



## Borelioza

Początki historii boreliozy sięgają lat siedemdziesiątych XX wieku. Wtedy to w amerykańskim miasteczku Lyme u kilkorga dzieci wystąpiły objawy zapalenia stawów, które lekarz zakwalifikował jako młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS). Matki tych dzieci, nie będąc przekonane o trafności diagnozy, sprawą zachorowania zainteresowały władze odpowiedzialne za zdrowie w tym rejonie, które podjęły szczegółowe badania dotyczące przyczyn wystąpienia choroby. Okazało się, że wszystkie te dzieci były wcześniej ukłute przez kleszcze. Podjęto więc decyzję o zbadaniu występujących w okolicy kleszczy. Wyodrębniono z nich krętka, który podobne objawy choroby jak u dzieci wywołał u zwierząt laboratoryjnych. Zaczęto do określenia tej choroby używać sformułowania „choroba (z) Lyme”, a krętka nazwano „*borrelia burgdorferi*”. Od jego nazwy chorobę przez niego wywołaną określa się również jako boreliozę.

W latach osiemdziesiątych pierwsze przypadki tej choroby odnotowano w Europie. Kleszcze występują na terenach leśnych i na każdym etapie rozwoju mogą zakażać krętkiem, ale tylko te, które same są zarażone. Ukłucie kleszcza jest zazwyczaj niezauważone.

Borelioza może dawać objawy z różnych układów organizmu i objawy ogólne. Pacjent zazwyczaj trafia do specjalisty leczącego układ, w którym pojawiły się objawy, a więc np. w przypadku objawów ze strony serca i układu krążenia do kardiologa. Leczeniem boreliozy powinien zajmować się specjalista od chorób zakaźnych. W celu ustalenia, że jest to borelioza bada się, czy organizm wytworzył przeciwciała przeciwko borrelii. Wystąpienie przeciwciał ma miejsce dopiero po kilku tygodniach od zakażenia., stąd wcześniejsze badanie nie przyniesie oczekiwanego wyniku, nawet jeżeli zakażenie miało miejsce.

W krótkim okresie od infekcji – od kilku dni do kilku tygodni – pojawia się typowy objaw boreliozy: rumień wędrujący, któremu mogą towarzyszyć również inne objawy. Rumień ma zazwyczaj średnicę nie mniejszą niż 5 cm, a w środku przejaśnienie. Rumień ten rozszerza się, nie dając żadnych innych objawów (np. ból, swędzenie). Wystąpienie rumienia nie wymaga dodatkowych badań immunologicznych. Konieczne jest natychmiastowe włączenie antybiotykoterapii. Nie leczony rumień prowadzi do kolejnego etapu choroby.



Rysunek 1: Kleszcz



Rysunek 2: Rumień wędrujący

Nie u wszystkich zakażonych chorych występuje rumień. Mogą natomiast pojawić się zmiany w układzie nerwowym (np. porażenie nerwu), krążenia, układzie ruchu. Jeżeli pacjent pamięta, że był wcześniej ukłuty przez kleszcza, należy lekarzowi o tym powiedzieć, aby wykluczył boreliozę.

Zmiany w układzie ruchu, układzie nerwowym i zmiany skórne mogą wystąpić w późnym okresie choroby: kilka miesięcy, a nawet lat od ukłucia. W układzie ruchu jest zazwyczaj zaatakowany jeden staw, w którym występuje wysięk. Zdarza się, że zapalenie stawów występuje kolejno w różnych stawach.

Wystąpienie boreliozy potwierdza się przez badanie poziomu przeciwciał w surowicy krwi przeciwko krętkowi borrelii. Na początku robi się badanie testem ELISA, a następnie potwierdza testem Western-blot.

Należy pamiętać, że przeciwciała przeciwko borrelli występują u pewnego odsetka u osób zdrowych. U osób wyleczonych utrzymują się przez wiele lat, a więc poziom przeciwciał nie może być wykorzystany w ocenie skuteczności leczenia.

Rekomendacje leczenia boreliozy zostały opracowane przez Infectious Diseases Society of America (IDSA) i przyjęte przez inne towarzystwa naukowe, w tym przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

Boreliozę należy leczyć antybiotykami. Są to antybiotyki stosowane zazwyczaj doustnie. Najczęściej stosowanym antybiotykiem jest doksycyklina. Przy rumieniu wędrującym antybiotykoterapię stosuje się przez 14-21 dni, podobnie przy objawach ze strony układu krążenia czy nerwowego.

Przy objawach ze strony narządu ruchu antybiotykoterapia jest stosowana przez miesiąc. Można ją powtórzyć jeszcze najwyżej 2 razy. Jeżeli po powtórzonym leczeniu nie będzie poprawy, należy leczyć pacjenta objawowo, szukając innej przyczyny choroby oraz rezygnując z podania antybiotyków. W wyjątkowych przypadkach może być konieczna interwencja chirurgiczna – tzw synowektomia.

U części pacjentów może wystąpić zespół po przebytej boreliozie objawiający się bólami stawów, ogólnym zmęczeniem, nerwobólami. Może się to wiązać ze zbyt późnym zastosowaniem antybiotykoterapii. Kolejne stosowanie antybiotyków nie przynosi efektu albo efekt jest krótkotrwały.

W wytycznych międzynarodowych podano jakiego sposobu leczenia boreliozy nie zaleca się. Są to m. in.: długie stosowanie antybiotyków, łączenie większej liczby antybiotyków podawanych jednocześnie.

Profilaktyką boreliozy jest odpowiedni ubiór do lasu (40% skuteczności), stosowanie repelentów (środków odstrasżających) na skórę (20%), przegląd skóry po powrocie z lasu – usunięcie kleszcza po 1-2 godzinach od wkłucia nawet w przypadku jego zarażenia krętkiem zmniejsza znacząco ryzyko zakażenia (należy pamiętać, że kleszcze bywają różnego rozmiaru, a najmniejsze są wielkości ziarenka piasku). Nie ma obecnie szczepionki ludzkiej przeciwko boreliozie, jest tylko weterynaryjna. Istnieje natomiast tzw. szczepionka przeciwko kleszczom chroniąca przed wirusowym zapaleniem mózgu – konieczne jest przyjęcie 3 dawek.

W przypadku zauważenia kleszcza na skórze należy go jak najszybciej usunąć np. pęsetą – dłuższy czas przebywania kleszcza na skórze zwiększa ryzyko zakażenia, nie należy smarować go tłuszczem, bo wtedy zwiększa się ryzyko zakażenia i zdezynfekować miejsce wkłucia. Jeżeli nie uda się usunąć kleszcza w całości, należy go wydłubać sterylną igłą i ponownie miejsce zdezynfekować. Nie jest konieczna interwencja lekarza.

*Materiał przygotowany przez Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia Instytutu Reumatologii na podstawie wykładu dr n. med. Ewy Stanisławskiej-Biernat, reumatologa z Kliniki i Polikliniki Reumatologii IR wygłoszonego w ramach cyklu „Czwartkowych Spotkań z Reumatologią”.*