

объединяющее различные области знаний; синкретичное понятие – понятие, объединяющее принципиально различные жанры и области знаний.

Литература

1. **Вышеславцев Б.П.** Этика преображенного Эроса /Б.П. Вышеславцев. - М.: Республика, 1994. - С.115.

2. **Кандыба Д.В.** Техника мысленного гипноза /Д.В. Кандыба. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 1995. -С.51.

3. **Клизовский А.** Основы миропонимания новой эпохи. В 3-х т. / А. Клизовский. - Рига: Виеда, 1992. - Т.3. -с. 118.

4. **Кожевников Н.Н.** Концептуальный анализ относительных равновесий в природе: автореф. дис. ... д-ра филос.н. / Н.Н. Кожевников. - Якутск, 1998.

5. **Маркс К.** Сочинения / К. Маркс и Ф. Энгельс. - Т. 20. -С.365.

Тузов Н.В. Философия Теории Единой Идеи / Н.В. Тузов. - М.: Мысль, 1994. -С.79.

6. **Философский** энциклопедический словарь. - М.: Сов. энциклопедия, 1983. -С.179.

7. **Хаббард Л.Рон.** Дианетика. Современная наука душевного здоровья: учебник по дианетике /Рон Л.Хаббард; пер. с англ. - М.: Воскресенье, Нью Эра Паббликейшн (совместное издание), 1993. - С.116.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Р.С. Никитина

ВИЛЮЙСКИЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ: ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Вилюйский энцефаломиелит (ВЭ) - своеобразная форма тяжелого поражения центральной нервной системы, встречается в виде спорадических случаев среди коренных жителей Республики Саха (Якутия). История изучения данного заболевания весьма характерна для отдаленных регионов Российской империи. В 19-м в. экспедиционным отрядом выдающегося этнографа Р.К. Маака было впервые дано краткое описание данного заболевания (1884-1885гг. - экспедиционные исследования, 1987г. - первая публикация.) Более полное клиническое описание сделано Т. А. Колпаковой в 1933г., которая дала первое название этой болезни, определив данное заболевание центральной нервной системы как «бохоорор», то есть скованный, «бытараар» - замедленный, «сюсёга (сююхёга) хамсыыр» - расслабленный.

В 1950-х гг. 20-го столетия медицинское обслуживание населения Якутии в различных районах значительно улучшилось, активно стало изучаться данное заболевание. В 1952г. приступил к работе первый врач-невролог в Вилюйском районе П.А. Петров, который обнаружил группу больных в п. Мастах Вилюйского района, не укладывающихся ни в одну клиническую форму неврологической патологии. В связи с этим в 1952г. Министерством здравоохранения ЯАССР была организована комплексная экспедиция в Вилюйский район для изучения данного заболевания, сделавшая вывод, что это, возможно, последствия эпидемического энцефалита Экономо. Для более глубокого изучения и уточнения диагностики в 1954г.

организована комплексная экспедиция с участием специалистов МЗ РФ под руководством профессора А.Н. Шаповала. А.Н. Шаповал пришел к выводу, что это своеобразное поражение центральной нервной системы и дал первое клиническое определение - вилюйский энцефаломиелит. В 1958г. на XI-й сессии Института вирусологии АМН СССР им. Ивановского официально признана нозологическая самостоятельность вилюйского энцефаломиелита. Публикуются первые монографические работы (А.Н. Шаповал, 1959; П.А.Петров, 1964). В 1965г. клинической группой под руководством академика АМН СССР М.П. Чумакова выделено клиническое ядро хронических форм вилюйского энцефаломиелита.

Выделенное в середине 20-го в. заболевание, естественно, привлекло внимание зарубежных ученых. Одним из первых заинтересовался американский ученый чешского происхождения Д.К. Гайдушек, вместе со своими сотрудниками он длительное время проводил совместные работы с якутскими учеными по проблеме «Биология вилюйского энцефаломиелита». В настоящее время лаборатория под руководством Л.Г. Гольдфарба продолжает это сотрудничество в плане изучения этиопатогенеза вилюйского энцефаломиелита. К изучению вилюйского энцефаломиелита присоединились ученые США, Японии, Австралии, Германии, Мексики.

Открываются специализированные лечебные медицинские учреждения по изучению вилюйского энцефаломиелита и оказанию лечебно-профилактической помощи больным. При этом с накоплением научно-практических материалов по вилюйскому энцефаломиелиту повышался уровень материально-технической базы: энцефалитное отделение Якутской Республиканской

клинической больницы (1967–1990гг), научно-практический центр по изучению вилюйского энцефаломиелита при Министерстве здравоохранения Республики Саха (Якутия) (1991 – 1995гг), Институт здоровья Академии наук Республики Саха (Якутия) (1996 – 2006гг); статус института повысился, с 2007г. это Федеральное государственное научное учреждение «Институт здоровья».

Клиническая самостоятельность определяется выделением отдельных классификационных форм. В различные годы предложены классифика-



Чумаков Михаил Петрович – д.м.н., академик АМН СССР, директор Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР



Шаповал Алексей Никитич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой Ярославского медицинского института

НИКИТИНА Раиса Семеновна – врач-невролог высшей квалиф. категории, зав. отделением ФГНУ «Институт здоровья».

Таблица 1

Классификация виллюйского энцефаломиелимита
в 1959-1987 гг.

ФИО	Год	Классификационные формы
Шатовал А.Н.	1959	I. Острый (начальный) период: а) паралитические формы б) апаралитические (безочаговые) формы II. Стертые формы III. Хронические формы: а) дементно-паретическая б) спастико-паретическая в) психотическая г) синдром БАС
	1964	Острая стадия, формы: I. Энцефалитическая, синдромы: а) окулоцефалический б) психотический в) менингоэнцефалитический г) прочие гнездовые церебральные II. Энцефаломиелитическая, синдромы: а) диффузный энцефаломиелит б) бульбоспинальный в) полиомиелитический III. Периферическая IV. Стертая
Владимирцев А.И.	1964	Хроническая стадия, формы: а) дементно-паретическая б) спастико-паретическая в) синдром затяжного инфекционного психоза г) синдром БАС д) мозжечковая е) паркинсоидно-гиперкинетическая ж) диэнцефальная з) псевдоневрастеническая
Петров П.А.	1987	I. Острая форма, синдромы: 1) энцефалитический и менингоэнцефалитический 2) психотический 3) энцефаломиелитическая II. Подострая или стертая с затяжным или рецидивирующим течением III. Хроническая форма, синдромы: 1) хронического панэнцефаломиелимита («бохоор») (2) 2) протрагированного психоза 3) БАС

* БАС - боковой амиотрофический склероз.

ционные формы виллюйского энцефаломиелимита (табл.1): в 1959 г. А.Н. Шатовал выделяет острый период, стертые и хронические формы, в 1964г. П.А. Петров выделяет острую стадию виллюйского энцефаломиелимита, проявляющуюся энцефалитическими и энцефаломиелитическими синдромами, а также периферическими и стертыми формами. А.И. Владимирцев в 1964г. дает классификацию хронической стадии виллюйского энцефаломиелимита. В 1987г. П.А. Петров объединяет острую, подострую и хроническую формы виллюйского энцефаломиели-

та в одну классификацию. С течением времени клиническая классификация виллюйского энцефаломиелимита претерпела определенные изменения (табл.1). В предлагаемых классификациях отмечались периоды, стадии, формы по течению и формы по клиническим проявлениям. В связи с этим возникла необходимость в рабочей классификации виллюйского энцефаломиелимита, удобной для применения в практическом здравоохранении. Она была предложена профессором Р.С. Тазловой (табл.2). Рабочая классификация Р.С. Тазловой основана на классификациях П.А. Петрова и А. И. Владимирцева. Она более унифицирована и включает кроме клинических форм типы течения. В связи со сложностью диагностики острой стадии и длительным периодом развития (от 2-3 недель до нескольких месяцев и даже лет) имеется классификация, принятая 2-й международной научно-практической конференцией 2000г. Владимирцев В.А., Зайдлер М., Мастерс К., Гольдфарб Л.Г., Институт здоровья Республики Саха, Всемирная организация здравоохранения и Национальные институты здоровья США (табл.3) дали для обсуждения критерии: достоверный ВЭ, вероятный ВЭ, возможный (сомнительный) ВЭ. При возможном ВЭ имеется указание на острый период болезни, наличие органической неврологической микросимптоматики (III, VII, IX пар черепно-мозговых нервов). При вероятном ВЭ имеется наличие невро-

Таблица 2

Рабочая классификация виллюйского энцефаломиелимита

Стадия	Клиническая форма	Тип течения
Острая	Энцефалитическая (менингоэнцефалитическая)	Злокачественный
	Энцефаломиелитическая Психотическая	Среднепрогредиентный Малопрогредиентный
Хроническая	Дементно-паретическая Спастико-паретическая	Злокачественный Среднепрогредиентный Вялопрогредиентный с обострениями Малопрогредиентный
	Психотическая	Подострый Вялопрогредиентный с обострениями Рецидивирующий

та в одну классификацию. С течением времени клиническая классификация виллюйского энцефаломиелимита претерпела определенные изменения (табл.1). В предлагаемых классификациях отмечались периоды, стадии, формы по течению и формы по клиническим проявлениям. В связи с этим возникла необходимость в рабочей классификации виллюйского энцефаломиелимита, удобной для применения в практическом здравоохранении. Она была предложена профессором Р.С. Тазловой (табл.2). Рабочая классификация Р.С. Тазловой основана на классификациях П.А. Петрова и А. И. Владимирцева. Она более унифицирована и включает кроме клинических форм типы течения. В связи со сложностью диагностики острой стадии и длительным периодом развития (от 2-3 недель до нескольких месяцев и даже лет) имеется классификация, принятая 2-й международной



Петров Прокопий Андреевич, врач-невролог, в последующем к.м.н., министр здравоохранения ЯАССР (слева) и Владимирцев Афанасий Иванович - гл. внештатный невролог ЯАССР, в последующем к.м.н., первый заведующий энцефалитным отделением Якутского Республиканской клинической больницы



Тазлова Римма Семеновна – к.м.н., зав курсом психиатрии МЛФ ЯГУ, в последующем д.м.н., профессор кафедры психиатрии Медицинского института Якутского государственного университета

логической микросимптоматики (III, VII, IX пар черепно-мозговых нервов). Достоверный ВЭ - это проявления хронических форм виллюйского энцефаломиелимита. Данная классификация дает возможность ставить на профилактический учет больных с симптоматикой возможного и вероятного ВЭ. Клиническая практика подтверждает целесообразность такого подхода, т.к. нами диагностировано по данной

Таблица 3

Классификация вилейского энцефаломиелимита
2-ая международная научно-практической конференция

Владимирцев В.А., Зайдлер М., Мастерс К., Гольдфарб Л.Г. Институт здоровья Республики Саха, Всемирная Организация Здравоохранения и Национальные Институты Здоровья США (2000г.)	
Достоверный ВЭ	А. Быстро прогрессирующая (острая) форма: 1) продолжительная лихорадка (более 7 дней); 2) сильная головная боль; 3) нарушение сознания (оглушенность, ступор, делирий, кома); 4) признаки менингоэнцефалита с устойчивым плеоцитозом и повышением концентрации белка в спинномозговой жидкости; 5) знаки поражения пирамидной системы; 6) обязательно патоморфологическое подтверждение: инфильтрация мягких мозговых оболочек, многочисленные очажки некроза и периваскулярные инфильтраты. Б. Медленно прогрессирующая форма: 1) менингоэнцефалит в анамнезе; 2) деменция; 3) дизартрия; 4) признаки поражения пирамидной и экстрапирамидной систем. Присутствие вышеуказанных клинических признаков обычно достаточно для диагноза, однако для его подтверждения желательно патоморфологическое исследование. Типичная картина включает включает наличие микронекротических очажков, воспалительных изменений в паренхиме мозга, периваскулярных инфильтратов, астроцитоза и диффузного выпадения нейронов. В. Хронический ВЭ: 1) деменция; 2) дизартрия; 3) признаки поражения пирамидной и экстрапирамидной систем; 4) отсутствие заметного прогрессирования в течение последних 3 лет; 5) имеджинг: диффузная атрофия мозга, глиоз, выпадение нейронов, резидуальные воспалительные инфильтраты в мозговых и паренхиме мозга, наличие микроцист, замещающих микронекротические очажки.
Вероятный ВЭ	Такой диагноз может быть выставлен, если больной неполностью обследован. Для того, чтобы диагноз ВЭ стал достоверным, требуется дообследование больного и дифференциальная диагностика с другими острыми и подострыми менингоэнцефалитами и остаточными состояниями после других заболеваний нервной системы.
Возможный (сомнительный) ВЭ	Такой диагноз правомерен, если есть такие же серьезные основания подозревать наличие у данного больного другого заболевания, исключающего ВЭ (не сопутствующего ВЭ). Обычно в таких случаях требуется госпитальное обследование или серия консультаций с целью уточнения диагноза.

классификации за последние 10 лет 515 чел.

В заключение следует сказать, что ВЭ имеет сравнительно небольшую историю и достаточно изученные клинические формы болезни, основанные на тщательных патолого-морфологи-

ческих исследованиях (Г.Л. Зубри, А.П. Саввинов, И.А. Робинзон). В настоящее время проводится углубленное изучение эпидемиологии, этиологии, патогенеза данного заболевания с участием зарубежных научных центров.

Литература

Владимирцев А.И. Хронический якутский (вилейский) энцефалит за 12 лет / А.И. Владимирцев // Труды Якутской республиканской больницы. — Якутск, 1964. — Вып.9. — С.97-106.

Владимирцев А.И. Вопросы ранней диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации: методические рекомендации / А.И. Владимирцев, П.А. Петров, В.А. Владимирцев. — Якутск, 1982. — 38 с.

Зубри Г.Л. Некоторые клинико-анатомические параллели и вопросы дифференциального диагноза при вилейском энцефаломиелите / Г.Л. Зубри, А.П. Саввинов, И.А. Робинзон // Актуальные проблемы вирусологии и профилактики вирусных заболеваний. — М., 1972. — С.206-209.

Колпакова Т.А. Эпидемиологическое исследование Вилейского округа Якутской АССР / Т.А. Колпакова // Тр. Комиссии по изучению Якутской АССР. — Л., 1933. — 292 с.

Владимирцев В.А. Критерии диагностики вилейского энцефаломиелимита / В.А. Владимирцев и др. // Проблемы вилейского энцефаломиелимита, нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы. — Якутск, 2000. — С.25-26.

Петров П.А. Клиническая картина острой стадии вилейского энцефалита (энцефаломиелимита) / П.А. Петров. — Якутск, 1964. — 121 с.

Петров П.А. Диагностика вилейского энцефалита. — Якутск, 1980. — 63 с.

Тазлова Р.С. Клинические энцефалографические и пневмоэнцефалографические исследования при дементно-паретической форме вилейского энцефалита (энцефаломиелимита) / Р.С. Тазлова // Вопросы краевой патологии. — Якутск, 1973. — Вып.2. — С.172-182.

Тазлова Р.С. Психические нарушения при типичных формах вилейского энцефалита (энцефаломиелимита) / Р.С. Тазлова. — Иркутск, 198. — С.159-170.

Тазлова Р.С. Рабочая классификация вилейского энцефалита (энцефаломиелимита) / Р.С. Тазлова, Р.А. Мошанова, В.А. Баранов // Актуальные проблемы клинической неврологии. — Якутск, 2001. — С.39-61.

Уманский К.Г. Методические указания по изучению клиники вилейского энцефаломиелимита / К.Г. Уманский. — Якутск, 1965. — 1 с.

Чумаков М.П. Комплексное изучение этиологии вилейского энцефаломиелимита методами молекулярной биологии и выяснения эпидемиологических особенностей заболевания в различных регионах ЯАССР: Отчет НИР / институт полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР; М.П. Чумаков. — М., 1987. — 36 с.

Шаповал А.Н. Вилейский энцефаломиелит / А.Н. Шаповал. — Якутск, 1959. — 156 с.