От гастроэнтерита к герпетическому менингоэнцефалиту: диагностическая дилемма с атипичным дебютом

Якушев Дмитрий Валерьевич – врач – анестезиолог-реаниматолог детского инфекционного отделения анестезиологии-реанимации ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»

II Московская научно-практическая конференция по инфекционным болезням с международным участием
АКТУАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
Москва, 24–25 сентября 2026

Конфликт интересов отсутствует.

Для визуального оформления использовалась нейросеть GPT image 2.5.

Нейроинфекция под маской «банального» гастроэнтерита

Как легко пропустить серьёзное заболевание за привычной симптоматикой

Многократная рвота
(до 20 раз)

Что видели:
рвота, частые эпизоды

Типичный гастроэнтерит?

Лихорадка до 38°C

Что видели:
повышение температуры

Инфекция?

Петехиальная сыпь на лице

Что видели:
мелкие красные точечные высыпания

После рвоты – механическая?

Вялость, головная боль

Что видели:
снижение активности, жалобы на головную боль

Интоксикация?

Такая клиническая картина может быть началом нейроинфекции!

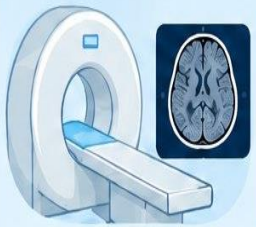
Рвота, лихорадка, сыпь, вялость и головная боль — могут быть не только при гастроэнтерите, но и при менингите, энцефалите и других инфекциях ЦНС.

Первичный диагноз: A09.9
«Острый инфекционный гастрит»
Госпитализация в ДИО-1.

Диагностика нейроинфекции: как не пропустить

Обычные симптомы могут скрывать серьёзную патологию

День 2 → **День 3** → **День 4** → **День 5**

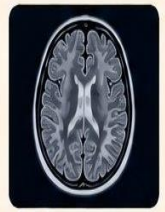


КТ: норма

Несмотря на неврологическую симптоматику, КТ головного мозга не выявила патологических изменений.

ЛП №1: неудача (3 попытки)

Ликвор не получен. Попытки многократные, без результата.



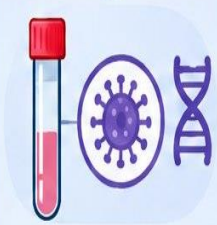
МРТ головного мозга

Выявлены признаки поражения мягких оболочек (менингеальные изменения).

Эмпирическая терапия до получения ПЦР (что спасло пациента).

Перевод в ОАР

После получения результатов МРТ.



ПЦР ликвора: HSV-1/2 (+)

Подтверждена герпетическая нейроинфекция.

Ацикловир был начат эмпирически до получения ПЦР. Это спасло пациента.

Динамика неврологического статуса пациента
(на фоне лечения энцефалита)

Дата (этап лечения)	15.08 (поступление)	18.08 (ОАР)	23.08 (ОАР)	25.08 (перевод)	27.08 (ухудшение МРТ)	01.09 (регресс)	09.09 (выписка)
Уровень сознания	Ясное	Поверхностное оглушение	Поверхностное оглушение	Ясное	Заторможен	Ясное	Ясное
Двигательные нарушения	Нет	Снижение движений	Парезов нет	Левосторонний гемипарез **4 балла**	Левосторонний гемипарез **4–5 баллов**	Левосторонний гемипарез **5 баллов**	Левосторонний лёгкий гемипарез
Шкала Глазго (GCS)	**15**	**13**	**14**	**15**	**14**	**15**	**15**

В целом отмечается положительная динамика неврологического статуса с регрессом двигательных нарушений к моменту выписки.

Психические расстройства при энцефалите
(описаны при герпетическом энцефалите и других формах энцефалита)

Гипомания
Повышенное настроение, ускорение мышления, гиперактивность, снижение критики.

Синдром Клювера — Бьюси
(Klüver-Bucy syndrome, KBS)
Изменения поведения: гипероральность (стремление брать предметы в рот), снижение страха, гиперсексуальность, эмоциональная тупость.

Различные формы амнезии
Нарушения памяти различной степени выраженности (от эпизодической до глобальной амнезии).

Литературные источники:
1. Tyler KL, Tedder DG, Yamamoto LJ, et al. Recurrent brainstem encephalitis associated with herpes simplex virus type 1 DNA in cerebrospinal fluid. Neurology 1995; 45:2246.
2. Hart RP, Kwentus JA, Frazier RB, Hormel TL. Natural history of Klüver-Bucy syndrome after treated herpes encephalitis. South Med J 1986; 79:1376.

Знания сегодня — лучшие исходы завтра

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ
при поступлении и их динамика в течение госпитализации

ПЕРВИЧНЫЕ АНАЛИЗЫ (при поступлении, 15.08)

- Гемоглобин **169 г/л**
- Эритроциты **5,78 × 10¹²/л**
- Гематокрит **48,5 %**
- Лейкоциты **12,15 × 10⁹/л**
- Общий белок **83,4 г/л**
- Креатинин **86,8 мкмоль/л**
- Билирубин общий **26,86 мкмоль/л**
- Натрий **133,7 ммоль/л**
- СРБ **0,3 мг/л**
- Прокальцитонин **0,062 нг/мл**

Далее представлена динамика лабораторных показателей в течение госпитализации.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

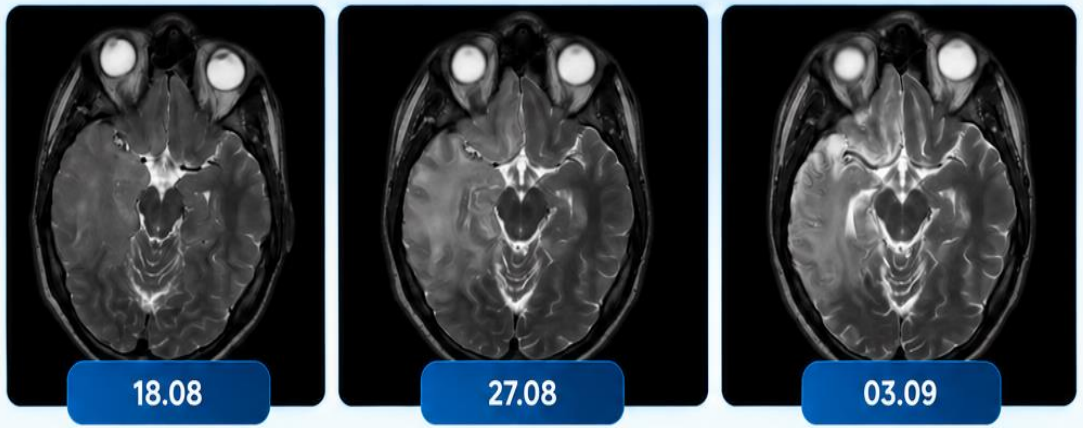
ДИНАМИКА АНАЛИЗА ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Дата	Цитоз, ×10⁶/л	Лимфоциты, %	Нейтрофилы, %	Белок, г/л	Глюкоза, ммоль/л	Лактат, ммоль/л	ПЦР HSV-1/2
18.08	290	62	38	0,85	4,16	2,63	Обнаружено
24.08	116	81	19	0,70	4,86	2,89	Обнаружено
07.09	20	100	0	0,46	3,6	1,75	Не обнаружено

Примечание: в графиках указаны только доступные значения показателей на соответствующие даты.

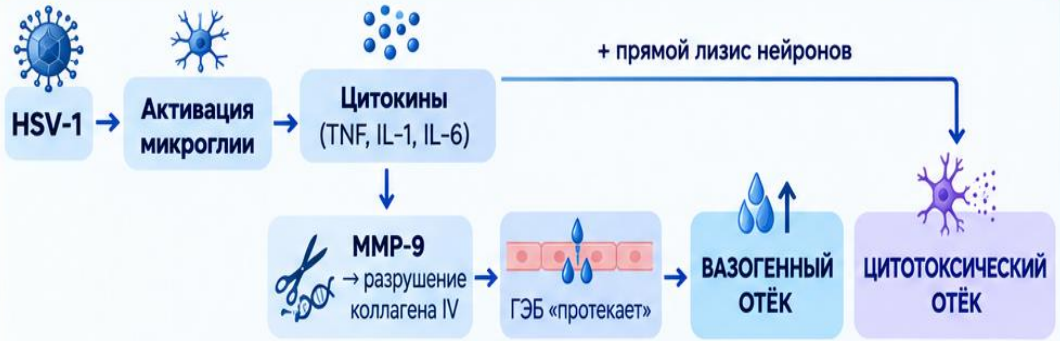
Герпетический энцефалит (HSV-1)

Динамика МРТ и патогенез отёка мозга



HSV-1 имеет тропность к височным долям и лимбической системе.
Если МРТ показывает очаг там — думайте о герпесе.

Патогенез отёка мозга при герпетическом энцефалите



MMP-9 — биомаркер тяжести ГЭБ-дисфункции. Его уровень в ликворе коррелирует с худшим неврологическим исходом.

Течение заболевания

Фаза 1: Вирусная (дни 1–10)	Фаза 2: Иммунная (дни 10–30)
Репликация HSV-1	Аутоантитела (анти-NMDAR)
Прямое цитолитическое повреждение	Иммунное повреждение нейронов
Лечение: ацикловир	Лечение: ГКС, ВВИГ, плазмаферез
МРТ: очаг в височной доле	МРТ: новые очаги, дислокация

Терапия первой линии

Ацикловир 10 мг/кг каждые 8 часов в/в
Снижает летальность с >70% до 10–20%.

Адъювантная терапия:

Дексаметазон	ВВИГ	Маннитол	Метилпреднизолон
16 мг 2 р/сут	1 г/кг	0,25 г/кг	1000 мг/сут 3 сут

Глюкокортикостероиды: за и против

ЗА

- Вазогенный отёк → срединная дислокация → ГКС эффективны *(доказано при опухолях)*
- Подозрение на аутоиммунную 2-ю фазу.

ПРОТИВ

- Нет РКИ при HSV-энцефалите, метаанализ не показал улучшения исходов.
- Теоретический риск иммуносупрессии *(первичные повреждения тканей вызваны репликацией).*

У 5–27% пациентов с HSV-энцефалитом развивается аутоиммунный энцефалит с анти-NMDAR-антителами.*

*Prüss H, Finke C, Höltje M, et al. N-methyl-D-aspartate receptor antibodies in herpes simplex encephalitis. Ann Neurol 2012; 72:902

Исходы, выводы и открытые вопросы

HSV-ЭНЦЕФАЛИТ: ОТ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ К ЛУЧШИМ ИСХОДАМ

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА МЕНЯЕТ ПРОГНОЗ

Исход у нашего пациента

Пациент выписан с левосторонним гемипарезом.

Нейрореабилитация продолжается.

Прогноз — осторожный.

Смертность

20–30%
при вовремя начатом лечении.

70%
без лечения.

Заболеваемость и отдаленные последствия

- Выраженные повéденческие нарушения.
- Фиксационная амнезия (нарушение запóминания новой информации).
- Признаки синдрóма Клювера - Бьюси.
- Тяжелые когнитивные нарушения.

Аутоиммунные последствия

Аутоиммунный энцефалит (anti-NMDA-рецепторный) развивается у около

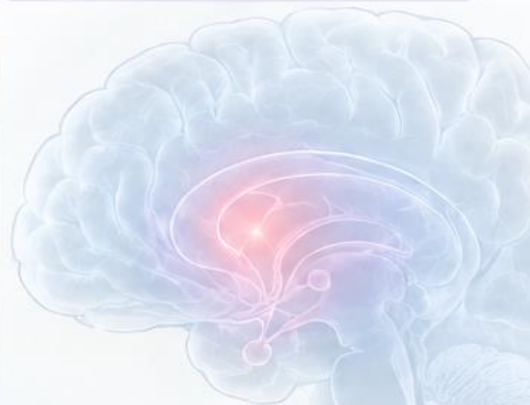
27%
пациентов.

Выводы

1. HSV-энцефалит маскируется под гастроэнтерит.
2. ПЦР ликвора — золотой стандарт, но возможны ложноотрицательные результаты.
3. **Ацикловир** — основа, начинать эмпирически при подозрении.

Открытые вопросы

- **Эффективность ГКС** — после не значит вследствие?
- Когда начинать иммуносупрессию при второй фазе?
- Роль ММР-9-ингибиторов — перспектива?



Раннее лечение сохраняет будущее

II МОСКОВСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

АКТУАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Москва, 24–25 сентября 2026

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!