

**О. М. Зінчук**Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Синтропічне ураження серця у хворих на Лайм-бореліоз (клініко-електрокардіографічні ознаки, опис клінічного випадку)

Вступ. Лайм-бореліоз (ЛБ) – полісистемне інфекційне захворювання, яке спричиняється бактерією *Borrelia burgdorferi* і передається через присмокування іксодових кліщів [2, 3]. В останньому десятиріччі в Україні невпинно зростає захворюваність на ЛБ; його офіційно віднесено до групи особливо небезпечних інфекційних хвороб [1]. ЛБ часто перебігає з синтропічним втягуванням у патологічний процес різних органів і систем. Особливо часто трапляється недостатньо досліджене ураження серця.

Мета дослідження. З'ясувати клініко-електрокардіографічні ознаки ураження серця у хворих на ЛБ у західному регіоні України.

Матеріали і методи дослідження. Спостерігали 352 хворих на ЛБ, які перебували на стаціонарному та амбулаторному лікуванні у Львівській обласній інфекційній лікарні у 2000–2008 рр. Серед хворих було 129 чоловіків і 223 жінки. Середній вік становив $45,61 \pm 0,81$ років. Діагноз ЛБ ґрунтувався на результатах епідеміологічних, клініко-лабораторних та інструментальних досліджень. Присмокування кліщів зафіксовано в анамнезі у 273 хворих (77,6 %). У 260 хворих із 352 (73,9 %) діагноз ЛБ підтверджений виявленням за допомогою імуноферментного аналізу протибореліозних антитіл класу IgM і (або) IgG. За клінічним перебігом налічувалося 333 хворі у ранньому періоді (з гострим і підгострим перебігом) і 19 хворих – у пізньому періоді хвороби (хронічний перебіг із ознаками органних уражень). Найвагомішою клінічною ознакою, на якій ґрунтувалась діагностика ЛБ, була еритема, що мігрує (ME), виявлена нами у 314 хворих із 333 (94,3 %) у ранньому періоді хвороби.

Оцінка отриманих результатів проведена за критерієм Стьюдента.

Для верифікації ураження серця проводили комплекс обстежень згідно з «Протоколом надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» (наказ МОЗУ № 436). Електрокардіографію (ЕКГ) проводили за допомогою 6-канального електрокардіографа (BTL-08 SD ECG), ультразвукове дослідження (УЗД) серця – за допомогою апарата Acuson 320 в М- та В-режимах.

Виконана робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Клініко-патогенетичні особливості несприятливого перебігу і хронізації інфекційних хвороб».

Результати дослідження та їх обговорення. Ознаки порушення функції серця виявлені у 72 хворих (21,6 %) із 333, у яких діагностований ЛБ раннього періоду. У 55 з них (16,5 %) спостерігались клінічні ознаки ураження серця. Зміни на ЕКГ виявлені у 46 (18,2 %) із 253 обстежених.

Найчастішими клінічними ознаками, які свідчили про порушення функції серця, були відчуття дискомфорту за грудниною, біль у ділянці серця. Дискомфорт за грудниною відчували 18 хворих із 333 (5,4 %), біль у ділянці серця – 16 (4,8 %). У 22 хворих (6,6 %) виявлено послаблення тонів серця, у 13 (3,9 %) – систолічний шум над верхівкою.

Розлади функції автоматизму синусового вузла, які виявлялися синусовою брадикардією, зафіксовано у 23 хворих із 253 (9,1 %), синусову тахікардію – у 15 хворих (5,9 %) за нормальної температури тіла, шлуночкову екстрасистолію – у 8 хворих (3,2 %). У 15 хворих (5,9 %) спостерігалися порушення провідності різних ступенів, у 14 (5,5 %) – розлади реполяризації шлуночків, що виявлялося зниженням зубця Т і депресією

сегмента S–T. ЕКГ-дослідження показало, що у деяких хворих поєднується декілька ЕКГ-ознак – найчастіше брадикардія зі шлуночковою екстрасистолією або розладами провідності різного ступеня. Ці зміни мали зазвичай нетривалий характер і зникали після лікування ЛБ антибіотиками. До вибірки не потрапили хворі з хронічними хворобами серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба).

Проаналізовано частоту клінічних симптомів (табл. 1) та ЕКГ-ознак (табл. 2) ураження серцево-судинної системи у хворих на еритемні та безеритемні форми раннього періоду ЛБ.

Таблиця 1

Частота клінічних симптомів ураження серцево-судинної системи у хворих на еритемні та безеритемні форми раннього періоду Лайм-бореліозу

Симптоми ураження серця	Хворі на ранній ЛБ (n=333)				p
	Еритемні форми (n=314)		Безеритемні форми (n=19)		
	абс.	%	абс.	%	
Дисконфорт за грудниною	15	4,8	3	15,8	>0,05
Біль у ділянці серця	13	4,1	3	15,8	>0,05
Послаблення тонів серця	18	5,7	4	21,1	>0,05
Систолічний шум над верхівкою	10	3,2	3	15,8	>0,05

Вірогідних відмінностей частоти клінічних симптомів у хворих із наявністю МЕ і без ознак ураження шкіри не виявлено.

Таблиця 2

Частота ЕКГ-ознак ураження серцево-судинної системи у хворих на еритемні та безеритемні форми раннього періоду Лайм-бореліозу

Ознаки ураження серця	Хворі на ранній ЛБ (n=253)				p
	Еритемні форми (n=234)		Безеритемні форми (n=19)		
	абс.	%	абс.	%	
Синусова брадикардія	18	7,7	5	26,3	t=1,81
Синусова тахікардія	12	5,1	3	15,8	>0,05
Шлуночкова екстрасистолія	4	1,7	4	21,1	<0,05
Порушення провідності	12	5,1	3	15,8	>0,05
Розлади реполяризації шлуночків	9	3,8	5	26,3	<0,05

У хворих із безеритемними формами хвороби частіше спостерігаються ЕКГ-ознаки ураження серця, ніж у хворих з МЕ. Так, шлуночкова ек-

страсистолія у хворих із безеритемними формами ЛБ зафіксована у 4 із 19 (21,1 %), тоді як у хворих з МЕ – у 4 із 234 (1,7 %, $p < 0,05$). Такі ж відмінності виявлені під час оцінювання розладів реполяризації шлуночків: у хворих на безеритемні форми зниження зубця Т і депресія сегмента S–T виявлені у 26,3 %, тоді як у хворих на еритемні форми тільки у 3,8 % ($p < 0,05$).

Заслужовує на увагу і більша частота синусової брадикардії у хворих на безеритемні форми ЛБ (26,3 %) порівняно з хворими на еритемні форми (7,7 %). Це може свідчити про певну тенденцію, оскільки підтвердити статистично виявлені відмінності нам не вдалося ($t=1,82$).

У 8 хворих із 333 (2,4 %) діагностовано клінічно виражений міокардит, який характеризувався поєднанням декільком клінічних та ЕКГ-ознак. У всіх хворих із міокардитом діагноз підтверджений спеціалістом-кардіологом. Найчастіше спостерігалися біль і неприємні відчуття за грудниною (6 хворих), послаблення тонів серця (4 хворих), порушення провідності на кшталт блокади ніжок пучка Гіса (4 хворих), атріовентрикулярна блокада I–II ступенів (3 хворих), розлади реполяризації шлуночків (3 хворих). У одного хворого виявлене короточасне (2 доби) налагодження атріовентрикулярного ритму з частотою серцевих скорочень 52 на хвилину. У 3 хворих із 8 за результатами УЗД серця виявлене помірне зниження скоротливої здатності міокарда.

Протимікробне лікування у загальноприйнятих дозах (юнідокс – 4 хворих, цефтріаксон – 3 хворих, амоксицилін – 1 хворий) сприяло поступовій нормалізації стану хворих. Клінічні та ЕКГ-зміни у хворих із міокардитом нормалізувалися впродовж 3–4 тижнів – у 6 із 8. У 2 хворих після виписання зі стаціонару утримувалися послаблення серцевих тонів, розлади реполяризації шлуночків у вигляді зниження зубця Т, що вимагало додаткового лікування.

Незважаючи на доброякісний перебіг міокардиту у більшості хворих на ЛБ, відсутність раннього специфічного протимікробного лікування через невчасне діагностування може бути причиною прогресування патологічного процесу в тканинах серця з важкими наслідками. Ми спостерігали хворого 45 років із хронічним перебігом ЛБ, у якого була виражена серцева недостатність. Хворого виявлено під час сероепідеміологічного обстеження працівників лісового господарства, професійна діяльність яких супроводжується підвищеним ризиком присмоктування кліщів. За 18 років праці не раз відбувалося присмоктування кліщів. На еритемну форму ЛБ не хворів. Зафіксовано високий рівень протибореліозних антитіл класу IgG (КС = 6,22), дилатаційну міокардіопатію з явищами серцевої недостатності ІА стадії. Для подальшого обстеження і лікування хворого шпиталізовано в кардіологічне відділення, де проведено курс протимікробного лікування (цефтріаксон 2,0 г на добу 21 день). Після цього значно

покращилися загальне самопочуття хворого та функціональний стан міокарда, що свідчило на користь бореліозної природи хвороби.

Висновки. У 16,5 % хворих на Лайм-бореліоз раннього періоду є клінічні ознаки ураження серця, у 18,2 % – електрокардіографічні зміни, які частіше

виявляються у разі безеритемних форм; клінічно виражений міокардит є у 2,4 % хворих у ранньому періоді Лайм-бореліозу, що вимагає детального моніторингу серцевої діяльності в динаміці хвороби для вчасного виявлення уражень і призначення адекватного лікування.

Список літератури

1. Про затвердження «Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб». – Наказ МОЗ України № 133 від 19.07.95.
2. Stanek G. Lyme borreliosis / G. Stanek, F. Strle // Lancet. – 2003. – Vol. 362, N 9396. – P. 1639–1647.
3. Steere A. C. Lyme Disease / A. C. Steere // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 345. – P. 115–125.

Стаття надійшла до редакції журналу 08.06.2013 р.

Синтропічне ураження серця у хворих на Лайм-бореліоз (клініко-електрокардіографічні ознаки, опис клінічного випадку)

О. М. Зінчук

Узагальнено клініко-електрокардіографічні ознаки ураження серця серед 352 хворих на Лайм-бореліоз. З'ясовано, що у 16,5 % хворих на Лайм-бореліоз раннього періоду є клінічні ознаки ураження серця, у 18,2 % – електрокардіографічні зміни, які частіше виявляються у разі безеритемних форм; клінічно виражений міокардит є у 2,4 % хворих у ранньому періоді Лайм-бореліозу, що вимагає детального моніторингу серцевої діяльності в динаміці хвороби для своєчасного виявлення уражень і призначення адекватного лікування. Описано клінічний випадок ураження серця з вираженою серцевою недостатністю у хворого з хронічним перебігом Лайм-бореліозу.

Ключові слова: Лайм-кардит, міокардит, борелі, бореліоз.

Syntropic Heart Disorders in Patients with Lyme Borreliosis (Clinical and Electrocardiographic Characteristics Presentation of Case Report)

O. Zinchuk

The clinical and electrocardiographic symptoms of heart disorders in 352 patients with Lyme borreliosis are described in the article. It was found that the clinical symptoms of heart disorders were present in 16.5 % of patients in early period of Lyme borreliosis and electrocardiographic changes – in 18.2 %. These symptoms were present more often in the group of the patients without erythema migrans. There were 2, 4 % of patients in early period of the disease with the symptoms of myocarditis. These patients need a permanent detailed monitoring of the cardiac activity during all periods of the disease for the prescription of an adequate treatment. The case report of the chronic form of Lyme borreliosis with severe heart failure is presented.

Keywords: Lyme Carditis, miocarditis, borreliosis.