



Minister Zdrowia

DLJ.050.1.2024.WSK
Warszawa, 23 lutego 2024

**Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP**

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację Pani Poseł Katarzyny Kierzek-Koperskiej w sprawie problemów pacjentów chorujących na boreliozę (nr 1330), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Borelioza jest umieszczona w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób jako ICD-10: A69. 2, choroba z Lyme. Zachorowania na boreliozę podlegają obowiązkowi raportowania do nadzoru epidemiologicznego. Analiza danych z wieloletniego monitoringu wskazuje, że choroba ta jest istotnym problemem zdrowotnym z perspektywy zdrowia publicznego. Dane epidemiologiczne sytuacji epidemiologicznej boreliozy w Polsce w danym roku są omawiane na łamach czasopisma „Przegląd Epidemiologiczny” (Przegląd Epidemiologiczny - Epidemiological Review, www.pzh.gov.pl). Według Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), obszar Polski należy uznać za endemiczny dla występowania kleszczy. Dane krajowe wskazują jednak, że przez wiele lat największa zapadalność utrzymywała się we wschodnich regionach Polski (województwa: podlaskie i warmińsko-mazurskie), a w ostatnim czasie obserwuje się większą zapadalność w regionie południowym (województwo małopolskie).

Symptomatologia boreliozy jest wysoce różnorodna i choroba może przybierać kilka postaci w zależności od zajętego narządu lub układu. Z tego względu właściwa diagnostyka jest kluczowa dla rozpoznania i leczenia boreliozy.

Opracowana przez WHO klasyfikacja ICD-10 dla boreliozy (choroby z Lyme) wyróżnia następujące postacie kliniczne: A69.2 Choroba z Lyme Rumień przewlekły wędrujący wywołany przez *Borrelia burgdorferi*, dopuszczając uzupełnienia kodu A69.2 następującymi rozpoznaniem:

- G01 – Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu chorób bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej,
- G63.0 – Polineuropatia w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej,
- Zapalenie stawów w przebiegu choroby z Lyme.

Nowsza wersja opracowana przez WHO jako klasyfikacja ICD-11 doprecyzowuje postacie kliniczne w następujących kodach: 1G Borelioza z Lyme –

- 1C1G.0 – Wczesna borelioza skórna,
- 1C1G.1 – Borelioza rozsiana,
- 1C1G.10 – Neuroborelioza,
- 1C1G.11 – Zapalenie mięśnia sercowego,
- 1C1G.12 – Borelioza oczna,
- 1C1G.13 – Zapalenie stawów w przebiegu boreliozy,
- 1C1G.14 – Późna borelioza skórna,

1C1G.1Y – Inna określona borelioza rozsiana,
1C1G.1Z – Borelioza rozsiana, nieokreślona,
1C1G.Y - Inna określona borelioza.

Żadna z powyższych klasyfikacji klinicznych nie definiuje boreliozy jako choroby przewlekłej (chronicznej). Wyróżnia się postacie wczesne i późne, zlokalizowane i rozsiane, ale według aktualnej wiedzy medycznej oraz klasyfikacji WHO nie istnieje „borelioza przewlekła” lub „borelioza chroniczna”.

Podkreślenia wymaga, że zgodnie z wytycznymi PTEiLChZ i międzynarodowymi wytycznymi IDSA (Infectious Diseases Society of America) opublikowanymi w 2020 r. dla poszczególnych postaci boreliozy długość leczenia antybiotykiem jest sprecyzowana i nie przekracza 30 dni dla żadnego stadium klinicznego z możliwością ewentualnego jednokrotnego powtórzenia terapii antybiotykiem podawanym dożylnie przez 2-4 tygodnie w przypadkach szczególnych (np. zapalenie stawów bez poprawy po antybiotykoterapii doustnej).

Prawidłowa diagnostyka opiera się na schemacie dwuetapowym, czyli wykonaniu dwóch testów laboratoryjnych, z których pierwszy (immunofluorescencyjny) charakteryzuje wysoka czułość, a drugi (test metoda Western-blot z oceną produkowanych przeciwciał) – wysoka swoistość. Taki schemat diagnostyki jest rekomendowany przez Unię Europejską (zgodnie z zaleceniami ekspertów europejskich zajmujących się boreliozą) i stanowi jedyną, wiarygodną metodę rozpoznania boreliozy. Podjęcie właściwego leczenia polega na stosowaniu antybiotykoterapii, zgodnie z wytycznymi dotyczącymi wyboru preparatu, dawkowania i czasu leczenia z jednoczesną kontrolą zastosowanej terapii za pomocą badań poziomu przeciwciał klasy IgM oraz IgG oraz właściwą interpretacją otrzymanych wyników. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.), w diagnostyce boreliozy lekarz może zlecić wykonanie następujących badań laboratoryjnych, finansowanych ze środków publicznych:

- Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG),
- Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający,
- Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM),
- Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający,
- Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG/ IgM Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/ IgM),
- Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG/ IgM - test potwierdzający,
- Borrelia afzelii Przeciwciała IgG,
- Borrelia afzelii Przeciwciała IgM,
- Borrelia Przeciwciała (całkowite).

W odniesieniu do propozycji opracowania zaleceń postępowania diagnostyczno-leczniczego w boreliozie wyjaśniam, że Minister Zdrowia nie opracowuje takich dokumentów. Opracowanie zaleceń pozostaje w wyłącznej kompetencji odpowiednich stowarzyszeń będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Obowiązujące wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne dla boreliozy - opracowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami Evidence-Based Medicine EBM – dostępne są w licznych publikacjach w medycznych czasopiśmie naukowych. Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia Boreliozy z Lyme, opracowane przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLCHZ), istnieją od wielu lat (ostatnia wersja z roku 2023) i są dostępne na stronie Towarzystwa <http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2024/02/Moniuszko-i-wsp.-Przeg-Epidemiol.-2023.pdf>.

Przywołana w interpelacji terapia boreliozy zalecana przez International Lyme and Associated Disease Society (ILADS), polegająca na stosowaniu wielomiesięcznej (czasem kilkuletniej) antybiotykoterapii, niejednokrotnie skojarzonej w sposób niejednolity, nie ma podstaw naukowych. Zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, taki sposób re-terapii nie jest zalecany w żadnych dostępnych rekomendacjach.

Skuteczność długotrwałej antybiotykoterapii nie została potwierdzona w randomizowanych badaniach klinicznych na odpowiednio dużych grupach, a może prowadzić do działań niepożądanych i skutkować wzrostem antybiotykooporności w całej populacji Polski. Literatura medyczna precyzyjnie opisuje przypadki powikłań po długotrwałej antybiotykoterapii stosowanej w przypadku boreliozy. Leczenie boreliozy powinno być prowadzone zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach i rekomendacjami zgodnymi z bieżącym stanem wiedzy, określającymi precyzyjnie rodzaj i długość leczenia.

Wiedza na temat diagnostyki i leczenia jest przekazywana studentom i lekarzom z wykorzystaniem najnowszych podręczników z zakresu chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych. Informacje dla lekarzy znajdują się również w „Przeglądzie Epidemiologicznym” dostępnym w internecie.

Profilaktyka, która ma zmniejszyć ryzyko zachorowania na boreliozę, jest zalecana każdej osobie na terenie Polski. Polega ona na stosowaniu repelentów (środków odstraszących), odpowiednim ubiorze, sprawdzaniu ciała w celu jak najszybszego usunięcia kleszcza. W ramach edukacji społecznej, przy okazji omawiania rozpoczęcia „sezonu kleszczowego”, czy profilaktyki ugryzienia przez kleszcze podczas wakacji, urlopów pojawiają się audycje w mediach na temat profilaktyki swoistej i nieswoistej zachorowań na choroby odkleszczowe. Rzetelne informacje są stale dostępne dla osób zainteresowanych na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego <https://www.gov.pl/web/gis/kleszcze--powazne-zagrozenie-dla-naszego-zdrowia>.

Na zakończenie, w oparciu o opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii, informuję, że trwają badania nad szczepionką przeciw boreliozie, która jest w III fazie badań klinicznych. Wstępne dane wskazują, że rejestracja tej szczepionki na świecie może nastąpić w 2025 r.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Urszula Demkow
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/