

Зайнутдинов Азат Минвагизович, Zainutdinov Azat Minvagizovich,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА,
zainoutdinov@mail.ru

Малков Игорь Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор
кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА, ismalkov@yahoo.com

Клинико-экономический анализ результативности различных
хирургических тактик у больных с острым панкреатитом.

Clinical and economic analysis of effectiveness of different surgical
tactics in patients with acute pancreatitis .

Реферат.

Клинико-экономический анализ различных хирургических тактик у больных с острым панкреатитом. В контрольной группе у 108 больных применялся традиционный метод лечения с использованием лапаротомии, люмботомии. В основной группе 98 больных применялись малоинвазивные способы лечения острого панкреатита. Степень взаимосвязи между переменными оценивались с помощью непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Все значения представляются в виде М (среднее значение) \pm δ (стандартное отклонение) или частота (%). Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Определялись осложнения, летальность в основной, контрольных группах. Данный подход позволил снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%.

Активно-выжидательная тактика экономически эффективна при инфицированном панкреонекрозе. Составило экономию на 52000 рублей.

Активно-выжидательную тактику рекомендуется применять в специализированных хирургических стационарах у больных с острым деструктивным панкреатитом и, в частности, с инфицированным панкреонекрозом.

Essay

Clinical and economic analysis of different surgical tactics in patients with acute pancreatitis. In the control group, 108 patients used the traditional method of treatment using laparotomy, lumbotomy. In the study group 98 patients used non-invasive methods for the treatment of acute pancreatitis. The degree of relationship between variables were assessed using non-parametric Spearman correlation coefficient. All values are represented as M (Medium

importance) $\pm \delta$ (standard deviation) or the frequency (%). Differences were considered statistically significant at $p < 0,05$. We determined the complications, mortality in the main, the control groups. This approach allowed us to reduce the overall postoperative mortality rate to 13.4%

Active-expectant management is cost-effective in infected pancreatic necrosis. It amounted to savings of 52000 rubles. Active-watchful waiting is recommended for specialized surgical hospital patients with acute destructive pancreatitis and, in particular, with an infected pancreonecrosis.

Ключевые слова.

Острый панкреатит, экономическая эффективность лечения панкреонекроза.

Keywords.

Acute pancreatitis, the economic efficiency of the treatment of pancreatic necrosis.

Введение

Современное лечение деструктивного панкреатита (ОП) является сложной задачей и требует значительных материальных средств. остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем. Особое социально-экономическое значение составляет лечение больных с инфицированным панкреонекрозом [5,9,10]. В настоящее время мало работ с указанием стоимости лечения различных форм деструктивного панкреатита [1, 4, 7,8].

Клинико-экономический анализ различных хирургических тактик ведения проведен у больных с острым панкреонекрозом в двух группах [3, 6]. Контрольную группу составили 108 больных, где применялся традиционный метод лечения с использованием лапаротомии, люмботомии по требованию. Основную группу составили 98 больных, где применялась активно-выжидательной тактика с активным использованием уже на ранних сроках пункция и дренирование под ультразвуковым контролем, диагностическая лечебная лапароскопия в сочетании с традиционными методами оперативного лечения: лапаротомия, марсупиализация, люмботомия.

Материал и методы.

Для оценки клинической эффективности проанализированы показатели летальности, осложнений в двух группах больных.

Для оценки экономической эффективности различных методов лечения (традиционного хирургического – лапаротомии, люмботомии и с использованием малоинвазивных способов лечения) нами были рассчитаны прямые медицинские расходы [11,12]. С целью проведения экономического расчета были использованы методы анализа: «минимизация затрат» – проводили сравнительную оценку традиционного хирургического подхода – лапаротомии, люмботомии и современной тактики с использованием малоинвазивных способов лечения,

характеризующихся идентичной эффективностью, но разной стоимостью; «клинико-экономическое моделирование» – для изучения стоимости лечения формализованных групп пациентов [13].

В качестве показателя прямых медицинских затрат на лечение пациентов была взята сумма расходов с учетом тарифов на медицинские услуги, действующие в регионе в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и тарифов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП):

- затраты на диагностические, лечебные медицинские услуги, манипуляции и процедуры.
- затраты на операцию
- затраты на содержание пациента в лечебном учреждении.
- затраты на послеоперационную реабилитацию.

Проводился анализ непрямых, или косвенных издержек - выплаты по больничному листу после выписки пациента из стационара и составила экономию на 52000 рублей.

Анализ был проведен нами в ГКБ № 7 г. Казани, ГАУЗ РКБ № 2 г. Казани в соответствии с Отраслевым стандартом «Клинико-экономические исследования. Общие положения». Стоимость лечения пациентов с острым панкреонекрозом с острым панкреонекрозом определялась на основании внутрибольничных стандартов ГКБ № 7 г. Казани, ГАУЗ РКБ № 2 г. Казани и протокола диагностики и лечения острого панкреатита Санкт-Петербургской НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, утвержденный ассоциацией хирургов Санкт-Петербурга 12.03.2004.

Для проведения экономического анализа стоимости лечения больного сформирована электронная карта, представляющая 267 параметров, отражающих все виды клинико-инструментальных методов обследования больных, а также все целесообразные лечебные мероприятия, включая различные виды хирургических вмешательств [14]. Для расчета стоимости диагностики и лечения больных панкреонекрозом в

обеих группах использовались данные отдела платных услуг, медицинской статистики и планово-экономического отделов клинических больниц ГКБ № 7 г. Казани, ГАУЗ РКБ № 2 г. Казани и отраслевых стандартов.

Анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с помощью пакета программ Microsoft Excel 2003, SPSS версия 13.0. Достоверность различий оценивалась с использованием критериев Mann-Whitney (U). Степень взаимосвязи между переменными оценивались с помощью непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Все значения представлены в виде М (среднее значение) \pm δ (стандартное отклонение) или частота (%). Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Совокупное число пациентов, выживших без рецидивов, исчислялось согласно методу Каплана-Мейера. Стоимость лечения больного складывалась из затрат на инструментальные и лабораторные методы исследования, медикаментозное лечение, хирургическое вмешательство (включающее в себя: способ и объем операции, вид анестезии, расходные материалы) и сроки пребывания больного в стационаре.

Стоимость лабораторных и диагностических методов обследования складывалась из затрат на расходные материалы, износ оборудования и оплату труда медицинскому персоналу [15].

Результаты.

Общая стоимость клинико-лабораторных и диагностических исследований у всех больных с ПН (панкреонекрозом) в контрольной (108) и основной (98) группах в зависимости от тяжести формы заболевания ПЖ (поджелудочной железы) представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы №1, стоимость клинико-диагностических исследований у всех больных за весь период пребывания в стационаре в основной группе дороже от 1600 рублей при стерильном панкреонекрозе инструментальных методах исследования до 2540 рублей при клинико-лабораторных методах исследования в группе средней тяжести, за

исключением инфицированного панкреонекроза при инструментальных методах исследования, где стерильного панкреонекроза. При суммировании средних затрат на клиничко-лабораторные исследования в основной группе составило 51450 рублей, а контрольной 42370 рублей, что составило разницу 9080 рублей. При затратах на диагностические исследования разница затрат оказалась меньше и составила 3400, где в основной группе 51780 рублей, а в контрольной 48380 рублей.

Следовательно, хорошо развитая диагностическая служба стационара играет зачастую решающую роль в определении тактики и благоприятного исхода лечения больных, но при этом требует оправданно больших экономических затрат и составляет больше затрат на 9 до 40%.

Оценка лечебных мероприятий у больных ПН складывалась из стоимости консервативного и хирургического лечения, а также стоимости койко-дня пребывания больного в отделении хирургического профиля и отделения реанимации и интенсивной терапии и амбулаторном долечивании.

Стоимость консервативного лечения рассчитывалась из совокупности лечебных процедур, расходных материалов, лекарственного обеспечения. В зависимости от тяжести панкреонекроза, инфицированности тканей поджелудочной железы у больных основной и контрольной групп она представлена в таблице 2.

Затраты на лечение у больных со средней и тяжелой тяжестью ПН в основной группе в 1,5-3 раза выше, чем в контрольной. При инфицированном панкреонекрозе стоимость затрат на антибактериальное лечение меньше на 35355,6 рублей, на инфузионную терапию меньше на 6824,6 рублей, что в целом составило экономию на консервативные методы лечения на сумму 421802 рубля. Данное исследование показывает, что хирургическая тактика, применяемая в основной группе, несмотря на свою затратность по активному использованию дорогостоящих исследований приводит к экономии материальных средств.

Средняя стоимость комплексного консервативного лечения одного

больного ПН в основной группе составила при средней тяжести ПН – 61535.5 рублей, при тяжелой степени тяжести ПН – 107800.3 рублей. При стерильном панкреонекрозе стоимость лечения больного составила 176845,4 рублей, а при инфицированном – 256085,5 рублей. В контрольной группе средние затраты на одного больного при лечении средней тяжести ПН 31380,9 рублей, тяжелой степени тяжести-42853,2 рубля, при стерильном -51225 рублей, при инфицированном - 373665,7 рублей.

Лечение панкреонекроза требует нахождения больных как и в реанимации, так и в отделении хирургии даже у больных с нетяжелыми формами панкреонекроза. Так пребывание в отделении АиР (анестезиологии и реанимации) в основной группе средней тяжести, тяжелом панкреатите, стерильном панкреонекрозе превышает от 52770 рублей (в группе средней тяжести) до 72405.3 рублей (в группе стерильного панкреонекроза). При инфицированном же панкреонекрозе затрат больше в контрольной группе на 52000 рублей. По прибытию в отделение хирургии оказались затратными группы тяжелого и стерильного панкреатита. В группах средней тяжести и инфицированного панкреонекроза финансовых затрат оказалось больше в контрольной группе, что связано с более длительным пребыванием больных последних групп в отделении.

Стоимость хирургического лечения складывалась из затрат на расходные материалы во время операции, с учетом износа медицинского оборудования и инструментария, анестезиологическое пособие.

Общая стоимость хирургического лечения в обеих группах приблизительно одинакова и составила в основной 3670000 рублей, в контрольной группе 3814000 рублей.

Средняя стоимость хирургического лечения в группах в зависимости от вида вмешательства и объема поражения ПЖ представлена в таблице 3.

Стоимость хирургического лечения ПН в основной и контрольной группах при средней и тяжелой степени ПН отличается почти в два раза с большими затратами в контрольной группе. При стерильном ПН в

контрольной группе затраты значительно выше в основной, что обусловлено низкой частотой использования оперативных вмешательств. При инфицированном панкреонекрозе затраты в основной группе меньше на 4121,64 рубля, что вызвано эффективностью применения малоинвазивных хирургических технологий.

В контрольной группе стоимость хирургического лечения при среднетяжелом, тяжелом и инфицированном ПН выше, чем в группе стерильного панкреонекроза, что объясняется большей частотой повторных вмешательств, длительностью пребывания больного в стационаре и меньшей летальностью в данной подгруппе. При стерильном ПН в контрольной группе на одного больного, в среднем, приходится 1,4 вмешательств, а при тяжелом, инфицированном панкреонекрозе субтотальном и тотальном поражении-1,8.

Большие затраты на лечение в контрольной группе связаны с большей частотой повторных вмешательств, длительностью пребывания больного в стационаре и меньшей летальностью в данной подгруппе.

В основной группе стоимость хирургического лечения при стерильном и инфицированном панкреонекрозе выше, чем в контрольной группе, что объясняется большей хирургической активностью, большим числом повторных вмешательств и как следствие, меньшей летальностью.

Среди многих пациентов имеются много безработных и работающих недолгое время. В последнем случае расчет производится на основании закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и справочной информации «Минимальный размер оплаты труда в Российской Федерации». На основании данных законов за каждый месяц полагается не более одного МРОТ (Минимальный размер оплаты труда), то есть не более 5965 рублей за календарный месяц по данным 2015 года, а за один день 198,83 рубля. Средняя длительность пребывания, а также стоимость койко-дней лечения различных групп по тяжести и тактике

ведения в отделениях реанимации, хирургии, в амбулаторных условиях представлены в таблицах 4, 5.

Так в основной группе, где применялись в основном малоинвазивные методы во всех группах: средней, тяжелой, при стерильном панкреонекрозе и инфицированном средний койко-день был меньше на 1-2 койко-дня по сравнению с контрольной группой.

Малоинвазивные вмешательства, которые применялись в основной группе в большинстве случаев являются малотравматичными – отсутствует необходимость длительного пребывания в реанимации после операции. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания больных с панкреонекрозом в реанимационном отделении 7 городской больницы при стерильном панкреонекрозе составил 6 дней, при инфицированном панкреонекрозе – в среднем 8 дней. Стоимость пребывания на реанимационной койке при малоинвазивных операциях инфицированного панкреонекроза 78000 рублей, при хирургических операциях 130000 рублей (таблица 5).

Финансовые расходы в лечении больных панкреонекрозом включали в себя клинико-лабораторные расходы, диагностические, консервативное, оперативное лечение, пребывание в отделении хирургии, реанимации, нахождение на больничном листе под наблюдением амбулаторного хирурга. По вышеуказанным данным расходы на диагностику и лечение отличаются в зависимости от тяжести состояния больных.

С целью уточнения итоговой суммы расходов в группах средней, тяжелой тяжести, группах стерильного инфицированного панкреонекроза в контрольной и основной группах нами было рассчитаны суммы клинико-лабораторных расходов, диагностических расходов, расходов на консервативное лечение, оперативное лечение, пребывание в отделении хирургии, реанимации, реабилитация. Данные статьи расходов и сумма расходов представлена в таблице 6 и рисунке 1.

Обсуждение.

Как видно из таблицы 6 и рисунка 1 расходы в группах средней тяжести - 60949,2 рублей и стерильном-119540,96 рублей панкреонекрозах в контрольной группе меньше, чем при тяжелой тяжести-125112,25 руб. и инфицированном панкреонекрозе -471628,58 руб. контрольных групп. В основной же группе расходы на лечение возрастают в группе средней тяжести-85165,8 рублей, тяжелой тяжести-166807,89 рублей, при стерильном панкреонекрозе-280562,5 рубля и при инфицированном панкреонекрозе-350310,25рублей. При сравнении контрольной и основной групп лечения выясняется, что расходы в основной группе выше в группе средней тяжести на 24216,6 рублей, тяжелой тяжести на 41695,64 рублей, при стерильном панкреонекрозе на 161021,54 рубль. При инфицированном панкреонекрозе расходы в основной группе меньше, чем в контрольной группе на 121318,33 рублей.

Активно-выжидательная тактика, применяемая в основной группе с активным использованием уже на ранних сроках пункции и дренирования под ультразвуковым контролем, диагностической лечебной лапароскопии в сочетании с традиционными методами оперативного лечения оказалась менее затратной в группе инфицированного панкреонекроза по сравнению с контрольной группой инфицированного панкреонекроза, где применялся традиционный метод лечения с использованием лапаротомии, люмботомии по требованию.

Данный подход позволил повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%, при панкреонекрозах средней степени тяжести летальность удалось снизить до 5%, а при тяжелых до 26%. Также необходимо подчеркнуть, что применение лечебно-диагностической лапароскопии приводит к уменьшению количества лапаротомий, люмботомий и увеличивается эффективная возможность для проведения малоинвазивных манипуляций под УЗИ контролем. Использование

лапароскопии поменяло и спектр осложнений. Уменьшилось количество ранних токсемических осложнений до 32%. В то же время увеличилось количество поздних постнекротических осложнений до 68%, что повлияло на увеличение количества пункций и дренирований под УЗИ контролем в данной группе.

Рассчитанные непосредственные затраты на лечение в условиях стационара и послеоперационную реабилитацию больных с панкреонекрозом свидетельствуют, что применение активно-выжидательной тактики позволяет снизить общие расходы, связанные с болезнью в группе инфицированного панкреонекроза.

Лечение панкреонекроза требует нахождения больных как и в реанимации, так и в отделении хирургии даже у больных с нетяжелыми формами панкреонекроза. Так пребывание в отделении АиР (анестезиологии и реанимации) в основной группе средней тяжести, тяжелом панкреатите, стерильном панкреонекрозе превышает от 52770 рублей (в группе средней тяжести) до 72405.3 рублей (в группе стерильного панкреонекроза). При инфицированном панкреонекрозе затрат больше в контрольной группе на 52000 рублей. По пребыванию в отделении хирургии оказались затратными группы тяжелого и стерильного панкреатита. В группах средней тяжести и инфицированного панкреонекроза финансовых затрат оказалось больше в контрольной группе, что связано с более длительным пребыванием больных последних групп в отделении.

Заключение

Активно-выжидательная тактика, применяемая в основной группе на 98 больных с использованием малоинвазивных технологий позволила повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%. При панкреонекрозах средней степени тяжести летальность удалось снизить до 5%, а при тяжелых панкреонекрозах до 26%.

Затраты на лечение больных основной группы панкреонекроза со средней и тяжелой тяжестью в 1,5-3 раза выше, чем в контрольной. При инфицированном панкреонекрозе стоимость основных затрат меньше по сравнению с контрольной группой. Так затраты в основной группе на антибактериальное лечение меньше на 35355,6 рублей, на инфузионную терапию меньше на 6824.6 рублей. В целом на консервативное лечение в основной группе экономию на сумму 421802 рубля.

Выполненный анализ стоимостных характеристик лечения больных с панкреонекрозом показал, что тактика, применяемая в основной группе с использованием малоинвазивных технологий сопряжена с высокими финансовыми затратами и оправдывается заметным улучшением результатов лечения. В группе же инфицированного панкреонекроза данная тактика экономически более выгодная и составляет экономию на 52000 рублей.

1. Агапов В.К., Истомин Н.П., Багдатьяева М.Г., Агапов К.В., Павлов Н.Б., Шутов А.А. / Экономический аспект применения различных дозировок октреотида в комплексном лечении панкреонекроза / // Сборник научных трудов ФГУЗ Клиническая больница № 119 ФМБА России, выпуск 14. – 2010. - С.110.
2. Агапов К.В., Павлов Н.Б., Шутов А.А. / Экономические аспекты деструктивных форм острого панкреатита / // Сборник научных трудов ФГУЗ Клиническая больница № 119 ФМБА России, выпуск 14. – 2010. - С.117.
3. Агапов В.К., Истомин Н.П., Багдатьяева М.Г., Агапов К.В., Павлов Н.Б., Шутов А.А./Экономическая составляющая применения максимальных дозировок октреотида при лечении панкреонекроза // Материалы IX научно-практической конференции врачей-хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии», Северодвинск, 2010. - С.13.
4. Агапов К.В./ Диагностика и лечение панкреонекроза. Экономическое обоснование рациональной хирургической тактики//Диссертация на соискание степени доктора медицинских наук, Москва, 2012.-С.283.
5. Истомин Н.П., Агапов К.В., Шутов А.А., Павлов Н.Б./ Экономические затраты диагностики и лечения панкреонекроза // Материалы X научно-практической конференции врачей-хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии», Северодвинск, 2010. - С.60.
- 6.Шарафеев А.З. Экономический анализ эндоваскулярного лечения больных мультифокальным атеросклерозом / А.З. Шарафеев // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». – 2010. – Т.11. - №6. – С.275.
- 7.Шарафеев А.З. Рентгеноэндоваскулярные методы диагностики и лечения синдрома варикоцеле у мальчиков. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Казань. 40 с. 2011.

8. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early *versus* delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2010; № **97**: 141–150.
9. S. Morris, K. S. Gurusamy, N. Patel, B. R. Davidson / Cost-effectiveness of early laparoscopic cholecystectomy for mild acute gallstone pancreatitis // National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Guide to the Methods of Technology Appraisal 2013*. <http://publications.nice.org.uk/pmg9> [accessed 1 July 2013].
10. Wilson E, Gurusamy K, Gluud K, Davidson BR. Cost–utility and value-of-information analysis of early *versus* delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2010; **97**: 210–219.
11. Cost-Effectiveness Analysis Registry. <https://research.tuftsnmhc.org/cear4/SearchingtheCEARegistry/SearchtheCEARegistry.aspx> [accessed 2 September 2013].
12. Department of Health. *National Schedule of Reference Costs 2011–12 for NHS Trusts and NHS Foundation Trusts: NHS Own Costs*. <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-reference-costs-financial-year-2011-to-2012> [accessed 1 July 2013].
13. Office for National Statistics. *Population*. <http://www.ons.gov.uk/ons/taxonomy/index.html?nscl=Population> [accessed 1 July 2013].
14. Yasunaga H, Horiguchi H, Hashimoto H, Matsuda S, Fushimi K/Effect and cost of treatment for acute pancreatitis with or without gabexate mesylate: a propensity score analysis using a nationwide administrative database

Таблица 1.

Общая стоимость клинико-лабораторных и диагностических исследований при панкреонекрозе у всех больных основной и контрольной групп (в рублях)

Методы исследования	Клинико-лабораторные		Инструментальные	
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная
Характер ПН				
Средней тяжести	6270	3730	7150	5350
Тяжелой тяжести	13830	12010	15950	14350
Стерильный	12620	10480	11050	9450
Инфицированный	18730	16150	17630	19230
Итого	51450	42370	51780	48380

Таблица 2.

Стоимость пребывания в отделении АиР (анестезиологии и реанимации) и хирургии, консервативного лечения в различных группах острого панкреатита (в рублях).

Группы	Средней тяжести		Тяжелой тяжести		Стерил. ПН		Инфицир. ПН	
	Осн ов	Кон т	Осно в	Кон т	Осно в	Кон т	Осн	Конт
Койко-дни АиР	1577 7,8	1050 0	3028 5,7	2067 6,6	9529 4,1	2288 8,8	7800 0	1300 00
Койко-дни хирургия	1250 0	1593 7,5	2790 0	1642 5	1884 7,0	1563 8,8	7020 0	9360 0
Парентеральная, пероральная терапия	7160	3414 ,6	1072 3,4	3635 ,7	2581 2,3	5322 ,2	1949 6,4	2632 1
Антибактериальная терапия	2609 7,6	1528 ,8	3889 1,2	2115 ,9	3689 2	7375 ,2	8838 9,1	1237 44,7
Консервативное лечение	3325 7,6	4943 ,4	4961 4,6	5751 ,6	6270 4,3	1269 7,4	1078 85,5	1500 65,7
Общая стоимость консервативного лечения	6153 5.5	3138 0,9	1078 00.3	4285 3,2	1768 45,4	5122 5	2560 85,5	3736 65,7

Таблица 3.

Средняя стоимость хирургического лечения в группах в зависимости от вида вмешательства и объема поражения ПЖ (поджелудочной железы) (в рублях)

Виды хир. лечения	Средней		Тяжелой		Стер. ПН		Инфиц. ПН	
	Осн	Кон т	Осн	Конт	Осн	Конт	Осн	Конт
Чрескожные пункционно- дренирующие методы под УЗ- контролем	100 0	250	3500	6248	1411, 7	3124	18744 ,81	9372
Эндовидеохирург ические лечебно- диагностические вмешательства	527 7,7	750	5785, 7	416,6	2823, 5	1277, 7	14255	15238 ,94
Традиционные лапаротомные, люмботомные	194 4,4	175 00	1785 7,1	5250 0	7382 3,5	4472 2,2	21882 ,5	43765
Средняя стоимость хирургического лечения	822 2,1	185 00	2664 2,8	5291 6,6	7805 8,8	4600 0	54882 ,3	59003 ,94

Таблица4. Средняя длительность пребывания (в днях).

	Средней тяжести		Тяжелой тяжести		Стерильный ПН		Инфицированный ПН	
	осн	кон	осн	кон	осн	кон	осн	кон
АиР	3	3	7	8	6	7	8	9
Хирургия	7	8	16	16	11	10	36	33
Амбулаторная хирургия	10	10	13	15	10	12	15	18

Таблица 5. Средняя суммарная стоимость койко-дней лечения (в рублях).

Группы	Средней тяжести		Тяжелой тяжести		Стерильный ПН		Инфицированный ПН	
	Основ	Конт	Основ	Конт	Основ	Конт	Осн	Конт
Стоимость койко-дней в АиР	15777,8	10500	30285,7	20676,6	95294,1	22888,8	78000	130000
Стоимость койко-дней в отделении хирургии	12500	15937,5	27900	16425	18847,0	15638,8	70200	93600
Стоимость нахождения на больничном листе	1988,3	1988,3	2584,79	2982,45	1988,3	2385,96	2982,45	3578,94

Таблица 6. Статьи расходов и основная сумма расходов на лечение больных с панкреонекрозом различной степени тяжести и формы в основной и контрольных группах больных (в рублях).

Группа пациентов	Статья расходов	Основная группа больных	Контрольная группа больных
Группа средней тяжести	Клинико-лабораторные	6270	3730
	Диагностические	7150	5350
	Консервативное лечение	33257,6	4943,4
	Оперативное лечение	8222,1	18500
	пребывание в отделении	12500	15937,5
	Пребывание в АиР	15777,8	10500
	реабилитация	1988,3	1988,3
	ИТОГО	85165,8	60949,2
Группа тяжелой тяжести	Клинико-лабораторные	13830	12010
	Диагностические	15950	14350
	Консервативное лечение	49614,6	5751,6
	Оперативное лечение	26642,8	52916,6

	пребывание в отделении	27900	16425
	пребывание в АиР	30285,7	20676,6
	реабилитация	2584,79	2982,45
	ИТОГО	166807,89	125112,25
Группа стерильного ПН	Клинико-лабораторные	12620	10480
	Диагностические	11050	9450
	Консервативное лечение	62704,3	12697,4
	Оперативное лечение	78058,8	46000
	пребывание в отделении	18847,0	15638,8
	Пребывание в АиР	95294,1	22888,8
	реабилитация	1988,3	2385,96
	ИТОГО	280562,5	119540,96
Группа инфицированного ПН	Клинико-лабораторные	18730	16150
	Диагностические	17630	19230
	Консервативное лечение	107885,5	150065,7
	Оперативное лечение	54882,3	59003,94
	пребывание в отделении	70200	93600
	Пребывание в	78000	130000

АиР		
реабилитация	2982,45	3578,94
ИТОГО	350310,25	471628,58

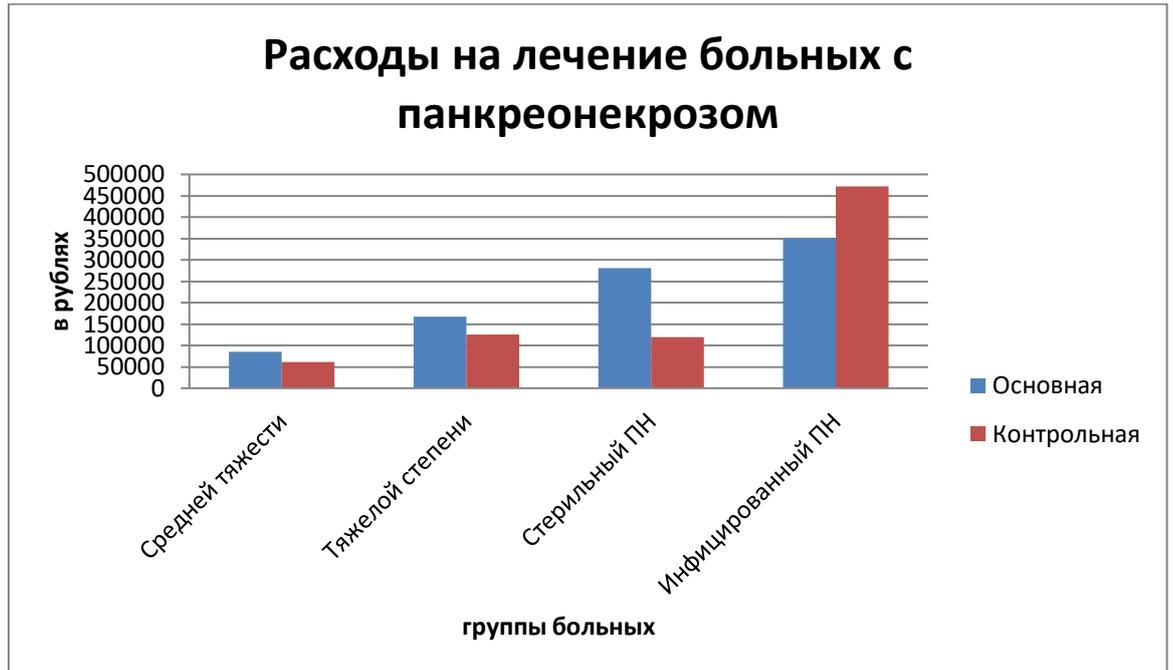


Рисунок 1. Статьи расходов и основная сумма расходов на лечение больных с панкреонекрозом различной степени тяжести и формы в основной и контрольных группах.