

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутов, Ю. С., Васенова, В. Ю., Тюнькова, А. В. К вопросу об этиологии, эпидемиологии, клинике, терапии и профилактике чесотки / Ю. С. Бутов, В. Ю. Васенова, А. В. Тюнькова // Российский медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 40–42.
2. Болезни, связанные с водой: чесотка [Электронный ресурс] // World Health Organization : официальный портал Всемирной организации здравоохранения. – Режим доступа: https://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies/ru/ (дата обращения: 21.10.2025).
3. Соколова, Т. В., Малярчук, А. П., Лопатина, Ю. В. Чесотка / Т. В. Соколова, А. П. Малярчук, Ю. В. Лопатина. – М. : Национальная академия микологии, [б. г.]. – Электронное издание. – 93 с.

УДК 616.988-053.2

М. П. Казаченкова, А. О. Овчинникова

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Чеснакова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Екатеринбург, Россия*

РАННИЙ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗ С СИНДРОМОМ БАННВАРТА У РЕБЕНКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Введение

Болезнь Лайма (БЛ) (иксодовый клещевой боррелиоз, Лайм-боррелиоз) – широко распространенная трансмиссивная природно-очаговая инфекция (ПОИ), передающаяся иксодовыми клещами, вызываемая спирохетами *Borrelia burgdorferi sensu lato* (B.b.). Лайм-боррелиоз характеризуется поражением кожи, нервной системы (НС), опорно-двигательного аппарата, сердца [1].

Актуальность проблемы БЛ обусловлена повсеместным распространением инфекции, высоким уровнем заболеваемости, особенно в педиатрической практике, и выраженным клиническим полиморфизмом. Существенным фактором, отягощающим прогноз, является риск хронизации процесса вследствие поздней диагностики и отсутствия средств специфической профилактики [2]. Важной эпидемиологической особенностью является тот факт, что момент присасывания клеща фиксируется лишь у 50 % пациентов, что связывают с наличием в слюне клеша анестезирующих веществ, а также с безболезненностью кратковременных укусов, характерных для самцов [3].

Анализ зарегистрированных случаев ПОИ в России показал, что лидирующие позиции занимает иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). В 2024 году этот диагноз ставился наиболее часто: 7118 случаев (33,63 % от числа всех ПОИ) [4].

Патогномоничным признаком болезни Лайма считается кольцевидная мигрирующая эритема. Она характеризуется красным или синевато-красным пятнистым поражением кожи, постепенно увеличивающимся в размерах в течение нескольких дней или недель. В стадию диссеминации инфекции с поражением НС (нейроборрелиоз) для детей характерен синдром Баннварта, клиническая картина которого складывается из триады: серозный менингит, поражение черепных нервов (чаще всего лицевого) и явлений полинейропатии [2, 5]. Течение синдрома характеризуется медленным развитием и продолжительностью от 1 до 2 месяцев [3]. При этом механизм проникновения возбудителя в НС до сих пор остается не до конца выясненным.

Цель

Описать клинический случай раннего нейроборрелиоза с синдромом Баннварта у ребенка дошкольного возраста.

Материал и методы исследования

Получено информированное согласие родителей пациента для публикации результатов наблюдения.

Приведено клиническое наблюдение пациента 6 лет 10 месяцев с ранним нейроборрелиозом и синдромом Баннварта. Из анамнеза заболевания известно, что родители обнаружили гиперемию в области правого уха в диаметре 7–10 см (1-ый день болезни). Эпидемиологический анамнез был отягощен: в предшествующий заболеванию период ребенок находился в лесопарковой зоне, что является риском инфицирования. Факт присасывания клеща не установлен, но такую возможность родители не отрицали. В течение первого дня заболевания отмечалось характерное кольцевидное распространение эритемы с нарастанием периферического отека. Данные кожные проявления сопровождались локальным зудом и слабо выраженной головной болью.

На второй день заболевания при обращении к врачу по месту жительства был установлен диагноз «Аллергическая крапивница», назначен цетиризин (Зодак). С 3-го по 11-й день заболевания отмечалось мнимое улучшение, кольцевидная эритема угасла, самочувствие пациента было удовлетворительным, жалоб не было. На 12-й день отмечался рецидив эритемы, а также появилась асимметрия правой области лица (невозможность улыбнуться, снижение чувствительности). Родители вызвали бригаду скорой медицинской помощи, которая доставила ребенка в инфекционное отделение больницы с направительным диагнозом «Клещевой энцефалит? Нейроборрелиоз?».

При поступлении (13-й день болезни) состояние средней степени тяжести, температура тела 36,3 °С, в соматическом статусе без особенностей, физиологические отправления в норме. В неврологическом статусе выявлена нарастающая асимметрия лица (лобные складки S> D, глазные щели S> D, зажмутивание глаз S> D, лагофталм справа 2 мм, опущение угла рта справа, слаживание носогубной складки справа, симптом Хвостека отрицательный с 2-х сторон), менингеальные знаки отсутствуют.

При обследовании в гемограмме выявлен умеренный лимфоцитоз (лимфоциты 3,5 x 10⁹ /л). Серологическое исследование методом иммуноферментного анализа (ИФА) (кровь) на антитела к вирусу клещевого энцефалита (IgM и IgG) – отрицательно. ИФА на боррелиоз: IgM – положительно (2,24 ОЕ), IgG – слабоположительно (1,24 ОЕ). Серологический профиль соответствовал острой фазе инфекционного процесса. Люмбальная пункция выявила плеоцитоз 9×10⁶/л смешанного характера и белок 0,4 г/л – картина серозного менингита. На компьютерной томографии головного мозга патологии не выявлено.

Таким образом, на основании клинико-анамнестических данных и результатов обследования выставлен диагноз клинический основной: Болезнь Лайм-Боррелиоз, ранний нейроборрелиоз, синдром Баннварта (серозный менингит, невропатия лицевого нерва справа) средней степени тяжести.

В отделении проводилась этиотропная антибактериальная терапия (цефтриаксон 80 мг/кг/сут в/в) в течение 14 дней, дегидратационная (диакарб 250 мг x 2 р/д №5), ноотропная терапия (ипидакрин 10 мг x 2р/д №10), физиотерапия и массаж.

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика. Мигрирующая эритема угасла, в соматическом статусе без особенностей, физиологические отправления в норме. Ребенок был выписан на 29 сутки болезни домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатра, инфекциониста и невролога по месту жительства.

Результаты исследования и их обсуждение

Синдром Баннварта, описанный в данном случае, проявился на 12-й день болезни и проявился такими симптомами: серозный менингит (подтвержденный ликворограммой) и периферический парез лицевого нерва [1, 6].

Основными причинами поздней диагностики явились: 1) отсутствие настороженности родителей в отношении инфицирования при посещении эндемичной территории; 2) ошибочная интерпретация патогномоничной мигрирующей эритемы врачом первичного звена как аллергической реакции. Этот случай наглядно демонстрирует, что анамнез пребывания в эндемичной зоне при наличии типичных симптомов сам по себе является достаточным основанием для подозрения на БЛ. Отсутствие своевременной антибиотикотерапии на ранней стадии заболевания привело к диссеминации инфекции и поражению НС.

Безусловно, лабораторная диагностика является основным подтверждающим методом для постановки диагноза, но на ранней стадии имеет существенные ограничения. Чувствительность ИФА-тестов в этот период снижена из-за отсроченного формирования диагностических титров антител класса IgM и IgG (2–4 недели от момента инфицирования). Тем не менее считается, что метод ИФА может быть использован только для скрининга у детей с ИКБ при различном течении [7, 8]. В связи с этим диагноз ранней стадии болезни Лайма рекомендуется устанавливать на основании клинической картины, особенно при наличии патогномоничного признака – мигрирующей эритемы [2, 8].

Необходимо отметить, что все дети, перенесшие ИКБ, подлежат диспансерному наблюдению не менее 2 лет. Ведение осуществляют инфекционист, педиатр и невролог с привлечением профильных специалистов при необходимости. Основанием для снятия с учета служат стойкая ремиссия, полное восстановление функций и подтвержденная сероконверсия [7].

Выходы

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует классическое развитие раннего нейроборрелиоза с синдромом Баннварта у ребенка дошкольного возраста.

Данный клинический случай подчеркивает необходимость повышения настороженности врачей всех специальностей в эндемичных регионах в отношении болезни Лайма, особенно в сезон активности клещей: появление мигрирующей эритемы у пациента в весенне-летне-осенний период должно рассматриваться как потенциальный признак ИКБ даже при отсутствии подтвержденного укуса клеша.

Также важно отметить, что своевременное распознавание неврологических проявлений позволяет установить диагноз нейроборрелиоза и назначить адекватную терапию. Это предотвращает переход в хроническую форму и подчеркивает необходимость обязательного серологического обследования при любом подозрении на болезнь Лайма в эндемичных регионах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрипченко, Н. В., Иванова, Г. П., Скрипченко, Е. Ю. Анализ эффективности иммунотерапии раннего и позднего нейроборрелиоза у детей / Н. В. Скрипченко, Г. П. Иванова, Е. Ю. Скрипченко [и др.] // Инфекционные болезни. – 2021. – Т. 19, № 2. – С. 83–94.
2. Маркова, К. В., Скрипченко, Е. Ю., Скрипченко, Н. В. Ранний нейроборрелиоз у детей, синдром Баннварта (клинические наблюдения) / К. В. Маркова, Е. Ю. Скрипченко, Н. В. Скрипченко [и др.] // Детские инфекции. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 60–64.
3. Кашуба, Э. А., Дроздова, Т. Г., Ханирова, Л. В. Иксодовые клещевые боррелиозы (обучающий модуль) / Э. А. Кашуба, Т. Г. Дроздова, Л. В. Ханирова [и др.] // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2014. – Т. 4, № 9. – С. 57–81.

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: государственный доклад / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – М., 2025. – 424 с.

5. Mygland, A., Ljøstad, U., Fingerle, V. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis / A. Mygland, U. Ljøstad, V. Fingerle [et al.] // European Journal of Neurology. – 2010. – Vol. 17, № 1. – P. 8–16, e1–e4.

6. Steere, A. C., Strle, F., Wormser, G. P. Lyme borreliosis / A. C. Steere, F. Strle, G. P. Wormser [et al.] // Nature Reviews Disease Primers. – 2016. – Vol. 2. – Art. 16090.

7. Иксодовый клещевой боррелиоз у детей: этиология, патогенез, диагностика, клиника, терапия и профилактика: учебно-методическое пособие / под ред. Н. В. Скрипченко. – Санкт-Петербург, 2021. – 102 с.

8. Толмачева, А. И., Новикова, А. В., Андрияшкина, Д. Ю. Лайм-бормелиоз у коморбидного пациента: клиническая мозаика, вопросы диагностики и терапии / А. И. Толмачева, А. В. Новикова, Д. Ю. Андрияшкина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2025. – Т. 18, вып. 1. – С. 142–152.

УДК 579.61

А. Б. Казумова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ю. Кодукова

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский университет)
г. Москва, Российская Федерация*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОГО ШТАММА LACTOBACILLUS REUTERI PRODENTIS НА МИКРОБИОМ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Введение

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) является широко распространенным заболеванием, в основе которого лежит дисбиотическое нарушение микробного сообщества ротовой полости, приводящее к деструкции тканей пародонта [1]. Стандартное лечение (профессиональная гигиена, антисептики) зачастую не обеспечивает длительной ремиссии, так как не восстанавливает полностью нормобиоценоз. В связи с этим актуальным является поиск методов, направленных на коррекцию орального микробиома.

Одним из перспективных направлений является применение пробиотиков. Штамм *Lactobacillus reuteri* *Prodentis* (содержащий *L. reuteri* DSM 17938 и *L. reuteri* ATCC PTA 5289) демонстрирует способность ингибировать рост патогенов пародонта (*Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*), снижать уровень провоспалительных цитокинов и конкурировать с патогенами за адгезию на слизистых оболочках [2, 3]. Однако данные о его непосредственном влиянии на состав микробиома и клинические исходы у пациентов с ХГП в условиях российской популяции остаются ограниченными.

Цель

Оценить влияние пробиотического штамма *Lactobacillus reuteri* *Prodentis* на состав микробиоты ротовой полости и динамику клинических параметров у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в составе комплексной терапии.