Вирусные менингиты у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A87.0, A87.1, A87.2, A87.8, A87.9, B00.3, B01.0, B02.1 · Межрегиональная общественная организация "Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области", Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Вирусный менингит у детей — полиэтиологическое вирусное заболевание с серозным воспалением оболочек головного мозга и преобладанием гипертензионно-гидроцефального синдрома. Рекомендация описывает диагностику, экстренную госпитализацию, этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию, а также профилактику и наблюдение реконвалесцентов.

Главное

- Частые причины ВМ у детей — энтеровирусы и герпесвирусы; реже аденовирус, вирусы кори, эпидемического паротита, гриппа, клещевого энцефалита и лимфоцитарного хориоменингита.
- Типичная клиника ВМ сочетает общеинфекционные проявления, общемозговые симптомы, менингеальный синдром; очаговая симптоматика указывает на вовлечение вещества мозга.
- Диагноз устанавливают по клинике после инкубации 2–30 дней, данным ликвора и подтверждению этиологии: IgM/нарастание IgG в крови и ЦСЖ и/или выявление вирусной РНК/ДНК методом ПЦР.
- Спинномозговую пункцию выполняют в первые сутки после установления вероятного ВМ при отсутствии противопоказаний; для ВМ типичны лимфомоноцитарный плеоцитоз обычно до 1000 кл/мкл и небольшое повышение белка. УУР С, УДД 5.
- При подозрении на ВМ нужна экстренная госпитализация в стационар с инфекционными койками и ОРИТ из-за риска внезапного ухудшения.
- Антибактериальные препараты при ВМ без бактериального очага не показаны; при вторичных бактериальных осложнениях применяют системные антибиотики, стартово возможны цефотаксим, цефтриаксон или цефоперазон + сульбактам по инструкциям. УУР С, УДД 5.
- Профилактика включает вакцинацию против вирусных инфекций, которые могут осложняться ВМ, по Национальному календарю и с учетом эпидобстановки. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, непривитые контакты, пребывание в эндемичных регионах, сезонность, посещение леса/парков за последний месяц, присасывание или контакт с клещом, сырое козье молоко, результаты исследования клеща, введение противоклещевого иммуноглобулина и вакцинацию. УУР С, УДД 5.
2. При осмотре целенаправленно искать интоксикацию и лихорадку, головную боль, тошноту, рвоту, светобоязнь, кожную гиперестезию, менингеальные и очаговые неврологические симптомы. УУР С, УДД 5.
3. Организовать первичный осмотр инфекциониста, невролога и офтальмолога перед люмбальной пункцией; застойные явления на глазном дне как признак внутричерепной гипертензии — противопоказание к пункции. УУР С, УДД 5.
4. Оценить сознание по шкале Глазго: 15 баллов — ясное сознание, 3 балла и менее — запредельная кома; контролировать менингеальные и очаговые симптомы в динамике. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить развернутый общий анализ крови и люмбальную пункцию с цитозом, глюкозой, белком, лактатом, натрием и хлоридами ликвора; повторную пункцию проводят на 7–10-е сутки. УУР С, УДД 5.
6. Для этиологии исследовать кровь и ЦСЖ методом ПЦР на вирусные агенты, а также проводить ИФА крови и серологию ликвора в остром периоде и динамике; отрицательная первичная ПЦР не исключает ВМ. УУР С, УДД 5.
7. При нарушении сознания — УЗИ головного мозга; при подозрении на ВЧГ — УЗИ глазного яблока с оценкой зрительного нерва; при нарушении сознания и судорогах — ЭЭГ. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Всех детей с подозрением на ВМ госпитализировать экстренно в стационар с ОРИТ; лечение выбирают с учетом формы, тяжести, течения, возраста и осложнений.
- Этиотропную терапию начинать как можно раньше: используют системные противовирусные средства и иммуностимуляторы. Интерферон альфа-2b у детей старше 4 лет назначают по инструкции. УУР С, УДД 5.
- При герпесвирусной этиологии назначают ацикловир по инструкции; при подозрении на ВМ, вызванный вирусом клещевого энцефалита, рибавирин 10 мг/кг/сут в 2–3 приема 14 суток, с контролем ЭКГ из-за риска нарушений ритма. УУР С, УДД 5.
- У детей старше 7 лет возможен тилорон: 7–12 лет — 60 мг/сут, старше 12 лет — 125 мг/сут однократно 7 дней, затем через день 5 дней, в том числе при энтеровирусных менингитах. УУР С, УДД 5.
- Если рибавирин невозможен, детям старше 7 лет может применяться меглюмин акридонацетат 10 мг/кг внутрь 1 раз в день перед едой на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20-й день. УУР С, УДД 5.
- При отеке мозга применяют системные кортикостероиды, предпочтительно дексаметазон по инструкции; при клинике ВЧГ возможен эсцина лизинат 0,15 мг/кг 2 раза в сутки в 200 мл 0,9% NaCl внутривенно капельно медленно, обычно от 10 дней. УУР С, УДД 5.
- Для нейропротекции в остром периоде может применяться инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота 0,6 мл/кг/сут, максимум 10 мл/сут, внутривенно 1 раз в день курсом до 10 дней; левокарнитин в реконвалесценции — по инструкции. УУР С, УДД 5.
- Жаропонижающие/анальгетики используют при температуре выше 38,5 °C и/или плеоцитозе более 300 кл/мкл: ибупрофен разрешен с 3 месяцев, парацетамол — с 1 месяца, по инструкциям. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Подозрение на ВМ — показание к экстренной госпитализации независимо от этиологии, формы и тяжести болезни.
- При нарастающей внутричерепной гипертензии или отеке мозга транспортировку/госпитализацию выполняет бригада анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрическая или экстренная консультативная, при возможности ИВЛ.
- При признаках ВЧГ, судорожном синдроме или нарушении сознания нужен первичный осмотр анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о переводе в ОРИТ и объеме интенсивной терапии. УУР С, УДД 5.
- Показания к выписке: нормализация общего состояния, отсутствие интоксикации, значительное снижение или исчезновение неврологического дефицита. Лабораторные критерии выздоровления оценивают по крови и спинномозговой жидкости.
- Все дети после ВМ подлежат диспансерному наблюдению; снятие с учета — при восстановлении работоспособности, хорошем самочувствии, отсутствии клинических признаков и очаговой неврологии, сероконверсии. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие ликворные изменения типичны для вирусного менингита у детей?

Обычно ликвор показывает умеренный плеоцитоз до 1000 кл/мкл с преобладанием мононуклеаров и небольшое повышение белка; при этом белок иногда остается нормальным. Также исследуют глюкозу, лактат, натрий и хлориды.

Когда нельзя делать спинномозговую пункцию?

Пункцию не проводят при подозрении на отек головного мозга и других противопоказаниях; при их наличии исследование проводят после стабилизации состояния и регресса проявлений отека головного мозга.

Нужны ли антибиотики при вирусном менингите?

Если очагов бактериальной инфекции нет, системные антибактериальные препараты не показаны. Их назначают при присоединении вторичных бактериальных осложнений; стартово в тексте названы цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон + сульбактам по инструкциям.

Какие препараты применяют при герпесвирусном ВМ?

При ВМ герпесвирусной этиологии указан ацикловир по инструкции. У всех пациентов с ВМ также рассматривается системная противовирусная терапия для подавления размножения вирусов.

Какие признаки заставляют думать не только о менингите, но и о менингоэнцефалите?

На вовлечение вещества головного мозга указывает очаговая неврологическая симптоматика; при герпетическом процессе появление судорог или очаговых неврологических симптомов свидетельствует о развитии менингоэнцефалита.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/995-virusnye-meningity-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/995_1