

**Заключение.** Полученные нами данные коэффициента антиоксидантной защиты и перекисного окисления липидов в основной группе (1,31) подтверждают отсутствие передозировки организма препаратом «Эпсорин». При этом удержание концентрации МДА в крови на одном уровне ( $R4/N=0,93$ ) подтверждает оптимально выбранную его дозировку. А это, в свою очередь, в клиническом плане определяет выраженное сокращение срока эпителизации операционной раны и обратное развитие отека, гиперемии, а также исчезновение болевого симптома в начале третьих суток в основной группе.

На основании проведенного комплексного клинико-лабораторного исследования для стимуляции процессов регенерации на хирургическом этапе дентальной имплантации рекомендуется применять БАД «Эпсорин» в течение 14 дней в до- (2 дня) и послеоперационном периодах (12 дней) по 12 капель 2 раза в день.

Проведенное нами исследование использования БАД «Эпсорин» на хирургическом этапе дентальной имплантации подтверждает оптимальный выбор его дозировки и схемы применения, что способствует активизации антиоксидантной защиты, преобладанию позитивных неспецифических адаптивных реакций организма и купированию отека, гиперемии и боли в перимплантационной зоне в более ранние сроки. В связи с этим рекомендуется использовать БАД «Эпсорин» в качестве альтернативного средства при дентальной имплантации.

## Литература

1. Барановский, А.Л. Методика определения спектра колебаний имплантатов / А.Л. Барановский, К.А. Морозов, А.Ю. Малый // Институт стоматологии. – 2008. – № 3. – С. 38 – 39.

Baranowski, A.L. Technique for determining the vibrational spectrum of implants / A.L. Baranowski, K.A. Morozov, A.Y. Small / Scientific - practical journal. Institute of Dentistry. – 2008. – № 3. S. 38 - 39.

2. Васильев, А.В. Одноэтапная дентальная имплантация с немедленной функциональной нагрузкой : учебно-методическое пособие / А.В. Васильев. – СПб.: Человек, 2009. – 20 с.

Vasilyev, A.V. Single-stage dental implants with immediate functional loading: a teaching manual / A.V. Vasiliev. - St.: Man, 2009. - 20.

3. Векслер, Н.Д. Иммунокоррекция в комплексе лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области : дис. ... канд. мед. наук / Н.Д. Векслер. – Иркутск, 2002. – 110 с

Veksler, N.D. Immunotherapy in the complex treatment of patients with abscesses and phlegmon of maxillofacial region: diss. ... Candidate. med. Science / ND Wexler. - Irkutsk, 2002. - 110.

4. Галонский, В.Г. Зубочелюстно-лицевая ортопедия с использованием материалов с памятью формы : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Г. Галонский. – Иркутск, 2009. – 46 с.

Galonsky, V.G. Dentoalveolar and facial orthopedics using shape memory materials: Abstract. Dis. ... Dr. med. Science / V.G. Galonsky - Irkutsk, 2009. - 46 pp.

5. Структура десны при дентальной имплантации с применением аутофибрина / И.В. Майбородин, И.С. Колесников, Б.В. Шеплев [и др.] // Сибирский стоматологический форум. Труды всероссийской научно-практической конференции и XVI краевой научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии», посвященной 30-летию специальности «Стоматология» КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. – 2009. – С. 174 – 178.

The structure of the gums in dental implantation with autofibrin / I.V. Maiborodin, I.S. Kolesnikov, B.V. Sheplev [et al.] // Siberian Dental Forum. Proceedings of the All-Russia scientific-practical conference XVI regional scientific - practical conference "Actual problems of dentistry, dedicated to the 30 - year degree in Dentistry" KrasGMU behalf of Professor VF War - Yassenetsky. - 2009. - S. 174 - 178.

6. Имплантация с применением внутрикостных имплантатов с памятью формы у пациентов с дефектами зубного ряда верхней и нижней челюстей / И.Г. Макарьевский, В.В. Раздорский, М.В. Котенко [и др.] // Институт стоматологии. – 2009. – №1. – Т. 42. – С. 76 – 77.

Implastruktsiya using intraosseous implants with shape memory in patients with defects of the dentition of the upper and lower jaws / I.G. Makariyevsky, V. Razdorsky, M.V. Kotenko [et al.] // Institute of Dentistry. - 2009. - № 1. - T. 42. - S. 76 - 77.

7. Мушеев И.У. Практическая дентальная имплантология / И.У. Мушеев, В.Н. Олесова, О.З. Фрамович. – М.: Парадиз, 2000. – 266 с.

Musheev I.U. Practical dental implantology / I.U. Musheev, V.N. Olesova, O.Z. Framovich. - Moscow: Paradise, 2000. - 266.

8. Соловьев, М.М. Внутрикостные имплантаты копьевидной формы / М.М. Соловьев, З. Раад, А.В. Качалова // Институт стоматологии. – 2009. – № 1. – Т.42. – С. 32 – 34.

Soloviev, M.M. Ventplant lanceolate forms / M.M. Solovyov, Z. Raad, A. Kachalova // Institute of Dentistry. - 2009. - № 1. - V.42. - S. 32 - 34.

9. Хоббек, Дж. А. Руководство по дентальной имплантологии / Дж. А. Хоббек, Р.М. Уотсон, Л.Дж. Сизн; пер. с англ.; под. общ. ред. М.З. Миргазизова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 224 с.

Hobbek, J.A. Guide to dental implantology / J.A. Hobbek, R.M. Watson, L.J. Sizin; lane. from English. ; Under. gen. Ed. MZ Mirgazizova. - M.: MEDpressinform, 2007. - 224.

10. Ширко, О.И. Прогнозирование и оптимизация процесса регенерации тканей после хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области : дис. ... канд. мед. наук / О.И. Ширко. – Якутск, 2006. – 150 с.

Shirko, O.I. Prediction and optimization of the process of tissue regeneration after surgery in the maxillofacial region: Thesis. ... Candidate. med. Science / O.I. Shirko. - Yakutsk, 2006. - 150.

11. Bustman, O.M. Tissue restoration after resorption of polyglycolide and poly-lactide acid screws / O.M. Bustman, O.M. Laitinen, O. Tynnenen // Journal of Bone and Joint Surgery. British. – 2005. – Vol. 87 – №11. – P. 1575 – 1580.

12. Hildebrand, D. Эстетическая и функциональная реабилитация с использованием внутрикостных имплантатов / D. Hildebrand, A. Kunz, J. Mehrhof, K. Nelson // Новое в стоматологии. – 2009. – №5. – С. 57 – 76.

13. Majumdar, M.K. Isolation, characterization, and chondrogenic potential of human bone marrow – derived multipotential stromal cells / M.K. Majumdar, V. Banks, D.P. Peluso // J. Cell. Physiol. – 2000. – Vol. 185. – №1. – P. 98 – 106.

14. Walton, J.N. Altered sensation associated with implants in the anterior mandible / J.N. Walton // J. Prosthet. Dent. – 2000. – Vol. 83. – 443 – 449 p.

## ТОЧКА ЗРЕНИЯ

И.А. Иванов

## БЫЛО ЛИ «МЕНЯРИЧЕНЬЕ» СУГУБО ЯКУТСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?

**Ключевые слова:** меняриченье, истерические расстройства, кликушество, механизм «ухода в болезнь», механизм «условной приятности и желательности».

**Keywords:** menyarichennie, hysterical distresses, a hysterics, mechanism of «leaving in illness», mechanism of «conditional gratefulness and desirability».

**ИВАНОВ Иван Андреевич** - врач-психиатр высшей квалиф. категории, член Союза журналистов России, Якутии, р.т. 43-24-36.

Со второй половины 80-х гг. прошлого века у определённой части населения большой страны, называемой Советским Союзом, появился бе-

зглядный интерес ко всему необычному, мистическому. Этот феномен ничем как проявлением душевного смятения людей перед смутно ощу-

щаемым чувством краха советского образа жизни и мышления вряд ли можно объяснить. Страницы газет заpestрели статьями о шаманах, колдунах, верованиях в божества, в духов, привидения и т.п. В настоящее время верования во всевышние силы, жизнь после смерти, чудодейственные силы шаманства, колдовство, заклинания, прорицания, порчу, сглаз и т.д. стали обыденным явлением.

Появился интерес и к так называемым «якутским болезням», к числу которых относили меняриченье. Встаёт закономерный вопрос: что за болезнь была меняриченье и была ли она сугубо якутской?

Заболевание, получившее в официальной медицинской литературе название «меняриченье», в Якутии почти до конца 1-й половины 20 в. было довольно широко распространённым психическим расстройством, особенно среди лиц женского пола. Надо полагать, что якутское меняриченье своё существование ведет с древних времён.

Большой знаток быта и нравов якутов 2-й половины 19 в. знаменитый этнограф и будущий польский писатель, первый президент Польской академии литературы В.Л. Серошевский (1858-1945), отбывавший ссылку в Якутии в 1880-1892 гг. в своей книге «Якуты» отнёс меняриченье к болезни, похожей на кликушество. Он писал о меняриченьи как о болезни: «Она проявляется периодически, а иногда вызывается в виде отдельных припадков сильными душевными или физическими страданиями. Больной воеет, кричит, причитает, рассказывает небылицы, причём его ломает, сводит, бросает из угла в угол, пока, истощившись, он не уснёт. Болезни этой подвержены женщины, особенно страдающие женскими болезнями после замужества или после несчастных родов; подвержены ей мужчины, но редко». В описанной им картине меняриченья («манриер» у Серошевского) чётко описаны двигательные расстройства («припадки»), речевое спонтанное возбуждение. Он отчасти указал и на причины, обуславливающие его происхождение. А место кликушества в перечне болезней учёными, как известно, отведено в кругу истерических расстройств. Кликушество наблюдалось в тёмных, отсталых в культурном отношении уголках прошлой России.

В.Л. Серошевский не имел медицинского образования в отличие от С.И. Мицкевича, но как человек с зорким глазом, пытливым умом в сжатом

изложении достаточно точно описал картину меняриченья и оставил нам своё понимание её происхождения.

С.И. Мицкевич (1859-1944), член РСДРП с 1893 г., тоже был сосланный царским режимом в Якутию и в 1899 – 1904 гг. работал в Средне-Колымске участковым (земским) врачом. Ещё в 1929 г. в «Записках АН СССР» была напечатана его статья «Мэнерик и эмюреченье». Тогда эти 2 вида психических расстройств, наблюдаемых в Колымском крае, он отнёс к истерии, но истерии своеобразной – «полярной».

В своей книге «Записки врача-общественника», впервые изданной в 1941г. издательством «Медгиз», он описал психологический тип колымчанина в виде «пугливого, суеверного человека с неустойчивой и крайне ранимой психикой», порождённой убожеством жизни, полуголодным существованием, болезнями, бесправием перед насилием и эксплуатацией, культурной отсталостью. На этой почве, как он писал, «и расцветали пышным цветом нервно-психические заболевания и прежде всего истерия, которой страдали почти поголовно женщины-колымчанки и очень часто мужчины». Он различает несколько видов этой, как он назвал, «полярной истерии», которая в народе называлась «мэнерик». Сомато-вегетативные расстройства, наблюдаемые при истерии – мэнерике он отнёс к «тарымта-припадкам». Больные жаловались на боли и замирание сердца, на спазмы в горле, боли в различных частях тела, позывы к рвоте и т.д. Второй тип припадка, более тяжёлый, по С.И. Мицкевичу, это – типичный «мэнерик». Вот что он пишет о случае «мэнерика», свидетелем которого был сам: «Однажды летней ночью ... я услышал где-то вдали душераздирающие крики и пение. Я пошёл по направлению звуков, ...вхожу в дом и вижу Марфу в состоянии сильного приступа мэнерика. Она воеет, кричит, мотает головой и никого не узнаёт. Потом я узнал, что такие припадки бывают с ней нередко и начались еще в ранней молодости». Он описал, как полагал, и больных с помрачением сознания: «больная видит чёрта или какое-нибудь чудовище; начинает кричать, ритмически петь, мотать головой из стороны в сторону, рвать на себя волосы, одежду. Появляются судороги, больная изгибается в дугу, у неё вздувается живот, она принимает «страстные позы». Сила и продолжительность такого припадка, как писал автор, «различны: от 1-2 часов до целого дня или ночи, причём

явления то ослабевают, то усиливаются». Начало приступа «мэнерика» он связывал, прежде всего, «с неприятностями (психической травмой – С.И.Мицкевич)», которые испытывала перед этим женщина.

В своём детстве, ещё в 50-х гг. прошлого века, я сам бывал свидетелем сцены меняриченья у женщин в деревнях, тогда ещё тёмных, глухих, культурно отсталых. Эти деревни в то время ещё жили без электрического света, радио – т.е. без признаков современной цивилизации.

При меняриченьи, как при любых других истерических расстройствах, обязателен механизм «ухода в болезнь», «условной приятности и желательности», чтобы привлечь внимание близких к своей персоне. Истерические реакции, как правило, разыгрываются в обстановке, когда рядом обязательно присутствие людей. Ведь театр без зрителей не бывает. Герой знаменитой книги писателя А.Дефо Робинзон Крузо вследствие жизненных трагических обстоятельств вёл на необитаемом острове постоянную и весьма напряжённую борьбу за собственное физическое выживание. Понятно, у него никогда не могло появиться желание «ухода в болезнь», если бы даже он был махровым истероидным психопатом. Не было у него рядом людей, которые могли стать зрителями. Истероидным лицам присущи эгоцентризм, стремление привлечь внимание к своей персоне любым способом и быть в центре внимания, демонстративность, театральность в поступках, лживость. Так, якутские женщины прошлого, имеющие истерический склад характера, могли воссоздать весьма впечатляющую картину болезни с глубокими стонами, воями, сменяющимися протязными, заунывными песнопениями, рыданиями, что любому, кто рядом, будет не по себе и он бросится в поисках способа скорейшего излечения, как казалось, тяжёло страдающего от болезни человека. Ещё ребёнком я не раз бывал свидетелем таких своеобразных драматических сцен. Никто не умирал, выздоровление наступало быстро. Возможно, болезнь у таких женщин и вправду была, но они картине болезни придавали гротескность, демонстративность. «Уход в болезнь» обычно достигалось привлечение повышенного внимания и чтимого отношения к своей персоне и, надо полагать, всегда присутствовал механизм «приятности и желательности».

Последний раз меняриченье я видел летом 1957 г. в одном из маленьких поселений отдалённого наслега Нюрбинского района. Женщина, которой было чуть больше 40 лет, одинокая, в жизни не обзаводившаяся семьёй, сидела на полу, лицом к входной двери, боком к камельку, распустив волосы, что и лица не было видно. Её правая рука была расположена на холумтане камелька (основание камелька, выступающее над полом, сооружение довольно серьёзное) и она в такт раскачивания туловища протяжно, с паузами, долго пела. В манере её песнопения порой выступали отголоски из мелодии, озвучиваемой на сцене лицами, выступающими в роли Кыс – Кыскыйдана – молодой женщины из Нижнего мира – отрицательного персонажа знаменитого якутского олонхо – оперы. Слова песнопения шли, казалось, от всей души, она выражала собственные беды, несчастья, обиду на близких людей, говорила о несложившейся личной жизни и о том, что предстоит в будущем ей и близким. Песнопение могло прерываться подобием импровизированной декламации. Никто из близких людей к ней не подходил, не тормозил, возможно, боялись. Прекращение меняриченья, это сейчас понятно, наступало по ходу истощения физических, психических и интеллектуальных ресурсов. А мы – деревенские дети, тогда еще робкие, боязливые, попрыгали по разным углам, испытывая чувство страха от увиденного, услышанного.

Таковы же были описания картины заболевания под названием «меняриченье», сделанные В.Л. Серошевским и С.И. Мицкевичем, двумя вполне компетентными, европейски образованными людьми 19 в., которые отнесли это психическое расстройство к разряду истерии, кликушества.

В России термин «кликушество» появилось в 19 в., в более отдалённые средние века, когда сознание и бытие тёмного, забитого народа во многом определялось суевериями, предрассудками, верой в божества, духов, привидения, нечистые силы и т.д., это заболевание было известно под названием «одержимости дьяволом» («бесподержимости»).

А истерия, к которой относится и кликушество, и меняриченье, была известна народам мира с древних времен. Причина происхождения истерии, по наивному представлению врачей Древней Греции, объяснялась блужданием матки в организме.

Следовательно, она считалась строго женским заболеванием.

Научное изучение истерии началось со второй половины 19 в. французскими учёными. Ж. Шарко считал её самостоятельным заболеванием, он признавал за ней, как он писал, «собственную клиническую физиономию». Причиной её происхождения он считал наследственные и конституциональные факторы. С дальнейшим развитием научной мысли начали выделять истероидные психопатии и истерические реакции, истерические психозы. Выяснилось и то, что истерические реакции могут развиваться и у неистероидных психопатов. Психопатия, как известно, патология (уродство) характера.

Под истерией, или истерическим неврозом, в психиатрии обычно понимают заболевание, вызванное действием психической травмы, в происхождении которого механизм «ухода в болезнь», «условной приятности и желательности» играет главную роль. Врачами давно была замечена одна особенность у лиц с истерическими расстройствами, заключающаяся в том, что тот или иной истерический симптом для них является желательным, приятным, дающим определённые житейские выгоды, либо уход от ставшей несносной действительности, либо выход из создавшейся тяжёлой ситуации. Отсюда возникло представление о «бегстве в болезнь», «воле к болезни» как о характерной черте истерии. В мирное время неврозы связаны главным образом с семейными, бытовыми неприятностями и конфликтами на рабочем месте и чаще им подвергались и подвергаются лица женского пола.

Этим и определяется характерное половое различие при этой болезни. В военное время, это понятно, психическим травмам больше подвергались мужчины. Так, во время двух мировых войн среди мужчин-военнослужащих сравнительно часты были истерические расстройства, обусловленные страхом смерти в войне, обратного возвращения на фронт после излечения в госпитали, тяготами и лишениями военной службы и т.п.

Истерические припадки отличаются большим разнообразием и меняют свои проявления от преформирующих болезненный симптом представлений. Представления эти могут быть весьма разнообразными. Эта особенность истерических симптомов дала повод учёным ещё в 17 в. писать, что истерия – это Протей, который принимает бес-

конечное множество видов, хамелеон, который беспрестанно меняет свои цвета, что она может симулировать почти все другие болезни. Представления эти обычно бывают порождены реалиями жизни того исторического отрезка времени, современником которого является больной человек. Так, при анализе в историко-социологическом аспекте прошлого по данным, приведённым В.Я.Семке (1988), получалась своеобразная закономерность: в средние века преобладали «монашеские истерики», «эпидемии ведьм» и «бесподержимости», позднее – картины мессмеризма и спиритизма, а в 19 в. – кликушества и сектанских радений (обряд с беганием, кружением, песнопением, вызывающими религиозный экстаз). В 20 в. у людей наблюдалось обилие неврологических функциональных симптомов. Нынче всё чаще встречаются астенические, депрессивные, ипохондрические состояния, а также сердечно-сосудистые, эндокринные, вегетативные и органов чувств расстройства.

Один характерный пример, приведённый А.М. Святоцем в книге «Неврозы» (1982): начиная ещё с 11 в., на Севере (на территории нынешних Пермского края и Архангельской губернии России) появились своеобразные истерические припадки, получившие название «икотки». Слово «икота», оказывается, это имя злого духа у зырян (коми), насылающего на человека, по их поверью, болезнь. Наступали они в связи с неприятными переживаниями и выражались, по И.И. Лукомскому (1956), на которого ссылается А.М. Святоц, «судорожными припадками, сопровождавшимися либо криком и плачем, либо спонтанной речевой продукцией, причём больные в это время говорили, но не отвечали на вопросы, либо состоянием экстаза со стонами, попытками рвать на себя волосы, падением на пол и иногда «прорицанием будущего». И.И. Лукомский описаны случаи икотки с имитированием карканья ворон. Сходство ряда сцен вышеописанной болезненной картины икотки с якутским меняриченьем выступает довольно чётко. Объяснение этому явлению даётся довольно простое: известно, что психологические типы людей наднациональны и возникновение однотипных психических расстройств (реакций) у представителей разных этносов в разных уголках земного шара – явление вполне закономерное. Следует только учитывать т.н. этно-культуральные особенности, которые и придают этим психическим



расстройствам присущие только данным этносам характерные внешние своеобразие.

В современном рафинированном, прагматическом мире истерические расстройства давно приняли иной характер. Для современного человека стало неприличным выгибаться в «истерическую дугу», «изображать» ряд других древних страстных истерических поз и сцен, которые показались

бы проявлением провинциальной дикости, темноты, культурной отсталости. Так сказать, не цивилизованности. В России давно исчезли кликушество, «икотка», «одержимость дьяволом», «пляска Витта» и т. п. Все они – из числа истерических расстройств у людей прошлой России. С конца 50-х, начала 60-х гг. прошлого века в Якутии сошло со сцены жизни и меняриченье.

## Литература

1. Мицкевич С.И. Записки врача-общественника. 2-е изд./ С.И.Мицкевич. – М.: «Медицина», 1967. – С.124-127.
2. Свядош А.М. Неврозы /А.М. Свядош. – М.: «Медицина», 1982. – С. 92-93 с.
3. Семке В.Я. Истерические состояния/ В.Я. Семке. – М.: «Медицина», 54 с.
4. Серошевский В.Л. Якуты. 2-е изд./ В.Л. Серошевский. – М., 1993. – С.247-248с.

## Рецензия на статью «Было ли “меняриченье” сугубо якутской болезнью»

Статья «Было ли “меняриченье” сугубо якутской болезнью» написана одним из старейших, опытных психиатров, членом Союза журналистов России Иваном Андреевичем Ивановым.

И.А. Иванов подробно раскрыл исторический аспект проблемы, сделав ссылки на исследования известного этнографа, польского писателя В.Л. Серошевского, хорошо изучившего

нравы, быт якутского населения, обратившего внимание на различного характера приступы и очень образно описавшего их. В последующем такие состояния изложил в своей книге «Записки врача общественника» С.И. Мицкевич.

Эти состояния известны врачам неврологам как истерические, функциональные. Они описаны в своё время известным неврологом П.А. Петровым,

известным учёным, клиницистом и организатором здравоохранения.

В настоящее время характер приступов в связи с повышением уровня культуры и образования в корне изменился и поэтому многим врачам такой вид невроза, как «меняриченье», неизвестен.

Данная статья будет интересна не только неврологам, но и молодым врачам разных специальностей.

*Засл. врач РФ и РС (Я),  
врач-невролог высшей квалиф. категории,  
зав. отделением РБ-№2 ЦЭМП  
З.М. Кузьмина*

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616 832-002-031, 13:078, 33

## Р.С. Никитина, В.А. Владимирцев, А.П. Данилова, Ф.А. Платонов ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВИЛЮЙСКОГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Приведена классификация виллюйского энцефаломиелита, описаны клинические примеры его спастико-паретической и дементно-паретической формы. Выявлены изменения в тяжести течения ВЭМ в сторону мягкого течения болезни на современном этапе. Последние годы клинические проявления ВЭМ несколько изменились. Обнаружены первично хронические формы ВЭМ без острой фазы.

**Ключевые слова:** виллюйский энцефаломиелит, спастико-паретическая форма, дементно-паретическая форма.

The authors gives classification of VE and examples of clinical cases of spastic-paretic and demented-paretic forms of VE. At present some changes in severity of VE development in patients are revealed. Lately clinical manifestations of VE have changed a little to ease. Primary chronic forms of VE without acute phase are found out.

**Keywords:** Viliuisk Encephalomyelitis (VE), spastic-paretic form (SPF), demented-paretic form (DPF)

В устойчивых очагах виллюйского энцефаломиелита (ВЭМ) выявляется контингент пациентов с энцефалопатиями неясного генеза, органическими неврологическими микросимптомами (ОНМС), типичными для клиники достоверного виллюйского энцефаломиелита [6]. Такие состояния при диспансеризации пациентов группы риска

Сотрудники ФГНУ «Институт здоровья»: **НИКИТИНА Раиса Семеновна** – руковод. клин. [nikitina\\_raisa@mail.ru](mailto:nikitina_raisa@mail.ru), **ВЛАДИМИРЦЕВ Всеволод Афанасьевич** – к.м.н, н.с., **ДАНИЛОВА Альбина Прокопьевна** – врач ординатор, **ПЛАТОНОВ Федор Алексеевич** – д.м.н, руковод. отдела.

виллюйского энцефаломиелита обозначают аббревиатурой «ОНМС». Длительные наблюдения за больными ВЭМ показали возможность постепенного формирования ядерного синдрома виллюйского энцефаломиелита у небольшой части пациентов, минуя более достоверный острый период болезни. Проведение дифференциальной диагностики практическими врачами на местах невозможно и поэтому требуется обследование в специализированной неврологической клинике. При энцефалопатии неясной этиологии, кроме резидуальной, посттравматической, дисциркуляторной,

особенно значимым становится контакт с типичным больным виллюйским энцефаломиелитом и район проживания. С годами у человека могут наступить возрастные атеросклеротические изменения сосудов головного мозга или возникнуть другие дополнительные вредности, что только затрудняет диагностику типичного виллюйского энцефаломиелита. Когда же будет сформирован типичный синдром достоверного виллюйского энцефаломиелита, выражающийся в дизартрии, деменции и спастическом тетрапарезе, дальнейшее лечение может оказаться безрезультатным в силу наступивших