

низким образовательным уровнем. Большинство больных проживает в Вилюйском улусе. Значимыми факторами риска являются наследственная отягощенность, переохлаждение и проживание на территории риска.

Проведенные предварительные исследования требуют дальнейшей разработки, которые будут направлены на генетическое исследование пораженных семей, с целью выявления возможного гена, ответственного за предрасположенность к ВЭ.

Литература

1. **Владимирцев А.И.** Факторы риска, обуславливающие развитие вилюйского энцефалита / А.И. Владимирцев [и др.] // Особенности патологии коренного и пришлого населения в условиях Севера. – Красноярск, 1981. – Т. 2. – С. 191-192.

2. **Гольдфарб Л.Г.** Соотношение наследственности и средовых факторов

в этиологии вилюйского энцефаломиелита : сообщение П. Популяционно-генетическое исследование в районах распространения вилюйского энцефаломиелита / Л.Г. Гольдфарб [и др.] // Генетика. – 1979. – №8. – С.1502-1511.

3. **Гольдфарб Л.Г.** Вилюйский энцефаломиелит: сравнительный анализ клинических и эпидемиологических характеристик в 1950-х, 1970-х и 1990-х годах / Л.Г. Гольдфарб [и др.] // Проблемы вилюйского энцефаломиелита, нейродегенеративных и наследственных заболеваний нервной системы : тез. докл. II Международной науч.-практ. конф. – Якутск, 2000. – С. 30-31.

4. **Дубов А.В.** Эколого-биологические основы эволюции очагов вилюйского энцефалита / А.В. Дубов // Достижения и перспективы медицинской науки в республике Саха (Якутия) : материалы республик. науч.-практ. конф., посвящ. 5-летию образования

Ин-та здоровья АН РС(Я), 16 июня 2002 г. – Якутск : Изд-во департамента НИСПО МО РС (Я), 2002. – С. 42-44.

5. **Зубри Г.Л.** О нозологической принадлежности бохооро / Г.Л. Зубри [и др.] // Генетика. – 1977. – № 3. – С.1843-1849.

6. **Тазлова Р.С.** Вилюйский энцефаломиелит (клиника, психические нарушения, вопросы дифференциального диагноза) / Р.С. Тазлова. – Якутск, 1992. – 15с.

7. **Уманский К.Г.** «Бохоор» (этнографический анализ проблем вилюйского энцефаломиелита) / К.Г. Уманский // Советская этнография. – 1974. – № 4 – С. 133-143.

8. **Фефелова В.В.** Изучение распределения генетических маркеров системы HLA в связи с проблемой вилюйского энцефалита / В.В. Фефелова, Т.Я. Николаева, В.А. Владимирцев // Вилюйский энцефаломиелит: материалы науч.-практ. конф., 3-4 окт. 1996 г. – Якутск, 1996. – С. 122-123.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Л.А. Попова, Н.П. Степанов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

К настоящему времени завершено несколько крупных исследований, в которых изучались показания и эффективность хирургического лечения ишемии головного мозга. Северо-американским исследованием установлено, что для пациентов с симптомными 70%-ными стенозами внутренних сонных артерий (ВСА) риск возникновения инсульта в течение 2 лет после операции составил 9%, в то время как при медикаментозном лечении – 26%. Европейское исследование определило, что при стенозах ВСА свыше 75% вероятность нарушения мозгового кровотока (в течение 3 лет) при лекарственной профилактике составила 16,8, а при хирургическом лечении – 10,3. Но все эти исследования касались больных с односторонними стенозами ВСА. Специальных кооперативных исследо-

ваний в отношении целесообразности хирургического лечения двусторонних окклюзионно-стенотических поражений СА не проводилось. До недавнего времени окклюзия контралатеральной ВСА считалась фактором риска, ухудшающим результаты операций, хотя имеются исследования, опровергающие это мнение. Двусторонние окклюзионно-стенотические поражения СА трудно оценивать из-за отсутствия согласованных критериев представления результатов.

Данная статья иллюстрирует опыт хирургического лечения больных с двусторонними поражениями сонных артерий с 2001 по 2005 г.

Пациенты разделены по состоянию контралатеральной ВСА на 5 групп. Первая группа – 23 пациента (29,4%): с бикаротидными стенозами свыше 50% с одной стороны и гемодинамически незначимым стенозом с другой – 14 чел., со стенозами свыше 50% с обеих сторон – 9; вторая группа – 45 пациентов (57,6%): со стенозами свыше 70% с одной стороны и с гемодинамически незначимым стенозом с контралатеральной стороны – 20, со стенозами

свыше 70% с одной стороны и с гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны – 17, с критическими стенозами с обеих сторон – 8 чел. Третья группа включала 10 пациентов (12%) с окклюзией с одной стороны и гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны.

По степени хронической сосудистой-мозговой недостаточности (ХСМН) пациенты распределены таким образом: в 1-й группе пациентов с 1-й степенью ХСМН – 3 чел. (13%), со 2-й – 13 (57,5%), с 3-й – 1 (4,3%), с 4-й – 6 чел. (26%).

Во 2-й группе: с 1-й степенью ХСМН – 4 чел. (8,7%), со 2-й – 18 (39,1%), с 3-й – 8 (17,3%), с 4-й – 15 чел. (33,3%).

В 3-й группе: с 1-й степенью ХСМН – 1 чел. (11%), со 2-й – 2 (22,2%), с 4-й – 5 чел. (55,5%).

Всем пациентам выполнены каротидные эндартерэктомии. Всего проведено 103 операции 78 пациентам: 6 из них – поэтапные операции на сонных артериях: 2 пациента из 1-й группы с 3-й и 4-й степенью ХСМН, 4 пациента

ПОПОВА Людмила Афанасьевна – врач ординатор ОСХ РБ №1-НЦМ; **СТЕПАНОВ Нюргун Петрович** – к.м.н., гл. хирург МЗ РС(Я); **ВАСИЛЬЕВ Альберт Иванович** – зам. директора КЦ РБ №1-НЦМ; **ФЕДОСЕЕВА Александра Корниловна** – зав. ОСХ РБ №1-НЦМ.

из 2-й группы, 3 из них с 1-й степенью, 1 – с 3-й, 1 – с 4-й степенью ХСМН. 2 пациентам из 2-й группы проведены эверсионные эндалтерэктомии с резекцией ВСА.

Проведено 17 одномоментных операций, 2 операции поэтапно на брюшном отделе аорты и на артериях нижних конечностей: протезирование брюшного отдела аорты – 3, бифуркационные аорто-бедренные шунтирования – 8, линейное аорто-бедренное шунтирование – 1, профундопластика – 3, бедренно-подколенное – шунтирование – 5, на подпочечной артерии – 1 операция.

Пациентам 3-й группы и пациентам с критическими стенозами сонных артерий с обеих сторон с целью профилактики интраоперационных осложнений использованы временные внутрисосудистые шунты (ВВШ). Пациентам 3-й группы с окклюзией ВСА с одной стороны ВВШ использован в 70% случаев, а при критических стенозах обеих ВСА – в 50% случаях. Несомненно, что использование ВВШ с контралатеральным поражением ВСА является одним из ключевых моментов в защите головного мозга.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения по типу острого

нарушения мозгового кровотока развились у 2 пациентов, что составило 2,5%. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались преходящие нарушения мозгового кровотока. В целом же результаты наблюдений по остальным пациентам позволяют утверждать, что при обеспечении интраоперационного контроля транскраниальной доплерографией, рациональном использовании ВВШ можно получать лучшие результаты профилактики ишемических инсультов при бикаротидных поражениях.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Д.Г. Тихонов

ПОЧЕМУ МЫ ЛЮБИМ СВОЮ РОДИНУ? РОЛЬ ИНСТИНКТА И РАЗУМА В ПАТРИОТИЧЕСКИХ СТРЕМЛЕНИЯХ

Правительство РФ 7 марта 2000 г. приняло Постановление № 198 «О концепции государственной поддержки экономического и социального развития районов Севера». Концепция предусматривает: «...Удовлетворение потребности в рабочей силе в значительной мере должно осуществляться за счет проживающего в северных районах населения, адаптированного к суровым условиям, а не за счет притока мигрантов из других регионов страны».

Следует отметить, что постоянное и коренное население Арктики играет существенную роль в освоении Севера во всем мире. Ряд исследователей Севера считает, что ориентация на постоянных жителей Крайнего Севера является ключом к успеху экономической, социальной политики России на Севере [1, 15]. Все арктические страны (страны, имеющие арктические территории) давно определились, каким путем освоить Север. Они обустривают свой Север, создают инфраструктуру и обживают его постоянным населением. Только мы не определились, какими силами осваивать Север. Огромные средства вкладываются в научное обоснование вахтового метода освоения Севера. Строятся рабочие поселки, населен-

ные вахтовыми рабочими, которые создают существенные экономические проблемы по переселению жителей после закрытия этих поселков. На огромных просторах Севера десятками лет не создавалась соответствующая инфраструктура, вплоть до настоящего время существуют «зимники» – зимние автомобильные трассы протяженностью 1000 и более километров. На территории Якутии, простирающейся на более чем 3 млн. км², не имеется ни одного курорта, так как десятками лет планировалось оздоровление населения Крайнего Севера исключительно в центральных, более обжитых районах страны. Уникальные месторождения природных лечебных ресурсов не осваиваются. На северо-востоке страны функционирует всего лишь единственный курорт федерального значения «Талая» в Магаданской области.

В советское время население Крайнего Севера достигало 10 млн. человек. В настоящее время оно сократилось на 25% и более. Тем не менее около 70% населения составляют русские, т.е. пришлое население и их потомки. В настоящее время на Севере (в частности в Якутии) проживает уже девятое поколение русских. Миллионы людей, родившиеся на Севере, независимо от национальности уже не мыслят свое будущее без своей малой родины. Они не представляют себя без трескучих морозов, бескрайних

снежных долин, назойливой мошкары летом, ледяного холода чистых родниковых вод, успокаивающего шума тайги, пения весеннего жаворонка, счастливых моментов успешной охоты и рыбалки.

Кто возвращается в эти новогодние дни из Москвы в Якутск, сразу ощущают, в каком суровом уголке земли мы живем. В эти дни в Москве плюсовая температура и часто моросит дождь. Но все равно, мы скучаем о своей Якутии и всегда вновь и вновь возвращаемся к ней. Почему? Чувство родины не чуждо никому – от рядового рабочего до высокопоставленного государственного чиновника. Оно не чуждо и животному миру. Ежегодно миллионы птиц совершают перелеты на огромные расстояния, чтобы вернуться к месту своего появления на свет (на свою родину), чтобы совершить кладку яиц.

В этой статье мы попытались разобраться в механизмах формирования чувства родины, и какова роль в этом инстинкта и разума.

Инстинкт (от лат. *instinctus* – побуждение) определяется в энциклопедических словарях как совокупность сложных врожденных реакций (актов поведения) организма, возникающих в ответ на внешние или внутренние раздражения, или как сложный безусловный рефлекс (пищевой, оборонительный, половой и др.).

ТИХОНОВ Дмитрий Гаврильевич – д.м.н., проф., генеральный директор объединения «Якуткурорт».