

Date: 11th October-2026

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ

Мусаев Э.Х., Гайбиев А.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Республика Узбекистан



Введение. Аутоиммунные энцефалиты (АЭ) долгое время считались казуистикой, однако популяционное исследование J. Dubey и соавт. (2018) показало, что их распространённость составляет около 14 на 100 000 населения и сопоставима с распространённостью инфекционных энцефалитов; ежегодно в мире заболевает около 90 тыс. человек. Наиболее частой формой является анти-NMDA-рецепторный энцефалит. Поздняя диагностика задерживает иммунотерапию и ухудшает исход.

Цель исследования. На основе анализа современных данных литературы обобщить клинические особенности течения аутоиммунных энцефалитов и определить ключевые критерии их ранней диагностики.

Материал и методы. Проведён анализ публикаций, индексируемых в базах PubMed/MEDLINE, Scopus, Europe PMC и Google Scholar, с акцентом на многоцентровые когортные исследования, рандомизированные клинические испытания, систематические обзоры и международные консенсусы. Проанализированы данные крупнейшей когорты больных анти-NMDAR-энцефалитом (M.J. Titulaer и соавт., 2013; n = 577), диагностические критерии F. Graus и соавт. (2016), систематические обзоры по нейровизуализации и ЭЭГ, а также обзор L. Nguyen, C. Wang (2023).

Результаты. В когорте M.J. Titulaer и соавт. 81% больных составляли женщины, 37% были моложе 18 лет, 95% — моложе 45 лет; опухоль (преимущественно тератома яичника) выявлена у 38,1% больных, в азиатских когортах — реже (15,6–19,5%). У 40–70% пациентов заболеванию предшествует неспецифический продромальный период (головная боль, лихорадка, тошнота), после которого у 90% подростков и взрослых в течение 2 недель развиваются выраженные психические и поведенческие нарушения; эпилептические приступы на каком-либо этапе отмечаются у 65,9% больных. Важно, что изменения на МРТ выявляются лишь у 33,3–37,7% пациентов, плеоцитоз в ликворе — у 67,8–75,6%, а специфический ЭЭГ-паттерн «extreme delta brush» — только у 6,7–6,8%. Критерии F. Graus и соавт. (2016) позволяют установить диагноз «возможного АЭ» до получения результатов исследования антител: подострое (до 3 месяцев) нарушение рабочей памяти, сознания или психические расстройства в сочетании хотя бы с одним признаком — новыми очаговыми симптомами, необъяснимыми приступами, плеоцитозом ликвора или характерными изменениями на МРТ — при исключении альтернативных причин.

Заключение. Нормальная МРТ и отсутствие плеоцитоза не исключают аутоиммунный энцефалит. Ранняя диагностика должна основываться на

Date: 11thOctober-2026

клинических критериях «возможного АЭ» с параллельным исследованием антител в сыворотке и ликворе и обязательным онкопоиском (в первую очередь тератомы яичника у молодых женщин), что позволяет начать иммунотерапию до получения серологического подтверждения.

Ключевые слова: аутоиммунный энцефалит, анти-NMDA-рецепторный энцефалит, диагностические критерии, ликвор, МРТ, ЭЭГ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Dubey D., Pittock S.J., Kelly C.R. et al. Autoimmune encephalitis epidemiology and a comparison to infectious encephalitis // Ann. Neurol. – 2018. – Vol. 83(1). – P. 166–177.
2. Graus F., Titulaer M.J., Balu R. et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis // Lancet Neurol. – 2016. – Vol. 15(4). – P. 391–404.
3. Titulaer M.J., McCracken L., Gabilondo I. et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis // Lancet Neurol. – 2013. – Vol. 12(2). – P. 157–165.
4. Nguyen L., Wang C. Anti-NMDA receptor autoimmune encephalitis: diagnosis and management strategies // Int. J. Gen. Med. – 2023. – Vol. 16. – P. 7–21.