkiksi homeisiin ja mykotoksiineihin liittyvät testit. Selvitän esimerkiksi vasta-aineita monille eri homeille verikokein. Käytän tässä igE, igG ja igA vasta-ainepaneeleja mm. useille eri *Aspergillus*-, *Stachybotrys*- ja *Chaetomium* -lajeille. En käytä prick-testejä, mutta joskus saatan käyttää MELISA-testejä nelostyyppin allergian hahmottamiseksi. Käytän myös mykotoksiinien mittaamista virtsasta, mutta näitä tuloksia tulee kuitenkin tulkita harkiten.

On myös oleellista selvittää laboratoriokeuin ympäristösairauksiin yleisesti liittyviä liitännäissairauksia. Selvitän esimerkiksi maksan, munuaisten ja kilpirauhasen toimintaa. Selvitän myös lisämunuaisen toimintaa, jonka osalta on kuitenkin hankala saada käytännön työn apuna toimivia relevantteja testituloksia. Joten jos näen tarpeelliseksi, usein vain tuen lisämunuaisen toimintaa turvallisella tavalla. Joissain tapauksissa selvitän myös hormonaalista toimintaa, ja jos arvot ovat selkeästi normaalista poikkeavia, tilanne vaatii hoitoa. En kuitenkaan kovin usein käytä hormonikorvaushoitoja.

Immunologiset parametrit, mukaan lukien erilaiset tulehdusarvot, ovat tällä potilasryhmällä usein todella poikkeavia. Mittautan aina tavalliset tulehdusarvot kuten CRP:n ja laskon, mutta niissä ei usein ole havaittavissa mitään erityistä, ellei kyse ole jostakin muusta samanaikaisesta ongelmasta kuin varsinaisista ympäristösairauksista. Poikkeavia arvoja voi ympäristösairailta sen sijaan olla esimerkiksi T-soluissa, B-soluissa, luontaisissa tappajasoluissa ja NF-kB -arvoissa. Usein koholla ovat erityisesti TGF- β 1 ja C4-A, eli beeta geeniperheen transformoiva kasvutekijä ja komplementin C4-A. TGF- β 1 on joissakin tutkimuksissa liitetty kasvaneeseen glutationin tarpeeseen.

Selvitän myös autovasta-aineet, eli elimistön omia rakenteita vastaan epätarkoituksenmukaisesti reagoivat vasta-aineet, jos anamneesi antaa tähän aiheutta. Näistä tavallisimmin koholla on tumavasta-aine ANA, ja se myös laskee, kun potilas pääsee pois altistuksesta.

Potilaan ravintoaine-puutosten selvittäminen on myös tärkeää. Tutkimukset mahdollistavat puutostilojen korjaamisen, joita esimerkiksi sisäisten ja ulkoisten tekijöiden aiheuttama oksidatiivinen stressi aiheuttaa. Käytössäni on hyvä paneeli tähän tarkoitukseen, ja se on osoittautunut hyvin hyödylliseksi.

Seuraan tilannetta ja muutoksia arvoissa seuraavilla käyntikerroilla.

Summattuna diagnosoinnissa on siis kyse kunnollisesta lääkärintyön suorittamisesta, aivan kuin millä tahansa muullakin erikoisalalla: täytyy huomioida ja selvittää useita eri muuttujia, jotka sairauteen voivat liittyä. Pitää tehdä erotusdiagnoosi, arvioida kaikki mahdolliset vaikuttavat tekijät. Vasta näihin perustuen on mahdollista antaa diagnoosi, joka on kyseisessä tilanteessa kaikkein todennäköisin. Vastaava tilanne kuin jos vastaanotolle saapuu potilas, joka valittaa kovaa närästystä, asiaan perehtyvä lääkäri voi havaita hänellä olevankin sydäninfarktin. Meidän tulee olla avoimia erilaisille mahdollisuuksille.

Kun enemmän kokemusta kertyy, alkaa havaita tiettyjä tekijöitä ja yhdistelmiä, jotka viittaavat potilaan ongelmien ympäristöperäisyyteen - näille oireyhtymille tyypillisiä seikkoja, joita on tullut vastaan aiemminkin.

Yksi toimenpide, jonka saatan tehdä epäillessäni ympäristötekijöitä monimutkaisen oirevyöhdin taustalla, on muutaman viikon mittaisen ympäristönvaihdoksen suositteleminen potilaalle. Rohkaisen tällaisessa tilanteessa potilasta viettämään jonkin aikaa aivan toisenlaisessa ympäristössä, ilman omia henkilökohtaisia tavaroita ja kotoa tuotuja vaatteita. Jos suinkin mahdollista, vähintään kaksi viikkoa tarvitaan muutosten havaitsemiseen, sillä kaikki eivät reagoi ympäristötekijöihin ja niiden muutoksiin välittömästi. Jos potilas voi selkeästi paremmin tämän kokeilujakson aikana, se on selkeä merkki hänen päivittäisen elinympäristönsä ongelmista. Kun potilas palaa arkiympäristöönsä, hän saattaa havaita, että oireet palaavat takaisin.

Tämä havainto ei ole hyödyllinen pelkästään diagnoosia ajatellen, vaan se helpottaa hoitotoimenpiteitä niin potilaan kuin lääkärinkin näkökulmasta. Potilas itse havaitsee, miten hän voi eri ympäristöissä. Tämän seurauksena potilas havaitsee muutostarpeet omatoimisesti, esimerkiksi kosteusvaurioituneesta kodista poismuuttamisen välttämättömyyden, ja hänen on helpompi tehdä siihen liittyviä kipeitä valintoja. Tämä taas säästää minun työaikaani, sillä olen havainnut näiden prosessien usein olevan pitkiä ja hankalia, ellei niiden tarpeellisuudesta ole omakohtaista kokemusta.

On tietenkin huomioitava, että kukaanhan ei voi taata potilaalle, että jos hän päättää tehdä muutoksia elinympäristöönsä, ne automaattisesti johtaisivat terveyden kannalta parempiin olosuhteisiin. Ympäristössämme on niin paljon erilaisia terveyteen vaikuttavia muuttujia.

En ole vastaanotollani käyttänyt varsinaisia diagnosoinnin avuksi tarkoitettuja kyselylomakkeita kuten QEESI-kyselyä, vaikka pidänkin niitä hyödyllisinä. Olen kehittänyt omat toimintamenetelmäni kliiniseen hoitotyöhön, mutta näen QEESI-kyselyn itselleni tarpeellisena tieteellisessä tutkimustyössä. Tutkimusasetelmissä tällaiset työkalut ovat hyvin hyödyllisiä, kun tarvitsee ryhmitellä isoja ihmismääriä.

Työssäni saan potilaalta paljon informaatiota vapaasti kyselemällä, sellaista tietoa, jota en saisi kyselyjen avulla. Kysely voi antaa paljon dataa mutta myös jättää havaitsematta joitakin olennaisia asioita.

Lopullisen diagnoosin teen selvittämällä kliinisen kuvan, kuvaamalla ympäristötekijöille altistumisesta seuraavat vasteet ja yhtäläillä hoitovasteen. Jotkut laboratoriotestit saattavat olla tässä avuksi, mutta mitään yhtä yksittäistä laboratoriotestiä, joka todentaisi tai sulki pois ympäristötekijöiden osuuden tilanteesta, ei ole, vaan aina tarvitaan kattava kliininen arvio tilanteesta. Perustuen perusteelliseen anamneesiin ja kokeisiin, voin kliinisen kuvan hahmottaa ja sen perusteella antaa oman arvioni lääkärinä.

LÄÄKÄRIN LAUSUNTO

Kirjoittaessani lääkärintodistuksia ja lausuntoja, pitäydyn perinteisissä sairauskoodeissa, minkä lisäksi saatan liittää mukaan maininnan kausaalisuudesta, silloin kun se on mahdollista. Jos toimintakyky on oleellisesti rajoittunut, saatan antaa arvioni myös siitä.

Esimerkiksi jos potilas asuu kosteusvaurioituneessa homeongelmaisessa talossa ja hän kärsii uupumuksesta, kognitiivisista oireista ja vakavista lihaskivuista, listaan nämä oireet, ja kun olen sulkenut pois muut mahdolliset taustatekijät, lisään lausuntoon maininnan siitä, että todennäköisesti oireet ovat seurausta altistumisesta home- ja kosteusvaurio-ongelmille.

Usein potilaat haluavat diagnoosin. He haluavat tietää, onko heillä "homesairaus" tai vaikkapa CIRS (central inflammatory response syndrome) tai jokin muu vastaava oireyhtymä. Itse taas ajattelen, että ei ole kovinkaan paljon diagnooseja, jotka voisivat merkittävästi vaikuttaa potilaan tilanteeseen. Itse teen lääkärin työtäni siten, että se sopii viralliseen järjestelmäämme, käyttäen tavallisia ICD-10 koodeja. Yhdysvalloissa olemme juuri siirtyneet ICD-10 -koodistoon.

Ainoa poikkeus tästä on kemikaaliherkkyys, jolle ei tautiluokituksessa ole sopivaa koodia. Tämä tarkoittaa, että minun on lääkärinä kuvattava tämä tila ilman siihen liitettävää tautiluokitusjärjestelmästä löytyvää koodia.

POTILAS YHTEISKUNNASSA

Ympäristösairaudet eivät itseasiassa poikkea paljoakaan mistään muista tavallisista sairauksista, joista tiedämme, että niihin liittyy tietty tyypillinen kliininen kuva, joka kuitenkin jokaisen potilaan kohdalla ei ole eksaktisti sama eivätkä kaikki potilaat kärsi yhteneväisesti samoista oireista. On laboratoriolöydöksiä, jotka ovat tyypillisiä tietyille sairauksille, mutta eivät ne aina ole positiivisia. Tiedämme, että lääketieteessä kaikki diagnoosimme eivät ole täydellisiä ja että useimmille sairauksille ei ole olemassa täydellistä testausmenetelmää.

Vaikka lääketieteellisen diagnoosin tekeminen ympäristösairauksista on mahdollista, potilailla on haasteita oikeusturvan ja virallisen järjestelmän piirissä. Vaikka lääkäri käyttää koko kliinistä kokemustaan ja tekee sen pohjalta arvion potilaan tilasta, potilaille on äärimmäisen hankalaa hyödyntää tätä virallisessa järjestelmässä tällä hetkellä. Potilaat ovat itse tietoisia, mistä on kyse, ja saavat usein myös lääketieteellistä apua, sillä on jo lääkäreitä, jotka ymmärtävät näitä sairauksia ja osaavat auttaa potilasta. Mutta kun potilas yrittää selittää tilannetta esimerkiksi työnantajalle tai oppilaitoksessaan tai tarvitsisi päätöksen invaliditeetista, se on edelleen hyvin haastavaa.

Joskus potilaat ajattelevat, että kunhan he saavat lääkärinlausunnon, muut asiat hoituvat. Joskus näin tosiaankin on, mutta useimmiten ei, sillä sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden korvaaminen aiheuttaa taloudellisia kustannuksia. Voin kirjoittaa oman arvioni potilaan sairaudesta ja työkyvystä, mutta vastapuoli voi tällöin palkata kolme lääkäriä kirjoittamaan vastakkaisen todistuksen. Voin lääkärinä edetä vain askeleen kerrallaan ja toivoa, että prosessi tuo oikeudenmukaisen lopputuloksen, ja samalla tukea potilasta sekä olla omassa arviossani asiantunteva ja rehellinen.

Varsinainen potilastyö on se, mihin itse haluan keskittyä. On lääkäreitä, jotka ovat paremmin erikoistuneita tämän tyyppiseen toimintaan ja oikeustaisteluihin. Itsekin olen siihen motivoitunut, mutta en halua taistella tuulimyllyjä vastaan, jos siitä ei ole mitään hyötyä. Elämme turhauttavassa tilanteessa.

Erilaiset ympäristölähtöiset oireyhtymät ovat monimutkaisia, koska niihin liittyy niin paljon epävarmuustekijöitä. Esimerkiksi tilanteessa, jossa työpaikalla tai koulussa toimitaan tilanteessa ratkaisuhakuisesti, kukaan ei kuitenkaan voi taata, onko ongelma rakennuksessa vai yksilöllisessä herkkyydessä. Mitä jos teemme korjaustoimia ja se ei auta? Valitettavasti näin voi käydä. Tämän teeman kanssa kaikki on hyvin yksilöllistä ja hyvin moninaiset seikat vaikuttavat lopputulokseen. Emme kykene vielä jäljittämään niitä kaikkia.

Sama pätee kuitenkin myös ns. perinteisiin sairauksiin, mutta sillä erotuksella, että kukaan ei kiistä niihin liittyviä epävarmuuksia. Vaikuttaa siltä, että ympäristö lääketieteeltä vaaditaan enemmän kuin muilta lääketieteen erikoisaloilta. Diagnoosille ja lääkärin arvioinnille on ympäristösairauksissa erittäin korkea vaatimustaso. Vaikka itse proseduuri on aivan sama: lääkäri selvittää kliinisen kuvan, kuvaa tyypillisen vasteen hoitoihin tai altistuksen välttämiseen ja hyödyntää tämän lisäksi laboratoriotestejä. Lähes missään sairauksissa ylipäänsä ei ole yksittäistä, sairautta todentavaa laboratoriotestea, diagnoosi perustuu aina kokonaisarvioon, tätä lääkärin työ on. Mikään lääketieteessä ei ole 100 % varmaa, diagnoosi on aina lääkärin tekemä arvio, jossa on kyse siitä, mikä diagnoosi on muita mahdollisia vaihtoehtoja todennäköisempi. Tehdessäni itse arviointia potilaan oireiden syistä, voin tehdä vastaavan arvion tapauskohtaisesti, oire oireelta.

Vastustuksen ja epätietoisuuden ilmapiirissä työskenteleminen voi joskus olla haastavaa. Samaan aikaan kaikki tämä on ymmärrettävää, koska näistä sairauksista ei vielä tiedetä tarpeeksi, niiden ymmärtäminen lääketieteessä on kesken. Ympäristötekijöille reagoivia ihmisiä on kuitenkin aina enemmän, ja ympäristötekijöiden huomiointi ei ole itseasiassa mitenkään ristiriidassa tai uutta koulutus pohjaamme ajatellen. Meidät lääkärit on opetettu välttämään turhia kemikaaleja potilastyössä. Jo kauan ennen kuin ympäristösairauksista puhuttiin, minulle opetettiin lääketieteen opinnoissa, ettei henkilökohtaisia hajusteita pidä käyttää, sillä jotkin potilaat kuten hengitystiesairauksia sairastavat tai kemoterapiaa saaneet, voivat herkistyä hajusteille vahvasti.

Käytän tätä vertausta kun kuvaan ympäristöperäisiä herkistymissairauksia: kerron, että ympäristöherkkyyspotilas on altistunut haitallisille ympäristötekijöille, jotka ovat vaikuttaneet hänen kykynsä sietää erilaisia altistuksia. Aivan kuten jotkin toksiset lääkitykset, jotka tekevät ihmisistä herkemmin reagoivia.

Ero ympäristösairauksiin on vain siinä, että niissä altistus on peräisin ympäristöstä, ja tällainen on aina yleisempää. Koko lääketieteen lähestymistapa käy läpi uudenlaista muutosvaihetta. Yhä useampi lääkäri näkee tämän problematiikan, sillä he kohtaavat vastaanotoillaan aina enemmän ympäristösairaita potilaita. He eivät ehkä vielä ymmärrä kaikkia spesifejä tautimekanismeja, mutta uskovat potilaitaan.

Tieteessä ei voi välttyä konflikteilta. Tilanne on vastaava kuin missä tahansa yhteiskunnallisessa terveyskeskustelussa, esimerkiksi tupakan terveyshaitoista käytävä taistelu on ollut pitkä ja vaikeakin prosessi.

Tämä ei ole ensimmäinen uusi ongelma, joka lääketieteen piiriin tulee. Luotan siihen, että kun lääkärit saavat tarpeeksi tietoa, he hoitavat potilaita turvallisimmilla mahdollisilla keinoilla. Meidän täytyy myös pystyä kuvaamaan ja selittämään nämä sairaudet lääkäreille. Yleisesti ottaen lääkäreillä ei ole koulutusta biokemiasta siinä muodossa tai laajuudessa kuin se liittyy näihin sairauksiin. Lisähaasteita tuo lääkäreiden kiireisyys.

Pidän kuitenkin tärkeänä, että lääkärit eivät ohittaisi tätä teemaa, vaikka eivät näitä sairauksia yksityiskohtaisesti ymmärtäisi. Sen kaltainen ajatustapa aiheuttaa potilaille turhaa kärsimystä.

TOIMINTAKYKY JA TYÖKYVYTTÖMYYS

Kun arvioidaan työkyvyttömyysetuuksien tarvetta, järjestelmä on rakennettu niin, että varsinaisella diagnoosilla ei ole väliä, vaan työkyvyn aste merkitsee. Kuitenkaan työkyvyn arviointiin tarkoitettujen työvälaineiden ja arviointilomakkeiden kysymykset eivät yleensä lainkaan sovellu ympäristöperäisten sairauksien arviointiin. Olen ainoastaan kerran täyttänyt työssäni sellaisen lomakkeen, jossa arvioitiin näille sairauksille olennaisia muuttujia, kuten kognitiivisia toimintoja ja uupumusta.

On myös hyvin hankalaa arvioida tilan pysyvyyttä. Olen hyvin optimistinen ja ajattelen, että potilas voi kuntoutua. Käytän pääosan lääkärin työstäni kohentaakseni potilaan terveydentilaa. Silloin kun tilanne on hyvin hankala, lisään lausuntooni arvioni siitä, että potilas ei ole tällä hetkellä työkykyinen.

Kuka kuitenkaan kykenee ennustamaan tulevaisuutta, etenkin näiden sairauksien osalta? Osalla ympäristösairaista potilaista kunto kohenee huomattavasti, osalla tilanne taas pahenee.

HOIDOISTA HYVIÄ KOKEMUKSIA

Näitä sairauksia voidaan hoitaa monin eri keinoin. Hoidon tulee aina olla räätälöity yksilöllisesti. Kaikkein yleisimmät käyttämäni hoidot ovat ongelmia aiheuttavien ympäristötekijöiden välttäminen, ravintolisät, ympäristösairauksien liitännäissairauksien kuten lisämunuaisen ja kilpirauhasen hoito sekä ruokavalion kuntoon saattaminen.

Ravintolisät ovat tärkeitä, koska ne suojaavat kudoksia haittatekijöiden aikaansaamalta oksidatiiviselta stressiltä ja usein tällä potilasryhmällä on puutoksia tässä suojausjärjestelmässä.

Tähän mennessä glutationi on ollut kaikkein tehokkain havaitsemani yksittäinen hoito. Erityisesti liposomisidottu glutationi (liposomal glutathione) on osoittautunut tehokkaaksi, sillä se imeytyy hyvin, toisin kuin monet muut valmisteet. Myös nenäsuihkeena otettava glutationi on osoittautunut hyödylliseksi, etenkin neurologisissa oireissa ja aivosumussa. Aerosolimuotoinen glutationi (käytetään inhaloituna) on sopiva hengitystieoireisiin ja rentoutumisen avuksi.

Minulla ei ole tiedossa mitään haittavaikutuksia liposomisidotun glutationin käytöstä potilaillani. Aerosolimuotoista glutationia (nebulized glutathione) määrätessäni testaan sen toimivuuden aina ensin vastaanotolla, sillä joissain tutkimuksissa on tämän glutationin osalta todettu haittavaikutuksia kuten aivastelua. En ole kuitenkaan havainnut näitä omalla vastaanotollani. Suun kautta nautittava glutationi voi joskus laukaista elimistössä puhdistumisreaktioita, mikä aiheuttaa väliaikaista huonoa oloa, mutta en ole kohdannut lääketieteellisesti vakavia oireita, ennemminkin epämukavaa oloa, joka yleensä kertoo siitä, että hoitoa kannattaa jatkaa mutta tahtia hidastaen. Joskus glutationin kanssa voi olla hyödyllistä määrätä kelatoivia aineita (kuten kolestyramiinia tai savea), sitomaan kudoksista vapautuvia myrkyjä, jotta ne poistuvat kehosta eivätkä imeydy takaisin.

Lisäravinteiden tarve on hyvin yksilöllistä. Yleisimmät käyttämäni lisäravinteet ovat juuri glutationi ja sen lisäksi magnesium sekä B-12 -vitamiinipistokset. Näiden lisäksi kalaöljy on hyödyllinen, ja lisäksi tietenkin yksilöllisen tarpeen mukaan tulee huomioida muita valmisteita. Magnesium on osallisena 300 solutason toiminnossa, joista suurin osa liittyy energiantuotantoon, ja käytän sitä usein hoidoissa. Potilaille, joilla ongelmien taustalla on altistuminen toksisille kosteusvauriomikrobeille tai muille haitallisille kemikaaleille, käytän monesti myös kelatoivia aineita osana heidän hoitoaan.

Lisäksi ravitsemusneuvonta on hyvin tärkeää hoidon onnistumiseksi.

Mittaan ravintoainepuutokset aina kun se on mahdollista. Jotkut tutkimuspaneelit ovat suhteellisen kalliita, ja jos potilaalla ei ole vakuutusta, saatan tällöin antaa ravintoainesuosituksia omaan kokemukseeni perustuen. Käytän turvallisia annoksia.

Olen toiveikas toipumisen suhteen. Moni potilaistani onnistuu palaamaan suhteellisen normaaliin elämään. Hoitoprosessin pituus vaihtelee hyvin suuresti ja on täysin yksilöllistä. Hoidon kesto riippuu esimerkiksi potilaan geneettisestä taustasta, ravintoainepuutosten vakavuudesta, potilaan altistumistaustasta, sairauden vakavuudesta ja sairastamisen kestosta hoitoon tultaessa.

REAKTIO VAI YLIREAKTIO?

Oireet ovat merkki vaarasta. Niitä pitää kuunnella, ne auttavat meitä välttämään myrkyllisiä ja terveydellemme haitallisia asioita.

Samaan aikaan on hyvä pitää mielessä, että vaikka reagoivuus on alun perin suojaava ja luonnollinen toiminto, jossain vaiheessa tämä elimistöä suojaava reaktio saattaa muuttua liialliseksi.

Paraneminen ei ole mahdollista, jos elimistö on jatkuvassa stressitilassa. Joissain tapauksissa tätä stressitilaa voi vähentää laskemalla kierroksia, jos kyse on ylireagoivuudesta. Tämä ei tarkoita sitä, että elimistömme menettäisi kykynsä välttämättömään vaarasignaalien kuulemiseen, vaan sitä että elimistö erottaa todellisen vaaran ylireagoivuudesta.

Ajattelen, että mitä tahansa toimivaa tekniikkaa kannattaa hyödyntää hoidossa. Hermovälittäjäaineryöpytyksen sääteleminen harjoittamalla limbistä järjestelmää voi olla yksi mahdollinen tapa. En voi todentaa tätä mutta ajattelen, että erilaisten lähestymistapojen avulla voidaan kasvattaa sietokykyä ulkoisille altisteille.

Liiallisen terveydelle haitallisille tekijöille altistumisen jälkeen elimistömme alkaa tuottaa normaalia enemmän hermovälittäjäaineita. Tällä tavoin kehomme varoittaa meitä vaarasta ja käynnistää tarvittavat puolustustoimet. On kuitenkin mahdollista, että voimakkaan ja pitkäaikaisen altistuksen seurauksena tämä puolustusjärjestelmä jämähtää pysyvästi hälytystilaan ja hälyttää silloinkin, kun saadut altistukset eivät ole välttämättä kudoksia vaurioittavia. Tällaisessa tilanteessa hermovälittäjäaineiden erittymiseen voidaan vaikuttaa, mikä vähentää reagoivuutta hyvin pienille altistuksille. On tärkeää rakentaa omasta elinympäristöstä niin terveellinen ja turvallinen kuin mahdollista, luottaen kuitenkin samaan aikaan siihen, että elimistöllä on jonkin verran sietokykyä silloin kun sitä tuetaan. Samaan aikaan alleviivaan, että arkisessa ympäristössämme on todella paljon asioita, jotka todella voivat vahingoittaa meitä.

Hermovälittäjäaineiden kohonneilla tasoilla ei välttämättä ole yhteyttä kudosisäilytyksiin. Asia ei kuitenkaan ole niin yksinkertainen, sillä joskus hermostolliset oireet kertovat todellisista vaurioista – on hyvin vaikea erottaa, mistä milloinkin on kyse. Mutta tiettyjen hermostollisten oireiden yhteydessä voimme epäillä, että kyse on ylireagoivuudesta ja tällöin koen, että limbisen järjestelmän harjoittamistekniikoista voi olla hyötyä. Mikä tahansa hoitomuoto, joka on potilaalle hyödyksi ja vähentää kärsimystä, kannattaa hyödyntää.

Pitää osata arvioida, millaisissa tilanteissa tällaiset tekniikat ovat hyödyllisiä. Käytin esimerkiksi äskettäin limbisen järjestelmän harjoittamista vakavaa kroonista väsymysoireyhtymää sairastavan potilaan kanssa. Potilas muutti pois ongelmallisesta talosta ja yhdistin sen jälkeen hoitomuotoina altistuksen välttämistä ja sietokyvyn noston tukemista.

Uskon näiden hoitojen turvallisuuteen, sillä emme voi pettää kehoamme. Kehon kykyä lukea haitallisia viestejä ympäristöstä ei voi sammuttaa. Niin ei käy, että potilas voisi olla hyvin haitallisessa, kudostason vaurioita aiheuttavassa ympäristössä huomaamatta mitään.

Suojaavan reagoinnin ja ylireagoivuuden erottaminen toisistaan ei ole yksinkertaista, eikä siihen ole saatavissa mitään ohjetta. Ajattelisin, että pitää katsoa oirekuva. Tottakai silloin, kun kyseessä on mm. astma, aivastelu, ihottuma, silmäongelmat – esimerkiksi, on selvää, että ympäristössä on jotakin ongelmallista. Munuais- ja maksaongelmat ovat jo hankalampia, sillä ne ilmenevät usein viiveellä, esimerkiksi tietyt altistukset voivat heikentää munuaisen toimintoja.

Meillä kaikilla on omat haavoittuvat kohtamme, eivätkä kaikki sairastu, vaikka ympäristössä olisi jotakin vialla. Maalaisjärjelläkin kuitenkin ymmärtää, että jos esimerkiksi tiedossa on, että ympäristössä on munuaistoksista altistetta, sitä pitää välttää, se ei ole terveellistä kenellekään. Välttäminen tai hätätilanteessa esimerkiksi munuaistoksista Okratoksiini A:ta sitovan kolestyramiinin käyttäminen on silloin oikea toimintatapa. Okratoksiini A on munuaistoksinen mikromyrkky, ja on osoitettu eläinkokeissa, että kolestyramiini sitoo okratoksiini A:ta siten, että tämä ei erity munuaisten kautta, jossa se voisi aiheuttaa vaurioita.

TUTKIMUSTIETOA TARVITAAN – ETENKIN HOIDOISTA

Tietämyksessämme ympäristösairauksista on yhä useita merkittäviä aukkoja ja alan tutkimuksessa tyhjiä alueita. Jos minun pitäisi nimetä näistä merkittävimmät, kliinistä potilastyötä tekevänä lääkärimä toivoisin, että voisimme ymmärtää näitä sairauksia biokemiallisesti nykyistä tarkemmin. Olisi hyvin tärkeää, että saatavilla olisi tutkimustietoa, jota voisi hyödyntää potilastyössä.

Haluaisin lukea enemmän tutkimusta diagnostisista markkereista, esimerkiksi niistä merkkiaineista, joita itse havaitsen koholla omilla potilaillani. Uskon, että tällaisesta biomarkkereita vertailevasta tutkimuksesta olisi hyötyä muillekin hoitotyötä tekeville lääkäreille. Sama pätee hoitoihin – esimerkiksi osoittautuuko glutationi hyödylliseksi ympäristösairauksissa kliinisissä tutkimuksissa? Mitkä yhdistelmät, esimerkiksi pelkkä glutationi, tai glutationi yhdistettynä magnesiumin kanssa, tai glutationi ja metyloitu B-vitamiini, osoittautuisi tehokkaimmaksi laajassa potilasaineistossa verrokkiryhmään suhteutettuna? Tarvitaan huomattavasti enemmän nimenomaan hoitojen toimivuuden arviointiin keskittyvää tutkimusta, tälle on suuri tarve.

Tämän tapaista tutkimusta kuitenkin rahoitetaan hyvin vähän. Tutkimus on usein investointi, ja esimerkiksi lisäravinteiden tutkimusta tehdään suhteellisen vähän, sille on hankala saada rahoitusta. Yksi selittävä tekijä on, että lisäravinteita ei voi patentoida. Toinen syy voi olla, että historiallisesti tällainen tutkimus ei ole ollut lääketieteen keskiössä, vaikka biokemiallisten mekanismien osuus näiden sairauksien taustalla tiedetään. Tämä on käytännön tason ongelma, jonka toivon tulevaisuudessa ratkeavan.

Verrattuna perhelääkärin vastaanotolla hoitamiini ”tavallisiin” potilaisiin, ympäristösairailta potilailla useat laboratoriotulokset ovat täysin normaalista poikkeavia. En ole enää edes vaikuttanut niitä nähdessäni, me ympäristösairaiden hoitamiseen erikoistuneet lääkärit olemme tottuneet siihen, että immuunijärjestelmän toimintaa kuvaavat arvot ovat punaisella. Mutta mielestäni tämä ei tule esille lääketieteellisessä kirjallisuudessa. Aiheesta on vain vähän tutkimusta. Näen, että me hoitotyötä tekevät lääkärit olisimme tällaisen tutkimuksen tietopankkina todellinen kultakaivos.

Aiheeseen liittyvää lisätietoa:

Janette Hopen haastattelu, lyhyt englanninkielinen video:

<http://scopro.de/scopro-interviews-janette-hope-m-d/>

Tutkimus glutationin toimivuudesta mm. ympäristösairaiden hoidossa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mischley+Vespiynasi+Finell+safety+intranasal+glutat>