

18 grudnia 2008

Dr A Dodek, Prezydent i Członkowie Rady Kolegium Lekarzy i Chirurgów
Kolumbii Brytyjskiej, 400 858 Beatty Street Vancouver, BC V6B 1C1

Drogi dr. Dodek i Członkowie Rady:

Piszę, aby wyrazić swoje najgłębsze zaniepokojenie zaleceniami dotyczącymi diagnozowania boreliozy, opublikowanymi w Biuletynie z października 2008, które pogłębiają powszechny brak świadomości wśród lekarzy Kolumbii Brytyjskiej.

Rekomendowane stanowisko jest sprzeczne z polityką Ministerstwa Zdrowia Kolumbii Brytyjskiej i Centrum Kontroli Chorób (CDC - Centre for Disease Control) tej prowincji, które uznały, że borelioza powinna być diagnozowana na podstawie objawów pacjenta i w „większości przypadków” rozpoznanie nie powinno opierać się na pozytywnych wynikach testów krwi. „Twój lekarz będzie prawdopodobnie w stanie powiedzieć, czy masz boreliozę na podstawie twoich objawów i wiedzy o tym, czy byłeś narażony na ugryzienia kleszczy przenoszonych przez zwierzynę płową.

W większości przypadków testy krwi nie są konieczne do zdiagnozowania boreliozy” - Wytyczne Zdrowotne Ministerstwa Zdrowia Kolumbii Brytyjskiej p. 110. „Borelioza powinna być diagnozowana na podstawie klinicznej oceny objawów pacjenta i ryzyka ukąszenia przez zarażone kleszcze. Testy krwi mogą być również wykonane, ale nie powinny być interpretowane bez brania pod uwagę diagnozy klinicznej” - CDC Kol. Bryt., 29 lutego 2008, publikacja nowości. Biuletyn orzeka, że diagnoza boreliozy zależy od pozytywnych wyników testów krwi, które – jak wiadomo – w Kolumbii Brytyjskiej są niewiarygodne z powodu zbyt wielkiej liczby wyników fałszywie ujemnych (prawdopodobnie z powodu niewiarygodnej serologii CDC uznało „objawy” za podstawę diagnozy). Ten błąd jest wystarczająco kompromitujący, ale Biuletyn pogarsza sprawę uznając, że wykonanie testów powinno z kolei zależeć od udowodnienia przez pacjenta, że został ugryziony przez kleszcza i miał rumień. Dostrzegalny rumień pojawia się tylko u niektórych ugryzionych przez zakażone kleszcze, zaś wielu, u których testy na boreliozę ostatecznie dają wynik pozytywny, w ogóle nie pamięta ani ugryzienia przez kleszcza, ani rumienia. Istnieją solidne dowody pochodzące od przewlekle chorych, że w Kolumbii Brytyjskiej lekarze nie potrafią klinicznie rozpoznawać boreliozy na podstawie symptomów, co oznacza, że większość ludzi nie jest od razu leczona i w wyniku rozwoju choroby przechodzi w pozbawiający sił stan chroniczny. Istnieje silna potrzeba, aby wszyscy odpowiedzialni za praktykę medyczną w Kolumbii Brytyjskiej skupili uwagę na uświadomieniu lekarzom konieczności zwracania uwagi na symptomy boreliozy.

Wytyczne Kolegium jeszcze pogarszają i tak złą sytuację - utwierdzają ignorancję lekarzy w sprawie występowania, symptomów, diagnozy i efektywnego leczenia tej choroby zakaźnej, która jak wyraźnie widać rozpowszechnia się w Ameryce Północnej. Powtarzane są również oświadczenia, że borelioza w Kolumbii Brytyjskiej występuje rzadko, co utwierdza lekarzy w przekonaniu, że nie muszą uczyć się jej rozpoznawania. Oczywiście mamy rocznie tylko kilka „udowodnionych” przypadków, ale w większości przypadków wystąpienie choroby pozostaje niezauważone z powodu opierania rozpoznania na niewiarygodnych wskaźnikach (tzn. wystąpieniu rumienia i testach krwi). Większość pacjentów z objawami boreliozy słyszy od swoich lekarzy, że to "bardzo rzadka choroba" albo, że "tego tutaj nie mamy". To podejście jest tak szeroko rozpowszechnione, że stanowi barierę uniemożliwiająca udzielenie pomocy medycznej na czas, co przecież jest obowiązkiem publicznej służby zdrowia.

Dopóki lekarze nie otrzymają podstawowych narzędzi do rozpoznawania objawów boreliozy i jej licznych koinfekcji, dopóty zasoby opieki medycznej będą marnotrawione z powodu powszechnie błędnego rozpoznawania choroby, co skazuje pacjentów na degradację życia z powodu fizjologicznych i neurologicznych efektów chronicznej boreliozy.

Biuletyn Kolegium nawet nie wspomina o podstawowych objawach, na które lekarze powinni zwracać uwagę (uporczywe objawy podobne do grypy, bóle stawów, dezorientacja i zmęczenie). Nie wspomina również o naśladownictwie innych chorób, ani o wzrastającym prawdopodobieństwie koinfekcji w rodzaju babesziozy. Wszystkie te pominięcia dają pewność, że borelioza pozostanie w prowincji chorobą często nierozpoznaną, a liczba jej przypadków będzie rosnąć.

W rezultacie, Kolegium czyni szkodę cierpiącym na boreliozę przez ciągłe powtarzanie, że ta choroba „pozostaje kontrowersyjna”, co oznacza, że być może w ogóle nie istnieje. To jest równoważne z wyrokiem śmierci dla kogoś, kto nie zostanie zdiagnozowany we wczesnym stadium (a więc potencjalnie dla każdego zakażonego dziś boreliozą), gdy stosunkowo krótka kuracja antybiotykowa może zniszczyć chorobę w zarodku.

Podstawową kwestią jest ciągłe powtarzanie ostrzeżenia, że długotrwała kuracja antybiotykowa jest niepotrzebna i niebezpieczna, co zamyka drzwi przed jedynym leczeniem, które jak udowodniono jest skuteczne, dla pozbawionych sił przez chroniczną boreliozę. A sugerowanie, że chroniczna lub późna borelioza nie istnieje daje dokładnie taki sam efekt, nieprawdaż!

Z zebranych historii chorych na zadawnioną boreliozę wynika jasny obraz szablonowego postępowania prowadzącego do częstego nierozpoznawania choroby, braku znajomości symptomów, błędnego nieprzystępowania do natychmiastowego leczenia, nieznajomości wad testów serologicznych, błędnego monitorowania postępów choroby, nieumiejętnego dobierania kuracji antybiotykowej zależnie od ostrości przebiegu choroby i odmawiania długoterminowych kuracji z zastosowaniem antybiotyków dożylnych nawet w przypadku serologicznego potwierdzenia boreliozy.

Uważam, że te szablony postępowania tworzą łącznie błędny system niezapewniający na czas nieodzownej opieki medycznej. Ostatecznie prowadzi to do niewymownych cierpień oraz trudności finansowych wielu ludzi szukających odpowiedniej opieki medycznej w naszym kraju.

Z zadowoleniem przyjmę możliwość przedstawienia Zarządowi Kolegium historii kilku przypadków, aby uświadomić mu jego wyniszczające oddziaływanie na życie ludzi.

Jestem pewien, że Kolegium szczerze dąży do „udoskonalenie praktyki medycznej”, więc oficjalnie domagam się, aby skorygowało wrażenie jakie pozostawiają informacje z październikowego wydania Biuletynu, utwierdzające braki bieżącej praktyki w leczeniu boreliozy i współdziałało z innymi agencjami nadzorującymi choroby zakaźne w celu wyposażenia lekarzy w Kolumbii Brytyjskiej w wiedzę konieczną do klinicznego rozpoznawania choroby we właściwym czasie.

Z poważaniem
David Cubberley, MLA Saanich South