Лихорадка Западного Нила

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A92.3 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Лихорадка Западного Нила — природно-очаговая арбовирусная инфекция, чаще передающаяся через укусы инфицированных комаров; течение варьирует от бессимптомного до нейроинвазивного с менингитом, энцефалитом или острым вялым параличом. Рекомендация посвящена распознаванию инфекции, лабораторному подтверждению, поддерживающему лечению и своевременной госпитализации пациентов с тяжелым или осложненным течением.

Главное

- Инкубация обычно занимает 3–8 суток, возможный диапазон — 2–21 день; около 80% инфицированных не имеют симптомов. Клинически выраженная инфекция чаще протекает без поражения ЦНС, а нейроинвазивная форма развивается в 1–5% случаев.
- Основной путь заражения — укус инфицированного комара. Редкие варианты передачи включают трансплацентарный путь, переливание крови, трансплантацию органов, лабораторное заражение и теоретически грудное вскармливание.
- Тяжелое течение вероятнее у лиц старше 60 лет, при иммунодефиците, сахарном диабете, сердечно-сосудистых и хронических легочных заболеваниях.
- Подозрение на ЛЗН требует учета пребывания в эндемичном районе, укусов комаров или клещей, летне-осеннего сезона, контакта с зараженным материалом, а также недавнего переливания крови или трансплантации.
- Для подтверждения используют антитела IgM/IgG к ВЗН в крови, а при показаниях к пункции — и в ликворе; в острой фазе дополнительно выполняют ПЦР крови и, при показаниях к пункции, ликвора. Отрицательная серология на раннем этапе не исключает инфекцию: при сохраняющемся подозрении анализ повторяют через 10 дней.
- Нейроинвазивная форма требует госпитализации; при тяжелом или крайне тяжелом течении необходимы постоянный контроль жизненных функций, включая дыхание, гемодинамику, сатурацию, диурез и неврологический статус.
- Специфическая профилактика не разработана.

Диагностика

1. Сначала собирают жалобы и эпидемиологический анамнез: уточняют пребывание в природном очаге в течение инкубационного периода, укусы комаров или клещей, сезон, профессиональные и бытовые контакты с водоемами, лабораторным материалом, кровью или трансплантатами. УУР С, УДД 5.
2. Проводят общий осмотр с оценкой температуры, кожных покровов, слизистых, тургора кожи, соматического и неврологического статуса; измеряют пульс, артериальное давление, частоту дыхания, SpO2 и при необходимости диурез. При общемозговых симптомах оценивают менингеальные знаки, сознание и психический статус; при неврологической симптоматике нужен первичный осмотр невролога. УУР С, УДД 4–5.
3. Всем пациентам выполняют общий анализ крови и биохимический анализ крови с АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевиной, креатинином, КК, хлоридами, натрием и калием. При тромбоцитопении дополнительно проводят коагулограмму с оценкой ПВ, АЧТВ, МНО, фибриногена и Д-димера. УУР С, УДД 5.
4. При неврологических симптомах выполняют спинномозговую пункцию и исследуют ликвор: цитоз, белок, глюкозу, лактат, а также проводят серологическое и микробиологическое исследование для подтверждения ЛЗН и исключения бактериального менингита. УУР С, УДД 4.
5. Для специфического подтверждения определяют IgM и IgG к ВЗН в крови, а при наличии показаний к пункции — в ликворе. В первые дни болезни исследуют РНК ВЗН методом ПЦР в крови и, при показаниях, в ликворе; положительная ПЦР подтверждает активную инфекцию. УУР С, УДД 4–5.

6. Всем пациентам регистрируют ЭКГ. При изменении психического статуса, судорогах, очаговой неврологической симптоматике или подтвержденной менингоэнцефалической форме выполняют МРТ головного мозга, а при невозможности МРТ — КТ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Меглюмина акридонацетат при легком течении назначают внутрь по 250 мг 2 раза в день 5–7 дней; при среднетяжелом и тяжелом течении — внутримышечно по 2,0 мл 12,5%-го раствора в 1-й и 2-й дни, затем через день в течение 7–10 дней. УУР С, УДД 5.
- При нейроинвазивной форме можно назначать нормальный человеческий иммуноглобулин внутривенно по 0,4 г/кг/сут 2–7 дней, особенно при начале лечения в первые 5 дней симптомов и отсутствии эффекта поддерживающей терапии. УУР С, УДД 5.
- При среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом течении проводят мониторинг жизненных функций и инфузионную терапию для коррекции водно-электролитных нарушений; объем жидкости рассчитывают с учетом физиологической потребности, патологических потерь и дефицита. УУР С, УДД 5.
- При рвоте метоклопрамид вводят внутримышечно или медленно внутривенно, в течение не менее 3 минут, по 10–20 мг 1–3 раза в сутки, максимум 60 мг/сут. При внутричерепной гипертензии и отеке мозга используют маннитол 0,25–1 г/кг внутривенно капельно в концентрации 10–20% каждые 6–8 часов или фуросемид 20–40 мг внутривенно или внутримышечно 1–2 раза в сутки.
- При судорогах применяют диазепам 5–10 мг внутривенно или внутримышечно. Для снижения внутричерепного давления и воспаления может использоваться дексаметазон 6–20 мг/сут внутривенно за 1–2 введения; терапия глюкокортикоидами более 10 суток не рекомендуется. При угрожающих жизни нарушениях газообмена немедленно выполняют интубацию и начинают ИВЛ. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- В инфекционный стационар направляют при среднетяжелом, тяжелом и/или осложненном течении, а также при тяжелых хронических заболеваниях.
- Нейроинвазивная форма средней, тяжелой или крайне тяжелой степени подлежит обязательной госпитализации в инфекционное отделение или ОРИТ.
- В ОРИТ госпитализируют при выраженной интоксикации, дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности, церебральных нарушениях.
- Пациентам с неврологической симптоматикой нужен осмотр невролога, а при ухудшении зрения, боли в глазах, появлении «мушек», искажении изображения или покраснении глаз — осмотр офтальмолога.
- После перенесенной ЛЗН диспансерное наблюдение терапевтом или врачом общей практики проводят в течение 6–12 месяцев после выписки; периодичность визитов определяют индивидуально, особенно при нейроинвазивной форме, стойких неврологических нарушениях или выраженной астении.

Частые вопросы

Когда следует подозревать лихорадку Западного Нила?

При неспецифических симптомах, особенно после пребывания в эндемичном районе, укусов комаров или клещей в летне-осенний период. Учитывают также переливание крови, трансплантацию и лабораторный контакт с материалом, подозрительным на ВЗН.

Как лабораторно подтвердить ЛЗН?

Основные методы — ИФА на IgM и IgG к ВЗН в крови, а при показаниях к пункции — в ликворе. В острой фазе дополнительно применяют ПЦР для выявления РНК ВЗН в крови и, при показаниях к пункции, в ликворе; ранний отрицательный результат серологии повторяют через 10 дней при сохраняющемся подозрении.

Нужна ли люмбальная пункция при подозрении на ЛЗН?

Да, при наличии неврологических симптомов выполняют спинномозговую пункцию с исследованием ликвора, включая цитоз, белок, глюкозу, лактат, серологию и исследования для исключения бактериального менингита. УУР С, УДД 4.

Когда пациента с ЛЗН госпитализировать?

Госпитализация показана при среднетяжелом, тяжелом или осложненном течении, тяжелых хронических заболеваниях, а также при нейроинвазивной форме. ОРИТ требуется при дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности, выраженной интоксикации, коме, судорогах и других церебральных нарушениях.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/965-lihoradka-zapadnogo-nila. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/965_1