Prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski
Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych

Szczecin, 27.09.2026

Aktualizacja stanowiska konsultanta krajowego w sprawie zasad diagnostyki i leczenia boreliozy z Lyme z dnia 30 stycznia 2024 r.

W związku z potrzebą aktualizacji opinii dotyczącej zasad diagnostyki i leczenia boreliozy z Lyme, w tym odniesienia się do wytycznych IDSA, wytycznych Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz postępowania opisanego przez International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS), przedstawiam poniższe stanowisko, uwzględniające publikacje naukowe i dokumenty instytucjonalne dostępne od czasu opublikowania poprzedniego stanowiska w 2024 roku.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy borelioza pozostaje zakażeniem wywoływanym przez krętki kompleksu *Borrelia burgdorferi*, wymagającym leczenia antybiotykiem dobranym do postaci klinicznej choroby. Rozpoznanie i leczenie boreliozy wczesnej oraz późnych postaci narządowych pozostają uzasadnione medycznie. **Nie należy natomiast utożsamiać utrzymywania się nieswoistych dolegliwości lub dodatnich wyników badań serologicznych w kierunku boreliozy po prawidłowym leczeniu z czynnym zakażeniem wymagającym kolejnych kursów antybiotykoterapii** [1, 2, 3].

Diagnostyka i leczenie rozpoznanego zakażenia

Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny, oceniany z uwzględnieniem narażenia i właściwie dobranych badań. Typowy rumień wędrujący rozpoznaje się klinicznie i leczy bez badania obecności przeciwciał. W odpowiednich sytuacjach stosuje się zwalidowaną diagnostykę serologiczną w algorytmie dwuetapowym, obejmującym badanie przesiewowe, np. immunoenzymatyczne ELISA/CLIA/EIA, oraz badanie potwierdzające według przyjętego algorytmu. Utrzymywanie się obecności przeciwciał po leczeniu nie jest dowodem nieskuteczności terapii. Nie należy stosować leczenia wyłącznie na podstawie wyniku badań serologicznych ani oceniać skuteczności leczenia przez dążenie do jego negatywizacji [1, 2].

Nie rekomenduję podejmowania decyzji o przedłużaniu antybiotykoterapii na podstawie niezwalidowanych badań lub parametrów, dla których nie wykazano użyteczności w ocenie aktywności zakażenia. Nowe prospektywne badanie testu transformacji limfocytów (LTT) nie potwierdziło jego przydatności ani w rozpoznawaniu neuroboreliozy, ani w monitorowaniu odpowiedzi na leczenie [4].

Czas leczenia powinien wynikać z rozpoznanej postaci choroby i właściwych zaleceń. Aktualne polskie i europejskie wytyczne jasno wskazują na kursy antybiotykoterapii o określonym czasie trwania i doborze leków: najczęściej trwające kilkanaście dni w postaciach wczesnych oraz do czterech tygodni w wybranych postaciach narządowych. Nowe przeglądy porównujące krótsze i dłuższe leczenie wczesnej boreliozy nie dostarczyły uzasadnienia dla jego wydłużania. Nie ma danych na temat skuteczności stosowania antybiotykoterapii skojarzonej i pozostaje ona niezalecana. Nie należy jednak przenosić wyników badań dotyczących rumienia wędrującego na każdą postać rozsianą [5, 6, 7, 8].

Ponowne zakażenie lub obiektywne przesłanki niepowodzenia leczenia wymagają ponownej oceny klinicznej. W wybranych przypadkach boreliozowego zapalenia stawów może być uzasadniony kolejny, określony czasowo kurs leczenia pojedynczym antybiotykiem (do 4 tygodni). Nie oznacza to wskazania do antybiotykoterapii prowadzonej bez ustalonego końca, do ustąpienia wszystkich dolegliwości. Utrzymujące się zapalenie stawu po odpowiednim leczeniu może wymagać diagnostyki różnicowej, w tym z chorobami reumatologicznymi, nowotworowymi i innymi schorzeniami [2].

Należy uaktualnić wcześniejszą informację dotyczącą profilaktyki: wytyczne międzynarodowe dopuszczają jednorazową dawkę doksycykliny (200 mg) po ekspozycji wysokiego ryzyka, w ciągu 72 godzin od usunięcia kleszcza. Zalecenia polskie przewidują takie postępowanie u wybranych dorosłych w ściśle określonej sytuacji epidemiologicznej. Nie jest to uzasadnienie stosowania 20-dniowej profilaktyki rekomendowanej przez ILADS [2, 1, 9].

Inicjatywa LymeX i aktualne stanowisko ILADS

Na podkreślenie zasługuje fakt, że LymeX jest inicjatywą wspieraną przez amerykański Department of Health and Human Services (HHS). Ponadto 29 maja 2026 r. HHS oficjalnie ogłosił współpracę z ILADS. Jest to jednakże współpraca organizacyjna, dotycząca między innymi rozwoju diagnostyki, finansowania badań i udostępniania materiałów edukacyjnych. Należy ją wyraźnie odróżnić od naukowego potwierdzenia skuteczności niestandardowego leczenia [10, 11].

W 2026 r. w ramach Living Evidence HHS–LymeX udostępniono drugie wydanie podręcznika ośrodka CoRE Mount Sinai dotyczącego przewlekłych chorób związanych z zakażeniami. Materiał omawia również terapię skojarzoną, odwołując się m.in. do badań przedklinicznych i opisów przypadków. Nie stanowi on wyniku badania randomizowanego potwierdzającego skuteczność tych schematów u chorych na boreliozę. Próby kliniczne nowych sposobów

podawania antybiotyków pozostają w toku; badanie pulsacyjnego podawania ceftriaksonu nie ma jeszcze opublikowanych wyników. Z powodu braku odniesień do badań klinicznych dokumenty te nie mogą stanowić podstawy do stosowania w praktyce klinicznej przedłużonej lub skojarzonej antybiotykoterapii [12, 13, 14]. ILADS opublikowało w 2024 r. aktualizację stanowiska podtrzymującą dłuższe leczenie rumienia wędrującego oraz indywidualizowane leczenie utrzymujących się objawów, również kombinacjami antybiotyków. Dokument nie przedstawia nowych wyników badań randomizowanych. Formalne wytyczne nadal przywoływane na stronie ILADS pochodzą z 2014 r.; własna ocena organizacji wskazuje na bardzo niską jakość analizowanych wówczas dowodów. **Zmiana widoczności i wsparcia instytucjonalnego nie usuwa ograniczeń dowodów klinicznych i nie zmienia dotychczasowej praktyki klinicznej** [9, 15].

Objawy po leczeniu i aktualne dowody terapeutyczne

U części pacjentów po prawidłowo leczonej boreliozie utrzymują się zmęczenie, ból, zaburzenia snu, trudności poznawcze i ograniczenie codziennego funkcjonowania. Objawy te mogą być długotrwałe i znacznie obniżać jakość życia. Wymagają odpowiedniego rozpoznania, diagnostyki różnicowej i właściwej opieki. Należy odróżnić niespecyficzne objawy od boreliozy późnej, reinfekcji oraz innych chorób [16, 3, 17].

Badania opublikowane w 2025 r. wskazują, że składniki ściany komórkowej *Borrelia* mogą utrzymywać się w tkankach i wywoływać odpowiedź biologiczną po usunięciu czynnika zakaźnego. Jest to istotny kierunek wyjaśniania przewlekłych następstw choroby, ale obecność antygenu nie jest tożsama z obecnością żywych bakterii. Badania nad nowymi lekami, w tym piperacyliną w modelu mysim, wymagają weryfikacji klinicznej i nie uzasadniają obecnie przedłużonego leczenia boreliozy ani stosowania schematu niestandardowego [18, 19].

Przegląd systematyczny z 2024 r. nie wykazał korzyści z ponownej antybiotykoterapii w ocenianych domenach funkcjonowania pacjentów po leczeniu. W metaanalizie bezpieczeństwa stwierdzono więcej działań niepożądanych podczas antybiotykoterapii niż przy placebo: RR 1,47 (95% CI 1,11–1,95). Oszacowanie dotyczy wszystkich ocenianych zdarzeń, a nie wyłącznie ciężkich powikłań. Wyniki te przemawiają przeciw rutynowemu ponawianiu leczenia antybiotykiem z powodu samych nieswoistych dolegliwości [20].

Najnowsze francuskie zalecenia z 2025 r. wskazują, że schematy długotrwałe i skojarzone, których skuteczności i bezpieczeństwa nie potwierdzono w odpowiednich badaniach, nie powinny być stosowane w rutynowym leczeniu boreliozy. Jednocześnie podkreślają potrzebę

dalszych badań dotyczących leczenia i opieki nad pacjentami. Konieczne jest rozdzielenie uzasadnionego leczenia aktywnej choroby od stosowania antybiotyków w zespole objawów po zakończonej terapii [21, 3].

Ryzyko długotrwałego i złożonego leczenia

Przedłużone podawanie antybiotyków i łączenie wielu leków naraża pacjentów na powikłania, których nie równoważy żadna korzyść kliniczna. Obejmują one zakażenia związane z dostępem naczyniowym, posocznice, zakrzepice, zakażenia *Clostridioides difficile*, reakcje alergiczne, toksyczność narządową oraz interakcje lekowe. Doniesienie CDC z 2017 r. dokumentowało również zgon w następstwie sepsy związanej z cewnikiem naczyniowym [22].

Nowy opis przypadku, opublikowany online w grudniu 2025 r., dokumentuje methemoglobinemię i hemolizę po kombinacji leków obejmującej dapson, hydroksychlorochinę i ryfampicynę, stosowanej z powodu objawów po przebytej boreliozie. W pilotażu disulfiramu z 2025 r. pełny kurs ukończyły tylko trzy z dziewięciu leczonych osób; przerywano leczenie z powodu pogorszenia stanu klinicznego i nieprawidłowości laboratoryjnych. Przykłady te nie określają częstości wszystkich powikłań, ale pokazują rzeczywiste zagrożenia nowych, niestandardowych terapii [23, 24].

Szczególnie niepokojące jest interpretowanie każdego pogorszenia klinicznego jako potwierdzenia skuteczności leczenia lub reakcji związanej z rozpadem krętków. Takie postępowanie może opóźniać rozpoznanie toksyczności. Wielolekowość utrudnia przypisanie szkody konkretnemu preparatowi. Niepotrzebna ekspozycja na antybiotyki wywiera ponadto presję selekcyjną na bakterie mikrobioty; nie jest to argument za rozpoznawaniem antybiotykoopornej *Borrelia* u każdego pacjenta z objawami po leczeniu. **Świadoma zgoda chorego i regularne monitorowanie nie zastępują wskazania medycznego ani dowodu skuteczności leczenia.** Opisy przypadków poprawy [25, 26], obserwacje bez właściwej grupy kontrolnej oraz aktywność leku *in vitro* nie stanowią podstawy do rutynowego stosowania wielomiesięcznych terapii skojarzonych; na tej podstawie nie można ich rekomendować ani stosować.

Wnioski i zalecane postępowanie

Konkludując, podtrzymuję negatywną opinię dotyczącą długotrwałej, powtarzanej i wielolekowej antybiotykoterapii stosowanej z powodu nieswoistych objawów po prawidłowo leczonej boreliozie, bez obiektywnych przesłanek reinfekcji lub niepowodzenia leczenia.

Aktualne dane nie uzasadniają jej stosowania w rutynowej praktyce klinicznej, natomiast dokumentują możliwość istotnej szkody zdrowotnej dla pacjenta.

Nie oznacza to pozostawienia pacjenta bez pomocy. Konieczne są weryfikacja pierwotnego rozpoznania i dotychczasowego leczenia oraz ocena następstw narządowych, innych zakażeń — według wskazań — i chorób mogących wyjaśniać objawy, przeprowadzone przez specjalistę chorób zakaźnych. Jeśli to zasadne, należy przeprowadzić diagnostykę różnicową, szczególnie w zakresie reumatologii, dążyć do zapewnienia leczenia bólu i chorób współistniejących, a także rehabilitacji dobranej do tolerancji wysiłku i stanu klinicznego oraz potrzebnego wsparcia psychologicznego. Postępowanie powinno obejmować plan kontroli i ocenę funkcjonowania, a nie powtarzanie antybiotyków do uzyskania subiektywnego poczucia wyleczenia. Również długotrwałe stosowanie antybiotyków do czasu uzyskania ujemnych wyników badań przeciwciał przeciw *Borrelia* jest niewłaściwe [3, 16].

Podtrzymuję postulat poprawy dostępu do poradni chorób zakaźnych i skoordynowanej opieki nad pacjentami z utrzymującymi się dolegliwościami. Jednocześnie rozpoznawanie typowego rumienia wędrującego i rozpoczynanie odpowiedniego leczenia powinny odbywać się w podstawowej opiece zdrowotnej i nie wymagają konsultacji specjalistycznej. Finansowanie rzetelnych badań naukowych, w tym podobnych do inicjatyw podejmowanych w USA, jest potrzebne, ale musi opierać się na rzetelnej ocenie ich założeń, tak aby badania spełniały standardy medycyny opartej na faktach. Wprowadzanie nowych schematów leczenia powinno następować po naukowym wykazaniu ich skuteczności i bezpieczeństwa, a nie wyprzedzać uzyskanie takich dowodów.

Prof. Miłosz Parczewski

Konsultant Krajowy ds. Chorób Zakaźnych

Signature Not Verified
Dokument podpisany przez
Miłosz Parczewski
Data: 2026.09.28 07:39:26 CEST

Piśmiennictwo i zakres weryfikacji

P — pełny tekst; S — streszczenie i metadane; U — materiał instytucjonalny lub rejestr w opisanym zakresie. Strony sprawdzono 7 września 2026 r. Numeracja odpowiada odwołaniom w tym dokumencie.

[1] Moniuszko-Malinowska A, Pancewicz S, Czupryna P i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych dotyczące diagnostyki i leczenia boreliozy z Lyme. Przegl Epidemiol. 2023;77(3):261–278. doi: 10.32394/pe.77.25. Wersja nadal udostępniana przez PTEiLChZ 7.09.2026. Pełny tekst zaleceń PTEiLChZ [P]

[2] AAN/ACR/IDSA. 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Lyme Disease. Dostęp 7.09.2026. Pełne wytyczne AAN/ACR/IDSA [P]

[3] Arias P, Gocko X, Roblot F i wsp. Guidelines for Lyme borreliosis: post-treatment Lyme disease syndrome (PTLDS). Infect Dis Now. 2025;55(8S):105205. doi: 10.1016/j.idnow.2025.105205 [S]

[4] Summer G, Fingerle V, Spörl A i wsp. LTT-Validity in diagnosis and therapeutical decision making of neuroborreliosis: a prospective dual-centre study. Infection. 2025;53(2):649-656. doi: 10.1007/s15010-024-02437-0 [S]

[5] Roca Mora MM, Cunha LM, Godoi A i wsp. Shorter versus longer duration of antimicrobial therapy for early Lyme disease: A systematic review and meta-analysis. Diagn Microbiol Infect Dis. 2024;109(2):116215. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2024.116215 [S]

[6] Raffetin A, Henningsson AJ, Ornstein K i wsp. Towards shortening the duration of antibiotic therapy for Lyme borreliosis: a systematic review and meta-analysis. Infection. 2025;53(3):809-830. doi: 10.1007/s15010-025-02501-3 [S]

[7] Rauer S, Kastenbauer S, Dersch R i wsp. Guidelines for diagnosis and treatment in neurology - Lyme neuroborreliosis. Ger Med Sci. 2025;23:Doc13. doi: 10.3205/000349 [P]

[8] Hofmann H, Fingerle V, Rauer S i wsp. Cutaneous Lyme borreliosis: Guideline of the German Dermatology Society. Ger Med Sci. 2025;23:Doc12. doi: 10.3205/000348 [P]

[9] International Lyme and Associated Diseases Society. 2024 Guidelines Statement / Statement on Guidelines. 2024. Stanowisko ILADS 2024 [P]

[10] U.S. Department of Health and Human Services. HHS Unveils Sweeping Plan to Combat Lyme Disease and Advance Treatment. 29.05.2026. Źródło [U]

[11] LymeX Diagnostics Prize. Phase 4 launches. 26.03.2025. Źródło [U]

[12] HHS LymeX Pilot. Living Clinical Guidelines for Infection-Associated Chronic Conditions and Illnesses. Źródło [U]

[13] Mount Sinai, Cohen Center for Recovery from Complex Chronic conditions and illnesses (CoRE). Infection-Associated Chronic Conditions and Illnesses Provider Manual. Wyd. 2, 04/2026. Podręcznik, wyd. 2 [U]

[14] ClinicalTrials.gov. NCT06611111: Ceftriaxone Pulse Dose for Post-Treatment Lyme Disease. NCT06611111 [U]

[15] ILADS. ILADS Treatment Guidelines — oficjalne podsumowanie i odsyłacz do: Cameron DJ, Johnson LB, Maloney EL. Evidence assessments and guideline recommendations in Lyme disease. Expert Rev Anti Infect Ther. 2014;12(9):1103–1135. doi: 10.1586/14787210.2014.940900. Wytyczne udostępniane przez ILADS [U]

[16] Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Symptoms and Lyme Disease. 15.05.2024; dostęp 7.09.2026. Źródło [U]

[17] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Charting a Path Toward New Treatments for Lyme Infection-Associated Chronic Illnesses. 2025. doi: 10.17226/28578 — streszczenie [U]

[18] McClune ME, Ebohon O, Dressler JM i wsp. The peptidoglycan of Borrelia burgdorferi can persist in discrete tissues and cause systemic responses consistent with chronic illness. Sci Transl Med. 2025;17(795):eadr2955. doi: 10.1126/scitranslmed.adr2955 [P]

[19] Gabby ME, Bandara A, Outrata LM i wsp. A high-resolution screen identifies a preexisting beta-lactam that specifically treats Lyme disease in mice. Sci Transl Med. 2025;17(795):eadr9091. doi: 10.1126/scitranslmed.adr9091 [P]

[20] Dersch R, Torbahn G, Rauer S. Treatment of post-treatment Lyme disease symptoms-a systematic review. Eur J Neurol. 2024;31(7):e16293. doi: 10.1111/ene.16293 [P]

[21] Haute Autorité de santé. Borréliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques (MVT). Pełne zalecenia HAS [P]

[22] Marzec NS, Nelson C, Waldron PR i wsp. Serious Bacterial Infections Acquired During Treatment of Patients Given a Diagnosis of Chronic Lyme Disease - United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66(23):607-609. doi: 10.15585/mmwr.mm6623a3 [P]

[23] Worden J, Baumeister T, Stogner S i wsp. Methemoglobinemia induced by dapsone, hydroxychloroquine, and rifampin combination for post-treatment Lyme disease syndrome: A case report. J Am Pharm Assoc (2003). 2026;66(2):103009. doi: 10.1016/j.japh.2025.103009 [S]

[24] Kuvaldina M, Preston J, McClellan D i wsp. A pilot study of disulfiram for individuals with persistent symptoms despite prior antibiotic treatment for Lyme disease. Front Med (Lausanne). 2025;12:1549324. doi: 10.3389/fmed.2025.1549324 [P]

[25] Horowitz RI, Fallon J, Freeman PR. Combining Double-Dose and High-Dose Pulsed Dapsone Combination Therapy for Chronic Lyme Disease/Post-Treatment Lyme Disease Syndrome and Co-Infections, Including Bartonella: A Report of 3 Cases and a Literature Review. Microorganisms. 2024;12(5):909. doi: 10.3390/microorganisms12050909 [P]

[26] Garg K, Thoma A, Avramovic G i wsp. Biomarker-Based Analysis of Pain in Patients with Tick-Borne Infections before and after Antibiotic Treatment. Antibiotics (Basel). 2024;13(8):693. doi: 10.3390/antibiotics13080693 [P]