

Diagnostyka boreliozy w POZ

Schemat decyzji + pułapki, z którymi mierzysz się w gabinecie

1 Schemat decyzji diagnostyczno-terapeutycznej

- 1 **Rumień wędrujący (EM)** → rozpoznanie **kliniczne**, bez badań serologicznych → od razu wdrażasz antybiotykoterapię. We wczesnej fazie czułość serologii jest zbyt niska, by na niej polegać.
- 2 **Podejrzanie boreliozy bez EM** → diagnostyka dwuetapowa: test przesiewowy **ELISA / CLIA / EIA** (klasa IgM i/lub IgG, zależnie od czasu trwania objawów).
- 3 **Wynik dodatni lub wątpliwy** → test potwierdzenia **Western blot (IgM + IgG)**. Dopiero dodatni wynik obu etapów potwierdza rozpoznanie serologiczne.

! Profilaktyka poekspozycyjna — kiedy w ogóle rozważać

Zaleca się **rozważenie** antybiotykowej profilaktyki poekspozycyjnej w formie jednorazowej dawki **doksycyliny 200 mg** doustnie — **tylko u dorosłych**.

- ✓ w ciągu **72 godzin** po ekspozycji wysokiego ryzyka
- ✓ ekspozycja wysokiego ryzyka = **liczne pokłucia** kleszczy w rejonie endemicznym
- ✓ u osoby **pochodzącej spoza tego terenu** (typowo: podróżny)

To rozważane postępowanie w konkretnej sytuacji wysokiego ryzyka — nie rutynowa reakcja na pojedyncze ukąszenie.

⚠ Najczęstsze błędy

- ✗ Western blot jako test pierwszego rzutu (bez ELISA)
- ✗ pominięcie dwuetapowego schematu diagnostyki
- ✗ kontrolne monitorowanie miana przeciwciał po leczeniu
- ✗ zlecenie badania kleszcza (PCR/hodowla) jako podstawy decyzji

Fakt / mit

„**Każde ukąszenie = antybiotyk**”

✓ leczymy przy objawach klinicznych (patrz profilaktyka poekspozycyjna obok)

„**Trzeba kontrolować przeciwciała**”

✓ miano nie ma wartości monitorującej skuteczność leczenia

„**Badanie kleszcza pomaga**”

✓ nie jest rekomendowane — dodatni wynik nie potwierdza zakażenia człowieka

Najczęstszy błąd w boreliozie: leczymy **wynik, zamiast **pacjenta**.**