

Таблица 3

Лечебно-профилактическая эффективность использования авторских компаративных технологий восстановительного лечения

Показатели	До лечения	После лечения
1. Концентрация йода в моче (медиана, мкг/л) арсенично-цериевым методом	Выраженность йодного дефицита: средней тяжести (20–49 мкг/л) – 43,7% легкий (50–99 мкг/л) – 51,5% норма (100–200 мкг/л) – 4,8%	Выраженность йодного дефицита: средней тяжести – 2,2% легкий – 19,3% норма – 78,5%
2. УЗИ-биометрия ЩЖ (нормальный объем ЩЖ на УЗИ у мужчин ≤25 мл, у женщин ≤18 мл)	Превышение нормального объема ЩЖ при УЗИ у 98,6% мужчин и 99,7% женщин	Превышение нормального объема ЩЖ при УЗИ у 35,2% мужчин и 37,1% женщин
3. Оценка функционального состояния гипоталамико-тиреоидной системы по наличию в крови: – тиреотропного гормона (ТТГ) N=4,0 мЕд/мл – свободного тироксина (СвТ4) N=16–18 пмоль/л	6,27±0,94 11,45±11,29	4,11±0,09 15,96±0,04
4. Оценка аутоиммунного поражения тиреоидной ткани: – антитела к тиреоглобулину (АТкТГ) N=110–120 мЕд/мл – антитела к тиреопероксидазе (ТПО) N=60–70 мЕд/мл	139,36±1,55 140,47±1,21	121,12±0,16 70,39±1,17

Выводы. Оценка аутоиммунного поражения тиреоидной ткани экспресс-наборами «Эритрогност» (Россия) и «RIA-gnost» до и после восстановления в здравницах позволяет констатировать, что природные минералы Сочи, богатые активными ионами йода, способствуют нормализации уровня антител к тиреоглобулину (АТкТГ) и антител к тиреопероксидазе у лиц с диффузным зобом, связанным с йодной недостаточностью (Е 01.0 по МКБ-X). Предложенные технологии задействования природных физических факторов курорта Сочи обладают компаративностью по сравнению с применявшимися ранее методами санаторно-курортного лечения в этих же здравницах российского Причерноморья. Перспективным ингредиентом этих технологий являются ультразвуковые ингаляции омагниченного аэрозоля среднеминерализованной щелочной хлоридно-гидрокарбонатной натриевой, йодной, борной, фтористой природной минеральной воды «Сочинская», т.к. при использовании недорогой медицинской техники (отечественного УЗ-ингалятора TUR USI 50) эта бутилированная минералка может быть применена в виде высокодисперсного аэрозоля в любом ЛПУ России для восполнения йодного дефицита.

Литература

1. *Контроль* программы профилактики йоддефицитных заболеваний путём всеобщего йодирования соли: Метод. указания. – М., 2001. – 26 с.
2. *Brunn J. et al.* // Dtsch. med. Wschr. – 1981. – Bd. 106. – S. 1338.
3. *Цыб А.Ф. и др.* Ультразвуковой метод определения объема и массы щитовидной железы при диспансеризации населения: Метод. рекоменд., утв. МЗ РФ. – М., 1990. – 29 с.
4. *Природные* лечебные ресурсы, пригодные для рекреационных целей в Краснодарском крае: Информ.-метод. письмо. – Сочи, 2005. – 56 с.

УДК 616-004.4

КОНВЕКТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТНОГО, ЛИПИДНОГО И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ БЕССИМПТОМНОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА В ЗДРАВНИЦАХ

А.В. ШВАЙКО*

Вопросы конвективного теплообмена, т.е. передачи энергии биологическим объектам в форме теплоты в неравномерно нагретой жидкости или газообразной среде, регулярно становятся предметом научных изысканий курортологов, в том числе и при разработке технологий санаторно-курортной реабилитации больных различными формами ишемической болезни. Особую научную дискуссию в этом контексте приобретает необходимость выбора той или иной врачебной тактики [1–3] назначения талассотерапии при бессимптомной ишемии миокарда (I 25.6 по МКБ-

* НИЦ курортологии и реабилитации Черноморского зонального управления санаториев Росздрава; санаторий «Правда» СВР России

соединяется трубка от аппарата к пациенту. Величина магнитной индукции 65 мТл. Аэрозоль омагничивается, проходя по тубусу, входя в постоянное магнитное поле кольцевого магнита. К тому же тубусу присоединяется маска для дыхания. Установлены параметры процедуры: скорость подачи аэрозоля – 5 литров/мин.; расход минеральной воды на процедуру – 5 см³; время вдыхания – 3 мин.; курс состоит из 10 сеансов – 5 ежедневно со второго дня пребывания в здравнице, затем 5 – через день [4].

Таблица 1

Унифицированная методика исчисления продолжительности 1 солнечной ванны в зависимости от напряжения солнечной радиации

Напряжение солнечной радиации по пиранометру в кал/см ² , мин.	0,50–0,52	0,53–0,58	0,59–0,66	0,67–0,76	0,77–0,91	0,92–1,00	1,00–1,09
Продолжительность солнечной ванны для получения							
5 кал/см ² мин.	10	9	8	7	6	5	5
10 кал/см ² мин.	20	18	16	14	12	10	10
20 кал/см ² мин.	40	36	32	28	24	20	20
30 кал/см ² мин.	60	54	48	42	36	30	30

Особое значение в санаторно-курортной реабилитации уделялось воздушным и солнечным ваннам. При этом бытующее расхожее мнение о том, что пациентам с изучаемым заболеванием вредно пребывать на солнце, опровергается нашими наблюдениями, когда назначение солнечных ванн проводилось по унифицированной методике, представленной в табл. 1.

Исчисление длительности воздушных ванн предусматривало режим слабого воздействия, применявшийся в начале лечения. Режим слабого воздействия для воздушных ванн рекомендовался лицам с признаками снижения иммунного статуса. При хорошей эффективности и переносимости процедур они переводились на режим умеренно-интенсивного воздействия, а при выписке (при позитивной динамике клинико-морфологических и функциональных параметров, включая гормональный, иммунный и психофизиологический статус) пациенты переводились на режим интенсивного воздействия аэротерапевтических процедур. В индивидуальных схемах восстановления использовались также ингредиенты талассотерапии (табл. 2).

Таблица 2

Авторская модификация видов и режимов морских процедур в индивидуальных схемах восстановительного лечения

Виды морских процедур	Режимы назначения (температура морской воды, длительность процедуры, периодичность и число ее назначений на полный курс лечения)
Обтирания	В течение 1–3 дней в теплое время года или ежедневно в холодное полугодие t° морской воды 20–22° (в зимнее время – подогревать), продолжительность процедуры – 5 мин.
Обливания	Комбинирование с обтираниями 3–5 дней в теплое время года или весь курс лечения в зимний период при t° морской воды (естественной или подогретой) 18–19° и объеме обливаний – 10 литров
Укутывания простынями, смоченными морской водой	В зимний период при t° подогретой морской воды 27–28° 10–12 процедур. Начинать с 5 мин. постепенно увеличивая до 15 минут
Морские купания	В 1-ю неделю – по режиму слабого воздействия теплые (t° 20–24°; 1–2–5 минут), а последующие дни – по режиму умеренно-интенсивного воздействия (теплые – 15–20 минут; умеренно-теплые – 5–12 мин., прохладные 1–3 мин.).

Комментируя табл. 3, подчеркну, что технологии восстановительного лечения позволяют за 21–24 дня пребывания в здравницах на достоверном уровне наблюдений снизить концентрацию йода в моче, доведя её до нормы (100–200 мкг/л) у 78,5% больных, а при поступлении в здравницы процент таких пациентов с нормальной йодурией достигал едва 5%. При этом показатели УЗ-биометрии позволили констатировать уменьшение объемов ЩЖ при УЗИ, т.к. если при поступлении превышение нормальных объемов ЩЖ было у 98,6% мужчин и 99,7% женщин, то при выписке такое превышение показателей ЩЖ отмечалось при УЗИ только у 35,2% мужчин и 37,1% женщин. Эти процессы протекали на фоне улучшения функциональной активности ЩЖ, что подтверждалось достоверным повышением в крови свободного тироксина (СвТ4) и снижением уровня ТТГ до нормы.

Х). Вместе с тем анализ открытых литературных отечественных и зарубежных источников свидетельствует, что Американская ассоциация сердца рекомендовала до начала программ интенсивной талассотерапии у мужчин с 45 лет и у женщин с 55 лет без явных заболеваний сердца и даже без факторов риска их развития проводить максимальный тест с физической нагрузкой на тредмиле. Несмотря на эти рекомендации, вопрос о целесообразности проведения рутинных скрининговых исследований у практически здоровых лиц с целью выявления ишемии миокарда остается дискуссионным. Это связано с тем, что у здоровых ишемия миокарда нередко диагностируют во время нагрузочного теста только по изменению сегмента ST, но без сопутствующих болей в грудной клетке. Отсутствие симптоматики явилось основанием для предположения о том, что изменения сегмента ST во время теста с физической нагрузкой, не сопровождающиеся болями в грудной клетке, не всегда отражают ишемические изменения миокарда и могут быть источником ложноположительных данных [4]. Пока отсутствуют единые методические и методологические подходы к использованию талассопротоколов при восстановительном лечении на российских курортах.

Цель работы – обоснование врачебной тактики назначения гелиопротоколов как конвективной, т.е. теплорегулирующей составляющей комплексных медицинских технологий коррекции в здравницах липидного, антиоксидантного и психофизиологического статуса больных бессимптомной ишемией миокарда.

Исследование проводилось в течение последних 5 лет на базе клинического отдела сочинского НИЦ курортологии и реабилитации и санатория «Правда» СВР России (Хостинский район курорта Сочи). В качестве методов исследования опирались на УЗИ сердца, которое проводилось у 378 пациентов с бессимптомной ишемией миокарда (основная группа наблюдения n=278; контрольная группа n=100, p<0,01) на аппарате «Toshiba SSH-60A» (Япония), оборудованном электронными датчиками с частотой 2,5 и 3,75 МГц, по модифицированной методике (Н.П.Никитин и др., 1999). В М-режиме измерялись параметры: диаметр левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ, размер правого желудочка в диастолу. В ходе исследования проводили суточное мониторирование ЭКГ с использованием системы «Кардиотехника-400» («Инкарт», С.-Петербург), с интерпретацией результатов по методике А. Дабровски, 1998. Выделяли эпизоды появления безболевого ишемии миокарда, расчет параметров которых производили раздельно.

При этом в каждом конкретном случае отмечали частоту сердечных сокращений (ЧСС) в момент появления ишемии – порог ишемии и рассчитывали его вариабельность (dЧСС) как разницу максимальной и минимальной ЧСС в момент регистрации депрессии сегмента ST на ЭКГ. Активность антиоксидантных ферментов Cu, Zn-супероксиддисмутазы (Cu, Zn-SOD), каталазы, глутатионпероксидазы (ГПО), а также содержание GSH, гемоглобина (Hb), активность глутатионредуктазы (ГР) в эритроцитах больных определяли при поступлении в здравницу (по методике Б.В. Калининой и соавт., 2001) до назначения лекарственных средств и через 21 день после начала курса санаторного лечения, включая гелиотерапию. Определение концентрации малонового диальдегида (МДА) использовали в качестве индекса ПОЛ по методике Н. Ohkawa et al., 1999.

Для исследования липидного и фосфолипидного спектра плазмы крови и мембран эритроцитов у изучаемого контингента больных кровь брали из локтевой вены натощак. При этом определяли следующие фракции липидов: общие фосфолипиды (ОФЛ), свободный холестерин (СХ), незатерифицированные жирные кислоты (НЭЖК), триглицериды (ТГ), эфиры холестерина (ЭХС) и спектр фосфолипидов (ФЛ): лизофосфатидилхолин (ЛФХ), сфингомиелин (СФМ), фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилэтаноламин (ФЭА), кардиолипид (КЛ). При анализе результатов исследований вычисляли соотношение (СХ+ЭХС/ФЛ), коэффициент ХС/ФЛ. Исследование ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), расчет отношения атерогенных фракций липидов к неатерогенным вели по методике А.Н. Климова и К.Г. Никольцевой. Динамику показателей психоэмоционального статуса изучаемого контингента пациентов оценивали по критериям теста САН и тесту Люшера, констатируя позитивные изменения самочувствия, активности, настроения, работоспособности.

Обсуждая методы лечения, особо следует подчеркнуть, что конвективная составляющая представленных медицинских технологий обеспечивалась гелиотерапией. Назначение солнечных ванн изучаемому контингенту пациентов основывалось в период проведения настоящего исследования на индивидуальных особенностях течения изучаемого заболевания у конкретного пациента, а также на биологическом лечебном эффекте ультрафиолетовой радиации с учетом теплового ингредиента длинноволновой части солнечного спектра. Последнее регулировалось для конкретного пациента схемой врачебных назначений длительности приема солнечных ванн в утренние и вечерние часы теплых и прохладных периодов. Режимы дозирования солнечных ванн изучаемому контингенту пациентов представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Методология дозирования процедур гелиотерапии пациентам

Режимы воздействия	Теплый и жаркий периоды года (май-октябрь) в биодозах		Прохладный период года (ноябрь-февраль) в биодозах (в климатопапатах)	
	начальн. доза	максим. доза	начальн. доза	максим. доза
№ 1 (слабое)	1/2	1,5	3	5
№ 2 (умеренное)	1/2	2,5	3	10
№ 3 (интенсивное)	1/2	3	3	15

Таблица 2

Часы приема процедур гелиотерапии (по различным режимам воздействия) пациентами с изучаемой патологией в здравницах – базах исследования в 2002–2006 годах*)

Режимы	Часы приема по месяцам		
	май-июнь	июль-август	сентябрь-октябрь
№ 1	9.00-11.00 16.00-18.00	8.00-10.00 16.00-18.00	10.00-12.00
№ 2	8.00-12.00 16.00-18.00	8.00-11.00 16.00-18.00	10.00-13.00
№ 3	8.00-13.00 16.00-18.00	8.00-12.00 16.00-18.00	10.00-14.00

*) режимы выбраны в соответствии с климатическими условиями (температура, влажность воздуха, число солнечных дней и т.д.) в 2002–2006 гг. на курорте Сочи

Таблица 3

Динамика магистральных показателей УЗИ сердца у больных с бессимптомной ишемией миокарда до и после конвективных и неконвективных схем восстановительного лечения

Изучаемые параметры УЗИ сердца	Основная группа (p<0,01)		Контрольная группа (p<0,01)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Индекс КДО ЛЖ, мл/м ²	93,25±2,04	71,05±1,49	93,27±2,16	88,09±1,92
Индекс КСО ЛЖ, мл/м ²	41,14±2,27	29,07±1,85	40,28±2,05	38,04±1,97
Фракция выброса ЛЖ, %	41,97±1,98	53,61±1,22	41,98±1,29	44,86±1,0
Индекс массы миокарда, г/м ²	102,05±1,75	91,27±0,98	102,52±1,28	99,91±1,04
Индекс относительной толщины стенки (2Н/Д) ЛЖ	0,28±0,02	0,31±0,01	0,28±0,01	0,28±0,02

Под влиянием авторских схем восстановительного лечения в здравницах (в том числе, и вышеуказанной их конвективной составляющей) удалось добиться значительной позитивной коррекции у больных основной группы на статистически достоверном уровне (n=278, p<0,01) индекса конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ с 93,25±4,02 мл/м² (при поступлении) до 71,05±1,49 мл/м² при выписке пациентов из названных баз исследования. Однако у пациентов контрольной группы наблюдения, проходивших лечение по традиционным методикам гелиотерапии, т.е. практически при отсутствии гелиопротоколов, динамика аналогичного показателя была выражена слабо (93,27±2,16 мл/м² до лечения и 88,09±1,92 мл/м² после лечения). Вместе с этим, используя авторские схемы восстановительного лечения, в рамках исследования удалось практически нормализовать фракцию выброса ЛЖ, а также добиться существенной оптимизации таких магистральных показателей УЗ-исследований сердца, каковыми

являются индекс массы миокарда и индекс относительной толщины стенки левого желудочка.

Таблица 4

Изменение уровня (в ммоль/л) липидов, липопротеидов и фосфолипидов в плазме крови

Показатель	Основная группа (n=278)	Контрольная группа (n=100)
ХС	4,79±0,11	6,94±0,21*
ТГ	1,18±0,06	2,27±0,08*
ХСЛПНП	2,77±0,04	3,82±0,04**
ХСЛПОНП	0,56±0,01	1,36±0,03*
ХСЛПВП	1,57±0,04	1,34±0,05*
ИА	2,21±0,05	4,27±0,01*
ХС/ТГ	4,12±0,02	2,78±0,02*
ЛФХ	3,76±0,29	6,59±0,03*
СФМ	19,22±0,52	10,45±0,61*
ФХ	68,61±1,19	66,26±1,02*
ФЭА	9,95±0,49	15,92±0,31*

Примечание: достоверность различий между показателями больных основной и контрольной группы: * – p<0,05, ** – p<0,01

Таблица 5

Изменение показателей антиоксидантного статуса (АОС) в эритроцитах больных бессимптомной ишемией миокарда при действии комплексной авторской схемы восстановительной терапии

Показатель АОС	Контрольная группа		Основная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
GSH, мкмоль/г Hb (N=2,6)	1,71±0,12 [#]	2,19±0,03**	1,51±0,13 [#]	2,58±0,01**
ГПО, мкмоль/мин · гHb (N=25,4)	12,8±1,22 [#]	15,9±0,38*	12,9±1,35 [#]	23,8±0,09*
ГР, мкмоль/мин · гHb (N=2,42)	1,64±0,17 [#]	2,07±0,18*	1,55±0,16 [#]	2,39±0,01**
Cu, Zn-СОД, Ед/г Hb (N=245)	97±2,1 ^{###}	159±3,5***	96±3,8***	237±1,7***
Каталаза, ммоль/мин · гHb (N=17,4)	12,5±1,06 [#]	15,1±1,01**	11,5±2,22*	17,1±0,18**
МДА, нмоль/г Hb (N=3,1)	6,4±0,37 ^{###}	5,0±0,32**	5,8±0,27**	3,0±0,07*

Примечание: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 по сравнению с показателями до лечения. [#] – p<0,05; ^{##} – p<0,01; ^{###} – p<0,001 по сравнению с нормой

Как свидетельствуют данные табл. 5, использование системных восстановительных мероприятий позволило профилировать снижение уровня активности антиоксидантных ферментов: Cu, Zn-СОД, каталазы, ГПО, а также содержания GSH и активности ГР, обеспечивающей редокс-цикл восстановления GSH из его окисленной формы GSSG, по сравнению с данными больных из контрольной группы наблюдения (сопоставимого возраста) в среднем в 1,7–2,3 раза, в то время как уровень МДА повышался в 2 раза. В то же время введение гелиотерапии в комплексное восстановительное лечение вызвало повышение активности ГР (в 1,2 раза), исходно сниженной (в 1,5 раза) в эритроцитах больных при поступлении в здравницу в отличие от старых методик лечения, которые оказывали слабое влияние на активность ГПО. Индуцирующее действие предложенной автором схемы восстановительного лечения в здравницах на активность каталазы позволяло не только компенсировать ее снижение (в 1,4 раза) при поступлении больного в санаторий, но и преодолеть супрессию фермента, развивающуюся при действии традиционных форм лечения, в т.ч. медикаментозной терапии. Следует отметить, что предложенные авторские схемы восстановительного лечения оказали позитивное влияние и на психологическое состояние больных с бессимптомной ишемией миокарда. При сравнении показателей теста САН отмечалось достоверное улучшение самочувствия (С), активности (А), настроения (Н) (p<0,05). По тесту Люшера повысилась работоспособность (Р) и снизился уровень стресса (СС). Подтверждением положительной динамики в нервно-эмоциональной сфере под влиянием авторской схемы лечения является достоверное снижение индекса напряжения (ИН) при p<0,05 и индекса централизации (ИЦ) при p<0,05. Это свидетельствует о снижении централизации и симпатической активности в регуляции сердечного ритма, повышении влияния адаптивных механизмов функционального состояния централь-

ной нервной системы. В контрольной группе изменения показателей психовегетосоматического состояния имели лишь незначительную тенденцию к улучшению (табл. 6).

Таблица 6

Динамика показателей психосоматического состояния больных бессимптомной ишемией миокарда до и после курса восстановительного лечения на базах исследования (M±m)

	Основная группа (n=278)		Контрольная группа (n=278)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
С	50,46±1,79*	56,68±1,81**	49,7±1,12*	50,11±1,22*
А	49,42±1,27*	55,51±1,16***	50,2±0,77*	50,38±0,82**
Н	49,18±1,01*	54,99±1,02*	49,22±1,53*	49,99±1,05**
СС	38,87±1,15*	26,14±1,03**	38,15±1,47**	34,12±0,97**
Р	39,25±1,64*	48,95±1,58**	40,02±1,43	41,86±1,48**
ИН	448,38±11,52*	405,62±8,45*	449,71±12,38*	438,15±9,74***
ИЦ	4,91±0,18*	4,19±0,14*	4,88±0,17	4,69±0,12**

* – достоверность различий показателей в основной и контрольной группах после восстановительных процедур: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** p<0,001

Выводы. На статистически достоверном уровне наблюдения установлена позитивная динамика показателей антиоксидантного, липидного и психосоматического статуса у больных бессимптомной ишемией миокарда (I 25.6 по МКБ-X) на фоне авторского назначения гелиопроцедур. Конвективная составляющая восстановительного лечения в здравницах базируется на биологическом лечебном эффекте ультрафиолетовой радиации с учетом теплового ингредиента длинноволновой части солнечного спектра. В теплые периоды года максимальное назначение солнечных ванн для лиц с бессимптомной ишемией миокарда не должно превышать 3 биодоз, а в прохладный период естественная гелиотерапия (в климатопалатах, защищенных от ветра) может максимально достигать 10–15 биодоз.

Литература

- Беленков Ю., Саидова М. // Кардиол. – 1999. – №1. – С. 6.
- Бобровицкий И. // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортот. и физиотерапии. – М., 2001. – С.35.
- Баранцев Ф.Г. Современная методология восстановительного лечения в здравницах российского Причерноморья военнослужащих с заболеваниями внутренних органов. – Сочи: Госуниверситет туризма и курортного дела, 2003. – 129 с.
- Орлов В.И., Гиляревский С.Д. // Медицинская газета. – 2004. – №102-103. – С.8–9.
- Никитин Н., Клиланд Д. // Кардиол. – 2002. – № 3. – С. 66.

УДК 616-06

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

П.Г. БРОНШТЕЙН, А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН,
Л.Л. ПЕТУШКОВ, С.С. СОЛОНСКИЙ*

Рак ободочной кишки (РОК) занимает 4-е место в структуре онкологической заболеваемости, а количество больных с запущенными формами неуклонно увеличивается, достигая, по данным ряда авторов, 70% [1, 4]. Вследствие поздней диагностики заболевания значительное число больных поступает в клинику с осложненными формами рака. Обтурационная непроходимость является самым частым осложнением РОК [2, 3]. Большинство таких больных оперируются в учреждениях и отделениях, оказывающих экстренную хирургическую помощь.

Цель исследования – определение оптимальной тактики в хирургическом лечении РОК, осложненном кишечной непроходимостью обтурационного характера.

Таблица 1

Характеристика больных с опухолевой кишечной непроходимостью

Годы	2001	2002	2003	2004	2005	Всего
Кол-во больных	70	72	53	75	76	346

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 346 больных РОК, осложненной кишечной непроходимостью, за период 2001–2005 гг. в клиниках кафедры хирургических болезней №1 Тульского госуниверситета. Данные по годам поступления больных с кишечной непроходимостью см. в табл. 1.

* Кафедра хирургических болезней №1 Тульского госуниверситета