



Minister Zdrowia

DLG.050.2.2024.WSK
Warszawa, 26 lutego 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację Pani Poseł Moniki Wielichowskiej w sprawie problemów pacjentów chorujących na boreliozę (nr 335), 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 dotyczące 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. Aktualnie, opracowana przez WHO klasyfikacja ICD-10 dla boreliozy (choroby z Lyme) wyróżnia następujące postaci 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 w postaci klasyfikacji ICD-11 doprecyzowuje postaci kliniczne boreliozy 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.

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

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.), w art. . 4 określa, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Obowiązujące wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne dla boreliozy - opracowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami Evidence-Based Medicine EBM – dostępne są w publikacjach medycznych czasopism naukowych, krajowych i międzynarodowych. 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>. Zgodnie z wytycznymi PTEiLChZ z 2023 r. oraz międzynarodowymi wytycznymi IDSA (Infectious Diseases Society of America) z 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). 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.

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.

Przywołana w interpelacji terapia boreliozy zalecana przez International Lyme and Associated Disease Society (ILADS), która polega 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. Stosowanie tego schematu leczenia może prowadzić do działań niepożądanych i skutkować wzrostem antybiotykooporności w całej populacji Polski. Literatura medyczna precyzyjnie opisuje przypadki powikłań po długotrwałej antybiotykoterapii w boreliozie. Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach i rekomendacjami ekspertów zgodnymi z bieżącym stanem wiedzy, określającymi precyzyjnie rodzaj i długość leczenia.

Prawidłowa diagnostyka boreliozy 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.

W przypadku boreliozy istotna jest zalecana każdej osobie na terenie Polski profilaktyka, która ma zmniejszyć ryzyko zachorowania. Polega ona na stosowaniu repelentów (środków odstraszających), odpowiednim ubiorze, sprawdzaniu ciała w celu jak najszybszego usunięcia kleszcza. Działania edukacyjne prowadzone są przy okazji omawiania rozpoczęcia „sezonu kleszczowego”, czy profilaktyki ugryzienia przez kleszcze. Podczas wakacji i urlopów emitowane są w mediach informacje o swoistej i nieswoistej profilaktyce zachorowań na choroby odkleszczowe. Rzetelne informacje są też dostępne na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego <https://www.gov.pl/web/gis/kleszcze--powazne-zagrozenie-dla-naszego-zdrowia>.

Z wyrazami szacunku,
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/