

Лабович В.А.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АУТОИММУННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА (С КЛИНИЧЕСКИМ ИЛЛЮСТРИРОВАНИЕМ)

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Байда А.Г.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

В настоящее время аутоиммунный энцефалит является одним из самых сложно диагностируемых неврологических заболеваний. Причина этого кроется в полиморфизме симптоматики, ограниченности используемых маркеров антител и непредсказуемостью клинического течения. Согласно анализу 2015 - 2021 годов Цзилинского университета общий уровень смертности от энцефалита NMDAR, LGI1 и GABABR составил 15%. Возраст пациента и тип антител к аутоиммунному энцефалиту были независимыми предикторами смертности. Основными направлениями работы в данной области является активное внедрение в лабораторную диагностику новых маркеров к нейрональным антителам и повышение осведомленности среди врачей-клиницистов современных данных эпидемиологии и закономерностей течения аутоиммунного энцефалита.

В работе проанализирован клинический случай острого некротического аутоиммунного энцефалита пациентки Н., 1983 года рождения, которая поступила в стационар в экстренном порядке. В неврологическом статусе при первичном осмотре: кома 1, по шкале ком Глазго 7-8 баллов, зрачки D=S, плавающие движения глазных яблок, взгляд не фиксирует, реакция зрачков на свет сохранена. Кашлевой рефлекс сохранен. В лабораторных анализах при поступлении в стационар отмечено незначительное повышение СРБ до 11,5 мг/л, глюкоза периферической крови до 8,7 ммоль/л; выставлен диагноз кома неясного генеза. Пациентке была проведена По данным МРТ головного мозга: МР-картину необходимо дифференцировать между проявлениями острой некротизирующей энцефалопатии и острым рассеянным энцефаломиелитом; менее вероятен неопластический процесс. Пациентке были проведены вирусологические исследования ликвора и крови (ПЦР на вирусы герпес группы, результат тестов отрицательный). В последующие дни у пациентки нарастал неврологический дефицит, отмечались лабораторные признаки коагулопатии, лейкоцитоза, лимфопении, анемии, нефритического синдрома, токсической кардиомиопатии и инфекции мочеполовых путей с нарушением азотовыделительной функции. С целью коррекции кислород-транспортной функции крови была назначена трансфузия ЭОЛДР (эритроциты, обедненные лейкоцитами, в добавочном растворе); с целью коррекции дефицита факторов свертываемости крови получала 1000 МЕ октаплекса. Однако у пациентки развились тромбозы церебральных синусов - сагитального, правого поперечного, сигмовидного, прямого с наличием венозных инфарктов в обоих таламусах и субкортикально в обоих полушариях головного мозга, ДВС-синдром. На фоне проводимой в полном объеме интенсивной терапии, ИВЛ, полифункционального мониторинга у пациентки зафиксирована остановка сердечной деятельности.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует непредсказуемое течение аутоиммунного некротического энцефалита и сложности его диагностики. Пациентам с подозрением на аутоиммунный энцефалит необходимо комплексное обследование, включающее лабораторные анализы (исследование на наличие антител к вне- и внутриклеточным структурам нейрона), расширенный онкопоиск. Во всех случаях выявления клинического синдрома острого или подострого энцефалита неуточненной этиологии рекомендуется проводить расширенный диагностический алгоритм для исключения инфекционного и/или сосудистого (поражение мелких сосудов - васкулит) процесса с обязательным исследованием спинномозговой жидкости, проведением электроэнцефалографии, МРТ головного мозга.