

отмечается в 1-м случае на 3-м году жизни после операции. В данном случае после выявления рецидива больной проведено лечение: паллиативный курс лучевой терапии, курсы химиотерапии. Но несмотря на проведенное лечение, отмечалось прогрессирование заболевания, и на 4-м году жизни после операции больная умерла. Остальные 9 больных состоят на учете в поликлинике ВК ООД по 3-й клинической группе. На сегодняшний день все они прослежены. Данных за рецидив и метастазы нет.

Из 71 пациентки, прооперированных радикально, в течение 5-ти лет умерло 4 больных в результате рецидива заболевания (таблица 6).

### ВЫВОДЫ

1 Нерадикально выполненная операция при раке тела матки не всегда является причиной рецидивов и метастазов с последующим летальным исходом.

2 В случае нерадикальной операции и невозможности выполнения радикальной операции по тем или иным причинам необходимо обязательное проведение послеоперационной сочетано-лучевой терапии.

3 Проведение курсов химиотерапии и гормонотерапии по показаниям.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Серебров И.А. Рак матки. – М., 1968.
- 2 Бохман Я.В. Рак тела матки. – М., 1972.
- 3 Вишневская Е.Е. Справочник по онкогинекологии. – М., 1994.
- 4 Демин В.И., Кучеров Ю.Г., Симбирцева Л.Т., Бохман Я.В. Ошибки и опасности в онкологической практике. – М., 1985.

УДК 616-005.8-026.87

### Э.А. Урих

«Медико-санитарная часть № 2», г. Усть-Каменогорск

#### ДИНАМИКА ЛЕТАЛЬНОСТИ СРЕДИ ОНМК (по данным анализа летальности от ОНМК в неврологическом отделении ТОО «МСЧ-2» за 6 лет)

*Мақалада фатальды инсульттың өліммен аяқталатын динамикасы толық және статистикалық көрнекі түрде келтірілген.*

*Laws of fatal outcome Sharp infringement of brain blood circulation depending on a sex, age, seasonal prevalence are revealed.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** *ОНМК, летальность, сезонность, факторы риска*

За 6 лет (2003-2008 гг.) в неврологическом отделении умерло 449 больных от церебро-васкулярных болезней. Летальность среди ОНМК за этот период выросла с 7,3% до 9,7%.

Из-за религиозных предубеждений, лишь в 112 случаях умершие исследованы патологоанатомически, т.е. – в 38,5%. Процент расхождений клинико-пато-

---

***Шығыстың аймақтық хабаршысы***

---

Если учесть вероятность благоприятного исхода (ВБИ) соответственно шкалы Глазго, то для поступивших в “сознании” ВБИ составляла от 40 до 80%. В “сопоре” было доставлено 32,7% (9-11 баллов), что соответствовало ВБИ по шкале Глазго от 4-5% до 40%. А в “коме” 1-П-Ш (7-4-3 баллов) было доставлено “скорой” 35,2% больных, что по шкале “вероятности благоприятного исхода” соответствовало лишь от 3% до 0%.

Говоря другими словами – шансы на то, чтобы выжить от инсульта равны от 0% до 80%!

Естественно их меньше всего у больных, доставленных в коме, отягощённых сопутствующей патологией и присоединившимися осложнениями.

Учитывая, что экстренных неврологических больных города в МСЧ-2 доставляют в urgentные дни – воскресенье, понедельник, вторник, летальность от ОНМК по дням недели выглядит так (рисунок 1):

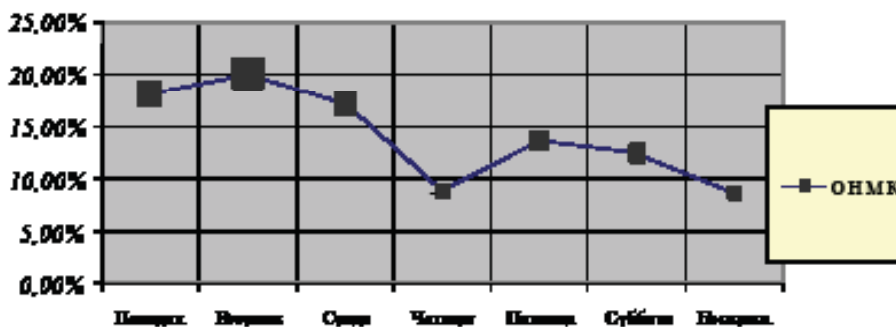


Рисунок 1 – Динамика летальности от ОНМК (n=235) по дням недели за 6 лет (2003-2008 гг.)

Как видно из этой диаграммы, “пик” летальности от ОНМК приходится на вторник, понедельник и среду. Эта закономерность объяснима очевидно 25%-й “досуточной летальностью” от ОНМК urgentных дней МСЧ.

Было бы интересно сопоставить наши данные с подобными данными БСМП. Динамика летальности от ОНМК по месяцам в течении 6 лет (2003-2008 гг.) выглядит так (рисунок 2):

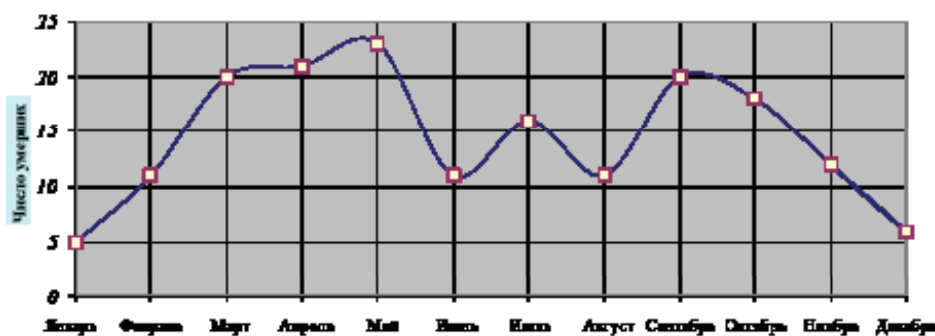


Рисунок 2 – Динамика летальности от ОНМК (n=235) по месяцам (2003-2008 гг.)

В этой диаграмме заметен “подъём” летальности весной (март, апрель, май), в июле. Затем происходит 2-х-волновое “снижение” летом в июне и августе с повторным “подъёмом” к осени (сентябрь, октябрь).

Проявляя интерес к возможным подобным закономерностям летальности среди сердечно-сосудистых заболеваний, особенно острых инфарктов миокарда, воспользовался стат. данными кардиологического отделения также за 6 лет (2003-2008 гг.). За эти 6 лет в кардиологии от острых инфарктов миокарда (ОИМ) умерло 124 больных. Графически, летальность от ОИМ в сравнении с ОНМК предстала в следующем виде (рисунок 3):

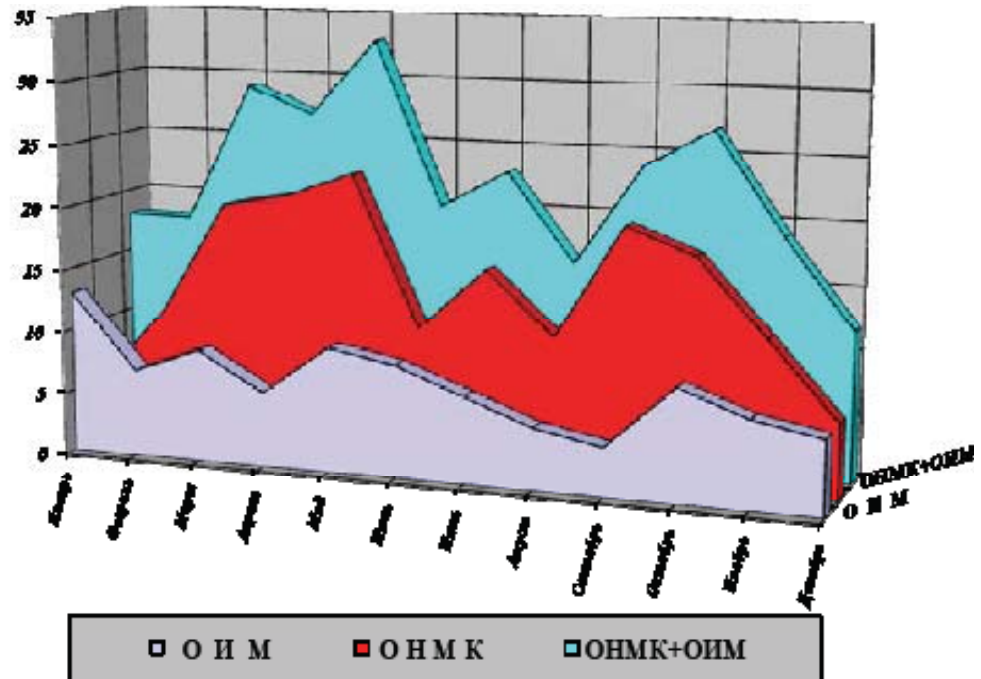


Рисунок 3 – Динамика летальности от ОНМК (n=235) и ОИМ (n=124) по МЕСЯЦАМ за 6 лет (2003-2008 гг.)

Как видно из этой диаграммы, летальность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) повышается в январе, марте, мае и в октябре. Снижение от ОИМ происходит заметно в феврале, апреле и постепенно к лету, сентябрю.

Если сопоставлять графики “подъёмов” и “спадов” летальности от ОНМК и ОИМ, то очевиден одновременный подъём к МАЮ месяцу, затем спад к ИЮНЮ, а затем вновь общий подъём к осени (сентябрь-октябрь).

Повышение летальности в конце весны (май), в июле и осенью (октябрь-ноябрь), а также спад летом (июнь) и зимой от ОНМК (150 случаев) и ОИМ (242 случая) были нами выявлены при анализе летальности за 12 лет (1980-1991 гг.) по материалам патолого-анатомического отделения МСЧ-2.

Графически это выглядело так (рисунок 4):

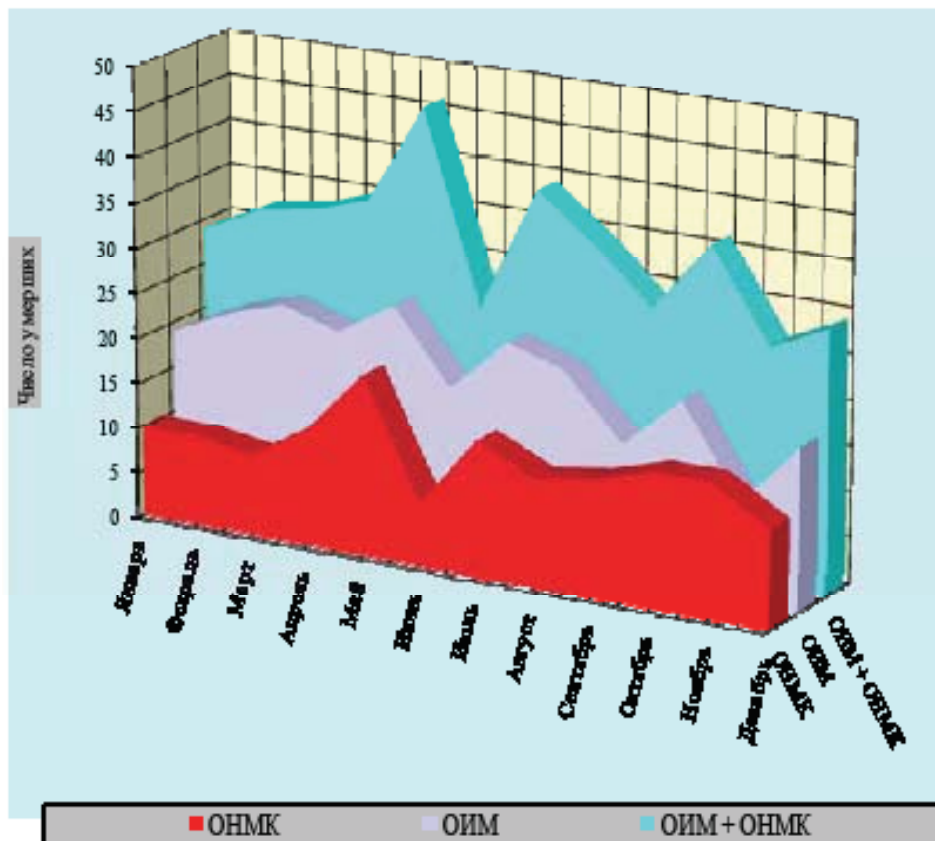


Рисунок 4 - Динамика летальных случаев от ОИМ (n=242) и ОНМК (n=150) за 12 лет по МЕСЯЦАМ с 1980 по 1991 гг. (по данным патолого-анатомического отделения МСЧ № 22)

Подобные сезонные (весна-осень) колебания летальности среди сердечно-сосудистых заболеваний, ранее отмечали З.Л. Лурия (1950 г.) и М.З. Земишвили (1951 г.). Закономерности о влиянии сезонности возникновения инсульта – минимально – в феврале – августе и максимально – апреле-мае и октябре-декабре были выявлены наблюдения Н.Ю. Айрияном и Л.В. Стаховской (1).

Сравнивая эти две диаграммы летальности (1980-1991 и 2003-2008 гг.), с интервалом почти в 10 лет, видно общую закономерность в подъёме летальности весной (в мае), летом (в июле) и осенью. Особенно это сходство заметно среди ОНМК. Так эта динамика средней летальности от ОНМК за 1980-1991 и 2003-2008 гг. показательна, в сравнении, в следующей диаграмме (рисунок 5):

Подводя предварительный итог по летальности от ОНМК и ОИМ можно с уверенностью сказать, что за последние 25 лет “пик” подъёма совпадает отчётливо, компактно, в мае и несколько “растянуто” – осенью. Сравнивая летальность среди ОНМК, за тот же период, закономерны отчётливые “подъёмы” летальности в мае, июле и осенью. “Спады” летальности за те же периоды выражены в июне и

в зимнее время. То есть: больше сходства, чем различий.

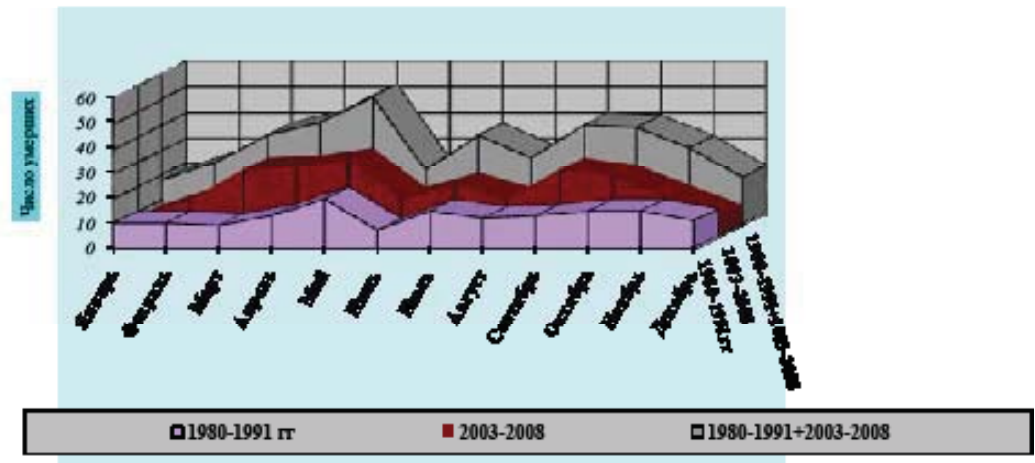


Рисунок 5 – Динамика средней летальности от ОНМК по месяцам за 1980-1991 гг. (n=150) и 2003-2008 гг. (n=235)

Сравнение данных анализа распространённости различных форм цереброваскулярной патологии (ЦВП), проведенных с интервалом 18 лет в 2-х скринингах НИИ неврологии РАМН [Ю.Я. Варавкин, 2003 г. (2)], также не выявило существенных различий между результатами исследований ЦВП 1983-1984 и 2000-2001 годов.

Далее, по данным [Н.Г. Воропая, 2003 г. (2)] из Новосибирской мед. академии, при анализе 171 умерших в неврологическом отделении ГКБ, наибольшее количество смертей от инсультов наступает в период с 2 по 10 сутки, чаще летом (30%), реже зимой (21%). А в течение суток от ОНМК, в условиях Западной Сибири, Новосибирска, число умерших распределилось следующим образом: в 19 и 00 часов по 7,7%, днем – 58%, а утром – 34%.

При анализе 105 случаев ОНМК, умерших в нашем отделении в МСЧ в 2000-2002 году, распределение в течение суток было таким (рисунок 6):

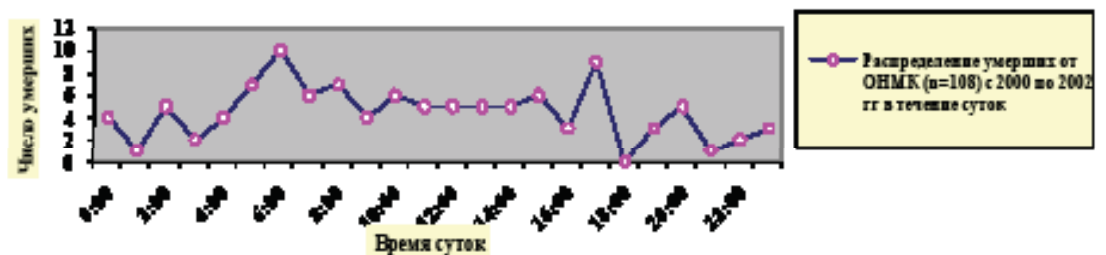


Рисунок 6

Как видно, учащение летальных исходов “пробуждается” к утру, с 5 до 7 часов, затем немного снижается и вновь повышается к вечеру, с 17 до 18 часов. В ночное время наступает урежение числа умерших. Получается интервал между “пиками” в 12 часов! Возможно “утренний” и “вечерний” всплеск связан с недосмотром дежурного медперсонала к утру и после ухода с работы лечащего врача? или отсутствием в отделении палаты интенсивной терапии (ПИТ), где проводился бы непрерывный, в течение всех суток, контроль, мониторинг и интенсивная терапия?

Если сопоставить подобные наблюдения за период 1980-1991 гг. (150 случаев) с периодом 2000-2002 гг. (105 случаев), то при анализе этих 255 случаев умерших от ОНМК, в неврологическом отделении МСЧ, распределение умерших от ОНМК в течение суток выглядело так (рисунок 7):

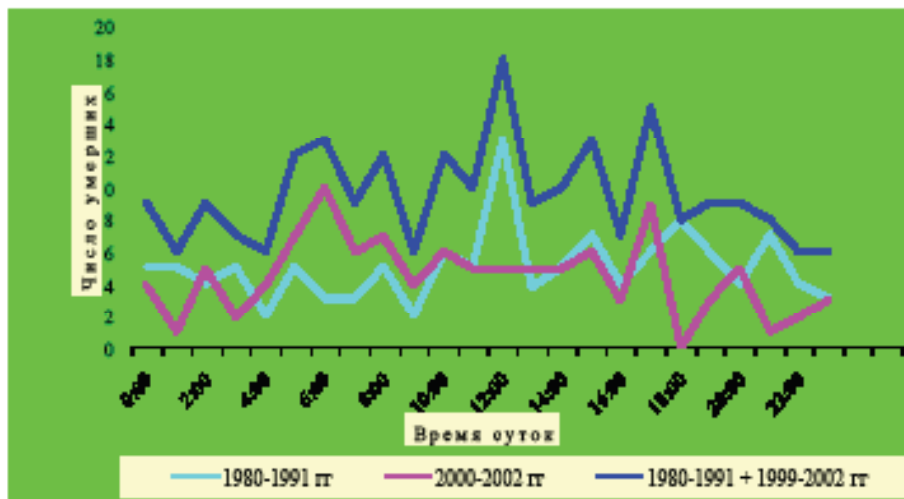


Рисунок 7– Распределение умерших (n=255) от ОНМК за 15 лет: за 12 лет (1980-1991 гг.) и за 3 года (2000-2002 гг.) в течение суток

Как видно, в сравнении, распределение умерших в целом от ОНМК 20 лет назад на протяжении суток было несколько иным: “пик” повышения числа умерших приходился на “полдень”, т.е. в середине 12-часового интервала повышения “пиков” 2000-2002 гг.

Если, для наглядности, график распределения числа умерших от ОНМК этих сопоставляемых периодов (1980-1991 гг. и 2000-2002 гг.) сравнения сгруппировать с интервалом в 4 часа и суммировать данные в целом за 15 лет наблюдения, то график будет таким (рисунок 8):

Как видно, основное время, когда умирают больные с ОНМК – это с 6 утра до 18 часов вечера, т.е. в период “пробуждения” активности эмоционально-волевой сферы, усиления эрготропной системы обеспечения физической и психической (преимущественно симпато-адреналовой) деятельности (59,5% больных). После 18-00 часов вечера и до 6 часов утра (период “гипокинезии”, парасимпатото-

нии) умирает на 1/3 меньше больных (40,5% больных).

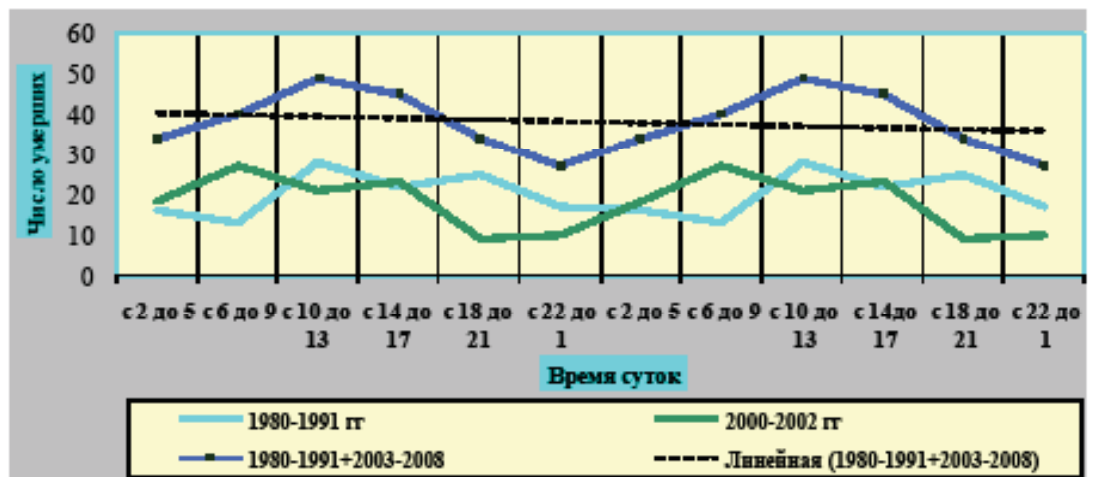


Рисунок 8 – График распределения числа умерших от ОНМК в суточном ритме

В последние десятилетия, по данным Московской медицинской академии [Я.И. Левин, .. А.М. Вейн, (I Российский Международный конгресс «Цереброваскулярная патология и инсульт»), Москва, 2003 г.] : «пиком» возникновения мозгового инсульта (ОНМК) являются утренние часы – с 6 до 12 часов - 45%, днём - 35%, ночью – 20%. Учитывая тот факт, что ишемические (гемодинамические и атеротромботические) инсульты чаще дебютируют ночью, во сне, а геморрагические инсульты – в активное время суток, днём, сделана попытка (составлены диаграммы) проверить возможные хроно-биологические закономерности и в распределении летальных исходов ОНМК с ишемией мозга и геморрагией в течение суток, с 4-х-часовым интервалом.

Как известно, факторами, определяющими исход ОНМК, особенно связанных с повышенным риском смерти и плохого функционального исхода, в частности по данным Hier & Edelstein, 1991 г. (3), являются: пожилой возраст, мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, ИБС, сахарный диабет, лихорадка, недержание мочи, предшествующий инсульт, снижение уровня сознания, тяжелые двигательные нарушения, нарушения проприорецепции, зрительно-пространственные, когнитивные нарушения, синдром тотального инфаркта в каротидном бассейне (КБ), а также «гипергликемия», высокий гематокрит, нарушения ЭКГ, дислокация мозга, большой очаг поражения, кровь в желудочках при первичном ВМК, гидроцефалия при внутричерепном кровоизлиянии (по данным КТ) и мозжечковом инсульте.

Обращаясь к одному из таких самых динамичных, «смертельных» факторов риска – внутримозговых нетравматический кровоизлияний при ОНМК, можно привести данные д.м.н., профессора Б.А. Абеуова (КазНМУ, Алматы, 2002), «... что более чем в трети случаев кровоизлияний в мозг с прорывом крови в желудочки не приводит к смерти, даже если оно происходит в III и IV желудочек».

По данным И.В. Ласкова, Н.Г. Булатниковой (4): "...частота фатальных (летальных) исходов инсульта возрастает при геморрагическом его характере и при лечении на дому, что следует учитывать при организации его лечения".

Для достоверности полученных закономерностей, необходимо сравнение данных с аналогичными в БСМП и в целом по ВК ОМО.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айриан Н.Ю., Стаховская Л.В. НИИ инсульта РГМУ. IX Всесоюзный съезд неврологов. – Ярославль, 2006. – С. 360.
- 2 Варакин Ю.А., Москва. I Российский Международный конгресс НАБИ "Цереб्रो-васкулярная патология и инсульт". – Москва, 2003. – С. 201.
- 3 Hier&Edelstein, 1991 г. в книге Ч.П. Варлоу. Инсульты. – Эдинбург. – 1996.
- 4 Ласков И.В., Булатникова Н.Г. Курский ГМУ. II Российский Международный конгресс "Цереб्रो-васкулярная патология и инсульт". – Москва, 2007. – С. 207.

УДК 616-005.8-026.87

### Э.А. Урих

ТОО «Медико-санитарная часть № 2» (МСЧ-2), г. Усть-Каменогорск

#### КОРТЕКСИН В ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЦВЗ)

*Мақалада цереброваскулярлы ауруларды емдеу кезінде кортексинді қолданудың клиникалық және параклиникалық тиімділігі көрсетілген.*

*As a result of use in practice cerebro-vascular disease (CVD) of a medical product cortexin positive clinical results are received and confirmed elektroencephalographik (EEG).*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** кортексин, электроэнцефалография

В настоящее время эпидемиологическая и демографическая ситуация характеризуется широкой распространённостью цереброваскулярной патологией и её омоложением, обусловленным ростом неблагоприятных социально-средовых и психо-эмоциональных факторов (1).

Патогенетические механизмы формирования цереброваскулярной патологии полимодальны, поэтому и терапия этой патологии должна быть поликомпонентной (2).

Одним из перспективных направлений в лечении больных с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) является применение пептидных препаратов, сочетающих ноотропный, вазоактивный, нейропротективный эффекты. К таким препаратам относится кортексин.

Кортексин был создан на кафедре Военно-медицинской академии (ВМА) г. Санкт-Петербурга.

Принцип, положенный в основу технологии получения тканеспецифических нуклеопротеиновых комплексов, состоит в сохранении структурных элементов хроматина, в которых содержатся эндогенные белки-регуляторы с комплемен-

---

***Шығыстың аймақтық хабаршысы***

---