Клещевой вирусный энцефалит у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A84, A84.0, A84.1, A84.8, A84.9 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Клещевой вирусный энцефалит — природно-очаговая вирусная инфекция с лихорадкой, интоксикацией и поражением серого вещества головного мозга и/или оболочек головного и спинного мозга. Рекомендация охватывает диагностику, стационарное лечение, ведение тяжелых форм, профилактику после присасывания клеща и наблюдение реконвалесцентов.

Главное

- Заражение происходит главным образом при присасывании вирусофорного иксодового клеща; возможен алиментарный путь через сырое молоко и молочные продукты инфицированных коз, коров и овец.
- Инкубационный период составляет 1–35 дней, чаще 7–12 дней. Короткий инкубационный период связан с более тяжелым течением.
- Острые формы включают лихорадочную, менингеальную, менингоэнцефалитическую, полиоэнцефалитическую, полиоэнцефаломиелитическую и полиомиелитическую; отдельно выделяют двухволновое течение. Лихорадочная и менингеальная формы относятся к неочаговым, остальные перечисленные — к очаговым.
- Тяжелые формы могут сопровождаться нарушением сознания, судорогами, бульбарными расстройствами, парезами и параличами, нарушениями дыхания, признаками внутричерепной гипертензии и отека головного мозга.
- Всех пациентов с подозрением на клещевой энцефалит госпитализируют; лечение проводят в стационаре, рекомендованы ежедневный осмотр инфекционистом и оценка неврологического статуса.
- Пациентов с поражением ЦНС наблюдают инфекционист и невролог в течение 1–3 лет; IgM и IgG к вирусу определяют через 3, 6 и 12 месяцев от начала заболевания.
- Для профилактики используют вакцинацию на эндемичных территориях и экстренную иммунопрофилактику после присасывания клеща; иммуноглобулин для экстренной профилактики вводят в первые 72 часа.

Диагностика

1. Уточнить острое начало, температуру 38–39 °C, пребывание в эндемичном очаге в весенне-летний период, присасывание или снятие клеща, употребление сырого молока, а также наличие вакцинации. Для анамнеза особенно важен интервал от контакта до болезни: пребывание в лесопарковой зоне обычно за 1–30 дней до симптомов, в среднем за 7–14 дней (УУР С, УДД 5).
2. При осмотре оценить лихорадку и интоксикацию, менингеальные знаки, сознание, очаговый дефицит, парезы и параличи, нистагм, тремор, бульбарные и дыхательные нарушения. Уровень сознания фиксировать по шкале Глазго, жизненно важные показатели — по частоте дыхания и пульса, АД и температуре (УУР С, УДД 5).
3. Выполнить развернутый общий анализ крови и общий анализ мочи всем пациентам с подозрением на клещевой энцефалит (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить биохимический общетерапевтический анализ крови для оценки органной дисфункции и осложнений; при тяжелом течении дополнительно исследовать электролитный состав крови, а при дыхательной и церебральной недостаточности — кислотно-основное состояние и газы крови (УУР С, УДД 5).
5. Определить IgM к вирусу в крови с 3–4-го дня болезни, IgG — после 5–7-го дня. Если IgG отрицательны, повторить анализ через 10–14 дней для оценки сероконверсии; РНК вируса в крови и ликворе исследовать методом ПЦР в ранние сроки, при сомнительной серологии и для дифференциальной диагностики (УУР С, УДД 5).
6. При менингеальных или общемозговых симптомах, двухволновом течении на второй волне, микст-инфекции и очаговых формах выполнить спинномозговую пункцию в первые сутки после установления вероятного диагноза, если нет противопоказаний. Типичны лимфоцитарный плеоцитоз, в первые дни возможный

смешанный или нейтрофильный, белок до 0,66 г/л и нормальная глюкоза; при поражении оболочек или вещества мозга исследование повторяют на 7–10-е сутки (УУР С, УДД 5).

7. При очаговых формах выполнить МРТ головного мозга с контрастированием; если МРТ недоступна — МСКТ с внутривенным контрастированием. При менингоэнцефалитической или многоуровневой форме провести ЭЭГ, а перед спинномозговой пункцией при подозрении на вовлечение оболочек головного мозга в воспалительный процесс — офтальмоскопию (УУР С, УДД 4 для МРТ и ЭЭГ; УУР С, УДД 5 для МСКТ и офтальмоскопии).

Лечение

- Лечение проводят в стационаре. При отсутствии сознания или невозможности самостоятельного питания используют зондовое или парентеральное питание; при тяжелых формах — энтеральную или зондовую нутритивную поддержку по показаниям (УУР С, УДД 4).
- Интерферон альфа-2b назначают всем пациентам не позднее 7 суток от начала заболевания (УУР В, УДД 3). При менингеальных и очаговых формах указана доза 500 тыс.–1 млн ЕД внутримышечно 1–2 раза в сутки до 10 дней.
- Рибавирин назначают в комплексной терапии не позднее 7 суток от начала заболевания: 400 мг внутрь 2 раза в сутки до 10 дней; целесообразно сочетание с интерфероном альфа-2b (УУР С, УДД 5).
- Иммуноглобулин против клещевого энцефалита используют на этапе виремии при лихорадочной форме: 0,1 мл/кг внутримышечно в течение 3–5 дней до регресса общеинфекционного синдрома, курсовая доза — не менее 21 мл (УУР С, УДД 5).
- Контролировать водно-электролитный баланс: сначала предпочитать энтеральное восполнение жидкости, при его неэффективности проводить инфузионную терапию. При внутричерепной гипертензии назначают дегидратационную терапию, включая петлевые диуретики и маннитол (УУР С, УДД 5).
- При клинических или инструментальных признаках отека головного мозга применяют глюкокортикоиды, предпочтительно дексаметазон: начальная доза 10 мг внутривенно, затем 4 мг каждые 6 часов до купирования симптомов, обычно 12–24 часа; через 2–4 дня дозу снижают и отменяют в течение 5–7 дней (УУР С, УДД 5).
- При тяжелом течении или быстром нарастании очаговой симптоматики ВВИГ назначают по решению врачебной комиссии в дозе 0,6–0,8 мг/кг внутривенно капельно в сутки за 1–2 введения, курсом 1–3 дня (УУР В, УДД 2). При тяжелом течении очаговых форм с судорожным синдромом, а также при гиперкинетической форме с эпилепсией Кожевникова, миоклонус-эпилепсией или эпилептическим припадком применяют вальпроевую кислоту и/или карбамазепин.
- При тяжелых формах, дыхательной недостаточности или нарушении сознания проводят оксигенотерапию и/или ИВЛ (УУР С, УДД 5).
- При отсутствии сознания или невозможности самостоятельного приема пищи используют зондовое или парентеральное питание; при тяжелых формах энтеральное или зондовое питание назначают по показаниям (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать всех пациентов с подозрением на клещевой энцефалит (УУР С, УДД 5).
- Перевести или госпитализировать в ОРИТ при тяжелом течении или подозрении на отек головного мозга; при судорожном синдроме необходим осмотр анестезиолога-реаниматолога для определения показаний к переводу в ОРИТ. Осмотр также необходим при прогрессировании общемозговой и очаговой симптоматики.
- При поражении ЦНС, злокачественном судорожном синдроме или подозрении на эпилепсию Кожевникова привлечь невролога; при подозрении на внутричерепную гипертензию и отек мозга — офтальмолога для офтальмоскопии.
- Выписывать после стойкого улучшения, нормализации температуры, исчезновения интоксикации, снижения плеоцитоза ниже 50–60 клеток и нормализации либо значительного уменьшения неврологического дефицита. При очаговых формах выписка возможна не ранее 21-го дня болезни после клинического выздоровления и нормализации основных показателей ликвора.

Частые вопросы

Когда брать IgM и IgG при подозрении на клещевой энцефалит?

IgM определяют с 3–4-го дня болезни, IgG — после 5–7-го дня. При отрицательном IgG анализ повторяют через 10–14 дней для оценки сероконверсии.

Когда нужна люмбальная пункция и какие изменения ожидаются в ликворе?

Пункция показана при менингеальных или общемозговых симптомах, двухволновом течении на второй волне, микст-инфекции и очаговых формах при отсутствии угрозы дислокации или вклинения. Обычно выявляют лимфоцитарный плеоцитоз, белок до 0,66 г/л и нормальную глюкозу; в первые дни возможен нейтрофильный или смешанный плеоцитоз.

Кому назначают иммуноглобулин против клещевого энцефалита после присасывания клеща?

Не болевшим и ранее не вакцинированным лицам, а также людям с незавершенным или дефектным курсом вакцинации, если присосался вирусофорный клещ. Вводят внутримышечно однократно 0,1 мл/кг в первые 72 часа.

Какова схема рибавирина при клещевом энцефалите?

Рибавирин назначают в комплексной терапии не позднее 7 суток от начала болезни по 400 мг внутрь 2 раза в сутки курсом до 10 дней. В тексте указана целесообразность сочетания с интерфероном альфа-2b.

Когда пациента с клещевым энцефалитом переводить в ОРИТ?

Показаниями являются тяжелое течение и подозрение на отек головного мозга; при судорожном синдроме, а также при прогрессировании общемозговой и очаговой симптоматики необходим осмотр анестезиолога-реаниматолога для определения показаний к переводу в ОРИТ.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/567-kleshchevoj-virusnyj-encefalit-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/567_2