

## ОСТОРОЖНО! КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ!



Специалисты организаций здравоохранения заранее предупреждают население о скором наступлении «клещевого сезона», так как клещи начинают свою активность при температуре 5-7 градусов выше нуля. Сезон активности клещей длится с марта по ноябрь.

Иксодовые клещи являются не только кровососами, но и переносчиками целого ряда инфекционных заболеваний, одним из которых, является *клещевой энцефалит* (КЭ). В Республике Беларусь клещевой энцефалит регистрируется намного реже, чем, например, болезнь Лайма, однако заболевание не теряет своей актуальности.

***Клещевой энцефалит*** - природно-очаговая вирусная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией с преимущественным поражением центральной нервной системы и разнообразными формами течения заболевания (от лёгких стёртых форм до тяжелого течения).

В большинстве случаев КЭ передается трансмиссивно - при присасывании иксодового клеща в весенне-летне-осенний период. Инкубационный период составляет 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 незащищёнными руками.

### **Особенности течения заболевания**

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»: 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, симптом Кернига), иногда периферических парезов и параличей конечностей и иной очаговой симптоматики.

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 высокочувствительный метод, позволяющий подтвердить или исключить вовлечение ЦНС при подозрении на КЭ.

Более частой клинической формой заболевания является фебрильная, проявляющаяся стойкой гипертермией и явлениями интоксикации.

### **Диагностика**

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).

ПЦР цереброспинальной жидкости (**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.

Пациенты с подозрением на вторую волну КЭ подлежат немедленной госпитализации в профильный инфекционный стационар (при отсутствии – в 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).

### Профилактика

Клещи обитают не только в лесу, но и в других природных зонах естественного обитания. Их всегда больше вдоль поросших травой троп, опушек, по обочинам дорог. Клещ цепляется с травы или с низкорослого кустарника, а не падает и не прыгает с деревьев. Так что основная зона опасности у человека - это ноги. Если в парке вы ходите по дорожкам, не касаясь при этом травы и кустарника, то и подцепить клеща Вам вряд ли удастся. Клещ никогда не присасывается сразу. Прицепившись, он всегда ползет вверх. Около часа и более может бродить по телу в поисках удобных для присасывания мест. Поэтому при осмотре его можно обнаружить задолго до укуса.

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

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

Снижение риска инфицирования:

- 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.

**!! Настоятельно рекомендуется не пытаться удалить клеща самостоятельно – существует большой риск отрыва тела клеща, при этом часть так и остаётся в месте присасывания, вызывая воспаление, удалить её гораздо сложнее !!**

При обнаружении присосавшегося клеща необходимо обратиться в травмпункт.