

Halina Piecewicz-Szczęśna¹, Anna Mróz², Bożena Muraczyńska³

¹Katedra i Zakład Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

²Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

³Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

SPECYFIKA WSPÓLPRACY LEKARZA Z PACJENTEM CHORYM NA BORELIOZĘ

W pracy przedstawiono problemy związane ze współpracą lekarza z osobą chorą na boreliozę, wynikające z odmiennych poglądów lekarzy na diagnostykę i leczenie boreliozy.

Halina Piecewicz-Szczęśna¹, Anna Mróz², Bożena Muraczyńska³

¹Chair and Department of Epidemiology and Clinical Research Methodology,
Medical University of Lublin, Poland

²Department of Anaesthesiological and Intensive Care Nursing,
Medical University, Lublin, Poland

³Department of Surgery and Surgical Nursing, Medical University,
Lublin, Poland

SPECIFICS OF COOPERATION BETWEEN PHYSICIAN AND PATIENT WITH LYME DISEASE

The paper presents problems related to cooperation physician and a person suffering from Lyme disease, resulting from the different views of physicians on diagnosis and treatment of Lyme disease.

Wstęp. Choroba z Lyme jest najczęstszą chorobą przenoszoną przez kleszcze na świecie i jedną z najbardziej kontrowersyjnych chorób w historii medycyny [1]. Badania molekularne i genetyczne potwierdzają, że krętek boreliozy, jest jedną z najbardziej złożonych bakterii znanych człowiekowi [2]. Żywe komórki *Borrelia burgdorferi* charakteryzują się unikalnymi, wyróżniającymi je spośród większości bakterii cechami. Występują w różnych postaciach morfologicznych, tj. w formie krętka oraz w formach przetrwalnikowych (cysty, sferoplasty, blebs) [3]. Z chwilą powstania cyst znikają specyficzne antygeny, które były dotychczas rozpoznawane przez układ immunologiczny, co prowadzi do zahamowania produkcji przeciwciał. Spadek poziomu przeciwciał lub ich brak sprzyja odtworzeniu spiralnej formy krętka z cysty. Proces ten jest odwracalny, zarówno w warunkach *in vitro*, jak i *in vivo* [4]. To prawdopodobnie tłumaczy oporność krętków na antybiotyki, zmiany w natężeniu objawów choroby i odpowiedzi immunologicznej, łącznie z seronegatywnością.

W związku z powyższym są odmienne poglądy na diagnostykę i leczenie boreliozy wśród lekarzy. Osoby chore na etapie rozpoznania stykają się z szeregiem pytań, oczekując odpowiedzi lekarzy na swoje pytania. Dzisiaj liczna grupa pacjentów dużo czyta w Internecie na temat swojej choroby i poznaje różne metody leczenia boreliozy. Chory na boreliozę poznaje ogromną różnorodność spojrzeń lekarzy na tę chorobę. Niestety to pacjent bez wykształcenia medycznego najczęściej musi podjąć decyzję dotyczącą swojego leczenia.

Celem pracy jest pokazanie trudności, z którymi mogą zetknąć się osoby chore na boreliozę oraz ukazanie lekarzom potrzeby otoczenia tej kategorii pacjentów szczególną opieką. Postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jakiego rodzaju wsparcia potrzebuje ta kategoria pacjentów?
2. Czy istnieje potrzeba wypracowania wytycznych diagnostyki i leczenia boreliozy na podstawie szeroko zakrojonych badań naukowych?

Materiał i metoda. W pracy przeanalizowano materiały dotyczące diagnostyki i leczenia pacjentów według odmiennych poglądów w sprawie kryteriów rozpoznawania i sposobu leczenia boreliozy, prezentowanych przez dwa towarzystwa naukowe, tj.: IDSA (Infectious Diseases Society of America) i ILADS (International Lyme And Associated Diseases Society).

Wyniki i dyskusja. IDSA utrzymuje, że borelioza jest chorobą rzadką, zlokalizowaną na dobrze zdefiniowanych obszarach świata, którą trudno się zarazić i łatwo wyleczyć. Są przekonani, że zakażenie z łatwością jest rozpoznawane za pomocą dokładnych badań laboratoryjnych. IDSA zaleca dwupoziomowe podejście do diagnozy na podstawie badań laboratoryjnych, najpierw przy użyciu testu immunoenzymatycznego (ELISA), a następnie Western blot. Wytyczne IDSA zalecają też krótkoterminową antybiotykoterapię, w większości przypadków nie więcej niż 28 dni, uważa ją za skuteczną. Panel IDSA nie wskazuje na potrzebę żadnych dalszych badań klinicznych w celu potwierdzenia zasadności tych ograniczeń. IDSA nie rozpoznaje przewlekłej (trwałej) boreliozy. Przeciwnie, wytyczne mówią o zespole post-Lyme choroby, co oznacza, że jeśli pacjent, pomimo leczenia, pozostaje nadal z niewyjaśnionymi przewlekłymi subiektywnymi objawami, to zaleca postępowanie objawowe.

Odrębne stanowisko zajmuje grupa lekarzy z International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS) skupionych wokół Burrascano, którzy, traktując boreliozę jako ciężką chorobę układową, zalecają długotrwałą antybiotykoterapię, niekiedy w postaci leczenia skojarzonego kilkoma antybiotykami. Grupa ta zwraca uwagę na wysoki wskaźnik niepowodzeń stosowania krótkich kursów antybiotykoterapii, szczególnie w

rozsiaanej boreliozy, i utrzymuje, że podstawowa infekcja może utrzymywać się u dużej liczby chorych po przebytych i leczonych zakażeniach. W swoich zaleceniach uwzględniają, współinfekcje odkleszczowe, które wymagają odpowiedniej modyfikacji procesu leczenia. Lekarze ILADS twierdzą, że choroba z Lyme jest częsta, ponieważ jej rozprzestrzenianie się jest ułatwione przez gryzonie, jelenie oraz ptaki. Według lekarzy ILADS testy laboratoryjne, potwierdzające lub wykluczające chorobę z Lyme, są niedokładne, co często jest powodem tego, że wielu pacjentów nie otrzymuje w porę leczenia, właśnie ze względu na brak diagnozy. Ich zdaniem leczenie boreliozy może być bardzo długie, trwać wiele miesięcy, a nawet lat, z uwagi na istnienie form przetrwalnikowych bakterii: spor i cyst. Zespół poboreliozowy uważają za kontynuację choroby, a nie pozostałość po niej.

Konflikt w sprawie diagnostyki i leczenia boreliozy zakończy się niewątpliwie, kiedy dojdzie do powstania skutecznych i pewnych testów na boreliozę i inne choroby odkleszczowe, co pozwoli uwiarygodnić metody leczenia, podnieść ich jakość i obniżyć koszty. Na dzień dzisiejszy jednak ofiarami tego konfliktu są chorzy.

Pacjent, poznając tajniki swojej choroby (najczęściej w Internecie), lęka się niepowodzenia jak w diagnostyce, tak i w leczeniu. W związku z tym potrzebuje ogromnego wsparcia informacyjnego ze strony lekarzy. Często jednak musi takiego wsparcia szukać nie wśród lekarzy, a wśród znajomych, na forach internetowych, a to nie zamieni kompetentnej porady specjalista. Natomiast brak wytycznych leczenia boreliozy, które gwarantowałyby skuteczność leczenia u 100% chorych na boreliozę, utrudnia prace lekarzom w tym zakresie. Nikt nie wie co zrobić z pacjentami, u których kilkutygodniowa terapia nie przyniosła pożądanych efektów. Mówi się, że wszystko zostało zrobione. Pacjent zostaje sam z objawami choroby i brakiem nadziei na wyleczenie.

Czy ktoś z decydentów zastanawiał się, jak ten konflikt lekarzy wpływa na pacjentów z boreliozą? Chorego na boreliozę nie interesuje sam konflikt, a trafność rozpoznania i skuteczność leczenia. A jak to zostanie zrobione, to już nie jego zadanie? Niniejsze już leży w kwestiach naukowców, specjalistów, organizatorów ochrony zdrowia.

Każda osoba, która choruje lub chorowała na boreliozę, jednoznacznie będzie popierać zwiększenie funduszy państwowych na badania w zakresie chorób odkleszczowych. Wypowie się za ustaleniem mądrych, elastycznych wytycznych leczenia pacjentów z boreliozą. Przewlekłe chorzy na boreliozę oczekują na uzyskanie podobnej pozycji, jaką obecnie mają pacjenci zakażeni wirusem HIV.

Wnioski:

1. W podejściu do zasady leczenia boreliozy wśród lekarzy widoczne są dwa dość rozbieżne stanowiska dotyczące częstości występowania choroby, jej klinicznego przebiegu, prowadzenia skutecznej antybiotykoterapii oraz występowania tak zwanej przewlekłej fazy choroby.

2. Osoba chora na boreliozę często musi sama podejmować decyzję dotyczące swojego leczenia, widząc rozbieżne stanowiska na ten temat wśród lekarzy.

3. Istnieje ogromna potrzeba opracowania wytycznych dotyczących leczenia chorych z boreliozą w oparciu o wyniki badań klinicznych przeprowadzonych zgodnie z wymogami medycyny opartej na dowodach (Evidence Based Medicine – EBM).

4. Lekarze powinni być świadomi istnienia różnych poglądów w sprawie diagnostyki i leczenia boreliozy oraz być przygotowani do udzielenia wsparcia informacyjnego każdemu pacjentowi z boreliozą w pełnym zakresie.

Piśmiennictwo:

1. Harvey WT, Salvato P. Lyme disease: ancient engine of an unrecognized borreliosis pandemic? *Med Hypotheses*. 2003 May; 60(5): 742–59.

2. Groshong AM, Blevins JS. Insights into the biology of *Borrelia burgdorferi* gained through the application of molecular genetics. *Adv Appl Microbiol*. 2014; 86: 41–143.

3. Al-Robaiy S, Dihazi H, Kacza J, Seeger J, Schiller J, Huster D, Knauer J, Straubinger RK. Metamorphosis of *Borrelia burgdorferi* organisms--RNA, lipid and protein composition in context with the spirochetes' shape. *J Basic Microbiol*. 2010 Dec; 50 Suppl 1: S. 5-17.

4. Witecka-Knysz E, Klimczak M, Lakwa K, Zajkowska J, Pancewicz S, Kondrusik M, Grzegorzczuk S, Świerzbńska R, Hermanowska-Szpakowicz T. Borelioza: dlaczego diagnostyka jest tak trudna? *Diagnosta Laboratoryjny*. Kwiecień 2007.