

табилизацию коллоидной системы. В наших наблюдениях концентрация кальция в пузырной желчи у больных с группой риска по ЖКБ может указывать на дестабилизацию коллоидного состояния желчи и возможность образования камней в желчном пузыре. У больных калькулёзным холециститом повышение уровня кальция может свидетельствовать о прогрессировании холелитиаза. При исследовании концентрации фосфора в пузырной желчи отмечалось статистически достоверное его снижение у больных группы риска по ЖКБ и у больных калькулёзным холециститом. Учитывая тот факт, что фосфор входит в состав фосфолипидов, то снижение его концентрации в желчи, очевидно может косвенно свидетельствовать о снижении концентрации фосфолипидов, которые наряду с желчными кислотами являются стабилизаторами. Это может указывать на дестабилизацию коллоидного состояния желчи.

*А.Ф. Шульга, Р.В. Чеминава, А.С. Соловейчик,  
Е.С. Губочкин, С.Н. Покалюхин, Н.Н. Свистунов*

#### **МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова; СПб ГУЗ «Городская больница  
Святого Великомученика Георгия»*

В работе используются результаты лечения 2-х групп больных острым холециститом.

В I группу вошли 200 больных с острым холециститом, поступивших в клинику общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и были оперированы с использованием малоинвазивных технологий.

Во II группу вошли 200 пациентов с острым холециститом, поступивших в городскую больницу №4 «Святого Георгия», которые оперировались «открытым» способом.

Пациенты обеих групп поступили в стационары в экстренном порядке. Алгоритм обследования больных при остром холецистите, прежде всего, зависел от наличия или отсутствия клинической картины перитонита. Обязательным считали выполнение клинических и биохимических анализов крови, а из инструментальных методов УЗИ и ФГДС, которые не удлиняли сроки подготовки к операции. У 34 (24,3%) больных (I группа) с высоким риском оперативного вмешательства, с сопутствующими заболеваниями, выполнялись чрезкожные чрезпеченочные санационно-декомпрессионные пункции желчного пузыря с применением местной анестезии под контролем УЗИ. При выборе метода оперативного лечения острого холецистита в клинике предпочтение отдается ЛХЭ, как радикальному и малотравматичному методу лечения.

Больным I группы были выполнены экстренная ЛХЭ в 14,5% случаев и срочная ЛХЭ в 65,5% случаев. В 20% случаев больным выполнялась отсроченная ЛХЭ. Больным II группы экстренная «открытая» холецистэктомия (ОХЭ) проведена в

17,3% случаев, срочная холецистэктомия выполнена в 36,4%. В остальных 46,3% выполнялась отсроченная холецистэктомия.

Одновременно с проведенным сравнением клинических показателей у больных, оперированных по поводу острого холецистита эндовидеохирургическим способом и открытым методом, важным аспектом является оценка экономических показателей у этих больных. Так, прямые затраты при лечении больных острым холециститом в клинике общей хирургии составили  $8366,71 \pm 210$  (руб.), тогда как в городской больнице составили  $10704,32 \pm 244,66$  (руб.). Косвенные затраты в клинике составили  $766,34 \pm 22,35$  (руб.), а в городской больнице  $799,00 \pm 24,55$  (руб.)

При анализе минимализации затрат, общие затраты на лечение больных с острым холециститом I группы, оперированных эндовидеохирургическим способом, составили  $8334,35 \pm 231,00$  (руб.), а общие затраты на лечение больных II группы, оперированных «открытым» способом в городской больнице, составили  $10402,35 \pm 274,34$  (руб.), что на 2068 рублей больше, чем в I группе. Эта разница была статистически достоверна ( $P < 0,05$ ) и обусловлена, прежде всего, сокращением количества койко-дней в два раза у пациентов I группы. Средний срок пребывания больных, оперированных лапароскопическим способом в клинике составил  $6 \pm 1,5$  койко-дней, тогда как средний срок лечения больных «открытым» способом (II группа), составил  $12 \pm 1,5$  койко-дней ( $P < 0,05$ ). Увеличение числа койко-дней у пациентов II группы повлекло за собой повышение расходов на исследование лабораторных и инструментальных показателей, а также повышение затрат на пребывание больного в стационаре в 1,7 раза.

На разности экономических затрат в сравниваемых группах отразились и такие факторы, как сокращение сроков нахождения в реанимационной палате пациентов I группы, снижение потребности их в инфузионной терапии, уменьшение используемых анальгетиков и антибиотиков.

Таким образом, экономическая эффективность от использования современных медицинских технологий при лечении холецистита более значимо при сочетании современных диагностических методов (УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, КТ) с малоинвазивными способами хирургического вмешательства.

*А.Ф. Шульга, С.С. Бессмельцев, Р.В. Тоне, Н.Н. Свистунов*

#### **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова*

Для оценки местного гуморального иммунитета у обследованных групп больных определяли концентрацию иммуноглобулинов Ig A, Ig M, Ig G в желчи проводилось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Метод основан на измерении диаметра кольца преципитации, образующегося при внесении исследуемой желчи в лунки, вырезанные в слое агара, в котором предва-