

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. Свядощ А.М. Неврозы /А.М. Свядощ. – 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 общественного» 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, **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

необратимых изменений нейродегенеративной фазы виллюйского энцефаломиелимита.

К типичным формам ВЭМ относятся спастико-паретическая и дементно-паретическая. Для диагностики ВЭМ мы основывались на таких клинических проявлениях, как нарушения черепно-мозговых нервов, речевые расстройства, деменция и двигательные нарушения.

Спастико-паретическая форма клинически проявляется в поражении черепно-мозговых нервов (III, IV, VII, XII пар), снижении памяти, двигательных расстройствах (парезы, параличи разной выраженности).

Дементно-паретическая форма клинически проявляется в поражении черепно-мозговых нервов (III, IV, VII, XII пар), бульбарных расстройствах, проявлениях деменции (проверка памяти, проведение теста), двигательных расстройствах (парезы, параличи разной выраженности).

В 1964 г. А.И. Владимирцев [2] на основании диспансерного наблюдения и лечения больных ВЭМ усовершенствовал предыдущие классификации ВЭМ, впервые ввел такие формы хронического течения болезни, как дементно-паретическая и спастико-паретическая и отдельные синдромы, характерные данной патологии (формы: а) дементно-паретическая, б) спастико-паретическая, в) синдром затяжного инфекционного психоза, г) синдром БАС, д) мозжечковая, е) паркинсоидно-гиперкинетическая, ж) дизэнцефальная, з) псевдоневрастическая).

В 1985 г. А.И. Владимирцев впервые описал и выделил типичную и амбулаторную формы виллюйского энцефаломиелимита в диссертационной работе «Клинико-эпидемиологические наблюдения в очагах виллюйского энцефалита» [1,2].

Амбулаторные формы чаще регистрируются у родственников и у ближайшего окружения больного ВЭМ. Диагностическим критерием амбулаторной формы является проявление неврологической микросимптоматики. Нами определены симптомы, характерные для амбулаторной формы – это нарушение III, IV, VII, XII пар черепно-мозговых нервов. Как ранее отмечалось, амбулаторные формы встречаются и диагностируются в сравнительном аспекте с типичными формами.

Выраженный патоморфоз типичных форм ВЭМ в последние годы выявил более мягкое течение, уменьшилось количество обострений, стала более длительной социальная адаптация

больных. Для иллюстрации дементно-паретической формы ВЭМ приводим клинический пример.

Клинический пример 1.

Больная Г., 1943 г.р., якутка, родилась с.Чочу Виллюйского района, где жила до 1953г. С 1959 г. постоянно проживает в г.Виллюйске. Работала санитаркой в детской больнице г.Виллюйска. Диагноз: хронический виллюйский энцефалит, дементно-паретическая форма. Инвалид 2-й группы с 1973г. Перенесла корь, правосторонний отит в 5 лет, трахома в 1951г. Заболела остро в мае 1972г. в 29 лет. 24 мая появились признаки ОРВИ: головная боль в височных и лобных областях ноющего характера. Головокружение. Насморк, кашель, тошнота и рвота по одной неделе. Общее недомогание, выраженная общая слабость, 10 дней не могла встать с постели. Температура тела 38-39° в течение 20 дней, затем субфебрильная до сентября 1972г. Лечилась в терапевтическом отделении ЦРБ Виллюйска, выписана в июне 1972г., при этом сохранились головокружение, сонливость до сентября 1972г, головная боль до 1975г. (3 года). Была направлена в неврологическое отделение г.Виллюйска на 14 дней. Появилась слабость в нижних конечностях с августа 1972г. Находилась в энцефалитном отделении (18.11.72-24.02.73гг – 98 койко-дней). Неврологический статус: 1973г. Сознание сохранено. Интеллект не снижен. Снижена память. Глазные щели D>S. Движения глазных яблок свободны. Конвергенция ослаблена слева. Анизокория, зрачки S>D. Мандибулярный оживлен. Слух не снижен. Головокружение умеренное, непостоянное. Мягкое небо подвижно. Язычок прямо. Глоточный рефлекс с мягкого неба снижены. Язык слегка вправо, фибрилляция мышц языка нет. Вкус сохранен. Глотание не нарушено. Сглажена правая носогубная складка. Движения активные и пассивные в конечностях в полном объеме. Конtrakтур нет. Симптом Баре нижний справа намечен. Походка спастическая, слегка замедленная. В динамике через месяц отметили обычную походку. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Кожные брюшные рефлексы abs. Повышены сухожильные рефлексы с широкими зонами на руках D>S, коленные высокие, с легкой асимметрией. Ахилловы высокие, справа живее, с клонидом стоп. Кистевые патологические

рефлексы Гофмана, Россолимо выражены. Стопные флексорные патологические знаки намечены, D=S. Тонус мышц повышен по смешанному типу слегка, до 1 ст в ногах. Фасцикуляций нет. Дифференцировали острую нейроинфекцию (ВЭ) с церебральным арахноидитом. После данных ПЭГ от 18.12.72г: диффузная атрофия больших полушарий головного мозга. Проведен клинический разбор и выставлен диагноз: подострый ВЭ.

1975г. – в неврологическом статусе отмечается нарастание симптоматики: более выраженные сухожильные рефлексы, более яркие патологические экстензорные знаки с обеих сторон, нарастание флексорных всей группы на стопах до 4+. Походка оставалась нормальной.

1979г. – выраженная дизартрия, невнятная речь, грубое снижение памяти, эйфория, типичная спастико-паретическая походка. Тонус в конечностях повышен, пирамидный – смешанный, резкое повышение рефлексов с легкой асимметрией, клонусы стоп. Легко выраженные симптомы динамической атаксии. Вызываются патологические экстензорные и флексорные группы со стоп.

1984г. – ещё более нарастает клиническая картина: дизартрия, смазанная речь, контакт затруднен. Слабость конвергенции более выражена слева. Справа сглажена носогубная складка. Девиация языка вправо. Тонус в конечностях повышен до 3-й ст. смешанный в ногах, до 1-й ст. в руках. Сила снижена до 3 баллов в руках и ногах.

1999г. – стабильно, без нарастания симптомокомплекса.

2002г. – без нарастания симптомокомплекса.

Таким образом, на данном клиническом примере, отмечается постепенное нарастание выраженности типичного симптомокомплекса ВЭ, затем наблюдается стабилизация симптомов, умеренная выраженность деменции, в пределах психоорганического синдрома, медленное нарастание дизартрии, отсутствие бульбарных симптомов, а также расстройство ходьбы, без нарастания спастичности и ригидности.

Особенности клинического проявления спастико-паретической формы ВЭМ показаны на примере 2.

Клинический пример 2.

Больная С., 1950г.р., саха, родилась и живет с.Нюрбачан Нюрбинского района. Работала няней в детском саду. Диагноз: хронический виллюйский энцефалит, спастико-паретическая

форма. Инвалид 2-й группы с 1990г. Острое начало отрицает. В 1975г. (25 лет) был эпизод бессонницы в течение 2 месяцев. С 1980г. (30 лет) начала беспокоить слабость в ногах, по поводу чего наблюдалась неврологом п.Нюрба с диагнозом: поясничный остеохондроз. В 1987г. (37 лет) во время профилактического осмотра неврологом выявлена грубая органическая неврологическая симптоматика, была направлена в энцефалитное отделение ЯРБ. Поступила в первый раз в 1987г. С 1988 г. ежегодное лечение и наблюдение в специализированной клинике ВЭ, выявляется постепенное нарастание спастичности в ногах, что позволило с 1990г. установить диагноз хронического виллюйского энцефалита, спастико-паретическую форму. На МРТ головного мозга от 1998г. в сравнении от 1995г.: КТ признаки церебральной атрофии по смешанному типу. По клиническим данным, за этот период появились начальные признаки психоорганического синдрома, narosли дизартрия, спастический нижний парапарез.

Неврологический статус от 1998г.: глазные щели D>S. Конвергенция недостаточная с обеих сторон. Сглажена правая носогубная складка. Глоточный снижен. Речь – дизартрия. Язык прямо, по краям атрофичен. Асимметрия мышц голени (гипотрофия мышц справа). Фасцикуляции в икроножных мышцах голени при механическом раздражении. Походка спастико-паретическая. Кожные брюшные abs. Сухожильные и периостальные с рук D>S, с расширением рефлексогенных зон. Кистевые патологические знаки Гофмана, Россолимо выражены. Коленные высокие D>S. Ахилловы высокие, справа выше, с клонидом с обеих сторон. Стопные флексорные патологические знаки Россолимо, Жуковского, Бехтерева с обеих сторон. Бабинского, Чаддока D>S. Рефлексы орального автоматизма выражены. Тонус мышц высокий в ногах, по смешанному типу. Гипостезия на стопах и голени по типу носков.

1998-2002 гг. – стабилизирована, без нарастания симптомокомплекса.

2005-2008гг. – нарастание симптомокомплекса, выраженная спастика нижних конечностей, на ногах вызываются патологические знаки экстензорные и флексорные группы. Тонус в руках, особенно в ногах высокий по смешанному типу.

На клиническом примере 2 видно, что спастико-паретическая форма проявлялась теми же симптомокомплексами, что и при дементно-паретической форме, но без деменции.

Последние годы клинические проявления ВЭМ несколько изменились. Если в 60-е гг. преобладали острые и быстро прогрессирующие формы, то, по результатам последних 20 лет наблюдения над больными, течение ВЭМ стало мягким, медленно-прогредиентным с длительной ремиссией. Чаще стали встречаться первично-хронические формы, минувая острую фазу болезни.

Литература

1. Владимирцев А.И. Клинико-эпидемиологические наблюдения в очагах виллюйского энцефалита: автореф. дис. канд. мед. наук / Владимирцев А.И. – Новосибирск, 1986. – 20 с.
2. Владимирцев А.И. Clinical-Epidemiological Observations in the Locus of Viliuisk Encephalomyelitis: Abstract of diss. of cand. of med. sciences / Vladimircev A.I. – Novosibirsk, 1986. – 20 p.
3. Владимирцев А.И. Клинико-эпидемиологические и патоморфологические данные в изучении клинического патоморфоза виллюйского энцефаломиелимита в динамике эпидемического процесса заболевания / Владимирцев В.А. // Проблемы виллюйского энцефаломиелимита, нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы: Тез. докл. II междунар. науч.-практ. конф. – Якутск, 2000. – С.17-19.
4. Владимирцев В.А. Clinical and Pathomorphological Data in Studying Clinical Pathomorphosis of Viliuisk Encephalomyelitis in Dynamics of Epidemic Process of Disease / Vladimircev V.A. // Problems of Viliuisk Encephalomyelitis, Neurodegenerative and Hereditary Diseases of Nervous System: Theses of reports of the II

International scient.-pract. conf. – Yakutsk, 2000. – P. 17-19.

4. Владимирцев В.А. Прогредийные формы виллюйского энцефаломиелимита и вопросы дифференциальной диагностики заболевания / Владимирцев В.А. // Виллюйский энцефаломиелит в Якутии (Сб.науч.труд.). – Якутск, 1993. Вып. 1. – С.14-19.

Vladimirtsev V.A. Progreident Forms of Viliuisk Encephalomyelitis and Problems of Differential Diagnostics of Disease / Vladimirtsev V.A // Viliuisk Encephalomyelitis in Yakutia (Coll. of scient. works). – Yakutsk, 1993. – Issue 1. – P.14-19.

5. Клинико-эпидемиологические наблюдения среди коренного населения очагов виллюйского энцефалита / Владимирцев А.И., Дубов А.В., Петров П.А. [и др.] // Бюлл СО АМН СССР. – 1981. – № 2. – С. 71-75.

Clinical-Epidemiological Observations in Indigenous Population of the Loci of Viliuisk Encephalomyelitis / Vladimirtsev A.I., Petrov P.A., Dubov A.V. [et al.] // Bulletin of the SB of the AMS of the USSR. – 1981. – №2. – P. 71-75.

6. Никитина Р.С. Виллюйский энцефаломиелит: Этапы исследования и классификация / Никитина Р.С. // Якутский медицинский журнал. – 2008. – 3(23). – С.85-87.

Nikitina R.S. Viliuisk Encephalomyelitis: Investigation Phases and Classification/ Nikitina R.S. // Yakutsk Medical Journal, 3 (23), 2008. – P.85-87.

7. Никитина Р.С.. Значение применения специфического стандарта неврологического обследования в долговременном мониторинге виллюйского энцефаломиелимита /Никитина Р.С., Владимирцев В.А., Данилова А.П. // Проблемы виллюйского энцефаломиелимита, нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы: Тез. докл. II междунар. науч.-практ. конф. – Якутск, 2000. – С. 38-39.

Nikitina R.S. Value of Application of Specific Standard of Neurologic Examining in Long-term Monitoring of Viliuisk Encephalomyelitis/ Nikitina R.S., Vladimirtsev V.A., Danilova A.P. // Problems of Viliuisk Encephalomyelitis, Neurodegenerative and Hereditary Diseases of Nervous System: Theses of reports of the II International scient.-pract. conf. – Yakutsk, 2000. – P. 38-39.

8. Никитина Р.С. Энцефалопатии в очаге виллюйского энцефаломиелимита /Никитина Р.С. // Мат. науч.-практ. конф. «Приоритетные направления развития науки в I четверти XXI века: опыт, проблемы, перспективы» / ЛИГА «Женщины-ученые Якутии». – Якутск, 2002. – С. 62-63.

Nikitina R.S. Encephalopathy in Locus of Viliuisk Encephalomyelitis/ Nikitina R.S. // Mat. of scient.– pract. conf. «Priority Directions of Development of Science in the I Quarter of XXI Century: Experience, Problems, Prospects» / LEAGUE « Women-scientists of Yakutia ». – Yakutsk, 2002. – P. 62-63.