



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

РЕПОЗИТОРИЙ БРГАУ

Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная
больница"

3 1 1 8 9 3

СИГНАЛЬНЫЙ

61 (063)
С 568

СИГНАЛЬНЫЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест
"Альтернатива"
2009

с экономными резекциями различных отделов поджелудочной железы, которые должны выполняться по строгим показаниям, индивидуально для каждого больного.

**ЖАНДАРОВ К.Н., САВИЦКИЙ С.Э., БЕЛЮК К.С., РУСИН И.В.,
УШКЕВИЧ А.Л., МИХОВИЧ Т.И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

За период 2002–2007 гг. проанализированы экономические затраты на лечение 319 больных с осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ). Всего на лечение 319 больных затрачено 240,9 млн. бел. руб. В среднем на каждого больного затрачено 9,5 млн. На одноэтапное лечение в среднем на каждого больного затрачено 7,9+3,1 млн., на двухэтапное 12,2+0,56 млн. и на лечение случаев неудачного проведения открытых оперативных вмешательств и также при неудаче ЭПСТ – 14,0+1,6 млн.

Общая стоимость проведения только эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) составила 28,8 млн. и в среднем на каждого больного 1,1 млн. Довольно высокая стоимость лечения с применением только ЭПСТ, в сравнении с проведением ЭПСТ+ЛХЭ, без второго этапа коррекции осложнений ЖКБ, обусловлена применением ЭПСТ у тяжелого контингента больных со сложной сопутствующей патологией и, естественно, с длительным наблюдением в стационаре этих больных после ЭПСТ.

В настоящее время нет единого мнения в вопросе, как поступать с больным после проведения ЭПСТ, выписать домой до ликвидации отека в области рассеянного БДС или оставлять в стационаре на 4–7 дней и потом сразу же производить ЛХЭ? С клинической точки зрения, лучше после проведения ЭПСТ на первом этапе оставлять больного в клинике на 5–7 дней до уменьшения отека рассеянного БДС и ликвидации желчной гипертензии. И после этого производить ЛХЭ. С экономической точки зрения, анализируя данные стоимости по годам, нужно согласиться, что стоимость лечения больных ЭПСТ+ЛХЭ без выписки из стационара практически в 2 раза меньше, чем аналогично ЭПСТ+ЛХЭ с выпиской из стационара.

Это, по всей видимости, обусловлено двухразовой госпитализацией, обследованием и подготовкой к оперативному лечению. В данном случае наиболее приемлемый двухэтапный вариант лечения ЭПСТ+ЛХЭ без выписки из стационара считается более приемлемый и с экономической точки зрения.

Одним из стандартов разработанного в клинике алгоритма одноэтапного лечения осложненных ЖКБ являются операции с применением антеградной папиллосфинктеротомии. При сравнительной характеристике одноэтапного лечения с применением АПСФТ во время открытого оперативного вмешательства и двухэтапного с применением на I этапе ЭПСТ и на II – открытого оперативного вмешательства выявлено, что стоимость одноэтапного лечения значительно ниже 2,5+0,8, чем сравнимого двухэтапного 4,9+2,3.

«Золотым» стандартом чисто эндоскопического лечения осложненных ЖКБ конечно же является ЭПСТ на первом этапе и ЛХЭ – вторым этапом. Однако при показаниях к открытому оперативному вмешательству, по данным литературы, в клиническом аспекте нет единого мнения о преимуществах одноэтапного или двухэтапного открытого оперативного лечения в комбинации с эндоскопическими методами. В связи с разработкой новых интраоперационных методов папиллосфинктеротомии и «глухого» прецизионного шва общего желчного протока (ОЖП), мнение большинства склоняется к проведению одноэтапного хирургического лечения, обладающего рядом преимуществ перед двухэтапными методиками. Как же эта проблема выглядит в экономическом аспекте? Проанализировав экономические затраты при проведении обоих методик пришли к выводу, что экономическая эффективность одноэтапных методов комплексного лечения осложнений ЖКБ значительно выше, чем двухэтапных методик.

Следовательно, как в клиническом, так и в экономическом плане «золотым» стандартом лечения осложнений ЖКБ остается по-прежнему двухэтапное эндоскопическое вмешательство ЭПСТ+ЛХЭ. При невозможности его выполнения экономически более выгодным является применение комбинации открытых и эндоскопических методов, а именно: холецистэктомия + холедохолитотомия + антеградная папиллосфинктеротомия + глухой прецизионный шов общего желчного протока.

**ЖАНДАРОВ К.Н., САВИЦКИЙ С.Э., БЕЛЮК К.С., РУСИН И.В.,
ЧЕРНИЙ А.В., УШКЕВИЧ А.Л., МИХОВИЧ Т.И., БУРАК Е.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно

ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

За период 2002–2007 гг. в Гродненской областной клинической больнице г. Гродно было прооперировано 319 больных с различны-