

Sieversův léčebný protokol: návod, informace, podklady

Švýcarský model, prof. Sievers - na chronickou boreliózu

Posted Květen 2nd, 2007 by [Lymess](#)

- [Aktuality, zajímavosti a jiné protokoly](#)

Minocyclin 50mg ráno 50mg večer

Plaquenil 200mg ráno 200mg večer

Po nějakém čase Plaq už jen v poledne.

To celé půl roku (pro začátek :o).

Zdroj: <http://chlamydie.info/node/801>

Zázračná zbraň Minocyklin + Plaquenil

Článek z časopisu Borreliose Wissen č.19/únor 2009

V roce 2007 informovali vědci Priska Keller a Martin Sievers (Curyšská vysoká škola pro aplikovaný výzkum), že kombinace Minocyclinu (antibiotikum) a Plaquenilu (antimalarikum), je vhodnou kombinací ke zničení různých forem borelií.

Od té doby je slyšet od mnoha pacientů, že tuto léčbu obdrželi od svého lékaře v různém dávkování, buďto s pomalým zvyšováním od 2 x 50 mg minocyklinu denně k 150 mg/denně, a nebo hned od začátku 200 mg denně. Plaquenil zpravidla nebyl podáván od začátku léčby, nýbrž teprve když bylo nutné obnovit terapii.

Také při užívání plaquenilu dávkování kolísalo od 200 mg za den až 200 mg každý druhý den. Doba kombinované léčby se lišila od jednoho do šesti měsíců. Částečně byl u obzvláště těžkých pacientů nahrazen minocyklin clarithromycinem (Klacid).

Varování lékaře internisty: „Je třeba sledovat hodnoty jaterních testů, aby se neodchýlily z normy, a musíme být na pozoru, aby pacient neměl vyšší dávkování, než potřebuje. Ještě nemáme žádné jednoznačné doporučení, a proto je třeba zdrženlivosti a individuálního přístupu.

Vyjádření neurologa: „ U zjištěné chronické boreliózy s mozkovými symptomy jako jsou poznávací deficity nebo poruchy paměti se podle mé zkušenosti u nejméně 80% pacientů dá počítat se zlepšením. Zhoršení souvisí pouze s eventuálními vedlejšími účinky antibiotik – vyrážka, bolest hlavy, alveolitida (alergický zánět plic) atd. Dalším vedlejším účinkem minocyklinu (také clarithromycinu) může být blokování diaminooxidázy (DAO), enzymu, který odbourává histamin. Ještě jsem nezažil, že by léčba vůbec nezabrala, ale bývá obvyklé, že ne všechny příznaky se zlepšují rovnoměrně.

Protože tato léčba není standardní, nýbrž se jedná spíše o individuální pokusy, s ohledem na rozpočet a dobré vycházení se zdravotními pojišťovkami, vzdali jsme uvedení jmen lékařů, kteří nám své zkušenosti sdělili. Uváděné počty také nejsou ze studie, ani z reprezentativní ankety, nýbrž jsou pouze obrazem názorů bez vědecké výpovědi.

Také pacienti chtějí zůstat v anonymitě. Většina z nich vypovídá o zlepšení až do vymizení symptomů. Několik málo z nich si stěžuje na nevolnost a léčbu přerušili. Říkají k tomu: "Není mi dobře při léčbě, ale cítím, že se něco zlepšuje."

Jeden pacient, který měl boreliózu přes 20 let, označil léčbu jako „průlom“. Před více než 15-ti lety se rozloučil s citem ve svých nohách a chodidlech, a cit se mu vrátil nyní pod mino+plaq zpět, takže mohla být terapie po 6 měsících ukončena.

ošetřovaní pacienti	zlepšení až do vymizení symptomů	zhoršení, přerušeni léčby	bez efektu
1.170	855	53	110
100%	73%	4,5%	9,4%

5/2009
mariem

http://www.mediacana.net/bsg_sw/Sievers.pdf

článek prof. Sieverse pro časopis Borreliose Wissen č. 16/srpen 2007 (aktualizováno listopad 2008)

volný překlad:

Lymfská borelióza je bakteriální onemocnění. Proto je třeba v léčbě použít správná antibiotika, doplněná zdravou výživou a pohybem na čerstvém vzduchu. **ABSOLUTNĚ SE NEDOPORUČUJE** užívat s antibiotiky další prostředky jako je Samento a podobné přípravky.

Výzkumná skupina prof. Sieverse má mnoho zkušeností ve výzkumu boreliózy a rickettsiálních infekcí, které by měly být převedeny do praxe. Prodloužená atb terapie vyžaduje disciplínu, je potřeba dát pozor na vedlejší účinky léčby a při příliš silných reakcích dělat krátké přestávky na zotavení. Při výzkumech pozorovali borelie žijící ve formách spirochet, cyst a intracelulárně.

Terapeutická dávka doxycyklinu musí dosahovat krevních koncentrací ne méně než 5 mcg/ml, sérové úrovně mají být během léčby kontrolovány.

Cefriaxon nemá žádné účinky na chronickou boreliózu a není účinný proti cystické a intracelulární formě borelií.

Plaquenil zabíjí cystické formy borelií a současně jako antirevmatikum mírní vzplanutí lymfské artritidy. Dávkování je až do 2x200mg denně dle váhy pacienta.

Minocyklin je lipofilní, vhodný pro dlouhodobou léčbu, v dávkách od 2x100mg denně. Sieversův kolega Markus Fritzsche publikoval mnoho zkušeností s použitím minocyklinu.

Ketek (telithromycin) je in vitro účinnější než starší makrolidy jako klacid nebo azitromycin.

Kombinace plaquenilu a doxy nebo minocyklinu zabíjí všechny formy borelií, obě atb dobře procházejí HL bariérou (v případě doxy sledovat krevní hladiny jak psáno výše).

Prosím, konzultujte terapii plaq/mino se svým praktickým lékařem, a buďte trpěliví, než uvidíte výsledky.

<http://www.borrelioseforum.de/cms/html/modules.php?name=Forums&file=viewtopic&topic=13492&forum=1>

Shrnutí přednášky prof. Martin Sieverse na konferenci o borelioze v Bad Sodenu 5. 4. 2008 (volný překlad):

Sievers a jeho pětičlenný tým na laboratorních kulturách NEZJISTILI ŽÁDNÝ ÚČINEK makrolidů (jako erythromycin, clarithromycin nebo azithromycin) na borelie. Tento výsledek byl pro něj zklamáním.

Při laboratorních pokusech dosáhla kombinace tetracyklinů (na prvním místě minocyklinu) s hydroxychloroquinem (Plaquenil, Quensyl) nejlepších výsledků. Sievers považuje tuto kombinaci za vhodnou/účelnou, protože minocyklin a plaquenil působí intracelulárně (pronikají dovnitř buněk), procházejí hematolymphatickou bariérou už v nízkých koncentracích, mají dlouhý poločas účinnosti, jsou rozpustné v tucích, bakterie si k nim těžko vytváří rezistenci, pokryjí spoustu dalších koinfekcí, a tato kombinace je schopna odstranit různé formy borelií - spirochetální i cystické.

Mimo to považuje za důležité při léčbě sledovat sérové hladiny atb, které by měly dosahovat 5mg/l doxycyklinu nebo 2,5mg/l minocyklinu.

Okrajově také poznamenal, že při svých výzkumech bylinných extraktů jako je štětka planá (Kardewurzel=<http://www.botany.cz/cs/dipsacus-fullonum/>) a samento (kočičí dráp), zjistil, že neúčinkují, samento se ukázalo dokonce jako **PODPORUJÍCÍ RŮST BORELIÍ**.

Borelie mají přes 150 povrchových proteinů, což jiné bakterie nemají, dokonce ani jejich příbuzná *treponema pallidum*, původce syfilis. Tato variabilita povrchových proteinů objasňuje vysokou toxicitu borelií, jejich schopnost vyvolat zánětlivé dráždění, bolest a vyhnout se imunitním reakcím.

Borelie dokážou - vedle své schopnosti pronikat do buněk - potlačit aktivitu fagocytů (*fagocyt: bílá krvinka schopná ničit škodlivé bakterie*) a tím znemožnit fagocytózu (*fagocytóza: pohlcování cizích částic z buňkami*). Dokážou rozkládat komplement (*komplement – skupina krevních bílkovin, které se podílejí na některých imunitních a alergických reakcích - ničení bakterií, uvolňování histaminu, opsonizace aj.*), resp. ho zneaktivnit a způsobit vykojení imunitního systému.

Borelie potřebují v první řadě zinek, takže je třeba opatrnosti při jeho doplňování.

Přednáška Dr. Markuse Fritzscheho, 30. 11. 2005 v Bernu

<http://www.zeckenliga.ch/downloads/Zusammenfassung%20Vortrag%20Fritzsche.pdf>

Novinky v chronické neuroborelioze s neobvyklými aspekty

Úvodem dr. Fritsche představuje jeden nedávný případ ze své praxe a ukazuje obrázek erythema migrans. Pacient pracoval na zahradě, kde se mu zakouslo klíště. Po cca 3 hodinách pacient klíště odstranil. Přesto se mu během méně než 24 hodin udělala v pravém tříse skvrna o velikosti 5-7cm.

Borelie umí měnit svůj genetický materiál, na rozdíl od ostatních bakterií se dokáží vzdát potřeby železa při svém růstu, ale potřebují místo něj zinek. To je vysvětlení pro výbušný růst této infekce během prvních dnů, protože borelie v našich makrofázích indukují tvorbu tzv. metaloproteinů (*metaloproteiny – bílkoviny obsahující kov, jako např. hemoglobin obsahující železo*). Metaloprotein 9 je obsažen v kůži a mozkových plenách, obsahuje zinek, je součástí buněčných stěn, má důležitou funkci v imunitním systému. U těhotných žen je ve velkém množství obsažen v placentě. Borelie nemohou tento metaloprotein samy vyrábět, a tak přinutí naše buňky, abychom pro ně tuto látku vytvářeli. Tak narušíme naše vlastní buněčné svazky ve prospěch borelií, které se pak během krátké doby mohou rozšířit po celém těle.

Borelie jsou známé teprve asi čtvrt století. Víme ale, že se v naší oblasti vyskytují již bezmála 75 let. Tehdy objevil v Heidelbergu Dr. Gabriel Steiner borelie v mozku pacienta s roztroušenou sklerózou. Dr. Steiner byl napaden svými kolegy z oboru, kteří samozřejmě vše věděli lépe. Dr. Fritsche ukazuje obrázek z roku 1928, kde byly s pomocí metody barvení stříbrem (*používána při průkazu treponema pallidum*) prokázány spirochety v histologických preparátech lidského mozku. Tehdy také byly v Bernu, v institutu Dr. Simonse, nalezeny další důkazy spirochét v mozkomíšním moku žijících pacientů s RS. Zde byly prokázány žijící formy spirochét. Objev Dr. Steinera byl popřen především jeho americkými kolegy. Kolegové tvrdili, že to jsou bakterie, které byly zaneseny do těchto míst při nesouvisející infekci, a tak bylo prohlášeno že spirochety bakterií v mozku pacientů s RS jsou druhotnou infekcí a nejsou primárně odpovědné za onemocnění.

Dr. Steiner má argumenty na své straně. Nenalezl spirochety v mrtvých, zjizvených tkáních, ale v aktivních oblastech, odkud se zánět rozšíří do mozku. Kromě toho zjistil, že spirochety jsou ještě aktivní, nejsou to odumřelé bakterie a podélně se dělí, jak je pro borelie typické. Tyto poznatky jsou z publikace Dr. Steinera z 50tých let. Podélné dělení, které je zcela specifické pro borelie bylo dokonce prokázáno již v první publikaci z roku 1928.

Dr. Steiner má ve své první publikaci a zvláště v jeho pozdějších publikacích velmi přesně popsáno, že se u těchto borelií jedná o dvoufázový patogenní mechanismus. Na jedné straně spirochetální struktury, které ale na okrajích vytvářejí tzv. boule nebo blebsy a také cystické struktury. Dr. Steiner definoval cystické formy jako přezimující formy. Formy, které mohou v chronickém stavu persistovat v našem organismu, především v mozku. Do tehdejší doby nebyly o L-formách (cystické struktury, které různé bakterie mohou zaujímat viz <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/l-forma2>) ještě žádné zprávy. Víme teprve krátkou dobu, že spirocheta *Borelia burgdoferi* skutečně takové formy tvoří. Dr. Fritsche ukazuje snímky cystických forem na preparátech dr. Mursice zpracovaných elektronovým mikroskopem. Tato změna povrchové struktury představuje pro borelie mechanismus, který jim pravděpodobně pomáhá vyhnout se imunitnímu systému.

Dodnes ještě stále není přijat názor, že *Borellia burgdoferi* je příčinou RS - navzdory publikovanému výzkumu bratří Brorsonů z Norska. Tito odebrali mozkomíšní mok 10ti pacientům s RS a odstředili speciální šetrnou metodou. Tak mohli u 8 z 10ti pacientů prokázat cysty barvením a u 10ti z 10ti pacientů s RS objevili specifické protilátky proti cystám *Borellia burgdoferi*. Potom byl odebrán mozkomíšní mok kontrolní skupině a byly hledány podobné struktury, aby se zjistilo, jestli

tyto struktury nemohou být přeměněné normální buňky, které v sobě všichni nosíme. Z pěti pacientů kontrolní skupiny byly cysty nalezeny jen u jednoho z nich. Při dalším zkoumání vyšlo najevo, že se jedná o pacienta, který dříve onemocněl Lymeskou boreliozou a měl erythema migrans. Z toho Brorsonovi usoudili, že se jedná o cysty *Borrelia burgdoferi* a ne něco jiného. Cysty od pacientů s RS byly kultivovány v růstovém médiu a podařilo se získat živé spirochetální formy. Tím se dostáváme zpět o téměř jedno celé století do doby Dr. Steinera. V té době v Anglii dával opicím druhu makak rhesus Dr. Adams mozkomíšní mok pacientů s RS. Po několika měsících byly nalezeny pohybující se spirochety u dvou opic. Ví se tedy, že RS, nemoc, jejíž příčina dodnes není oficiálně známá, lze přenést na zvířata a najít spirochety. Tento Adamsův popis spirochét se opět přesně shoduje s boreliemi.

(snímek dr. Mursice, studie brří. Brorsonových a další články o cystických formách Bb:
http://home.pon.net/caat/lyme/cyst_phase/cyst_phase1.html)

Dr. Fritzsche, na základě nálezů borelií v mozku pacientů s RS, prezentuje teorii o přenosu ptáky, kteří dle literatury borelie přenášejí. Je všeobecně známo, že *Borrelia garinii* napadá především mozek. To, že Bg napadá právě mozek, souvisí s teplotou mozku 38 stupňů. Při 38 stupních *Borrelia garinii* optimálně roste. Mořští ptáci, jako albatros nebo racek, mají také teplotu kolem 38 stupňů. Proto dr. Fritzsche prošetřoval možnost rozšíření nemoci mořskými ptáky. Mimo jiné existuje velká přehledná italská práce, kde autor popsal, jak častá je RS ve světě a jaké je rozložení jejího výskytu. V tropických oblastech se RS nevyskytuje vůbec (*ani klíšťata*). V naší oblasti máme typické členění, které musí být závislé na teplotě. Od 37° zeměpisné šířky klesá četnost případů RS.

Další údaje poskytl profesor Olson. Sbíral speciální druhy klíšťat – *Ixodes uriae* na Aljašce, Newfoundlandu, Severní Americe, Jižní Africe a Novém Zélandu. V těchto druzích byly prokázány borelie. Rovněž také změřil a popsal koncentrace borelií v klíšťatech. Jedná se právě o druh *Borelia garinii*, který byl nalezen po celém světě.

Nejen geografie hraje roli v rozšíření nemoci, ale také teplota a roční období. Dr. Fritzsche shromáždil údaje o sezónním výskytu klíšťat a současně sezónním výskytu RS. Ví se, že dítě narozené na jaře má o něco vyšší pravděpodobnost onemocnění RS. Toto víme už dlouho, nazývá se to porodní přírůstek v roztroušené skleróze. Dr. Fritzsche našel dvě oblasti (Kanadu a Dánsko) kde mohl porovnat míru porodnosti dětí s RS a normální míru porodnosti podle sezónního výskytu klíšťat rodu *Ixodes*. Křivka výskytu klíšťat se opět odráží přesně v nárůstu porodů pacientů s RS.

Hypotéza: Víme, že u většiny nositelů chronické žloutenky typu B se nemoc přenesla při porodu. Dítě je imunologicky nevyvinuté. Při porodu dochází k výměně krve mezi dítětem a matkou a virus se přenesl. Protože dítě se neumí proti viru správně bránit, zůstává chronickým nositelem po zbytek svého života. Dr. Fritzsche je přesvědčen, že u RS je to přesně totéž. Borelie jsou přeneseny při narození, a protože imunitní systém novorozenců nebude připraven na infekci, stane se chronickým nosičem borelií, což později povede k zánětu mozku, který minimálně u části pacientů vyvolává RS.

Roztroušená skleróza má pravděpodobně rozmanité příčiny, ale když znáte jednu z nich, pak můžete léčit alespoň skupinu pacientů. Toto se provádí jednoduchým způsobem. Vhodná léčba byla zveřejněna. Jde o dvě různá antibiotika. Jedno z nich je efektivní proti spirochetální formě, a pak další, které je schopno zasáhnout a zabít cystické L-formy borelií.

Tak jako u RS odráží křivka porodnosti u schizofrenie křivku výskytu klíšťat. Veškeré studie, kde máme potřebné podklady (alespoň 3000 pacientů v jedné studii), ukazují na vysokou porodnost dětí s tímto onemocněním v zimě a na jaře. Existuje přes 500 studií, které tento sezonní výskyt porodů dětí se schizofrenií dokazují. Je ale jen málo studií, které zahrnují víc jak 3000 pacientů. Geografické složení průkazných studií pochází právě z oblastí, které jsou domovem pro klíšťata rodu Ixodes.

Otázky z publika:

1) Existují také pacienti s RS, kteří nemají v sobě žádné borelie?

Odpověď dr. Fritzsche:

Pravděpodobně ano. Vycházíme z toho, že se u skupiny pacientů s RS jedná o syndrom, také podle popisu chronických zánětlivých procesů v mozku, který je diagnostikován klinicky. Domníváme se, že se jedná o infekční prostředí, na jehož vývoji se mohou podílet také jiné patogeny než borelie. Není naším úkolem dokázat, že jiné patogeny nejsou odpovědné za RS, ale je na čase přijmout názor, že alespoň u části pacientů s RS borelie hrají roli. Ve výše uvedené studii Brorsonových byly skutečně u všech pacientů s RS prokázány cystické formy borelií.

2) Které antibiotikum působí proti cystickým formám?

Dr. Fritzsche:

Jedná se o Fasigyn (tinidazol). To bylo zjištěno zmíněným norským výzkumem. Z borelií byly vyšlechtěny cysty a vystaveny tinidazolu. Tinidazol se koncentruje v cystách. O tinidazolu se s jistotou ví, že velmi dobře proniká do mozku, přes buněčnou membránu a vstupuje do buněk. In vitro tinidazol účinkuje, in vivo zatím nemáme žádné poznatky. Další antibiotikum je minocyklin, který dobře proniká do mozku a likvoru a je účinný proti boreliím. Je vhodný pro pacienty s RS, protože má protizánětlivé účinky. Pokud někdo nevěří roli borelií v RS, může přesto použít minocyklin s pozitivním účinkem. S beta-interferonem se neuzdravil žádný pacient (viz http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0200/med200_45.html). Terapie stojí na každého pacienta 20-30 tisíc švýcarských franků za rok. Minocyklin je vhodné atb, jehož patent už vypršel.

3) Proč mohou být nalezeny v krvi pacientů s boreliozou pozitivní protilátky a v likvoru negativní? (tazatelem je postižený pacient, který dostal diagnózu RS v roce 1983 a o 16 let později diagnózu neuroboreliozu na základě pozitivních protilátek v likvoru, přestože byla serologie negativní).

Dr. Fritzsche: To jsou dvě věci, které mohou být mylně interpretovány. U podezření na neuroboreliozu nebo RS by měla být provedena také diagnostika z likvoru. L- formy umožňují boreliím držet se dlouhou dobu v našem těle a unikat imunitnímu systému.

Odpovídá prof. Sievers:

Diagnóza je obtížná. Borelie se umí při infekci rozšířit z místa průniku do těla. Potom už nemusí být v krvi nalezeny žádné borelie: negativní výsledek PCR testu. Serologie pomocí testu Western blot může ale ukázat také pozitivní výsledek. PCR z krve může mít negativní výsledek, v kloubním punktu nebo likvoru ale pozitivní.

K tomu doplňuje Dr. Meerová: Našli jsme pomocí PCR borelie v krvi chronických pacientů, a to nejen při čerstvé infekci. Pomocí důkazu protilátek v chronickém stadiu jsem zjistila, že velmi mnoho pacientů je pozitivních jen a pouze v testu Western Blot IgM Borelia garinii v proteinu p22

(OspA), a že tato pozitivita se mění během léčby. Obecný testovací princip je chybný. Když je test (*myšleno Elisa*) negativní, už se vůbec neprovádí WB test. Přitom dochází k omylu, když mají tito pacienti se zdánlivě negativním výsledkem pozitivní WB v IgM, který svědčí o persistující infekci.

4) Otázka k imunitním procesům a chronické borelióze:

Pořád znovu se mluví o chronické borelióze, kdy přežívají borelie v těle ve formě cyst nebo spirochet. Dříve bylo toto tvrzení (*spojení borelióza+autoimunita*) kontroverzní. Je to dnes tak, že se uvádí obě možnosti?

Prof. Sievers: Vzhledem k tomu, že se protilátky proti boreliím mohou působit proti buňkám vlastním, je možné obojí, borelióza i autoimunitní onemocnění, mohou existovat vedle sebe. Bohužel k tomu neexistuje jednotný důkaz, ale možnost, že borelie způsobují autoimunitní onemocnění, je diskutována.

5) Je pacient nakonec nemocný, protože dostal borelie při přenosu z matky, nebo je nemocný na základě genetických změn způsobených boreliemi, nebo obojí?

U RS vycházím z toho, že patogen je stále přítomen. U schizofrenie si to nemyslím. Protože tam probíhá přenos na embryo už při uchycení v děloze. Tedy o 9 měsíců dříve, což by mohlo být zřejmé z genetické porovnávací studie. U RS nastává přenos při porodu. Myslím si, že v případě schizofrenie antibiotika nepracují. U schizofrenie nejsme ještě tak daleko, výzkumy nyní probíhají, ale je zřejmé podezření, že je geneticky podmíněná a infekce představují rizikový faktor, který se může projevit na pozdějším průběhu onemocnění. To je ale zatím pouze hypotéza.

6) Co je Fasigyn a jaké vedlejší účinky od něj můžeme očekávat?

Dr. Fritzsche: Fasigyn je lék, který má minimální vedlejší účinky, proto se již přes 30 let používá u běžných infekcí. Patent již prošel. Vedlejší účinky jsou minimální, mírnější než u Betaferonu. Samozřejmě musí člověk u každého léku zvážit riziko. Fasigyn má oproti antimalarikům výhodu, že je to antibiotikum, což je léčebně lépe odůvodnitelné. Není mi známo, že by lidé brali Fasigyn delší dobu. Ale také to nebylo nutné. Když se zničí cystické formy, jsou pryč. Musí se samozřejmě podávat antibiotika proti spirochetálním formám. Jinak se může jedna forma přeměnit v druhou. Minocyklin se může užívat delší dobu, protože má protizánětlivé účinky a vedlejší účinky jsou minimální. Proto je předepisován také pacientům s akné na delší dobu.

7) Jak působí jód na erythema migrans?

Určitě je dobré vpich vydesinfikovat jodem. Ale když už se erythema migrans udělá, potom se léčit pouze antibiotiky. Borelie, které jsou již ve tkáních a krvi, se desinfekcí nezabijí.

8) Je zřejmé, že pro přenos borelií je potřeba 24 hodinová doba přísátí. Dnes víme o příkladech, kdy se přenos uskuteční za podstatně kratší dobu. Jak to tedy je?

Prof. Sievers: Na toto téma existuje spousta publikací. Nedá se nic jednoznačně říci. Borelie jsou vázány svým povrchovým proteinem OspA na TROSPA receptor ve střevě klíšťat. Doba přenosu je jistě závislá na tom, jestli je již krev ve střevě klíštěte. Podle všeho to jde mnohem rychleji, než se obvykle myslí. Včasné odstranění klíštěte může chránit před infekcí boreliemi, ale ne před klíšťovou encefalitidou.

9) K tématu aktivní borelioza existují různé názory. Co pomáhá efektivně kromě antibiotik? Co můžete říct k alternativní léčbě jako např. biorezonance, terapie magnetickým polem, infuze, interleukiny 1+2, léčba horečkou atd.?

Prof. Sievers: (V první chvíli jsou oba přednášející trochu bezradní.) O tom máme příliš málo údajů. Snažil jsem se něco o tom najít. Viděl jsem, že těmito tématy se zabývají v USA. Tam se ale vyskytuje pouze *Borrelia burgdorferi sensu stricto*. S ozonoterapií mají prý v USA dobré zkušenosti. Ale máme k tomu tak málo podkladů, že nemohu říct nic bližšího. Z mikrobiologického hlediska musí být patogen usmrcen, a to je možné pouze antibiotiky – a to těmi správně zvolenými. Otázkou je, co musí antibiotika umět. Jak je to s poločasem rozpadu? Umí pronikat do buněk? Mají dobrý průnik do tkání? Jaká je rozpustnost v tucích? Procházejí hematolivorovou bariérou? Léčbu můžeme vyhrát, pokud najdeme to správné antibiotikum. Borelie přecházejí z pohyblivé spirochetální do cystické formy. Obě formy by měly být antibiotiky zničeny. Možné jsou kombinace atb. Tetracykliny jsou účinné proti boreliím uvnitř buněk. Doxycyklin má velmi dobrý průnik do kloubních tekutin, ale špatný průnik do centrálního nervového systému (likvor). Minocyklin proniká hematolivorovou bariérou. Tinidazol (Fasigyn) a hydroxychloroquin (Plaquenil) jsou předepsány kvůli účinkům na cystické formy. Kombinace antibiotik se na léčbu lymfské boreliózy jasně doporučují. Účinnost imunitního systému proti boreliím, které se imunitní odpovědi zčásti umějí vyhnout, je dalším faktorem v uzdravení.

10) Proč doktoři v této situaci neřeknou, co je třeba dělat? Já nevím, kde je problém, doktoři nevědí, co dělat a laboratoř říká, že musíte hned něco podniknout. Nakonec se dostanete k Dr. Satzovi, musí se udělat znovu všechna vyšetření, včetně lumbální punkce. Nyní po třech měsících bude léčba zahájena. A já teď nevím, jestli je Rocephin (ceftriaxon) tou správnou volbou. Kdo může konkrétně říci, které atb je to pravé?

Prof. Sievers:

To se musíte zeptat Dr. Satze, Fritzsche nebo Dr. Meerové. Jsou lékaři, kteří se angažují a mají zkušenosti. Určitě mají rozdílné zkušenosti. Je třeba vyslechnout všechny názory. Já bych nebral žádný Rocephin, nýbrž tetracyklin, jako je minocyklin.

Dr. Fritzsche:

Nedávno jsem posílal můj článek Dr. Satzovi. Snažím se prosadit studii, která by se měla udělat. Všechno se ale točí kolem peněz. Příklad: Psal jsem do firmy, která vyrábí Plaquenil (antimalarikum). Chtěl jsem vidět data o průniku skrz hematolivorovou bariéru. Nedostal jsem žádnou odpověď. Ale takový je svět. Patent léku už vypršel, a tak se na tom nedá víc vydělat.

Prof. Sievers:

Narazil jsem na jednu publikaci, kde bylo řečeno, že Rocephin (ceftriaxon) neproniká do mozku. Farmaceutické firmy pořád tvrdí, že Rocephin má průnik do mozku a všichni doktoři tomu věří. Při výzkumech byly myši průběžně testovány a žádná neměla Rocephin v mozku - narozdíl od tetracyklinů. Dobře, taková publikace může způsobit pochybnosti. Když člověk nyní hledá na internetu o Rocephinu a hematolivorové bariéře, najde různé články, které potvrzují, že Rocephin proniká do mozku.

6/2009

Verunacek

Radka