



Oczko-Grzeszková, et al., 2017 (20) provedli studii na pacientech v pozdním diseminovaném (chronickém) stadiu LB, u nichž se rozvinula artritida či neuroborrelióza. Signifikantně vyšší počet depresivních poruch byl zjištěn u pacientů trpících neuroborreliózou (51 %), ve skupině s artritidou byly deprese zjištěny v 39 % případů. Výzkumníci se zaměřili i na rozdíly mezi muži a ženami. Příznaky deprese byly signifikantně častější u žen s neuroborreliózou v porovnání s muži v této skupině. Úzkostné poruchy byly také častější ve skupině s neuroborreliózou, v rámci této skupiny potíže častěji uváděli muži. Kognitivní poruchy se vyskytovaly statisticky významně častěji u pacientů s neuroborreliózou (14,7 %) než u pacientů s lymeskou artritidou (4,3 %). Celkově se ale kognitivní poruchy vyskytovaly s nižší frekvencí v porovnání s afektivními poruchami. Výskyt obou typů poruch byl ale vždy vyšší u pacientů s neuroborreliózou.

Další výzkumy poukazují na fakt, že deprese a úzkost zaznamenaná u pacientů s chronickou LB v 30–50 % případů může být faktorem odlišujícím tuto skupinu od ostatních pacientů s „nechronickou“ LB (21, 22, 23, 24). Častá byla i únava, poruchy spánku, bolesti kloubů, svalů či jiné bolesti, kognitivní poruchy atd. (22, 23). Autoři poslední z citovaných studií (24) zjistili, že ačkoliv fyzické vyšetření a laboratorní testy objektivně ukázaly pouze málo abnormalit, standardizovanými dotazníkovými šetřeními byl zjištěn signifikantní nárůst zdravotních potíží. Sumarizují, že postižené pacienty lze systematickým přístupem úspěšně identifikovat a s ohledem na počty pacientů apelují na zefektivnění péče o tyto nemocné.

Přehledně situaci shrnuje Bransfield, 2018 (11) ve svém rozsáhlém review, ve kterém čerpá ze 182 vědeckých zdrojů. Konstatuje, že narůstá počet důkazů o tom, že LB je spjata s řadou duševních poruch včetně deprese (dále uvádí poruchy autistického spektra, schizofrenii a schizoafek-

tivní poruchy, bipolární poruchu, úzkostné stavy, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, kognitivní poruchy a jiné). Tento nepříznivý stav vyvolaný BBSL může být eliminován včasnou diagnostikou a efektivní léčbou. Není-li dle Bransfielda LB včas a správně diagnostikována a léčena, může být deprese častým problémem pacientů. Důležité je zdůraznit, že procentní nález této poruchy při LB je mezi 30 a 50 % případů. V běžné populaci je to okolo 9 % (17).

### Závěr

Onemocnění LB může být příčinou psychických potíží a neuropsychiatrických symptomů u některých pacientů, zejména u těch se sklonem k chronicitě LB a perzistenci patogenního agens v organismu. Toto je třeba zvážit zejména pokud pacient neodpovídá či neadekvátně odpovídá na psychiatrickou léčbu. Postižení bývají závažnější u pacientů, u nichž došlo k prodlevě v diagnostice a léčbě LB. Jako příčinu nelze vyloučit změny způsobené přítomností patogenů v organismu a ústící v poškození organismu, a zánětlivé, imunologické či metabolické změny. Řada pacientů s nálepkou „je to jen ve vaší hlavě“ může trpět právě v důsledku výše uvedených změn.

Úloha lékařů první linie v managementu lymeské borreliózy je nezapustitelná. Spočívá v komunikaci rizik s pacienty, jejich informování o prevenci nemocí přenášených klíšťaty prostřednictvím vhodných materiálů umístěných např. v čekárně, v podpoře pacientů při hledání opravdu relevantních informací o symptomech a v prevenci morbidit a mortality v podobně včasné a správné diagnostiky a léčby. V neposlední řadě je podstatná spolupráce se specialisty v rámci zajištění komplexní péče s přiměřenou časovou návazností.