Клещевой вирусный энцефалит у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A84, A87.8 · Межрегиональная общественная организация "Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области", Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Клещевой энцефалит — природно-очаговая вирусная инфекция, передаваемая иксодовыми клещами и поражающая преимущественно центральную нервную систему. Рекомендация посвящена диагностике, неотложной госпитализации, лечению, профилактике и наблюдению детей с подозрением или подтвержденным заболеванием.

Главное

- Подозрение на клещевой энцефалит возникает при лихорадке, интоксикации и общемозговых, менингеальных или очаговых неврологических симптомах после пребывания в эндемичном регионе, присасывания клеща или употребления сырого козьего молока. Отсутствие замеченного укуса диагноз не исключает. УУР С, УДД 5.
- Достоверный случай требует типичной клиники и эпиданамнеза в сочетании хотя бы с одним подтверждением: специфические IgM и IgG в крови, IgM в ликворе, сероконверсия или четырехкратный рост IgG, выявление РНК вируса методом ПЦР либо выделение вируса. УУР С, УДД 5.
- Наиболее характерные очаговые проявления — парезы, особенно мышц шеи, плечевого пояса и верхних конечностей, а также упорные миоклонии дистальных отделов конечностей. При полиоэнцефаломиелитической форме вялые парезы обычно появляются на 3–5-е сутки болезни, нередко после мышечной боли.
- При подозрении на заболевание необходима экстренная госпитализация в стационар с отделением реанимации и интенсивной терапии независимо от формы и тяжести; состояние может быстро ухудшаться.
- Лечебный иммуноглобулин человека против клещевого энцефалита не назначают: убедительной эффективности нет, а в тексте указаны возможное утяжеление течения и спорность применения. УУР С, УДД 3.
- При судорожном синдроме необходим первичный осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом для решения вопроса о переводе в ОРИТ. При тяжелом течении заболевания и подозрении на отек головного мозга показан перевод или госпитализация в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- После болезни нужен длительный неврологический контроль: в первый год — осмотр не реже одного раза в 3 месяца, в последующие 2 года — 2–3 раза в год. Снятие с наблюдения возможно при полном восстановлении работоспособности, удовлетворительном самочувствии, отсутствии клинических признаков и очаговой неврологической симптоматики и наличии сероконверсии. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите эпидемиологический анамнез: пребывание в эндемичной зоне, посещение леса или парка в последний месяц, присасывание либо контакт с клещом, употребление сырого козьего молока, результаты исследования удаленного клеща, вакцинацию и введение иммуноглобулина.
2. Уточните симптомы: лихорадку и интоксикацию, головную боль, тошноту и рвоту, светобоязнь, гиперестезию кожи, мышечные боли, слабость и нарушения движений, подергивания или дрожание. Очаговые симптомы часто появляются на 3–5-е сутки болезни.
3. Проведите общий осмотр и термометрию, оцените кожу и возможный след укуса, регионарные лимфоузлы, уровень сознания, менингеальные и очаговые симптомы. Невролог оценивает сознание по шкале Глазго, парезы, рефлексы, атрофии и миоклонии. УУР С, УДД 5; для неврологического осмотра УУР С, УДД 4.
4. Выполните общий анализ крови; при среднетяжелом и тяжелом течении — коагулограмму. При подозрении на воспаление оболочек или вещества мозга проведите люмбальную пункцию с исследованием цитоза, белка, глюкозы и микроскопией, обычно в первые сутки после установления вероятного диагноза. УУР С, УДД 4–5.
5. Перед проведением спинномозговой пункции при подозрении на вовлечение оболочек головного мозга в воспалительный процесс проведите офтальмоскопию. УУР С, УДД 5.

6. При подозрении на отек головного мозга и других противопоказаниях спинномозговую пункцию не выполняйте до стабилизации состояния и регресса проявлений отека. Повторное исследование ликвора проводят на 10–13-е сутки для оценки динамики. УУР С, УДД 5.
7. Возьмите кровь и ликвор на ПЦР вируса клещевого энцефалита, а также кровь на суммарные антитела, IgM и IgG методом ИФА. Однократный IgG не доказывает острую инфекцию; диагностичны IgM и/или четырехкратный либо больший рост IgG в парных сыворотках. УУР С, УДД 5.
8. Для оценки поражения мозга выполните МРТ с контрастированием, ЭЭГ, а при двигательных расстройствах — игольчатую ЭНМГ. При невозможности МРТ используют КТ с внутривенным контрастированием; очаги в таламусах и базальных ганглиях особенно характерны для острого очагового КЭ. УУР С, УДД 4–5.

Лечение

- В остром периоде назначьте строгий постельный режим: при легком течении на 10–15 дней, при средней степени тяжести — на 2–3 недели; в ранней реконвалесценции режим полупостельный. Специальная диета не нужна, питание корректируют с учетом сопутствующей патологии и сохранности глотания. УУР С, УДД 5.
- Детям до 3 лет назначают ректальный интерферон альфа-2b: 150 000 МЕ до 6 месяцев и 500 000 МЕ от 6 месяцев до 3 лет, дважды в сутки ежедневно 14 дней. При затяжном течении после 14 дней лечение продлевают до 3 раз в неделю в течение месяца, при хроническом — в том же режиме 3 месяца; в тексте также указана продолжительность терапии до 1 месяца. УУР С, УДД 3.
- Детям с 8 лет назначают рибавирин 10 мг/кг/сут внутрь вместе с рекомбинантным интерфероном-альфа-2b 1 млн МЕ внутримышечно 1 раз в сутки в течение 1 месяца. УУР В, УДД 3. Если рибавирин невозможен, пациентам старше 14 лет допускается меглюмина акридонацетат 250 мг внутримышечно в течение до 10 дней. УУР С, УДД 3.
- При отеке головного мозга назначьте внутривенно дексаметазон 1 мг/кг/сут каждые 6–8 часов 3–5 дней или метилпреднизолон 10–15 мг/кг/сут каждые 24 часа 3–5 дней. УУР С, УДД 5.
- При неэффективности оральной регидратации проводят инфузионную терапию для регидратации, дезинтоксикации и коррекции водно-электролитных нарушений: 0,9% раствор натрия хлорида, растворы декстрозы и указанные в рекомендации комбинированные электролитные растворы. Состав и объем определяют по клиническому синдрому и лабораторно-функциональным показателям. УУР С, УДД 5.
- При отсутствии сознания и самостоятельного приема пищи в ОРИТ используют зондовое или парентеральное питание, включая концентрированные растворы декстрозы 10–40%. При отсутствии глотательного рефлекса парентеральное питание сочетают с частичным энтеральным. УУР С, УДД 4.
- При судорогах применяют противоэпилептические препараты с учетом возраста и инструкций: диазепам, леветирацетам, фенобарбитал, вальпроевую кислоту или топирамат. Вальпроевая кислота указана как препарат выбора стартовой терапии; при КЭ показанием может быть даже один приступ, особенно с фокальным клиническим или ЭЭГ-компонентом. УУР С, УДД 4–5.
- После стихания острого процесса начинайте лечебную физкультуру уже в ранней реконвалесценции, постепенно увеличивая физические и умственные нагрузки и контролируя эффект. УУР С, УДД 4.
- В раннем восстановительном периоде нужен осмотр физиотерапевта для подбора лечения. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Любой вероятный КЭ, независимо от формы и тяжести, является показанием к экстренной госпитализации в стационар с ОРИТ.
- При нарастающей внутричерепной гипертензии или отеке мозга транспортировку и госпитализацию выполняет бригада анестезиологии-реанимации при возможности проведения ИВЛ.
- Судорожный синдром требует первичного осмотра анестезиологом-реаниматологом для решения вопроса о переводе в ОРИТ; тяжелое течение и подозрение на отек мозга также являются показаниями к ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- После укуса клеща без симптомов ребенок подлежит наблюдению 21 день с ежедневным осмотром кожи, лимфоузлов и термометрией. УУР С, УДД 4.
- Реконвалесцентам нужен неврологический диспансерный контроль: в первый год не реже одного раза в 3 месяца, затем в течение следующих 2 лет — 2–3 раза в год. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Можно ли исключить клещевой энцефалит, если ребенок не видел укуса клеща?

Нет. Присасывание часто остается незамеченным, особенно у детей, и может произойти не только в лесу, но и в парке, дома или после контакта с животными. Диагноз оценивают по совокупности эпиданамнеза, клиники и лабораторных данных.

Какой серологический результат подтверждает острый клещевой энцефалит?

Значимы IgM и IgG к вирусу в крови, IgM в ликворе, сероконверсия или четырехкратный и больший рост IgG в парных сыворотках. Однократный положительный IgG сам по себе острую инфекцию не подтверждает, особенно после вакцинации.

Когда нельзя выполнять люмбальную пункцию?

Пункцию не проводят при подозрении на отек головного мозга и других противопоказаниях. Исследование переносят до стабилизации состояния и регресса проявлений отека.

Назначают ли иммуноглобулин против клещевого энцефалита для лечения уже заболевшего ребенка?

Нет, лечебное применение не рекомендуется из-за отсутствия доказанной эффективности; в тексте также указаны возможное утяжеление течения и спорность такого подхода.

Какие схемы вакцинации против клещевого энцефалита указаны для детей?

Основная схема: 0, 1–3 и 9–12 месяцев, затем ревакцинация каждые 3 года. Для ранее не вакцинированных приезжающих весной–летом в эндемичный очаг предусмотрена экстренная схема: две инъекции с интервалом 14 дней, третья через 9–12 месяцев после второй, затем ревакцинация каждые 3 года; возрастные ограничения определяются инструкцией к вакцине.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1031-kleshchevoj-virusnyj-encefalit-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1031_1