

Zapomniana strona medycyny

Wielkie kłamstwo o cholesterolu i zagrożenia związane ze statynami

Dlaczego statyny są nieskuteczne, w jaki sposób ukrywane są ich szkodliwe skutki i co tak naprawdę jest przyczyną chorób serca.

[A Midwestern Doctor](#) 4 października 2026 r.

Krótki zarys historii:

- Powszechnie uważa się, że podwyższony poziom cholesterolu jest „przyczyną” chorób układu krążenia. Jednak liczne dowody wskazują na brak związku między nimi, a rzeczywiste dane wskazują, że niższy poziom cholesterolu znacząco zwiększa ryzyko zgonu.
- Alternatywny model (który został odrzucony przez przemysł medyczny) zakłada, że skrzepy krwi, których organizm używa do leczenia uszkodzeń tętnic, po wyleczeniu tworzą charakterystyczne zmiany miażdżycowe związane z chorobami serca.
- Dowody na prawdziwość modelu skrzepu krwi są znacznie silniejsze niż hipoteza dotycząca cholesterolu i dostarczają wielu istotnych informacji na temat leczenia chorób serca.
- Podstawową metodą leczenia chorób serca jest przepisywanie leków statynowych obniżających poziom cholesterolu (na które wydano już prawie bilion dolarów).
- Niestety korzyści płynące ze stosowania tych silnie toksycznych leków są znikome (np. w najlepszym przypadku przyjmowanie ich przez kilka lat wydłuża życie o kilka dni), a szkody są ogromne (statyny to jedne z najczęściej stosowanych leków, które poważnie szkodzą pacjentom).
- Wiele badań przeprowadzonych w 2026 r. wykazało ponadto, że statyny nie wydłużają życia zdrowych osób, którym się je przepisuje, podczas gdy nowa fala drogich, opatentowanych leków na cholesterol jest zatwierdzana wyłącznie w celu obniżenia poziomu cholesterolu — wiele z nich jest reklamowanych tym samym pacjentom z „nietolerancją statyn”, którzy, jak twierdzi przemysł, wyobrażają sobie swoje urazy.
- W tym artykule przyjrzymy się bliżej konkretnym urazom wywoływanym przez leki statynowe, zapomnianym przyczynom chorób układu krążenia oraz preferowanym metodom leczenia chorób serca i naczyń.

Im bardziej zgłębiam naukę, tym bardziej dostrzegam, jak często fundamentalne fakty ulegają zmianie, aby stworzyć dochodowy przemysł. W przypadku chorób serca głęboko wierzę, że

tak właśnie jest i w tej publikacji starałem się obnażyć błędne informacje, które dominują w naszym rozumieniu tego tematu (np. wcześniej omawiałem, dlaczego nasz model [pompowania krwi przez serce jest błędny](#), [zapomniane rosyjskie badania, które pokazują, że serce inteligentnie kontroluje przepływ krwi w organizmie](#), oraz jak [zarządzanie ciśnieniem krwi jest pełne błędnych założeń, które służą ciągłej sprzedaży leków](#)).

W kardiologii uważam, że jednym z najbardziej szkodliwych mitów jest twierdzenie, że cholesterol powoduje choroby serca, a przyjmowanie statyn (lub ich nowszych, bardziej dochodowych odpowiedników), które obniżają poziom cholesterolu, jest kluczem do zapobiegania chorobom serca. Dzieje się tak, ponieważ oprócz nieprawdziwości tych „faktów”, statyny należą również do najniebezpieczniejszych i najpowszechniej stosowanych leków farmaceutycznych dostępnych na rynku.

Cholesterol i choroby serca

Często, gdy branża szkodzi wielu ludziom, tworzy kozła ofiarnego, aby uniknąć kłopotów. Kiedy tak się dzieje, wiele innych sektorów, które również korzystają z istnienia tego kozła ofiarnego, dołącza do tego grona. Wkrótce fałszywe przekonanie, które szkodzi społeczeństwu, staje się niepodważalnym dogmatem, który bardzo trudno obalić, ponieważ wiele skorumpowanych stron ma osobisty interes w podtrzymywaniu kłamstwa.

Na przykład, różne, łatwo dające się rozwiązać czynniki (które często istnieją przede wszystkim dlatego, że przynoszą korzyści danemu przemysłowi) są odpowiedzialne za choroby przewlekłe, z którymi borykamy się w społeczeństwie, oraz za naszą podatność na choroby zakaźne (np. osoby otyłe i chore na cukrzycę znacznie częściej zapadały na COVID-19). Jednakże, mówiąc, że wszystkie choroby wynikają z niewystarczającej liczby szczepień, pozbawia się wszystkie te destrukcyjne gałęzie przemysłu kontroli i tworzy ogromny rynek zbytu dla szczepionek i leków na te choroby. Tak więc, ponieważ za paradygmatem szczepionek kryje się tak wiele interesów, bardzo trudno go obalić — pomimo braku [dowodów](#) na to, że szczepionki zakończyły erę chorób zakaźnych, [istniejące dowody wskazują](#), że są one odpowiedzialne za masową epidemię chorób przewlekłych, która ogarnia nasz kraj.

W latach 60. i 70. XX wieku rozgorzała debata na temat przyczyn chorób serca. Z jednej strony [John Yudkin](#) argumentował, że głównym winowajcą jest cukier dodawany do żywności przez przemysł przetwórstwa spożywczego. Z drugiej strony [Ancel Keys](#) (który krytykował prace Yudkina) argumentował, że przyczyną są tłuszcze nasycone i cholesterol.

Uwaga: [można również argumentować](#), że masowe spożycie olejów roślinnych doprowadziło do wzrostu zachorowań na choroby serca. Podobnie, [niektórzy uważają](#), że przyczyną tego wzrostu było wprowadzenie chlorowania wody.

Ancel Keys wygrał, prace Yudkina zostały w dużej mierze odrzucone, a Keys stał się dogmatem żywieniowym. Zwycięstwo Keysa w dużej mierze opierało się na jego badaniach w siedmiu krajach (Włochy, Grecja, była Jugosławia, Holandia, Finlandia, Ameryka i Japonia), które wykazały, że wraz ze wzrostem spożycia tłuszczów nasyconych, liniowo wzrastała liczba zachorowań na choroby serca.

Jednak wiele osób nie wie (ponieważ badanie to jest nadal często cytowane), że wynik ten był po prostu iloczynem krajów wybranych przez Keysa (np. jeden z autorów wykazał, że gdyby

wybrano Finlandię, Izrael, Holandię, Niemcy, Szwajcarię, Francję i Szwecję, uzyskano by odwrrotny wynik).

Na szczęście stopniowo zaczęto dostrzegać, że Ancel Keys nie przedstawiał dokładnie danych, którymi uzasadniał swoje argumenty. Na przykład niedawno odkryto [nieopublikowane, 56-miesięczne randomizowane badanie](#) 9423 dorosłych przebywających w państwowych szpitalach psychiatrycznych lub domach opieki (co umożliwiło ścisłą kontrolę ich diety), którego Keys był głównym badaczem. Badanie to (niefortunnie) wykazało, że zastąpienie połowy spożywanych przez nich tłuszczów zwierzęcych (nasyconych) olejem roślinnym (np. olejem kukurydzianym) obniżyło ich poziom cholesterolu, a na każde 30 punktów obniżonego poziomu **ryzyko zgonu wzrosło o 22 procent** (co w przybliżeniu oznacza, że każdy 1% spadku cholesterolu zwiększa ryzyko zgonu o 1%) — więc, jak można sobie wyobrazić, nigdy nie zostało opublikowane.

Uwaga: autor, który odkrył to badanie, odkrył również inne (nieopublikowane) badanie z lat 70. XX wieku przeprowadzone na 458 Australijczykach, [które wykazało, że](#) zastąpienie części tłuszczów nasyconych olejami roślinnymi zwiększa ryzyko śmierci o 17,6%.

Podobnie, niedawno [jedno z najbardziej prestiżowych czasopism medycznych na świecie opublikowało](#) wewnętrzne dokumenty przemysłu cukrowniczego. [Wykazały one, że](#) przemysł cukrowniczy stosował łapówki, aby zmusić naukowców do zrzucania winy za choroby serca na tłuszcze, tak aby praca Yudkina nie stanowiła zagrożenia dla przemysłu cukrowniczego. Z kolei obecnie powszechnie przyjmuje się, że Yudkin miał rację, niemniej jednak nasze wytyczne medyczne nadal w dużej mierze opierają się na pracach Keya.

Jednak pomimo znacznej ilości danych, które obecnie wskazują, że obniżenie poziomu cholesterolu nie wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka chorób serca (np. [to badanie](#), [to badanie](#), [to badanie](#), [ten przegląd](#), [ten przegląd](#) i [ten przegląd](#)), konieczność obniżania poziomu cholesterolu jest nadal dogmatem w kardiologii. Na przykład, ilu z Was słyszało o badaniu z 1986 roku opublikowanym [w czasopiśmie „Lancet”](#), w którym stwierdzono:

W ciągu 10 lat obserwacji, od 1 grudnia 1986 r. do 1 października 1996 r., zmarło łącznie 642 uczestników. Każdy wzrost stężenia cholesterolu całkowitego o 1 mmol/l odpowiadał 15% spadkowi śmiertelności (współczynnik ryzyka 0–85 [95% CI 0,79–0,91]).

Uwaga: u osób chorych na cukrzycę (co prowadzi do tego, że wątroba musi przetwarzać zbyt dużo cukru), wątroba przekształca się w tłuszcz, a następnie wytwarza więcej cholesterolu, aby przetransportować część tego tłuszczu. W takich przypadkach wielu twierdzi, że rzeczywistym problemem jest nadmiar cukru, a nie podwyższony poziom cholesterolu, który on powoduje.

Podobnie, pomimo nieustannych zaleceń unikania tłuszczów nasyconych, dowody nie wskazują, że zapobiega to śmierci. Na przykład, [obszerny przegląd systematyczny z 2025 roku](#) wykazał brak statystycznie istotnych korzyści z ograniczenia spożycia tłuszczów nasyconych i doszedł do następującego wniosku:

Wyniki wskazują, że obecnie nie można zalecać ograniczania spożycia tłuszczów nasyconych w celu zapobiegania chorobom układu krążenia i śmiertelności.

Marketing statyn

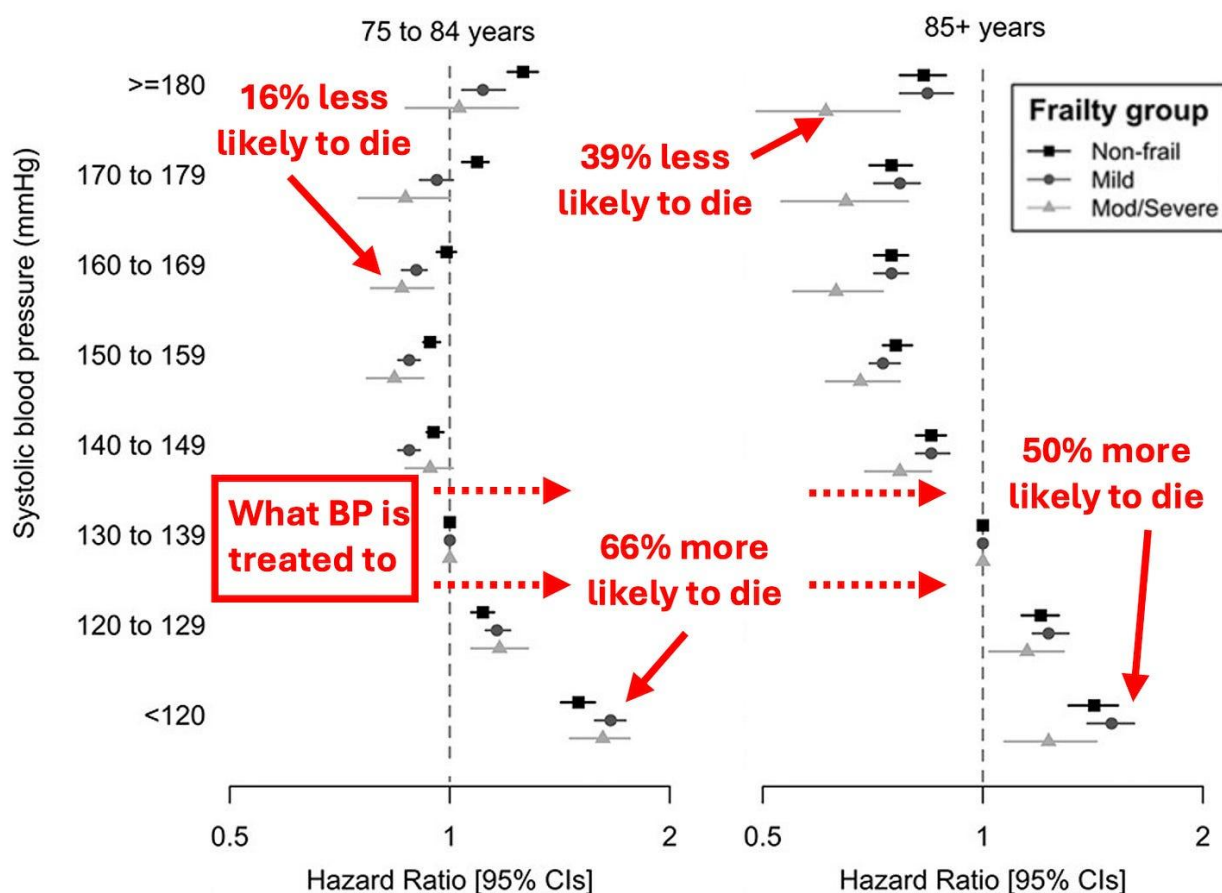
Jednym z powtarzających się wzorców, które zaobserwowałem w medycynie, jest to, że po zidentyfikowaniu leku, który może „korzystnie” wpłynąć na dany parametr, wytyczne praktyki medycznej stopniowo przechodzą w kierunku priorytetowego traktowania leczenia tego parametru i wkrótce powstają przesłanki wymagające, aby coraz większa część populacji stosowała się do tego schematu leczenia. Rozważmy na przykład sytuację [z ciśnieniem krwi](#):

Guidelines	Drug Recommendations			
	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
	Consider	Treat	Consider	Treat
JNC-I (1977)			≥ 90	≥ 105
JNC-II (1980)				
General non-elderly population			≥ 90	≥ 105
Renal disease				≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 160			≥ 90
JNC-III (1984)				
General non-elderly population			≥ 90	≥ 95
DM or renal disease				≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 160			≥ 90
JNC-IV (1988)				
General non-elderly population	≥ 160			≥ 90
LVH, DM or renal disease	≥ 160			≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 160		≥ 85	≥ 90
JNC-V (1993)				
General non-elderly population	≥ 140	≥ 150		≥ 90
DM or renal disease	≥ 130	≥ 140		≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 140	≥ 160		≥ 90
JNC-VI (1997)				
General non-elderly population		≥ 140		≥ 90
CHF, renal disease, diabetes		≥ 130		≥ 85
Renal disease w/ Proteinuria		≥ 125		≥ 75
Elderly (60+ years)		≥ 140		≥ 90
JNC-VII (2003)				
General non-elderly population		≥ 140		≥ 90
DM or CKD		≥ 130		≥ 80
Elderly (60+ years)		≥ 140		≥ 90
KDIGO (2012)				
CKD w/albuminuria		≥ 130		≥ 80
CKD w/o albuminuria		≥ 140		≥ 90
Kidney transplant recipients		≥ 130		≥ 80
Elderly (65+ years) w/CKD	≥ 130		≥ 80	
JNC-VIII (2014)				
General non-elderly population, CKD, DM		≥ 140		≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 140	≥ 150		≥ 90
ACC/AHA (2017) "Hypertension" is now anything about 130.				
Low CVD risk (ASCVD score <10%)		≥ 140		≥ 90
High CVD Risk (ASCVD score ≥10%, DM, CKD or CVD)		≥ 130		≥ 80
Kidney transplant recipients		≥ 130		≥ 80
Elderly (65+ years)		≥ 130		

This small reversal was very controversial and was quickly repealed

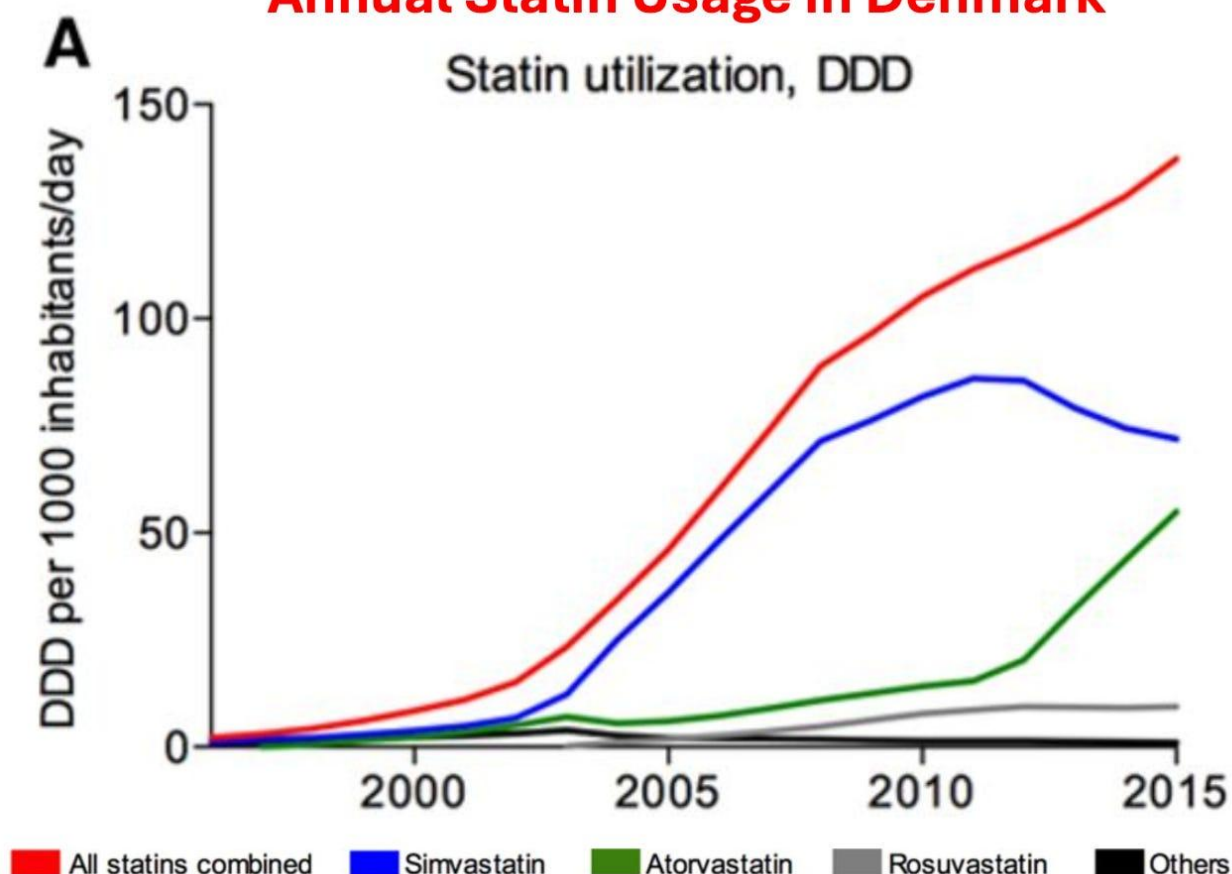
That calculator overestimates the risk of a heart or stroke by 600%. Due to this, a lot of people meet the "10% risk" threshold (e.g., almost any set of values you put into it for an older adult with a SBP of 130).

Z tego powodu ustalono poziomy ciśnienia krwi, które z większym prawdopodobieństwem zaszkodzą osobom starszym niż im pomogą (a także [wywołają wiele wyniszczających skutków ubocznych](#)).



W przypadku statyn, przed ich odkryciem trudno było niezawodnie obniżyć poziom cholesterolu, ale gdy tylko trafiły one na rynek, szybko pojawiły się badania stwierdzające, że cholesterol jest coraz bardziej niebezpieczny, że konieczne jest coraz niższe stężenie cholesterolu we krwi, a co za tym idzie, że coraz więcej osób musi przyjmować statyny.

Annual Statin Usage in Denmark



Jak można się spodziewać, podobny wzrost nastąpił również w USA. [Na przykład](#) w latach 2008-2009 12% Amerykanów powyżej 40. roku życia zgłosiło przyjmowanie statyn, podczas gdy w latach 2018-2019 odsetek ten wzrósł do 35%.

Biorąc pod uwagę powszechność stosowania tych leków, nasuwa się proste pytanie: jak duże korzyści przynoszą?

Okazuje się, że jest to niezwykle trudne pytanie, ponieważ opublikowane badania wykorzystują szereg mylących wskaźników, aby zaciemniać dane (co oznacza, że opublikowane badania nad statynami prawie na pewno zawyżają korzyści terapii statynami), a co ważniejsze, praktycznie wszystkie dane dotyczące terapii statynami są przechowywane przez [prywatną współpracę badawczą](#), która stale publikuje pochlebne recenzje statyn (i [atakuje każdego, kto twierdzi inaczej](#)), ale jednocześnie [odmawia udostępniania danych zewnętrznym badaczom](#), co doprowadziło do tego, że [badacze ci próbowali uzyskać brakujące dane od organów regulacyjnych ds. leków](#).

Uwaga: jak można się domyślić, [współpraca ta pochłania spore środki finansowe ze strony przemysłu farmaceutycznego](#).

Niemniej jednak, gdy niezależni badacze przeanalizowali opublikowane badania (które niemal na pewno zawyżały korzyści płynące z terapii statynami), [odkryli](#), że codzienne przyjmowanie statyny przez około 5 lat skutkowało średnio o **3-4 dni dłuższym** życiem. Co gorsza, [duże badania wykazały, że](#) ta niewielka „korzyść” występuje tylko u mężczyzn. Krótko mówiąc, większość korzyści ze stosowania statyn wynika z kreatywnych sposobów reinterpretacji danych i przyczyn zgonów, a nie z żadnych rzeczywistych korzyści.

Najnowsza [metaanaliza](#) z 2026 roku, obejmująca 10 randomizowanych badań (85 829 uczestników), do których włączono wyłącznie osoby bez wcześniejszych chorób serca, naczyń krwionośnych ani naczyń mózgowych, wykazała, że leki obniżające poziom cholesterolu (głównie statyny) nie zmniejszały ryzyka zgonu (3,9% w obu grupach zmarło) ani zgonu z powodu choroby serca. Co ciekawe, autorzy zwrócili również uwagę na fakt, że zmniejszenie liczby zgonów, o którym informowała współpraca w zakresie statyn, wynikało z połączenia grup osób zdrowych i osób z chorobami serca.

Uwaga: jest to bardzo podobne do [badania szczepionki przeciw COVID](#) -19 firmy Pfizer , które deklarowało „95% skuteczności” w walce z COVID-19, ale w rzeczywistości spowodowało jedynie 0,8% redukcję łagodnych objawów COVID-19 (np. bólu gardła) i 0,037% redukcję ciężkich objawów COVID-19 (przy czym Pfizer nigdy nie zdefiniował pojęcia „ciężkie”). To z kolei oznaczało, że aby zapobiec łagodnemu (nieistotnemu) przypadkowi COVID-19, należało zaszczepić 119 osób, a aby zapobiec „ciężkiemu” przypadkowi COVID-19 – 2711.

Co więcej, [informator z badania klinicznego ujawnił później](#) , że liczby te były znacznie zawyżone, ponieważ wiele osób z grupy szczepionej, u których wystąpiły objawy podobne do COVID-19, nigdy nie zostało przebadanych pod kątem COVID-19. Korzyści te były ulotne, ponieważ wykazano, że „skuteczność” szczepionek szybko spadała (zanikając kilka miesięcy po szczepieniu). Co gorsza, po sześciu miesiącach obserwacji w badaniach [Pfizera](#) i [Moderny](#) , zmarło więcej osób zaszczepionych niż niezaszczepionych. Podobnie, [recenzowana ponowna analiza](#) danych z badań Pfizera i Moderny wykazała, że prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych działań niepożądanych po szczepieniu jest większe niż hospitalizacji z powodu COVID-19.

W takich okolicznościach, gdy trzeba sprzedać niebezpieczny i nieskuteczny, ale bardzo lukratywny lek, następnym krokiem jest zazwyczaj przekupienie wszystkich, którzy będą go promować. Na przykład, cytując rozdział 7 książki „ [Doktoryzuj dane](#)” :

Narodowy Program Edukacji Cholesterolowej (NCEP) otrzymał od Narodowych Instytutów Zdrowia zadanie opracowania wytycznych [dla wszystkich] dotyczących leczenia poziomu cholesterolu. Z wyłączeniem przewodniczącego (który zgodnie z prawem nie mógł mieć konfliktów interesów finansowych), [pozostałych 8 członków było średnio opłacanych przez 6 producentów statyn](#) .

W 2004 r. NCEP przeanalizował 5 dużych badań dotyczących statyn i zalecił: „Agresywne obniżanie stężenia LDL u pacjentów wysokiego ryzyka [profilaktyka pierwotna] poprzez zmianę stylu życia i stosowanie statyn”.

W 2005 roku kanadyjski oddział Cochrane Collaboration [który nie otrzymał wynagrodzenia] przeanalizował 5 dużych badań dotyczących statyn (trzy były takie same jak badania NCEP, a pozostałe dwa również zakończyły się pozytywnym wnioskiem dotyczącym terapii statynami). W ocenie tej [stwierdzono](#) : „Nie wykazano, aby statyny przynosiły ogólne korzyści zdrowotne w badaniach dotyczących profilaktyki pierwotnej”.

Uwaga: głównym powodem, dla którego nigdy nie znaleziono lekarstwa na COVID-19, był fakt, że panel wytycznych dotyczących leczenia COVID-19 został [osobiście wybrany przez Fauciego](#) i składał się z [naukowców czerpiących zyski](#) od producentów remdesiwiru. Nic dziwnego, że panel zawsze głosował przeciwko rekomendowaniu któregośkolwiek z

nieopatentowanych sposobów leczenia COVID-19, niezależnie od ilości dowodów na ich skuteczność.

Podobnie, American College of Cardiology [stworzyło kalkulator](#), który określa ryzyko wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu w ciągu następnych dziesięciu lat na podstawie wieku, ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu i statusu palacza. Z kolei straciłem rachubę, ilu lekarzy widziałem, jak dumnie wpisują do niego liczby swoich pacjentów, a następnie informują ich, że są w grupie wysokiego ryzyka udaru mózgu lub zawału serca i pilnie muszą zacząć przyjmować statyny. Biorąc pod uwagę, że prawie każdy okazał się być w grupie „wysokiego ryzyka”, nie byłem zaskoczony, gdy dowiedziałem się, że w 2016 roku [Kaiser zakończył obszerne badanie](#), które ustaliło, że ten kalkulator **zawyża częstość tych zdarzeń o 600%**. Niestety, wcale nie zniechęciło to do korzystania z tego kalkulatora (np. studenci medycyny nadal są z niego sprawdzani przed egzaminami).

Uwaga: jedną z najbardziej niesprawiedliwych rzeczy dotyczących statyn jest to, że system opieki zdrowotnej uznał je za „niezbędne” dla zdrowia, więc lekarze, którzy ich nie zalecają, ponoszą kary finansowe, a podobnie ponoszą je pacjenci, którzy ich nie biorą (np. [w postaci niższych składek na ubezpieczenie na życie](#)).

Tak więc, pomimo przytłaczającej ilości dowodów przeciwko ich stosowaniu, wielu lekarzy jest tak głęboko przekonanych o „istotnych” korzyściach statyn, że podejmują takie działania, jak okresowe opowiadanie się za [dodawaniem statyn do wody pitnej](#).

Jednocześnie powstała kultura anulowania, w której każdy, kto kwestionuje stosowanie statyn, jest natychmiast etykietowany jako „negacjonista statyn”, oskarżony o bycie masowym mordercą i skutecznie kasowany. Niedawno jeden z tych dysydentów, dr Aseem Malhotra, brytyjski kardiolog, który również wypowiadał się przeciwko szczepionkom przeciwko COVID-19, wystąpił w programie Joe Rogana, gdzie omawiał ten brudny przemysł i niezwykle podobieństwa między sposobem, w jaki statyny i szczepionki przeciwko COVID-19 były promowane na świecie:



Uwaga: jednym z najbardziej niezwykłych faktów, którymi podzielił się Aseem, było to, że wcześniej wspomniana współpraca na rzecz statyn (która uparcie twierdzi, że mniej niż 1%

*użytkowników statyn doświadcza skutków ubocznych) doprowadziła również do stworzenia testu, który można wykorzystać w celu ustalenia, czy dana osoba jest genetycznie narażona na ryzyko wystąpienia uszkodzeń spowodowanych statynami. W materiałach marketingowych testu napisano, że **29% wszystkich użytkowników statyn** prawdopodobnie doświadczy skutków ubocznych (po zwróceniu na to uwagi firma wycofała ten test).*

Oprócz lekarzy, którzy są zmuszani do przestrzegania tych wytycznych, często zmuszani są również pacjenci. Lekarze często stosują represje wobec pacjentów, którzy nie przyjmują statyn (podobnie jak w przypadku pacjentów niezaszczepionych, którym [odmówiono niezbędnej opieki medycznej podczas pandemii COVID-19](#)). Pracodawcy czasami wymagają, aby poziom cholesterolu przekraczał określony próg kwalifikujący do zatrudnienia (choć nigdy nie zrobili niczego na taką skalę, jak obowiązkowe szczepienia przeciwko COVID-19 nałożone na pracowników w całej Ameryce). Podobnie, polisy ubezpieczeniowe na życie często nakładają kary na osoby z „niebezpiecznym” poziomem cholesterolu.

Co gorsza (zgodnie z intencjami przemysłu przetworzonej żywności, który zapoczątkował wojnę z cholesterolem), nawet jeśli nie zgadzamy się z tym dogmatem, trudno go bojkotować, ponieważ cała produkcja żywności zastąpiła zdrowe tłuszcze nasycone (np. zwierzęce lub kokosowe) niezdrowymi olejami roślinnymi. Na szczęście, po dekadach pracy, udało nam się zwrócić wystarczającą uwagę na ten temat (zwłaszcza dzięki niedawnemu poparciu RFK dla powrotu do tłuszczów nasyconych), że w końcu pojawia się presja rynkowa, aby żywność bez olejów roślinnych stała się szerzej dostępna dla konsumentów.

Urazy spowodowane statynami

Mój główny problem ze statynami nie polega na tym, że marnujemy miliardy rocznie na bezużyteczną terapię ([około 25 miliardów rocznie w](#) samej Ameryce). Chodzi raczej o to, że mają one bardzo wysoki wskaźnik urazów. Na przykład, istniejące badania wskazują na [wskaźnik urazów na poziomie 5-30%](#), a dr Malhotra, po przeanalizowaniu wszystkich dostępnych dowodów, szacuje, że 20% osób stosujących statyny doświadcza urazów z ich powodu.

Podobnie, statyny są znane z tego, że duży odsetek pacjentów przerywa ich stosowanie z powodu skutków ubocznych (np. [jedno duże badanie](#) wykazało, że 44,7% osób starszych przerywa stosowanie leków w ciągu roku od rozpoczęcia ich stosowania, podczas gdy inne duże badanie obejmujące osoby dorosłe w każdym wieku [wykazało, że 47% z nich przerwało leczenie w ciągu roku](#)).

Statyny z kolei [wiążą się z wieloma powikłaniami](#), które zostały dobrze scharakteryzowane (np. mechanistycznie) i opisane w literaturze medycznej. [1, 2, 3, 4, 5, 6](#)

Jedną z grup skutków ubocznych są te odczuwane przez pacjenta (i często skłaniające go do zaprzestania stosowania leków). Należą do nich:

- Wysoka częstość występowania bólu mięśni [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7](#)
- Zmęczenie [1, 2](#) szczególnie przy wysiłku i ćwiczeniach [3](#)
- Zapalenie mięśni (którego przyczyna pozostaje „nieznana”) [1, 2](#)
- Uszkodzenie mięśni o podłożu autoimmunologicznym [1, 2, 3, 4](#)
- Problemy psychiatryczne i neurologiczne, takie jak depresja, dezorientacja, agresja i utrata pamięci [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9](#)

- Silna drażliwość ¹
- Problemy ze snem ²
- Zaburzenia i urazy układu mięśniowo-szkieletowego ^{1, 2}
- Nagła (odbiorcza) utrata słuchu ¹
- Niestrawność żołądkowo-jelitowa ¹

Drugą grupę stanowią te, których pacjent nie zauważa. Należą do nich:

- Cukrzyca typu 2, ^{1, 2, 3, 4, 5} szczególnie u kobiet ^{6, 7, 8}
- Rak ^{1, 2, 3, 4}
- Dysfunkcja i niewydolność wątroby ^{1, 2}
- Zaćma ^{1, 2}
- Stany przypominające SLA i inne zaburzenia ośrodkowego układu ruchowego (np. choroba Parkinsona i ataksja mózdkowa) ^{1, 2, 3, 4, 5}
- Zespół toczniopodobny ¹
- Podatność na półpasiec ^{1, 2, 3}
- Śródmiażdżowe zapalenie pęcherza moczowego ¹
- Polimialgia reumatyczna ¹
- Uraz nerki ^{1, 2}
- Niewydolność nerek ¹

Wszystko to z kolei uwypukla jeden z głównych problemów naszego systemu opieki zdrowotnej – statyny mają wysoki wskaźnik skutków ubocznych, a ponieważ tak wiele osób je przyjmuje, wiele osób, z którymi regularnie się stykamy, również odczuwa ich skutki. Jednak ze względu na powszechność tych skutków ubocznych, przyzwyczailiśmy się do nich i postrzegamy je jako „normalne”. Na przykład senator Ron Johnson, osoba w miarę świadoma i inteligentna (która jako senator otrzymuje opiekę medyczną najwyższej jakości), doznał nagłej utraty słuchu, która została zbadana, ale nikt nie potrafił jej wyjaśnić.

Niedawno [podzielił się z Tuckerem Carlsonem informacją](#), że po tym, jak dowiedział się, że nagła utrata słuchu (jeden z wymienionych powyżej skutków ubocznych) była skutkiem ubocznym statyn, a on sam przyjmował je w momencie utraty słuchu, postanowił je odstawić i zauważył, że jego niewytłumaczalne zawroty głowy zniknęły. Krótko mówiąc, doświadczenie Johnsona sugeruje, że wiele innych osób często doświadcza nierozpoznanych skutków ubocznych rutynowo przepisywanych leków.

W moim przypadku, gdy po raz pierwszy spotkałem pacjentów przyjmujących statyny, szybko zauważyłem, że zgłaszali oni drętwienie ciała, osłabienie mięśni i ból lub zaburzenia funkcji poznawczych, które pojawiały się po rozpoczęciu przyjmowania statyn i ustępowały po ich odstawieniu. Co ciekawe, zaobserwowaliśmy również, że ilekroć oni (lub my) zwrócili na to uwagę lekarzowi, lekarz stawał się skrajnie wrogi, a następnie upierał się, że statyna nie może być przyczyną objawu (np. „ponieważ przez wszystkie lata praktyki nigdy nie mieli pacjenta, który doznałby urazu z powodu statyny”) i że nawet jeśli im szkodziła, pacjent musiał ją kontynuować, ponieważ w przeciwnym razie dostałby zawału serca i umarł.

Uwaga: zazwyczaj najłatwiej rozpoznać, czy coś zatruwa populację, jeśli można zobaczyć linię bazową przed i po wprowadzeniu (np. od czasu wprowadzenia szczepionki COVID pacjenci są znacznie chorszy niż wcześniej). Niestety, ponieważ historyczna linia bazowa nigdy nie jest nauczana w medycynie, lekarze rozpoczynający praktykę zawsze zakładają, że choroba, którą widzą wokół siebie, jest „normalna” i często dopiero pod koniec kariery mogą zobaczyć, jak bardzo chorzy i trudniejsi do leczenia stają się pacjenci w tym okresie. W

związku z tym, chociaż [w ciągu ostatnich 150 lat nastąpił ogromny spadek zdrowia ludzi](#), co wielu potwierdziło (co, jak sądzę, zaczęło się od wprowadzenia szczepionki przeciwko ospie), ten spadek pozostaje w dużej mierze niezauważony przez system medyczny i zamiast tego jest po prostu „nową normą”.

Z biegiem lat widziałem coraz bardziej wymyślne wymówki, mające chronić statyny przed coraz większą świadomością ich szkodliwości. Na przykład straciłem rachubę, ilu znanych mi lekarzy cytowało to [badanie z 2016 roku](#), gdy pacjenci zgłaszali, że doznali urazu:

Efekt nocebo, odwrotność efektu placebo, to dobrze znane zjawisko, które jest niedoceniane w medycynie sercowo-naczyniowej. Odnosi się do zdarzeń niepożądanych, zazwyczaj czysto subiektywnych, wynikających z oczekiwań co do szkodliwości leku, placebo, innej interwencji terapeutycznej lub sytuacji pozamedycznej. Oczekiwania te mogą być uwarunkowane wieloma czynnikami, takimi jak formularz świadomej zgody w badaniu klinicznym, ostrzeżenia o działaniach niepożądanych przekazywane przez lekarzy podczas przepisywania leków oraz informacje w mediach o zagrożeniach związanych z niektórymi terapiami.

Efekt nocebo jest najlepszym wytłumaczeniem wysokiego wskaźnika objawów mięśniowych i innych objawów przypisywanych statynom w badaniach obserwacyjnych i praktyce klinicznej, ale nie w randomizowanych badaniach kontrolowanych, w których objawy mięśniowe i częstość przerwania leczenia z powodu jakichkolwiek działań niepożądanych są generalnie podobne w grupie statyn i placebo. Pacjenci z nietolerancją statyn zazwyczaj tolerują statyny w warunkach podwójnie ślepej próby, co wskazuje, że nietolerancja ta ma niewielkie, jeśli w ogóle jakiegokolwiek, podstawy farmakologiczne. Znane techniki minimalizacji efektu nocebo można zastosować w profilaktyce i leczeniu nietolerancji statyn.

Co, gdy przetłumaczyć na prosty angielski, oznacza, że jedynym powodem, dla którego ludzie wierzą, że statyny im szkodzą, jest to, że zostali oszukani i wyobrazili sobie uraz, więc najlepszym rozwiązaniem jest powiedzieć im, że objawy są w ich głowie (sprawdzona i skuteczna taktyka przemysłu medycznego znana jako „[medyczny gaslighting](#)”). To, co uznałem za niezwykle w tym badaniu, to fakt, że lekarze, którzy je cytowali, nigdy nie wzięli pod uwagę, że efekt nocebo nie może mieć zastosowania, ponieważ ich pacjenci nie byli świadomi, że takie rzeczy jak ból mięśni są związane ze statynami, dopóki ich nie doświadczyli (i nie sprawdzili, co się dzieje) lub że rozbieżność w obserwowanym wskaźniku zdarzeń niepożądanych można również wyjaśnić faktem, że randomizowane kontrolowane badania są zawsze finansowane przez przemysł farmaceutyczny i dlatego konsekwentnie tuszują urazy, które tam występują.

Od tego czasu argument ten został doprowadzony do logicznego ekstremum. W lutym 2026 roku ta sama firma zajmująca się statynami, która odmawia udostępnienia swoich danych, [opublikowała w czasopiśmie „Lancet” analizę](#) 19 swoich badań, w której stwierdzono, że 62 z 66 działań niepożądanych wymienionych na etykietach statyn (w tym upośledzenie funkcji poznawczych, depresja, zaburzenia snu i neuropatia obwodowa) nie były spowodowane przez statyny, i wezwała organy regulacyjne do zmiany etykiet. Podobnie jak poprzednio, firma odmówiła udostępnienia danych źródłowych komukolwiek innemu. ¹

Argument ten pomija (jak zauważył dr Malhotra w kontekście Joe Rogana) liczbę przeprowadzonych badań nad statynami. Przed rozpoczęciem badania uczestnicy przeszli okres przygotowawczy ze statyną, a następnie włączono do badania tylko tych, którzy przestrzegali zaleceń i nie mieli poważnych problemów. Na przykład w badaniu Heart

Protection Study (jednym z największych badań nad statynami, prowadzonym przez tę samą grupę z Oksfordu, która stoi za współpracą w zakresie statyn) przebadano 63 603 osoby, 32 145 weszło w okres przygotowawczy, który obejmował kilka tygodni stosowania simwastatyny, a 11 609 z nich zrezygnowało z udziału w badaniu jeszcze przed jego rozpoczęciem. ^{1, 2} po czym badaną statynę reklamowano jako „bardzo dobrze tolerowaną i bezpieczną”. ¹

Uwaga: najbardziej uderzający przykład tych podwójnych standardów pochodził od samego szefa zespołu ds. badań nad statynami. Jednostka Badań Klinicznych Uniwersytetu Oksfordzkiego, kierowana przez profesora Rory'ego Collinsa, zidentyfikowała marker genetyczny uszkodzenia mięśni wywołanego statynami, na który Uniwersytet Oksfordzki złożył wniosek patentowy i udzielił licencji amerykańskiej firmie, która sprzedawała go jako test pozwalający określić, czy statyny mogą powodować uszkodzenia mięśni. ¹ W [komunikacie prasowym Oksfordu, zapowiadającym test](#), Collins stwierdził, że miopatia ta występuje tylko „w rzadkich przypadkach”, jednak strona internetowa testu [informowała klientów, że u 29% osób stosujących statyny występują problemy z mięśniami wywołane statynami](#). Ponadto, jak poinformował dr Malhotra w programie Rogan, wniosek o udostępnienie informacji publicznej wykazał później, że Oxford otrzymał około 300 000 funtów z tytułu testu (z czego wydział Collinsa otrzymał około 100 000 funtów), a gdy dziennikarze zwrócili na to uwagę, wartość 29% została usunięta.

Co godne uwagi, podczas gdy branża upiera się, że szkody wyrządzane przez statyny są wyimaginowane, sprzedaje nową generację drogich, opatentowanych leków na cholesterol (które pojawiają się, gdy wygasają patenty na istniejące statyny) specjalnie dla osób „**nietolerujących statyn**”. Na przykład kwas bempediowy firmy Esperion został przetestowany w [badaniu z udziałem 13 970 osób](#), w którym każdy uczestnik musiał wykazywać nietolerancję statyn (zarówno pacjent, jak i jego lekarz musieli to potwierdzić na piśmie), podczas gdy [badanie dotyczące dwa razy w roku wstrzykiwanego leku obniżającego poziom cholesterolu \(inclisiran\) firmy Novartis](#) było promowane na podstawie tego, że pacjenci stosujący go byli o 43% mniej narażeni na wystąpienie skutków ubocznych związanych z mięśniami.

Podobnie, tym, co ostatecznie uświadomiło mi, jak imponujący był marketing tych leków, była powtarzająca się walka, którą toczyłem z krewnymi. W każdym przypadku odstawiałem im statyny i przedstawiałem mocne argumenty z danymi, dlaczego nie powinni ich brać. Po pewnym czasie szli do lekarza i informowali, że ich krewny (ja, lekarz) odstawiałem im statyny.

Ich lekarz (często kardiolog) z kolei mówił mojemu krewnemu, że jestem niewiarygodnie nieświadomy, upierał się, że zna dane znacznie lepiej ode mnie, że narażam zdrowie mojego krewnego i natychmiast wznawiał leczenie statyną, na co mój krewny posłusznie przystawał. W wielu przypadkach dostarczałem kardiologowi literaturę na poparcie mojej argumentacji. Za każdym razem wymawiali się, żeby jej nie czytać, jednocześnie twierdząc, że znają wszystkie dane, a ja, nie będąc kardiologiem, nie mam kwalifikacji, by wyrażać opinię na ten temat. To uświadomiło mi, w jak trudnej sytuacji znajdują się pacjenci (bez dostępu do zasobów, jakimi dysponowali moi krewni).

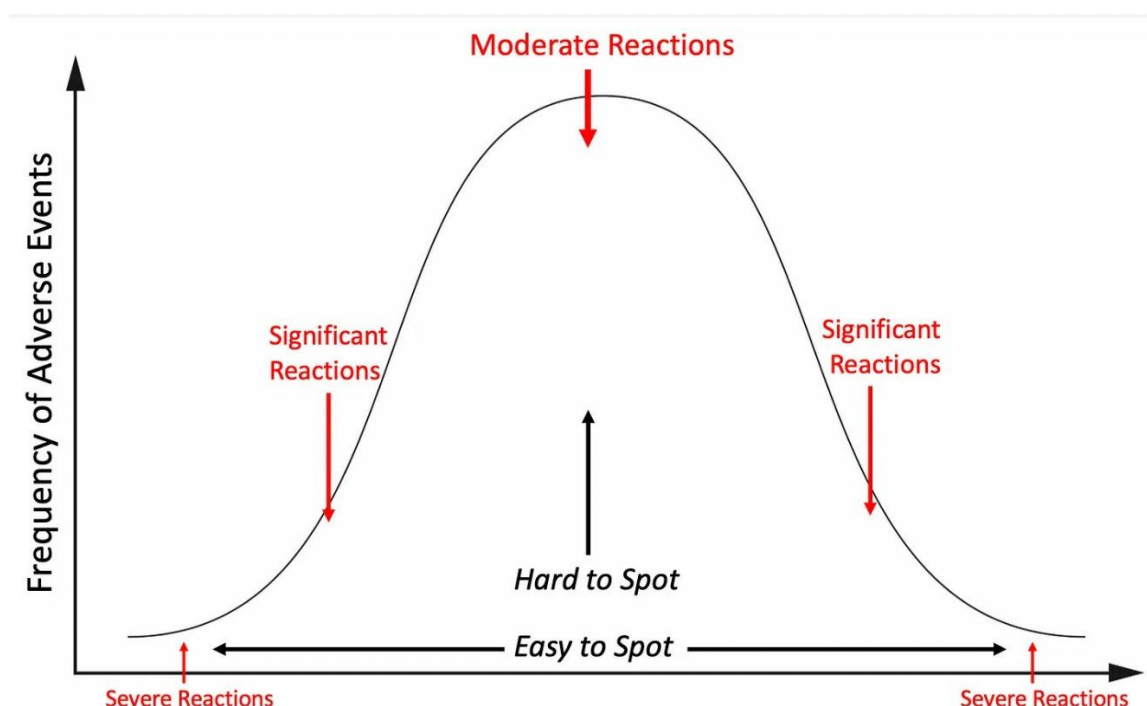
Jeśli weźmiemy tę historię pod uwagę i zastąpimy „statyny” szczepionkami przeciwko COVID-19, zobaczymy, że to w zasadzie to samo, czego wszyscy doświadczyli w ciągu ostatnich czterech lat ze szczepionkami. Podejrzewam, że wynika to z faktu, że przed

szczepionkami przeciwko COVID-19 statyny były jedną z najbardziej dochodowych francyz medycznych, a tym samym jednymi z leków najaktywniej promowanych wśród pacjentów.

Uwaga: istnieją dwa systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z lekami: [MedWatch](#) i [FAERS](#). Podobnie jak VAERS, systemy te charakteryzują się poważnym niedoszacowaniem (szacuje się, że zgłaszanych jest tam tylko 1–10% zdarzeń niepożądanych). W kolejnej sekcji autorowi udało się znaleźć setki, a nawet tysiące raportów dotyczących wielu urazów spowodowanych statynami w MedWatch, które pokrywały się z jego osobistymi obserwacjami. Jednak pomimo istnienia tych raportów, nie podjęto w tej sprawie żadnych działań, a w środowisku medycznym praktycznie nie ma wiedzy na temat istnienia tych zdarzeń niepożądanych.

Kryzys szkód wywołanych przez statyny

W tej publikacji starałem się podkreślić, że mniej poważne reakcje na toksynę występują znacznie częściej niż te poważne. Z tego powodu, jeśli obserwuje się skupisko poważnych reakcji, oznacza to, że występuje również znacznie więcej, mniej poważnych reakcji (właśnie dlatego, [po dowiedzeniu się o kilku osobach z mojego otoczenia, które nagle zmarły po szczepieniach przeciwko COVID-19](#), byłem w stanie trafnie przewidzieć skalę nieśmiertelnych urazów, które dotkną Amerykę).



Podobnie, jeśli obserwujesz dużą liczbę mniej poważnych reakcji na lek (np. uszkodzenie mięśni i nerwów wywołane statynami), możesz przewidzieć, że w tle czają się znacznie poważniejsze urazy. Jak pokazuje dłuższa lista działań niepożądanych, którą przedstawiłem powyżej, niestety dotyczy to również statyn. W kolejnych dwóch sekcjach zacytuję jedną z [najlepszych książek na ten temat, jakie znalazłem](#) :

„Wiele osób przyjmujących statyny twierdzi, że nagle, niemal w mgnieniu oka, stały się starymi ludźmi”.

[Dr Duane Graveline](#) rozpoczął leczenie statyną i wkrótce potem rozwinęła się u niego globalna amnezja (co jest naprawdę przerażające). Postanowił przerwać leczenie i wyzdrowiał.

Kiedy, powołując się na moje 23-letnie doświadczenie jako lekarz rodzinny, zasugerowałem, że przyczyną mojej amnezji może być mój nowy lek, neurolog odpowiedział niemal szyderczo, że „statyny tak nie działają”. On i wielu innych lekarzy i farmaceutów stanowczo twierdziło, że to się nie zdarza.

W końcu udało się go namówić na ponowną próbę leczenia statyną.

Rok minął bez większych wydarzeń i wkrótce nadszedł czas na kolejne badanie astronauty. Lekarze NASA dołączyli do chóru, którego spodziewałem się po lekarzach i farmaceutach w poprzednim roku – że statyny nie działają w ten sposób i na ich prośbę niechętnie wznowiłem kurację Lipitorem, zmniejszając dawkę o połowę. Sześć tygodni później ponownie pogrążyłem się w czarnej otchłani amnezji, tym razem na dwanaście godzin, z wsteczną utratą pamięci, sięgającą czasów liceum.

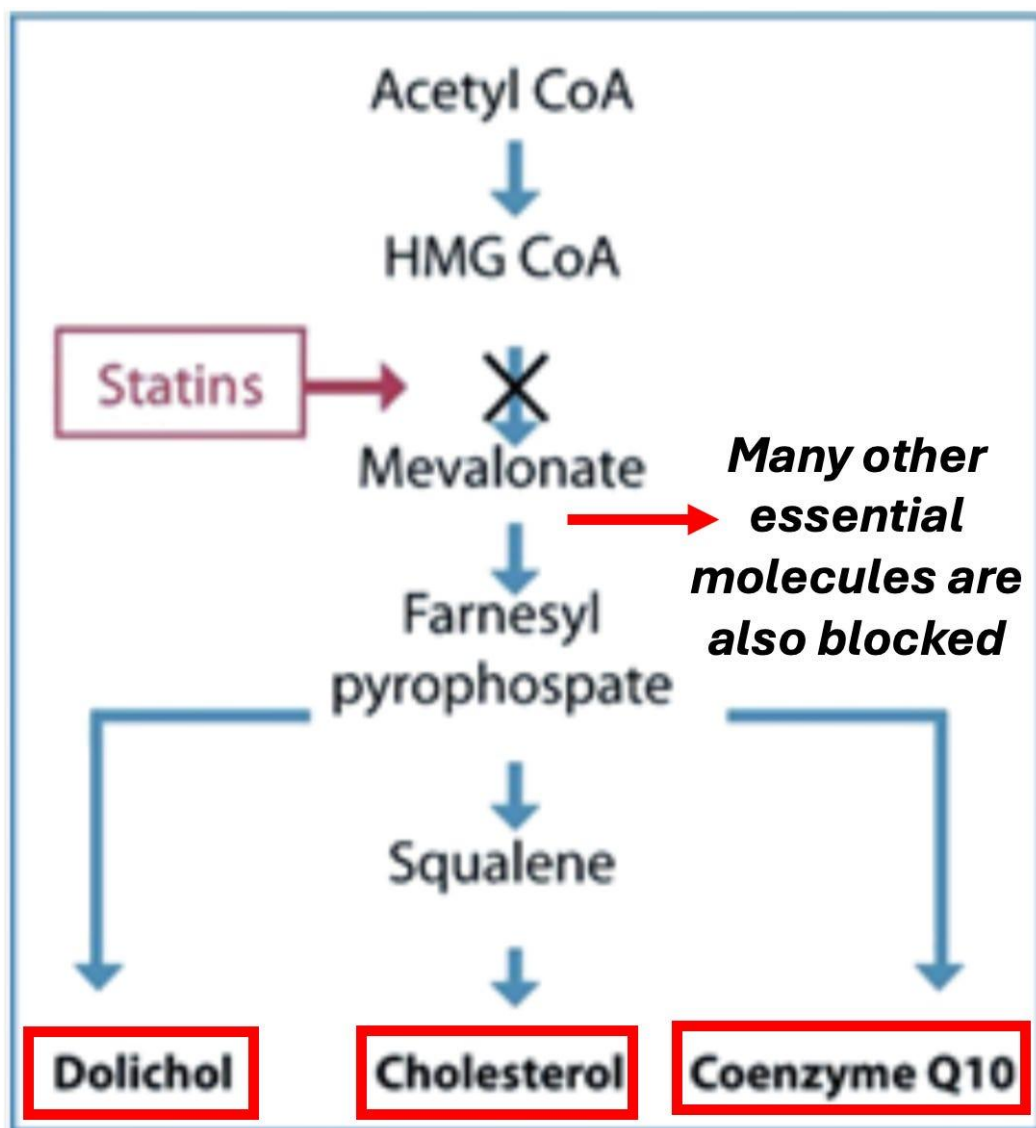
Później odkrył:

Być może lojalność akcjonariuszy wyjaśnia, dlaczego **kierownictwo firmy Pfizer** wiedziało ponad dekadę temu, podczas pierwszego badania klinicznego Lipitoru na ludziach, o wpływie Lipitoru na funkcje poznawcze, jaki będzie miało jego upublicznienie. Spośród 2503 pacjentów, którym podawano Lipitor, siedmiu doświadczyło przejściowej globalnej amnezji, a czterech innych innych poważnych zaburzeń pamięci, co daje łącznie 11 przypadków na 2503 pacjentów testowych. **Oznacza to 4,4 przypadków poważnej utraty funkcji poznawczych na każde 1000 pacjentów przyjmujących lek**. Ani jedno słowo ostrzeżenia nie zostało przekazane tysiącom lekarzy, którzy wkrótce mieli przepisywać lek.

Z powodu tego i innych wyniszczających, długotrwałych powikłań (np. u osoby, która wcześniej była w doskonałej formie, rozwinęło się przewlekłe wyczerpanie), Graveline stał się ekspertem w dziedzinie uszkodzeń spowodowanych statynami i w 2014 roku napisał książkę „[The Statin Damage Crisis](#)”. Wiele z poruszonych tam kwestii wyjaśnia, dlaczego statyny są tak niebezpieczne, ale niestety są praktycznie nieznane w środowisku medycznym.

Mechanizmy szkodliwości statyn

Statyny działają poprzez hamowanie łatwo dostępnego enzymu, który jest niezbędny do produkcji cholesterolu. Niestety, blokowanie tego enzymu zaburza szereg innych ważnych procesów fizjologicznych. Przyjrzyjmy się, co ten enzym robi:



Ponieważ związki te są niezbędne dla organizmu, zrozumienie toksyczności statyn wymaga zrozumienia, co się dzieje, gdy każdego z nich brakuje.

Cholesterol

Cholesterol pełni w organizmie kilka istotnych funkcji. Należą do nich:

- Jest prekursorem wielu różnych hormonów.
- Synapsy mózgowe (które między innymi tworzą wspomnienia) wymagają cholesterolu do funkcjonowania. Ponieważ cholesterol jest zbyt duży, aby przedostać się do mózgu, komórki glejowe (komórki wspomagające układ nerwowy) syntetyzują go w mózgu. Statyny, niestety, hamują produkcję cholesterolu przez komórki glejowe.
- Z kolei funkcje poznawcze są silnie zależne od poziomu cholesterolu. Na przykład, [jedno z badań](#) wykazało, że niewielkie upośledzenie funkcji poznawczych można było wykryć u 100% osób stosujących statyny, jeśli przeprowadzono wystarczająco czułe testy (co ponownie ilustruje, że drobne urazy są częstsze niż poważne). Podobnie, obserwuje się również szereg

poważniejszych negatywnych skutków dla funkcji poznawczych, takich jak amnezja, zapomnianie, dezorientacja, dezorientacja i nasilenie starości.

Szybkie postępy demencji u pacjentów po rozpoczęciu leczenia statynami są często bagatelizowane przez lekarzy jako oznaki starczych zmian w mózgu lub początku choroby Alzheimera, podczas gdy prawdziwą przyczyną są statyny.

*Uwaga: jednym z poważniejszych skutków ubocznych, które często obserwowaliśmy po szczepionkach przeciwko COVID-19, [był gwałtowny spadek funkcji poznawczych u osób starszych](#) (które często nie są w stanie same o siebie zadbać). Kiedy to się zdarza, podobnie jak w przypadku uszkodzeń wywołanych statynami, **zawsze** zakłada się, że wynika to z „wieku” i ignoruje.*

Oprócz upośledzenia funkcji poznawczych, [liczne badania wykazały istotny związek](#) między niskim lub obniżonym poziomem cholesterolu a przemocą. Podobnie, otępienie statynowe często charakteryzuje się agresją.

Wreszcie, jednym z najbardziej niepokojących skutków ubocznych statyn jest ich tendencja do wywoływania SLA (naprawdę okropnej, rzadkiej choroby – co ciekawe, [obserwowanej również w przypadku szczepionek przeciwko COVID-19](#)). Tę korelację potwierdzają liczne doniesienia o poprawie stanu SLA po odstawieniu statyn.

Niestety, choć pogorszenie funkcji poznawczych często ustępuje po zaprzestaniu podawania statyn, w wielu przypadkach zaburzenia te utrzymują się.

Koenzym Q10

Koenzym Q10 to niezbędny składnik odżywczy, od którego zależą zarówno mitochondria (zasilające ludzki organizm), jak i stabilność ścian komórkowych. Niedobór koenzymu Q10 spowodowany statynami jest powszechnie uważany za najczęstszą przyczynę ich działań niepożądanych. Jest to bardzo smutne, ponieważ można by było zapobiec tym skutkom ubocznym, gdyby koenzym Q10 był podawany razem ze statyną. Niestety, jest mało prawdopodobne, aby kiedykolwiek do tego doszło, ponieważ byłoby to równoznaczne z przyznaniem się, że statyny mogą szkodzić – w rzeczywistości [firma Merck opatentowała preparaty statyn zawierające koenzym Q10](#) (ponieważ zapobiegałoby to poważnym skutkom ubocznym statyn), ale ostatecznie zdecydowała się nie wprowadzać ich na rynek.

Uwaga: najlepszym znanym mi porównaniem jest to, że [główną przyczyną toksyczności szczepionek u dzieci](#) jest zbyt duża liczba szczepionek podawanych w zbyt krótkich odstępach czasu, co uniemożliwia rozwój układu krążenia i nerwowego dziecka. Większości szkód można uniknąć, podając szczepionki w odpowiednich odstępach czasu i w późniejszym okresie życia dziecka – niestety jednak lekarze promujący to podejście są rutynowo atakowani (ponieważ jest to równoznaczne z przyjęciem do szpitala – szczepionki nie są w 100% bezpieczne). Na szczęście, chociaż większość populacji ślepo przestrzegała zalecanego przez CDC harmonogramu szczepień, żyjemy obecnie w nowej erze, w której [tylko 37% młodych rodziców zamierza](#)...

Do typowych skutków ubocznych niedoboru statyn CoQ10 związanych z niedoborem energii należą:

- Uszkodzenia mitochondriów

- Brak energii
- Zespół chronicznego zmęczenia
- Zastoinowa niewydolność serca i zatrzymanie płynów
- Duszność
- Dna

Do skutków ubocznych niedoboru statyn CoQ10, osłabiającego integralność ścian komórkowych, należą:

- Zapalenie wątroby (co ciekawe, Graveline zauważył, że próg enzymatyczny niezbędny do zdiagnozowania uszkodzenia wątroby wywołanego przez statyny **znacznie wzrósł** po tym, jak problem ten zaczął być powszechnie zgłaszany po rozpoczęciu stosowania statyn).

- Zapalenie trzustki
- Rabdomioliza (szybki rozpad tkanki mięśni szkieletowych)
- Zapalenie i zerwanie ścięgien i więzadeł.

Uwaga: ten skutek uboczny jest często zgłaszany w przypadku antybiotyków fluorochinolonowych, o których wiadomo, że uszkodzają mitochondria. Podejrzewam, że jest on związany z uszkodzeniem mitochondriów – tematem, który omawiałem szerzej [tutaj](#) – ponieważ wiotkość więzadeł często idzie w parze z urazami poszczepiennymi.

Dwoma najczęstszymi konsekwencjami niedoboru statyn CoQ10 są miopatia (ból mięśni, zmęczenie, osłabienie i skurcze) oraz neuropatia obwodowa (drętwienie, mrowienie lub uczucie pieczenia, szczególnie w dłoniach i stopach).

Chociaż miopatia jest najczęściej zgłaszanym skutkiem ubocznym stosowania statyn, wiele z nich (np. zapalenie mięśni) pozostaje niewykrytych. Dzieje się tak, ponieważ objawom często nie towarzyszą badania krwi wykazujące podwyższony poziom enzymów mięśniowych i można je wykryć jedynie za pomocą biopsji (które rzadko wykonuje się w porównaniu z badaniami krwi). W wielu przypadkach stan ten jest trwały (jeden ekspert ds. uszkodzeń wywołanych statynami stwierdził, że u 68% jego pacjentów jest on trwały, podczas gdy Graveline stwierdził, że u 25% jego pacjentów). Niestety, w niektórych przypadkach, takich jak neuropatie statynowe, miopatie będą się rozwijać, nawet po odstawieniu statyn.

Jedną z najsmutniejszych rzeczy związanych ze statynami jest to, jak agresywnie są one promowane u diabetyków (pod pretekstem, że skoro diabetycy mają zwiększone ryzyko chorób serca, kluczowe jest, aby przyjmowali statyny, aby zapobiec zawałowi serca). Absurdalność tego stwierdzenia uwypukla fakt, że statyny znacząco zwiększają ryzyko cukrzycy ([wykazały to](#) liczne badania), co moim zdaniem wynika z ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie mitochondriów.

Podobnie, neuropatia obwodowa jest schorzeniem, na które diabetycy są narażeni w wysokim stopniu. [W jednym z badań](#) stwierdzono, że ryzyko wystąpienia neuropatii (tj. piekącego bólu z mrowieniem lub drętwieniem kończyn) było zwiększone od 14 do 26 razy (w zależności od

rodzaju) u osób długotrwale przyjmujących statyny. Ponadto, statyny mogą powodować inne problemy z nerwami, takie jak neurodegeneracja.

U osób przyjmujących statyny występują również połączenia miopatii i neuropatii, takie jak narastający ból, osłabienie i zaburzenia koordynacji ruchowej w całym ciele, a także trudności ze wstawaniem z pozycji siedzącej, niestabilność i skłonność do upadków. Obserwuje się również charakterystyczne osłabienie i zwiotczenie mięśni, które stopniowo się kurczą.

Uwaga: CoQ10 nie tylko zapobiega negatywnym skutkom stosowania statyn, ale jest również jednym z najskuteczniejszych suplementów zapobiegających chorobom serca.

Dolichol

Niewielu lekarzy zna dolichole, które są niezbędnym składnikiem strukturalnym błony komórkowej i odgrywają kluczową rolę w syntezie niektórych białek (w szczególności ułatwiają N-glikozylację i O-mannozyzację). Graveline z kolei **argumentował**, że są one odpowiedzialne za syntezę neuropeptydów w całym organizmie, a zatem statyny blokujące produkcję dolicholu mogą prowadzić do wielu problemów neuropsychiatrycznych.

Chociaż nigdy nie udało mi się znaleźć badań potwierdzających tę tezę (dotyczącą ich roli w syntezie neuropeptydów), genetyczne niedobory dolicholu [zostały powiązane](#) ze zmianami neurologicznymi, takimi jak opóźnienie rozwoju, drgawki, ataksja i niepełnosprawność intelektualna. Ponadto, [niższe poziomy dolicholu zostały powiązane z chorobą Alzheimera, starzeniem się mózgu](#), a część mózgu, w której rozwija się choroba Parkinsona, [ma bardzo wysokie stężenie dolicholu](#) (co potencjalnie zwiększa jego podatność na niedobory dolicholu).

Uwaga: Graveline wysunął również teorię, że statyny zwiększają produkcję neurodegeneracyjnych białek Tau i zmniejszają produkcję niezbędnych selenoprotein, ale nie udało mi się znaleźć żadnych dowodów potwierdzających te argumenty.

Czynnik jądrowy-Kappa B

Niewielkie korzyści dla układu sercowo-naczyniowego obserwowane w wyniku stosowania statyn mogą nie wynikać z tego, że obniżają one poziom cholesterolu, lecz raczej z ich właściwości przeciwzapalnych (stan zapalny powoduje choroby serca), ponieważ hamują aktywność czynnika NF-kB, który odgrywa istotną rolę w układzie odpornościowym.

Uwaga: statyny obniżają również poziom białka C-reaktywnego (innego białka zapalnego). Ponadto, stopień obniżenia poziomu NF-kB różni się w zależności od statyny (co może wyjaśniać niektóre z ich odmiennych efektów).

Ponieważ hamuje to układ odpornościowy, prowadzi to do różnych potencjalnych problemów, takich jak zmniejszona ochrona przed chorobami zakaźnymi. Na przykład, wiele powszechnych organizmów zakaźnych atakuje NF-kB, aby pomóc w zakażeniu gospodarza. Jednak istotniejszym problemem jest to, że hamowanie NF-kB [wydaje się być powiązane z rakiem](#).

W pięciu szpitalach w Tokio [grupa japońskich naukowców](#) badała, czy pacjenci z chorobą nowotworową byli częściej leczeni statynami niż inni. W tym celu wybrali pacjentów z różnymi postaciami nowotworów układu limfatycznego oraz osoby z grupy kontrolnej w tym samym wieku i tej samej płci, bez raka, przyjęte na inne oddziały w tych samych szpitalach w

tym samym okresie. Łącznie 13,3% pacjentów z chorobą nowotworową, ale tylko 7,3% osób z grupy kontrolnej było lub było leczonych statynami.

W badaniu PROSPER [duże badanie kliniczne dotyczące statyn] uwzględniono wyłącznie mężczyzn i kobiety w wieku 70–82 lat. Wszyscy z nich cierpieli na chorobę naczyniową lub mieli podwyższone ryzyko jej wystąpienia. W okresie obserwacji 4,2% zmarło z powodu zawału serca w grupie kontrolnej, ale tylko 3,3% w grupie leczonej. Ta niewielka korzyść została zniwelowana przez wyższe ryzyko zgonu z powodu raka. W grupie prawastatyny odnotowano o 28 mniej zgonów z powodu chorób serca, ale o 24 więcej zgonów z powodu raka. Jeśli w obliczeniach uwzględnimy nieśmiertelne nowotwory, różnica między obiema grupami stała się statystycznie istotna: 199 w grupie kontrolnej i 245 w grupie prawastatyny. Co więcej, różnica między obiema grupami rosła z roku na rok.

Oprócz argumentu, że część korzyści ze stosowania statyn „zapobiegających zawałom serca” **wynika z tego, że powodują one śmiertelny nowotwór, zanim zdąży wystąpić naturalny zawał serca**, sytuacja ta jest w pewnym sensie analogiczna do tego, co zaobserwowano w przypadku szczepionek przeciw COVID-19 (które również powodują raka). W tym przypadku „korzyść” szczepionek przeciw COVID-19 w zapobieganiu COVID-19 została przeważona przez powodowanie poważnych schorzeń, takich jak zawały serca i udary mózgu. Gdyby jednak skupić się tylko na zapobieganiu COVID-19 (co wielu zrobiło), szczepionki mogłyby zostać przedstawione jako ratujące życie, mimo że ogólnie rzecz biorąc przyniosły odwrotny skutek.

Potwierdziło to ponownie badanie STAREE z 2026 roku (pierwsze duże badanie kliniczne testujące statyny u zdrowych dorosłych powyżej 70. roku życia). Chociaż atorwastatyna zmniejszała ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych (głównie nieśmiertelnych), po prawie sześciu latach leczenia nie zmniejszyła łącznego ryzyka zgonu, demencji ani trwałej niepełnosprawności u uczestników, a osoby przyjmujące statyny częściej zgłaszały działania niepożądane związane z układem mięśniowo-szkieletowym, wątrobą i cukrzycą. Autorzy badania wyjaśnili to faktem, że 80% zgonów w badaniu miało przyczyny inne niż sercowo-naczyniowe. ¹Ponadto plan analizy statystycznej badania ujawnił, że w połowie badania, aby mieć pewność, że wystąpi wystarczająca liczba zdarzeń w celu utrzymania mocy statystycznej, badacze dodali rewaskularyzacje wieńcowe (np. stenty) do punktu końcowego dotyczącego układu sercowo-naczyniowego ocenianego w badaniu. ¹

Podobnie, we francuskim badaniu z 2026 roku losowo przydzielono 1180 dorosłych powyżej 75. roku życia, którzy przyjmowali statyny w ramach profilaktyki pierwotnej, do grupy, w której kontynuowano lub przerwano ich przyjmowanie. Po trzech latach zmarło 7,9% osób, które kontynuowały przyjmowanie statyn, w porównaniu z 7,2% osób, które je przerwały. Jest to istotne, ponieważ około jedna trzecia Amerykanów powyżej 80. roku życia przyjmuje statyny w ramach profilaktyki pierwotnej, często przez lata, aż do końca życia.

Uwaga: chociaż statyny wydają się zwiększać ryzyko zachorowania na raka, jedną z niewielu korzyści, na które widziałem znaczące dowody, jest zapobieganie śmiertelnemu rakowi prostaty. Moim zdaniem wynika to z blokowania przez nie produkcji hormonów w organizmie, co przeważa nad wpływem statyn na hamowanie aktywności NF-kB.

Blaszki „cholesterolu”

Jednym ze sposobów stworzenia lukratywnego rynku leków jest zaszczepienie w społeczeństwie przekonania, że każdy może się utożsamić z tym, co sprzedaje produkt. Na przykład, przemysł antydepresyjny przez lata przekonywał opinię publiczną, że depresja jest spowodowana „zaburzeniem równowagi chemicznej”, a ze względu na sukces tej kampanii, wielu szczerze wierzy w to, mimo że [jest to całkowite i absolutne kłamstwo](#).

Jedną z najsprytniejszych kampanii, jakie widziałem w branży medycznej, jest szeroko rozpowszechnione przekonanie, że przyczyną chorób serca jest tłuszcz zatykający tętnice, podobnie jak rura odpływowa.



To hasło marketingowe jest z kolei niezwykle przekonujące, gdyż jest łatwe do zrozumienia (do tego stopnia, że osoby bez wykształcenia medycznego będą czuły się pewnie, powtarzając je innym), łatwe do zwizualizowania i bardzo prawdopodobne, że wywoła natychmiastowe uczucie obrzydzenia.

Czy jednak jest to prawdą, skoro nie ma związku między cholesterolem a chorobami serca?

Gdy jeden z moich ulubionych autorów w tej dziedzinie ([Malcolm Kendrick](#)) zastanawiał się nad tym zagadnieniem, przyjrzał się kolejnej zagadce kardiologii – faktowi, że nie ma wspólnego mianownika między dobrze znanymi czynnikami ryzyka chorób serca. Na przykład, aby obliczyć ryzyko chorób serca, England [używa kalkulatora](#) , który łączy regulowane ryzyko chorób serca (np. wiek) z czynnikami powszechnie kojarzonymi z ich występowaniem.

- Age • Sex • Atrial fibrillation • Systemic lupus erythematosus (SLE)
- Ethnicity • Raised blood pressure • Variation in two blood pressure readings
- Smoking • History of migraines • On atypical antipsychotic medication
- Diabetes • Chronic kidney disease • Using steroid tablets
- High BMI • Rheumatoid arthritis • Total cholesterol/HDL ratio
- Postcode • Severe mental illness • Diagnosis of erectile dysfunction
- Angina, or heart attack in first degree relative under the age of 60

Podobnie, w badaniu z 2017 roku, system sztucznej inteligencji przeanalizował dokumentację 378 256 angielskich pacjentów, aby określić, jakie cechy narażają ich na najwyższe ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w ciągu najbliższych 10 lat. Na tej podstawie ustalono, że [dziesięć największych czynników ryzyka](#) (w kolejności):

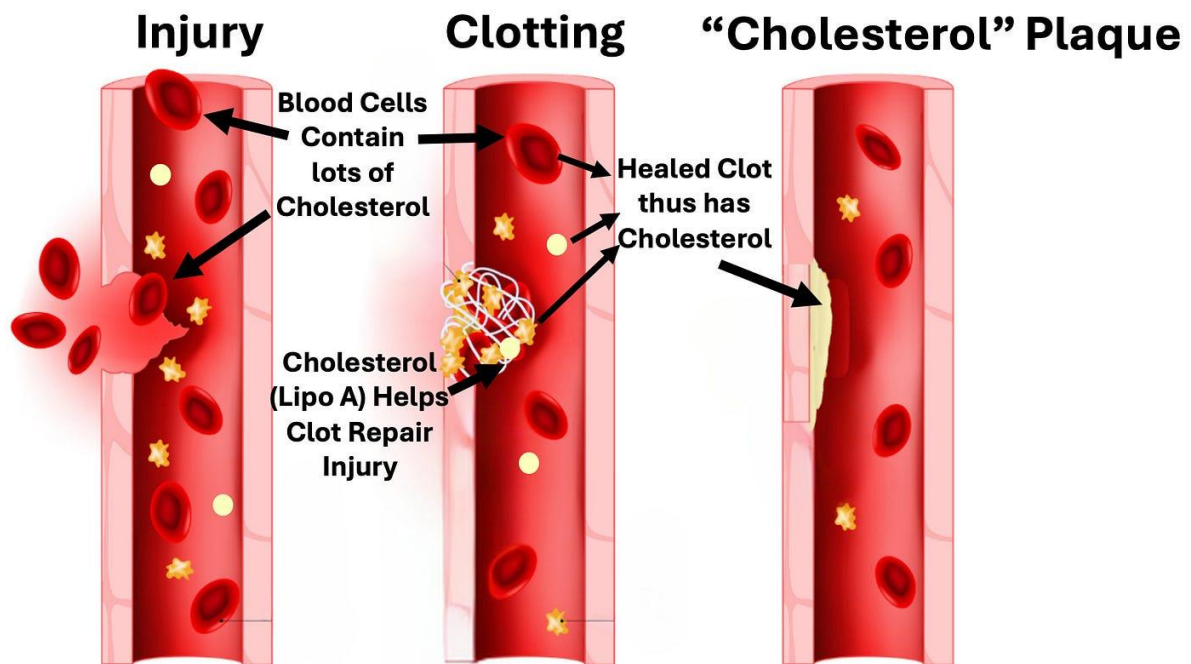
- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Chronic obstructive pulmonary disease | 6. Immunosuppressant prescribed |
| 2. Oral corticosteroid prescribed | 7. Socio-economic-status quintile 3 |
| 3. Age | 8. Socio-economic status quintile 4 |
| 4. Severe mental illness | 9. Chronic kidney disease |
| 5. Ethnicity South Asian | 10. Socio-economic status quintile 2 |

Na podstawie tej listy Malcolm Kendrick wyciągnął wniosek, że wspólnym mianownikiem wielu z tych chorób (np. toczeń lub kortyzol) jest związek z uszkodzeniem naczyń krwionośnych i upośledzeniem mikrokrążenia (następstwem uszkodzenia naczyń krwionośnych).

Uwaga: bardziej szczegółowe wyjaśnienie związku między tymi czynnikami a chorobami serca można znaleźć [w książce Kendricka](#) (która stała się inspiracją dla znacznej części tego artykułu).

Obecnie uważamy, że cholesterol **w jakiś sposób** przedostaje się do naczynia krwionośnego i uszkadza je, pozostawiając blaszkę miażdżycową. Kendrick z kolei argumentował, że konkurencyjny model (w dużej mierze zapomniany przez środowisko medyczne) dostarcza znacznie lepszego wyjaśnienia rzeczywistych przyczyn chorób serca. Jest on następujący:

1. Naczynia krwionośne ulegają uszkodzeniu.
2. Organizm naprawia te uszkodzenia za pomocą skrzepów.
3. W miarę gojenia się skrzepów zostają one wciągnięte do wnętrza ściany naczynia krwionośnego, a na ich powierzchni tworzy się nowa warstwa śródbłonna (wyściółki naczynia krwionośnego).
4. Ponieważ zjawisko to powtarza się wielokrotnie w tym samym obszarze, uszkodzenia (blaszki) pod naczyniem krwionośnym stają się bardziej nieprawidłowe.



Oto niektóre z kluczowych dowodów, którymi [posługuje się on na poparcie swojego argumentu](#) :

- Większość czynników ryzyka chorób serca pokrywa się z czynnikami, które mogą uszkodzić wyściółkę naczyń krwionośnych (śródbłonek).
- [Błazki miażdżycowe mają tendencję do tworzenia się](#) w punktach rozgałęzień tętnic (złączy), które są częściami tętnicy poddawanych największemu naprężeniu ścinającemu.
- Kiedy bada się składniki blaszki miażdżycowej, [okazuje się, że zawierają one te same zanieczyszczenia, które znajdują się w skrzepach krwi](#) (patrz np. [to badanie](#) i [to badanie](#)) .
- Nie ma ustalonego mechanizmu, który wyjaśniałby, w jaki sposób cholesterol z krwiobiegu może przedostać się pod śródbłonek (choć istniejący model opiera się na założeniu, że **w jakiś sposób** to nastąpi). Jednakże czerwone krwinki ([które odgrywają kluczową rolę w tworzeniu skrzepów](#)) zawierają dużą ilość cholesterolu ([50% całkowitej ilości cholesterolu we krwi](#)) i w związku z tym będą go przenosić do skrzepu w trakcie jego powstawania.
- Błazki miażdżycowe zawierają kryształy cholesterolu. Kryształy te mogą powstawać wyłącznie z wolnego cholesterolu, [który znajduje się w czerwonych krwinkach](#), a nie ze „złego” cholesterolu krążącego we krwi (zawartego w lipoproteinach). Podobnie, znaczna część cholesterolu znajdującego się w blaszkach miażdżycowych to [wolny cholesterol](#) .
- Pozostałości lipoprotein znajdujące się w blaszkach miażdżycowych to nie lipoproteiny cholesterolu, lecz [lipoproteina A](#) , której organizm używa do naprawy uszkodzeń ścian tętnic. Potwierdza to fakt, że podwyższone poziomy lipoproteiny A we krwi są powiązane [ze](#)

[zwiększoną ilością resztek lipoprotein w blaszkach miażdżycowych](#) oraz fakt, że specyficzny marker lipoproteiny A koncentruje [się w blaszkach miażdżycowych](#). Lipoproteina A z kolei jest problematyczna, ponieważ chociaż może łątać i naprawiać uszkodzenia tętnic, jednocześnie uodparnia skrzepy na późniejszą degradację, co gwarantuje, że ostatecznie zostaną one wciągnięte pod śródbłonek i przekształcą się w blaszkę miażdżycową (co z kolei może wyjaśniać, dlaczego podwyższone poziomy lipoproteiny A są powiązane z [trzykrotnym wzrostem](#) ryzyka zawału serca lub udaru mózgu).

Uwaga: kolejnym kluczowym dowodem na poparcie hipotezy cholesterolowej jest to, że tłuszczowe pasma na wyściółce zdrowych naczyń krwionośnych są uważane za prekursora blaszek miażdżycowych. Jednak [w toku szeroko zakrojonych badań](#) nie zaobserwowano takiego rozwoju choroby.

Krótko mówiąc, można zasadnie twierdzić, że cały nasz model chorób serca opiera się na szeregu korelacji, które błędnie uznano za dowód związku przyczynowo-skutkowego. Niestety, choć mantra „korelacja to nie związek przyczynowo-skutkowy” jest często używana do odrzucania wszystkiego, co podważa ortodoksję, często można znaleźć jawnie fałszywe korelacje, które potwierdzają wyniki finansowe branży medycznej i są traktowane jako niepodważalne dogmaty.

Na przykład, szczepionkom przypisuje się wyeliminowanie chorób zakaźnych, które nękały ludzkość, ale rzadko wspomina się, że niektóre z najgroźniejszych chorób (np. szkarlatyna), na które nie było szczepionki, również zniknęły lub że choroby te [znikały już](#) po wprowadzeniu szczepionek (w wielu przypadkach znikając niemal całkowicie) i że jest bardzo prawdopodobne, [że zostałyby wyeliminowane niezależnie od tego, czy pojawiłaby się szczepionka](#). Z drugiej strony, wielu aktywistów w tamtym czasie uważało, że główną przyczyną tych chorób była zła sanitacja publiczna (ponieważ powodowała szybkie rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych w populacji), więc stoczono wiele ciężkich walk, aby to osiągnąć, a wielu (w tym ja) uważa, że przemysł szczepionkowy zasadniczo ukradł uznanie za to, co ci aktywiści osiągnęli, zapewniając nam sanitację publiczną.

Przyczyny i leczenie chorób serca

Model Kendricka opiera się w zasadzie na następujących argumentach:

- Większość chorób układu sercowo-naczyniowego jest wynikiem uszkodzenia wyściółki naczynia krwionośnego (z powodu zmian miażdżycowych) i utraty przez nią zdolności do pełnienia normalnych funkcji (np. wydzielania tlenu azotu), które pozwalają jej chronić układ krążenia.
- Stany zapalne i okresy długotrwałego i silnego stresu (np. z powodu choroby psychicznej, palenia papierosów lub skrajnej opresji społecznej) często uszkadzają śródbłonek, co przyczynia się do chorób serca.
- Zawały serca są spowodowane przez skrzepy krwi (które często są wynikiem uszkodzenia śródbłonek) przerywające dopływ krwi do serca.

Z kolei celowo przedstawiłem argumenty Kendricka w ten sposób, aby podkreślić, że znaczna część jego modelu jest w pełni zgodna z konwencjonalnym paradygmatem chorób sercowo-naczyniowych. Kluczowe różnice polegają jednak na tym, że Kendrick nie uważa

cholesterolu za przyczynę uszkodzenia wyściółki naczyń krwionośnych i dlatego uważa, że inne czynniki uszkadzające (np. stres) powinny być przedmiotem większej uwagi. Podobnie, priorytetowo traktuje leczenie zaburzeń czynnościowych naczyń krwionośnych (np. zmniejszoną syntezę tlenu azotu), zamiast skupiać się wyłącznie na obniżaniu poziomu cholesterolu.

Uwaga: statyny w pewnym stopniu [działają również przeciwzapalnie i zwiększają poziom tlenu azotu w śródbłonku](#). Z kolei jest bardzo prawdopodobne, że wiele (niewielkich) korzyści przypisywanych statynom wynika z tych efektów, a nie z obniżania poziomu cholesterolu we krwi.

Co więcej, ponieważ nie skupiał się na cholesterolu, pozwoliło mu to zidentyfikować inne czynniki, które mogą odgrywać ogromną (choć w dużej mierze niedocenianą) rolę w chorobach serca.

Na przykład, palenie jest powszechnie znane jako przyczyna chorób serca, ponieważ uszkadza naczynia krwionośne (np. poprzez [tworzenie blaszek miażdżycowych i upośledzanie ich zdolności do wytwarzania tlenu azotu](#)), ale znacznie mniej uwagi poświęca się przyczynom tego zjawiska. Wielokrotnie jednak wykazano, że drobne cząstki stałe (znajdujące się w dymie papierosowym) bezpośrednio powodują te zmiany, o czym świadczy fakt, że podobne uszkodzenia występują w wyniku wdychania zanieczyszczeń, takich jak te w [kopalniach węgla](#), w zatłoczonych miastach (patrz [to badanie](#) i [to badanie](#)), [gotowania na piecu opalanym drewnem](#) lub [narażenia na dym z pożarów lasów](#).

Podobnie, ołów jest dość szkodliwy dla śródbłonka (np. zobacz [to badanie](#) i [to badanie](#)), na co wielu z nas było narażonych z powodu dodawania go do benzyny i [szybkiego przedostawania się ołowiu do krwiobiegu po jego wdychaniu](#). Z kolei, gdy ołów był stopniowo wycofywany w latach 1975–1996 (choć jego użycie jest nadal dozwolone w niektórych zastosowaniach, takich jak samoloty, samochody wyścigowe, sprzęt rolniczy i łodzie — gdzie jest okazjonalnie używany), istnieje wiele interesujących trendów, takich jak fakt, że choroby serca eksplodowały w Ameryce po tym, jak zaczęliśmy go używać (i to samo działo się później w innych krajach europejskich). Obecnie [szacuje się](#), że około 400 000 zgonów rocznie w Ameryce jest spowodowanych narażeniem na ołów, a w [badaniu 868 mężczyzn](#) zaobserwowano, że wysoki poziom narażenia na ołów (oceniony na podstawie jego obecności w kościach) zwiększył ich ryzyko śmierci o ponad 700 procent.

Uwaga: ponieważ ołów wchłonięty we wcześniejszym okresie życia ma tendencję do wypłukiwania go z kości z powrotem do krwiobiegu, wiele osób podejrzewa, że kluczową przyczyną starzenia się (np. choroby serca) jest powrót ołowiu bez podejmowania żadnych działań.

Niestety, ponieważ nie można sprzedawać leków na żadną z tych przyczyn chorób serca, rzadko się o nich wspomina, a zamiast tego niemal wszystkie badania i dyskusje na temat chorób serca skupiają się na cholesterolu.

Ogólnie rzecz biorąc, uważam, że [model Kendricka jest trafny](#) i mam szczerą nadzieję, że w pewnym momencie środowisko medyczne zacznie go poważnie rozważać (choć biorąc pod uwagę, jak wiele zainwestowano w hipotezę cholesterolową, wątpliwe jest, by branża ta kiedykolwiek dobrowolnie zrezygnowała z tego rynku).

Jednocześnie jednak uważam, że model ten jest niekompletny. Dlatego w ostatniej części artykułu skupię się na dodatkowych czynnikach, które moim zdaniem odgrywają kluczową

rolę w chorobach serca, oraz na tym, jak wiążą się one z preferowanymi przez nas metodami leczenia chorób serca (a także innych schorzeń, takich jak powikłania po szczepionkach przeciwko COVID-19 czy nadciśnienie tętnicze).