

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Главное управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь информирует, что в Республике Беларусь отмечается рост заболеваемости и регистрация не типичных ранее тяжелых (менингоэнцефалитических, полиомиелитических) форм инфекции, что требует повышения настороженности врачей первичного звена, скорой медицинской помощи и врачей-специалистов (инфекционистов, неврологов, анестезиологов-реаниматологов и т.д.) в отношении ранней диагностики клещевого энцефалита (далее – КЭ).

Необходимо учесть в работе следующие особенности:

1. Ключевые моменты эпидемиологического анамнеза.

В большинстве случаев КЭ передается трансмиссивно - при присасывании иксодового клеща в весенне-летне-осенний период в течение 30 дней до появления первых симптомов заболевания. Инкубационный период составляет при этом в среднем 7-14 дней, до 28 дней максимально. В то же время отсутствие факта присасывания клеща не исключает КЭ (до 30–65% пациентов с лабораторно подтвержденным КЭ не отмечали присасываний клеща в течение месяца).

Значительно менее распространенным путем инфицирования является алиментарный – при употреблении непастеризованного козьего молока и молочных продуктов от зараженных животных. Инкубационный период при этом значительно укорачивается и составляет всего 3–4 дня.

В крайне редких случаях возможен контактный путь инфицирования КЭ - через микротравмы кожи при снятии и раздавливании клеща незащищенными руками.

2. Клинические маркеры и этапность течения болезни.

Для европейского субтипа вируса, доминирующего в Республике Беларусь и ряде европейских стран, типично двухволновое течение заболевания (встречается примерно у 2/3 пациентов):

- Первая волна (стадия виремии): длится 2–7 дней и протекает под маской неспецифического гриппоподобного синдрома (лихорадка, усталость, миалгии, головная боль, иногда диспепсия). В общеклиническом анализе крови в этот период могут регистрироваться лейкопения и тромбоцитопения.

- Период «мнимого благополучия» (афебрилитета): длится от 1 до 21 дня (в среднем 7 дней), когда пациент чувствует себя удовлетворительно.

- Вторая волна (развитие поражения ЦНС): резкое ухудшение состояния, высокая лихорадка и появление неврологической симптоматики. Опорные симптомы: упорная головная боль (не купируемая анальгетиками), тошнота и неконтролируемая рвота, головокружение, тремор, нарушение координации и походки, появление менингеальных знаков (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига), иногда периферических парезов и параличей конечностей и иной очаговой симптоматики.

Обращаем внимание, что у части пациентов (особенно при сибирском и дальневосточном субтипах КЭ) заболевание может протекать монофазно, сразу дебютируя тяжелым поражением нервной системы, включая развитие периферических вялых парезов конечностей, плечевого пояса и шеи (полиомиелитическая форма заболевания).

Объективные менингеальные знаки (ригидность затылка, симптом Кернига и др.) у пациентов с КЭ могут отсутствовать даже при наличии воспалительных изменений в ликворе. Люмбальная пункция – единственный высоко чувствительный метод, позволяющий подтвердить или исключить вовлечение ЦНС при подозрении на КЭ.

Существенно, что частой клинической формой заболевания является фебрильная – проявляющаяся стойкой гипертермией и явлениями интоксикации.

3. Принципы лабораторной верификации КЭ.

Ошибки в выборе метода диагностики в зависимости от стадии болезни приводят к ложноотрицательным результатам. Принципиально важно соблюдать следующие правила для забора биологического материала и интерпретации результатов:

- В первую стадию (до поражения ЦНС) диагностика основана исключительно на ПЦР крови для выявления РНК вируса. Антитела (IgM, IgG к вирусу КЭ) в эту стадию, как правило, еще отсутствуют.
- Во вторую стадию (при поражении ЦНС) «золотым стандартом» является серологическая диагностика (ИФА крови на IgM и IgG к вирусу КЭ). На момент поражения ЦНС у 100% пациентов уже есть положительные антитела в крови (IgM и/или IgG).

Обращаем внимание, что ПЦР цереброспинальной жидкости (далее - ЦСЖ) характеризуется крайне низкой чувствительностью из-за внутриклеточной локализации вируса. Отрицательный результат ПЦР ЦСЖ не позволяет исключить КЭ.

При общеклиническом исследовании ЦСЖ во вторую стадию КЭ типичен профиль асептического (серозного) менингита: лимфоцитарный плеоцитоз, умеренное повышение белка, при этом уровни глюкозы и лактата остаются в пределах нормы.

4. Тактика ведения пациентов с ВКЭ.

Пациенты с подозрением на вторую волну КЭ подлежат немедленной госпитализации в профильный инфекционный стационар (при отсутствии – неврологические отделения многопрофильных стационаров). Пациенты с нарастающей очаговой неврологической симптоматикой, нарушением сознания или бульбарными расстройствами должны экстренно госпитализироваться в отделения реанимации и интенсивной терапии.

Специфического противовирусного лечения КЭ в настоящее время не существует. Основу лечения составляет борьба с синдромом внутричерепной гипертензии (дегидратационная терапия), купирование судорог, поддержание витальных функций и симптоматическая терапия.

Антибиотики (преимущественно доксициклин) не эффективны в отношении вируса КЭ и могут назначаться лишь при подозрении на наличие ко-инфекции (одновременного инфицирования другими бактериальными возбудителями клещевой инфекции).

5. Профилактика КЭ.

Единственным надежным способом защиты от КЭ является заблаговременная (плановая) вакцинация любой из зарегистрированных в Республике Беларусь вакциной.

Постэкспозиционная профилактика КЭ противоклещевым иммуноглобулином не рекомендуется из-за недоказанной эффективности и не проводится согласно действующим нормативным документам Республики Беларусь.

Для снижения рисков инфицирования КЭ рекомендованы неспецифические меры защиты:

- ношение максимально закрытой одежды и использование на одежду и кожные покровы репеллентов при посещении мест потенциального обитания клещей;
- регулярные само- и взаимоосмотры тела после и во время пребывания на природе с целью раннего обнаружения клещей;
- контроль за домашними животными (не присосавшиеся клещи могут быть занесены в дом на шерсти домашних животных (собак, кошек) после их выгула в лесопарках или высокой траве);
- правильное удаление присосавшихся клещей (с помощью нити, пинцетом или специального устройства), для снижения риска контактного инфицирования вирусом целесообразно использование медицинских перчаток;
- отказ от употребления непастеризованного козьего молока и сыров.