

*Jadwiga Żabicka*

MODEL KRAJOWEGO SYSTEMU SURVEILLANCE  
BORELIOZY Z LYME (LB)  
– WYCIĄG Z MATERIAŁÓW GRUPY ROBOCZEJ  
ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (ŚOZ)  
SEROCK 20–22.VI.1995

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. med. *W. Magdzik*

ZGŁASZANIE I REJESTRACJA LB

Podkreślono znaczenie zgłaszalności zachorowań dla celów surveillance LB. Szczegółowo przedstawiono surveillance LB w USA. System tego rodzaju nie istnieje w Europie, co powoduje, że trudno jest ocenić częstość zachorowań i działania zapobiegawcze skierowane przeciwko LB.

W wielu krajach stosowane są własne metody oceny częstości występowania LB. Niektóre kraje europejskie oceniają występowanie LB na podstawie określonych postaci klinicznych, jak np. neuroboreliozy w Danii lub *erythema migrans* w Austrii. Analizowanie tylko niektórych postaci klinicznych choroby powoduje, że nie uwzględniane są przypadki leczone przez lekarzy ogólnie praktykujących.

W krajach, gdzie zgłaszanie i rejestracja LB jest obowiązkowa jak np. w Jugosławii, przeprowadzono szeroką akcję informacyjno-szkoleniową wśród lekarzy ogólnie praktykujących. Byłoby celowe, aby ŚOZ przygotowała niezbędne materiały dotyczące definicji, leczenia, surveillance LB itd. Materiały te należałoby szeroko rozpowszechnić we wszystkich krajach europejskich.

Surveillance może również opierać się na rozpoznaniu laboratoryjnym, ale w tym celu jest niezbędna standaryzacja testów oraz określenie linii odcięcia (cut-off) gęstości optycznej na poziomie zawierającym 98% swoistości. Taki system wymaga zorganizowania krajowego ośrodka referencyjnego oraz sieci terenowych pracowni, zwłaszcza w tych krajach, w których wzrasta liczba niezależnych prywatnych laboratoriów. Program kontroli jakościowej w poszczególnych krajach powinien być także zorganizowany i koordynowany z pomocą Biura Regionalnego ŚOZ.

Jako pierwszy etap surveillance w Europie należy zorganizować zgłaszanie zachorowań przez określone (wybrane) ośrodki diagnostyczne i lecznicze w każdym kraju. Surveillance LB w Europie stworzy m.in. podstawy do pozyskania funduszy na zwalczanie tej choroby.

## WSKAŹNIKI (INDYKATORY) WYSTĘPOWANIA LB

Sugerowane są następujące indykatory (wskaźniki) zachorowań:

– Neuroboreliozę i *erythema migrans* uznano za możliwe do przyjęcia jako wskaźniki LB, w odróżnieniu od Lyme *arthritis*, które nie jest właściwym indykatorem tej choroby w Europie.

– Wyniki badań serologicznych, jeśli są skorelowane z objawami klinicznymi mogą dobrze odzwierciedlać sytuację LB. W związku z tym sugerowano, aby w przypadku dodatnich wyników laboratoryjnych kierować kwestionariusz do osób badanych w celu weryfikacji zachorowań. Niemniej jednak tylko kliniczne zachorowania na LB ludzi winny być podstawą surveillance.

– Częstość występowania potencjalnych wektorów, zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu (TBE), ataku kleszczy i występowanie zakażonych rezerwuarów są uważane za ważne pośrednie wskaźniki LB. Badania częstości występowania powyższych pozwalają ocenić ryzyko LB u ludzi. Realność tych badań zależy jednak od posiadanych środków, które w uzasadnionych przypadkach mogą być zapewnione w drodze międzynarodowej współpracy. Zgłaszanie LB ludzi można uzyskać prawie bez żadnych obciążeń finansowych.

## WSPÓŁPRACA MIĘDZY LEKARZEM LECZĄCYM I LABORATORIAMI

Mówiąc o krajowym systemie surveillance podkreślono konieczność wzmocnienia współpracy między laboratoriami i lecznictwem. Laboratoria powinny zdawać sobie sprawę z klinicznych aspektów diagnostyki u badanych i brać pod uwagę wyniki poprzednich badań. Odpowiedzialność za zgłaszanie musi być zdefiniowana w krajowym systemie surveillance.

Ze względu na wielosystemowy charakter choroby zainteresowanie LB przejawia wielu specjalistów w różnych dziedzinach medycyny klinicznej, zdrowia publicznego oraz diagnostyki laboratoryjnej. Obecnie coraz więcej lekarzy ogólnie praktykujących zajmuje się bezpośrednio leczeniem LB. W związku z tym stowarzyszenia reprezentujące specjalistów ogólnie praktykujących, epidemiologów i innych, którzy mają do czynienia z chorobą powinny zachęcać swoich członków do wymiany poglądów i doświadczeń. Wszystkie te działania stanowią podstawę dobrego poradnictwa klinicznego.

## SZKOLENIE LEKARZY

Doszkolenie lekarzy jest niezbędne w wielu krajach, gdzie szybki rozwój wiedzy o LB nie został przekazany lekarzom ogólnie praktykującym. Zalecenia dotyczące klinicznych kryteriów oraz diagnostyki serologicznej powinny mieć znacznie większą rangę. M.in. należy zwrócić uwagę na to, że badanie serologiczne nie jest konieczne do rozpoznania *erythema migrans* jako LB. Celowe jest rozpowszechnianie danych eksponujących różne postaci LB z dobrymi zdjęciami zmian typowych dla tej choroby.

## KOSZT SURVEILLANCE

Problemy ekonomiczne związane z LB zależą od kontekstu, w którym rozpatruje się tę chorobę. W krajach, gdzie LB występuje rzadko, koszt zgłoszonego zachorowania będzie wysoki, natomiast w krajach o wysokiej zapadalności wydatki są względnie małe. Najmniej kosztowne jest obligatoryjne zgłaszanie klinicznych zachorowań. Koszt badań serologicznych może być także różny w różnych krajach. Na przykład w Rosji testy do najczęściej wykonywanego odczynu Immunofluorescencji (Assay) są produkowane w Rosji i są względnie tanie. Minimalna liczba niezbędnych testów (600 000) w przypadku Rosji wykazała, że koszty są proporcjonalne do liczby ludności. W Europie z powodu możliwości automatyzacji badań szeroko jest stosowany test ELISA. W związku z powyższym ocena kosztów musi być dokonywana indywidualnie w poszczególnych krajach.

Przeprowadzenie badań skutków ekonomicznych LB (testy, koszty porad lekarskich, hospitalizacja, leki, absencja chorobowa, renty i inne świadczenia społeczne) powinno dać lepszy pogląd na rodzaj strategii koniecznej do wdrażania. Także powinny być brane pod uwagę „koszty niemierzalne” jak stres i cierpienie chorych.

KOORDYNACJA BADAŃ LABORATORYJNYCH  
NA SZCZEBLU KRAJOWYM I TERENOWYM

– Na szczeblu krajowym konieczne jest dokładne rozeznanie krążących typów *Borrelia*. ŚOZ powinna ułatwić wymianę informacji z tego zakresu. Uzgadnianie metody zgłoszeń i rejestracji LB w Europie powinno być dokonywane na okresowych spotkaniach grupy roboczej.

– Analiza epidemiologiczna zachorowań na LB powinna być powiązana ze wskazaniami metod zwalczania choroby.

– Udostępnianie danych epidemiologicznych jest bardziej potrzebne na poziomie międzynarodowym niż krajowym.

Definicja „przypadku” LB była przedmiotem szerokiej dyskusji Europejskiej Grupy Roboczej i jak wynika z ostatecznych wniosków nie można jej jeszcze sprecyzować. Ogólnie biorąc definicja jest podobna do ustaleń CDC mimo pewnych różnic, dotyczących charakteru i rozmiaru wykwitu *erythema migrans* oraz takich rozpoznania jak *achrodermatitis chronica atroficans* oraz *cutis lymphocytoma*. Europejska Grupa Robocza uznała, że definicja „przypadku” (CDC) powinna być zweryfikowana i dostosowana do specyficznych warunków europejskich LB i będzie opracowana w najbliższym czasie.

## SPRAWOZDANIE Z SYMPOZJUM: BORELIOZA Z LYME I INNE CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ KLESZCZE

W dniach 28–29 kwietnia 1995 r. odbyło się w Białowieży Międzynarodowe Sympozjum: „Borelioza z Lyme i inne choroby przenoszone przez kleszcze”. Komitet Organizacyjny stanowili pracownicy Kliniki Obserwacyjno-Zakaźnej AM w Białymstoku pod kierunkiem prof. zw. dr hab. *Danuty Prokopowicz*. W obradach uczestniczyło ponad 200 lekarzy i naukowców różnych specjalności, w tym 8 gości zagranicznych z Białorusi, Francji, Łotwy, Niemiec, Rosji i Senegalu.

Komitet Naukowy pod przewodnictwem prof. dr hab. *Barbary Machnickiej* zakwalifikował do prezentacji 23 referaty i 47 plakatów.

Obrady otworzyła sesja poświęcona środowiskowym uwarunkowaniom chorób przenoszonych przez kleszcze i dotyczyła występowania oraz biologii kleszczy spotykanych na terenie Polski. Szczególne znaczenie miały dane potwierdzające występowanie *Borrelia burgdorferi* w kleszczach *Ixodes ricinus* i u zwierząt na terenie Polski. Obserwacje te były zbieżne z wynikami badań epidemiologicznych, serologicznych i klinicznych dotyczących ludzi i potwierdziły endemiczne występowanie boreliozy z Lyme, zwłaszcza na niektórych obszarach Polski północno-wschodniej.

Prace gości zagranicznych dostarczyły informacji o występowaniu krętków *Borrelia burgdorferi* w kleszczach *Ixodes persulcatus* na terenie Rosji, a także *Borrelia crociduræ* w Afryce Zachodniej.

W sesji poświęconej klinicznemu aspektowi boreliozy z Lyme omówiono różnorodny i wielonarządowy obraz kliniczny choroby, ze szczególnym uwzględnieniem zmian skórnych i stawowych, wybranych zagadnień diagnostycznych dotyczących neuroboreliozy, a także dyskusyjnego problemu boreliozy wrodzonej.

Problem przydatności i wiarygodności badań serologicznych stosowanych w diagnostyce zakażeń krętkami *Borrelia burgdorferi* był tematem referatów kolejnej sesji, a także części plakatów. W prezentowanych pracach podjęto próby wyboru testów serologicznych optymalnych przy wykrywaniu przeciwciał przeciw antygenom szczepów występujących na terenie Polski.

Drugi dzień obrad był poświęcony kleszczowemu zapaleniu mózgu. Szczególną uwagę zwrócono na profilaktykę, która w formie szczepień stała się dostępna dopiero od niedawna. Prezentowane wyniki wykazały wysoką skuteczność stosowania szczepionki, potwierdzając jej duże bezpieczeństwo.

W ostatniej sesji przedstawiono inne choroby przenoszone przez kleszcze. Specjalną uwagę zwrócono na znaczenie chorobotwórcze *Babesia* a zwłaszcza referat prof. *Brasseur* (Francja) na występowanie wywoływanej przez nie choroby u ludzi w Europie.

Sympozjum stworzyło cenną możliwość wymiany doświadczeń i wiedzy dotyczącej problemów związanych z kleszczami, jako przenosicielami drobnoustrojów chorobotwórczych.