

**Протокол клинической апробации метода  
профилактики, диагностики, лечения и реабилитации**

Идентификационный № \_\_\_\_\_

**I. Паспортная часть**

1. Название метода: «Метод двухэтапного лечения тонкокишечных свищей»

2. Наименование и адрес организации: ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, 117997, Москва, ул. Большая Серпуховская, дом 27.

3. Фамилия, имя, отчество и должность лиц, уполномоченных от имени разработчика подписывать протокол клинической апробации: Ревишвили Амиран Шотаевич – академик РАН, профессор, д.м.н., и.о. директора ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ.

**II. Обоснование клинической апробации метода профилактики, диагностики, лечения и реабилитации**

4. Аннотация метода

Возникновение кишечного свища после операций на органах брюшной полости является тяжелым осложнением, несущим реальную угрозу для жизни больного: летальность, по различным данным, составляет от 30 до 90%. Залогом успеха хирургического лечения больного тонкокишечным свищом является комплексное консервативное лечение (первый этап) и правильно выбранные сроки 2 этапа – хирургического вмешательства. Преждевременное оперативное вмешательство закономерно оканчивается неудачей и усугубляет ситуацию. Оценка степени готовности больного к операции производится не только по показателям водно-электролитного баланса и белково-энергетического статуса, но и по отсутствию воспалительной инфильтрации кишечной стенки и состоянию иммунного статуса. В случае соблюдения принципов двухэтапного лечения больных тонкокишечными свищами летальности удается избежать полностью.

5. Актуальность метода для здравоохранения, включая организационные, клинические и экономические аспекты.

Кишечные свищи возникают после 0,08-6% полостных операций и часто образуются, или создаются искусственно, при неотложных вмешательствах по поводу острых воспалительных заболеваний, травм, опухолей пищеварительного тракта.

До 95% летальных исходов после восстановительных операций по поводу тонкокишечных свищей обуславливают гнойно-воспалительные осложнения. Ведущим из них считается распространённый перитонит, который возникает вследствие несостоятельности кишечных швов у 5,9-69,7% пациентов. Летальность при этом осложнении достигает 27,5-90%.

Оперативные вмешательства в ранние сроки до устранения гнойно-воспалительных осложнений свища, особенно на фоне декомпенсированных нарушений гомеостаза, в т.ч. иммунной системы, сопряжены с высоким риском развития послеоперационного перитонита, что обуславливает высокую летальность и существенное увеличение

стоимости лечения.

Таким образом, внедрение метода двухэтапного лечения тонкокишечных свищей с обозначением четких критериев возможности оперативного лечения, а также в случае необходимости применения иммулотропной терапии, позволит существенно снизить летальность и приведет к сокращению расходов на лечение этой категории пациентов.

#### 6. Новизна метода и/или отличие его от известных аналогичных методов.

Доказано, что внедрение двухэтапного метода лечения тонкокишечных свищей ведет к улучшению результатов в виде уменьшения количества послеоперационных осложнений и летальности. Однако четкие критерии срока оперативного лечения, в т.ч. основанные на состоянии иммунной системы, не определены. Оценка состояния кишечной стенки в качестве критерия выбора срока операции, а также оценка иммунного статуса, обосновывающая необходимость применения иммулотропной терапии, ранее не предлагалась.

#### 7. Описание известных и потенциальных рисков для пациентов исследования, если таковые имеются и прогнозируемых осложнений.

Использование двухэтапного метода в лечении тонкокишечных свищей позволят существенно снизить количество послеоперационных осложнений и летальность. Согласно данным предварительного исследования, из 35 пациентов, оперированных в Институте, послеоперационные осложнения развились у 11 (30%) и заключались они в основном в нагноении послеоперационной раны или развитии частичной несостоятельности кишечного анастомоза, не требующей повторного вмешательства. Умерших больных не было (летальность – 0). Оказалось также, что применение иммулотропной терапии при нарушениях иммунной системы снижало выраженность послеоперационных осложнений.

#### 8. Ссылки на литературные источники.

1. Кригер А.Г., Звягин А.А., Королев С.В. и соавт. Хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2011. №7. С. 4-13. *Импакт-фактор – 0,616*
2. Кригер А.Г., Кубышкин В.А., Берелавичус С.В. и соавт. Хирургическое лечение больных с тонкокишечными свищами. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2015. №12 *Импакт-фактор – 0,616*
3. Haffjee A. A. Surgical management of high output enterocutaneous fistulae: a 24-year experience. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2004. V. 7. P.309-316 *Импакт-фактор - 3.989*
4. Hollington P., Mawdsley J, Lim W. et al. An 11-year experience of enterocutaneous fistula. Br J Surg. 2004. V. 91. P. 1646-1651 *Импакт-фактор – 5.542*
5. Lloyd D.A., Gabe S.M., Windsor A.C. Nutrition and management of enterocutaneous fistula. Br J Surg. 2006. V. 93. P. 1045-1055 *Импакт-фактор – 5.542*
6. Owen R.M., Love T.P., Perez S.D. et al. Definitive Surgical Treatment of Enterocutaneous Fistula. Outcomes of a 23-Year Experience. JAMA Surg. 2013. V. 148. N. 2. P. 118-126 *Импакт-фактор – 4,4*
7. Martinez JL, Luque-de-León E, Ballinas-Oseguera G, et al. Factors Predictive of Recurrence and Mortality after Surgical Repair of Enterocutaneous Fistula. J Gastrointest Surg. 2011 Oct 15. *Импакт-фактор – 2.798*
8. Coughlin S, Roth L, Lurati G, Faulhaber M. Somatostatin analogues for the treatment of enterocutaneous fistulas: a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2012 May. 36(5):1016-29. *Импакт-фактор – 2.642*
9. Schechter WP. Management of enterocutaneous fistulas. Surg Clin North Am. 2011 Jun. 91(3):481-91. *Импакт-фактор – 1.88*

9. Иные сведения, связанные с разработкой метода.  
Нет. Все сведения представлены выше.

### III. Цели и задачи клинической апробации

10. Детальное описание целей и задач клинической апробации.

Цель клинической апробации: улучшить результаты лечения больных тонкокишечными свищами.

Задачи:

1. Провести анализ непосредственных результатов хирургического лечения у пациентов с тонкокишечными свищами, в т.ч. исследование иммунного статуса и применение при необходимости иммуотропной терапии.
2. Обобщить и показать отдаленные результаты хирургического вмешательства с применением двухэтапного метода.
3. Показать частоту рецидивов свищей тонкой кишки у пациентов после хирургического лечения с применением двухэтапного метода, иммунологического анализа и иммуотропной терапии.
4. Внедрить метод двухэтапного лечения тонкокишечных свищей

### IV. Дизайн клинической апробации

11. Научная обоснованность и достоверность полученных на стадии разработки метода данных, включая доказательства его безопасности.

Полученные результаты проведенного предварительного клинического исследования разработанного метода доказали его безопасность, эффективность и малое количество интра- и послеоперационных осложнений.

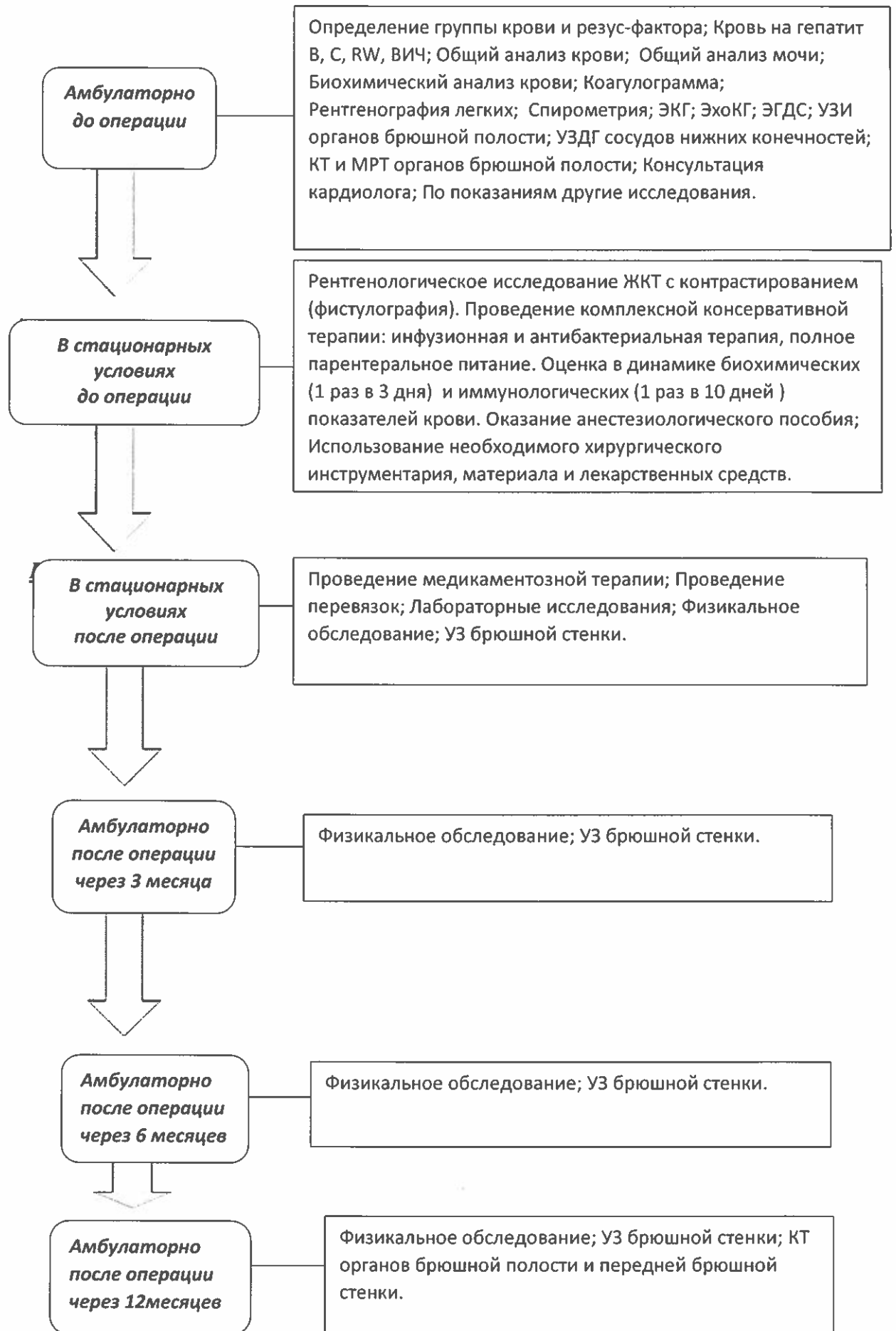
12. Описание дизайна клинической апробации:

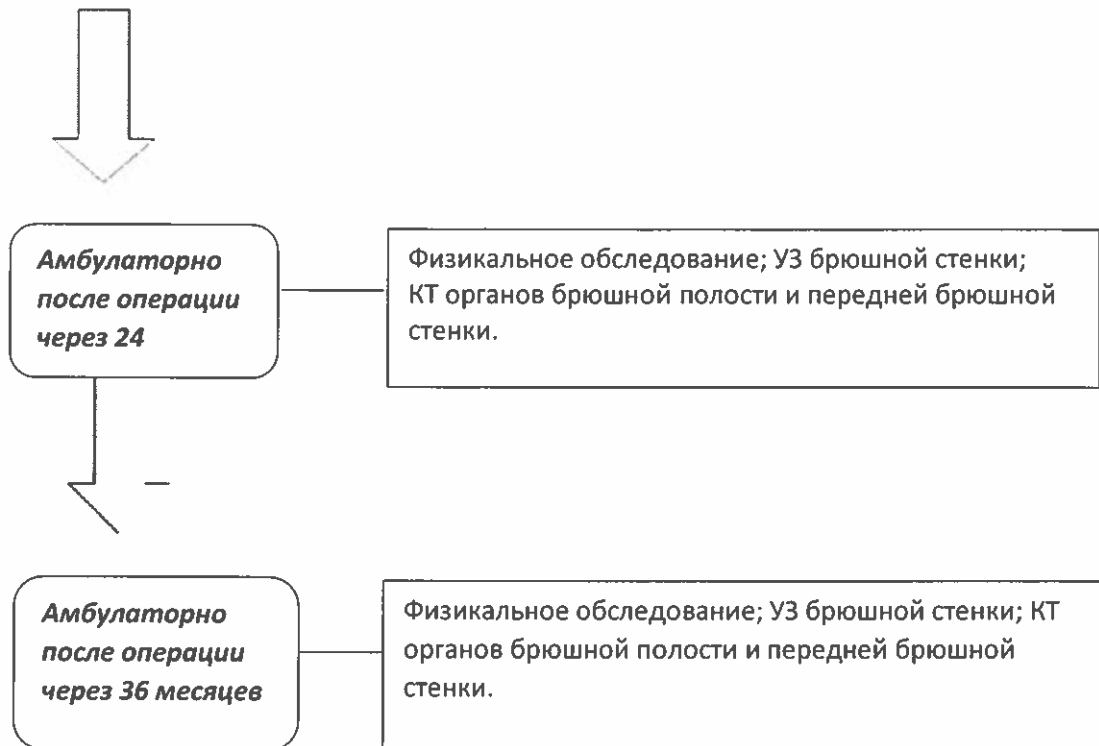
12.1. Указание основных и дополнительных (при наличии) исследуемых параметров, которые будут оцениваться в ходе клинической апробации.

В ходе апробации будут оцениваться следующие клинко-рентгенологические показатели: возраст, пол, рост, вес, ИМТ, физическое состояние пациента по ASA классификации, количество отделяемого по свищу, степень водно-электролитных нарушений, степень белково-энергетической недостаточности и состояние иммунной системы, длительность операции, характеристика послеоперационных осложнений, состояние здоровья пациента после операции и применения в необходимых случаях иммуотропной терапии.

12.2. Описание клинической апробации с графической схемой дизайна (этапы и процедуры, а также сроки и условия их проведения, иное):

Медицинская помощь в рамках клинической апробации будет оказана 45 пациентам в возрасте 18-80 лет с тонкокишечными свищами. В условиях стационара пациент будет обследован, в т.ч. иммунологически, и пролечен консервативно до достижения результата в виде купирования местных гнойно-воспалительных процессов и компенсации водно-электролитного, нутритивного и нарушений иммунного статуса. В последующем больному будет выполнена операция: резекция кишки, несущей свищи с формированием межкишечного анастомоза. В дальнейшем на сроках 3, 9, 12, 24 и 36 месяцев лечащим хирургом в поликлинике Института (амбулаторно) будет проведено собеседование и медицинский осмотр. На этих сроках пациентам будет выполнено УЗИ брюшной стенки, а на сроках 12, 24 и 36 месяцев КТ исследование брюшной стенки.





### 12.3. Описание апробируемого метода, инструкции и блок-схемы его проведения.

Успех хирургического лечения во многом определяется правильно выбранным сроком операции. Оценить степень готовности больного к операции по показателям водно-электролитного баланса, коррекции энергетических потребностей, нарушений иммунного статуса не сложно, поскольку для этого существуют объективные лабораторные тесты. Сложнее определить степень готовности к операции кишечной стенки и брюшины. На момент операции воспалительная инфильтрация кишечной стенки должна отсутствовать или быть минимальной. Фиксация париетальных и висцеральных листков брюшины между собой должна позволять разделять кишечные петли с минимальной травмой за счет обозначившегося «слоя» между листками брюшины. Оптимальный срок для операции, исходя из нашего опыта, составляет от 4-6 до 8 недель с момента формирования губовидного свища. Преждевременное оперативное вмешательство закономерно оканчивается неудачей и усугубляет ситуацию.

### 12.4. Ожидаемая продолжительность участия пациентов в клинической апробации, описание последовательности и продолжительности всех периодов клинической апробации, включая период последующего наблюдения, если таковой предусмотрен.

Продолжительность участия пациентов в клинической апробации до 3 лет: на госпитальном этапе и после выписки на сроках - 3, 6, 12, 24 и 36 месяцев. До госпитализации больные будут обследованы амбулаторно и отобраны для клинической апробации. На госпитальном этапе больные будут оперированы и оценен ранний послеоперационный период. После выписки в амбулаторных условиях на отдаленных сроках до 3 лет будет проведена оценка и обработка результатов лечения, а также оформлен протокол отчета апробации.

### 12.5. Описание «правил остановки» или «критериев исключения» для отдельных пациентов, частей клинической апробации, в том числе медицинской помощи, или клинической апробации в целом.

Исследование может быть завершено преждевременно: при выявлении в ходе исследования серьезных нежелательных явлений, связанных с клинической апробацией метода лечения и делающих его дальнейшее применение недопустимым с этической

точки зрения; при получении новой информации, свидетельствующей о высоком риске для участников исследования; в случае наступления обстоятельств, расцениваемых как «форс-мажор»; по административному распоряжению инициатора исследования; по требованию федеральных регуляторных инстанций.

12.6. Перечень данных, регистрируемых непосредственно в индивидуальной регистрационной карте клинической апробации метода (т.е. без записи в медицинской документации пациента) и рассматриваемых в качестве параметров, указанных в пункте 12.1 настоящего Протокола.

ФИО, возраст, пол, количество свищей (единичный, множественный), количество отделяемого по свищу (полный и неполный свищ), локализация свища (высокий или низкий свищ), открываются ли свищи в гнойную (брюшную) полость, гранулирующую рану или частичнорослись с кожей, наличие осложнений – распространенный/ограниченный перитонит, флегмона передней брюшной стенки, дерматит, сепсис

## **V. Отбор и исключение пациентов, участвующих в клинической апробации**

### 13. Критерии включения пациентов.

- Больные тонкокишечными свищами;
- Пол больных – мужской и женский;
- Возраст больных – от 18 до 80 лет;
- Информированное согласие больного;
- Определенная оперирующая бригада хирургов;
- Сроки наблюдения – через 6, 12, 24 и 36 месяцев.

### 14. Критерии не включения пациентов.

- Тяжелые сопутствующие врожденные или приобретенные соматические заболевания, являющиеся противопоказанием для любых типов хирургических вмешательств;
- Возраст пациентов младше 18 лет и старше 80 лет.

### 15. Критерии исключения пациентов.

- Неявка пациента на одно из промежуточных этапов обследования;
- Отказ пациента от контрольных исследований;
- Любое сопутствующее заболевание за время наблюдения, которое по мнению исследователя, могло бы изменить результаты исследования или повысить риск для пациента.

## **VI. Медицинская помощь в рамках клинической апробации**

### 16. Вид, профиль и условия оказания медицинской помощи.

Вид медицинской помощи: в рамках клинической апробации.

Форма медицинской помощи: плановая.

Условия оказания медицинской помощи: стационарно и амбулаторно.

17. Перечень медицинских услуг Осуществление стационарной медицинской помощи при осуществлении специализированной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, хирургии.

### 17. Перечень медицинских услуг (вмешательств).

В рамках клинической апробации будут применены медицинские услуги

в соответствии с Приказом Минздрава России от 27 декабря 2011 года «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг:

Наименование медицинской услуги	Усредненная кратность применения
Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	2
Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	1
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	1±1
Прием (осмотр, консультация) врача аллерголога-иммунолога первичный	1
Прием (осмотр, консультация) врача аллерголога-иммунолога повторный	4
<b>Лабораторные методы исследования</b>	
Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1
Определение основных групп крови (А, В, О)	1
Определение резус-принадлежности	1
Определение подгруппы и других групп крови меньшего значения А-1, А-2, О, Се, Е, Кell, OиНУ	1
Проведение реакции Вассермана (RW)	1
Определение антигена к вирусу гепатита В в крови	1
Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С в крови	1
Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1(HIV 1) в крови	1
Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 в крови	1
Исследование коагуляционного гемостаза	2
Общий (клинический) анализ крови развернутый	5
Анализ крови биохимический общетерапевтический	10
Анализ мочи общий	5
Анализ крови иммунологический (общие иммуноглобулины, макрофагальная активность, исследование популяций лимфоцитов и проточная цитофлуометрия)	5
<b>Инструментальные методы исследования</b>	
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки	1
ЭКГ	2
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	3
Ультразвуковое исследование почек	1
ДС вен нижних конечностей	1
Магнитно-резонансная томография брюшной полости	1

Ультразвуковое исследование передней брюшной стенки	1
Рентгенологическое исследование ЖКТ с контрастированием	2
Компьютерная томография органов брюшной полости и передней брюшной стенки.	1
Ежедневный осмотр врачом-хирургом,	40
Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом	1
Суточное наблюдение реанимационного пациента	1
<b>Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения</b>	
Ларингоскопия	1
Интубация трахеи	1
Термометрия общая	1
Назначение лечебно-оздоровительного режима в предоперационном периоде	1
Измерение артериального давления на периферических артериях	1
Катетеризация центральной (подключичной) вены	1
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	1
Взятие крови из периферической вены	1
Внутривенное введение лекарственных средств - 60 минут	1
Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода - 60 минут	1
Эндотрахеальное введение лекарственных средств - 60 минут	1
Искусственная вентиляция легких - 60 минут	1
Измерение частоты сердцебиения	1
Прикроватное непрерывное мониторирование электрокардиографических данных - 60 минут	1
Катетеризация мочевого пузыря	1
Назначение лекарственной терапии в послеоперационном периоде	1
Назначение лечебно-оздоровительного режима в послеоперационном периоде	1
Транспортировка пациента внутри медицинского учреждения (организации) средствами передвижения	3
Резекция петли тонкой кишки с формированием межкишечного анастомоза	1

**Наименования специализированных продуктов лечебного питания, частота приема, объем используемого продукта лечебного питания;**

Наименование вида лечебного питания	Частота приема
Основной вариант стандартной диеты	13
Вариант диеты с механическим и химическим щажением	2
Полное парэнтеральное питание (кабивен, оликлиномель – 1500 мл)	15

18.Изделия медицинского назначения. лекарственные препараты для медицинского применения.



**Перечень используемых медицинских изделий, в том числе имплантируемых в организм человека, зарегистрированных в Российской Федерации в установленном порядке**

Наименования медицинских услуг	Усредненный показатель кратности применения
Эндопротез композитный	1
Герниостеплер	1
Катетер для анестезиологии и реанимации однократного применения	1
Катетер для внутривенных вливаний	1
Катетер дренажный хирургический	1
Катетер подключичный	1
Катетер центральный венозный однократного применения	1
Система (устройство) для внутривенных вливаний	1
Системы (устройство) для переливания крови и растворов	1
Трубка интубационная	1
Трубка эндотрахеальная Фильтр воздушный Шланг для ИВЛ	1
Электрокоагулятор (коагулятор) хирургический	1
Оксигенатор	1
Игла атравматическая хирургическая	20
Катетер Фолея для дренирования мочевого пузыря	1
Шприц медицинский инъекционный однократного применения	50
Зонд желудочный	1
Бинт марлевый	5
Салфетка стерильная	30
Перчатки хирургические однократного применения	15
Катетер для внутривенных вливаний однократного применения	7
Клинок ларингоскопический	1
Эластомерные помпы	1
Салфетки гигиенические	15

**Перечень используемых лекарственных препаратов для медицинского применения (наименования и кратность применения), зарегистрированных в Российской Федерации в установленном порядке**

Наименование лекарственного препарата	Средняя суточная доза	Средняя курсовая доза	Единица измерения
Амоксициллин + Клавулановая кислота	1,2	16,8	г

Цефуроксим	1	14	г
Аминокислоты для парентерального питания+Прочие препараты [Жировые эмульсии для парентерального питания+Декстроза+Минералы]	1500	45000	мл
Натрия лактата раствор сложный {Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид + Натрия лактат}	500	15000	мл
Калия хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия глюконат + Натрия хлорид	500	15000	мл
Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	500	15000	мл
Эзомепразол	40	600	мг
Атропин	1	3	мг
Эноксапарин натрия	80	400	мг
Дексаметазон	12	24	мг
Кеторолак	30	90	мг
Парацетамол	0,5	4	г
Севофлуран	80	80	мл
Пропофол	80	80	мл
Ропивакаин	100	100	мг
Фентанил	0,2	0,6	мг
Трамадол	150	450	мг
Мидазолам	15	150	мг
Неостигмина метилсульфат	0,5	2	мг
Sterofundin Isotonic	500	1000	мл
Гемостатический препарат. Ингибитор фибринолиза.	50	50	мг
Бупивакаин	2,5	7,5	мг
Диазепам	2	4	мл
Метоклопрамид	6	21	мл
Севофлуран	250	250	мл
Этанол	20	100	мл
Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин	0,005%, 1мл	0,005%, 15мл	мл
Меглюмина акридонат	2	20	мл
Меглюмина натрия сукцинат	400	2800	мл
Иммуноглобулин человека нормальный	50	500	мл

**Перечень используемых биологических материалов:** Нет

**Наименование медицинских изделий, в том числе имплантируемых в организм человека:** Катетер для вливания в малые вены (игла-бабочка), катетер подключичный, система (устройство) для внутривенных вливаний, шприц медицинский инъекционный однократного применения, канюля внутривенная однократного применения, бинт марлевый, салфетка стерильная, перчатки хирургические

однократного применения, катетер для внутривенных вливаний однократного применения, мочевого катетер, хирургический инструментарий для операций.

**Иное:** нет

## VII. Оценка эффективности метода

### 1. Перечень показателей эффективности

- Частота и характер послеоперационных осложнений;
- Отсутствие рецидива тонкокишечного свища;
- Длительность койко-дня.
- Восстановление показателей иммунного статуса.

### 2. Перечень критериев дополнительной ценности

- Улучшение качества жизни;
- Возврат к прежней работе.

#### 21. Методы и сроки оценки, регистрации, учета и анализа параметров эффективности.

Клинический и лучевой (УЗИ брюшной стенки, компьютерная томография органов брюшной полости и брюшной стенки) методы.

Сроки оценки – до операции, перед выпиской из стационара, через 3, 6, 12, 24 и 36 месяцев.

КТ оценка будет проведена до операции, через 1, 2 и 3 года.

## VIII. Статистика

#### 22. Описание статистических методов, которые предполагается использовать на промежуточных этапах анализа клинической апробации и при ее окончании. Уровень значимости применяемых статистических методов.

Для обеспечения объективности полученных результатов, анализ данных будет проводиться на ЭВМ с использованием лицензионной программы. Результаты будут представлены в виде средних значений и ошибки средних ( $M \pm m$ ). Сравнение групп будет проводиться при помощи t-критерия Стьюдента и критерия  $\chi^2$ .

#### 23. Планируемое число пациентов, которым будет оказана медицинская помощь в рамках клинической апробации с целью доказательной эффективности апробируемого метода. Обоснование числа пациентов, включая расчеты для обоснования.

2016 г. – 15 пациентов;

2017 г. – 15 пациентов;

2018 г. – 15 пациентов.

## IX. Объем финансовых затрат

### 24. Описание применяемого метода расчета объема финансовых затрат:

Для определения норматива финансовых затрат произведена оценка стоимости оказания медицинских услуг, а также текущей стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, применяемых при апробации. Расчет нормативов финансовых затрат на оказание одной услуги одному пациенту проводили в соответствии с приказом Минздрава России.

**25. Предварительный расчет объема финансовых затрат на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации**

Стоимость клинической апробации метода в одном случае составляет 441,2 тыс. рублей. Планируемое количество случаев апробации – 45. Общая стоимость апробации составит 19 854,0 тыс. рублей. В том числе в 2016 году – 15 пациентов на сумму 6 618,0 тыс. рублей, в 2017 году – 15 пациентов на сумму 6 618,0 тыс. рублей, в 2018 году – 15 пациентов на сумму 6 618,0 тыс. рублей (таблица 1 и 2).

**ТАБЛИЦА 1. Предварительный расчет объема финансовых затрат на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации 1 пациенту.**

<b>Наименование затрат</b>	<b>Сумма (тыс.рублей)</b>
Затраты на оплату труда с начислениями на выплаты по оплате труда работников, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи по каждому протоколу клинической апробации ст.210	112,1
Затраты на приобретение материальных запасов (лекарственных препаратов, медицинского инструментария, реактивов, химикатов, мягкого инвентаря, прочих расходных материалов, включая импланты, вживляемые в организм человека, других медицинских изделий) и особо ценного движимого имущества, потребляемых (используемых) в рамках оказания медицинской помощи по каждому протоколу клинической апробации ст.340	240,9
Иные затраты, непосредственно связанные с реализацией протокола клинической апробации	_____
Затраты на общехозяйственные нужды (коммунальные услуги, расходы на содержание имущества, связь, транспорт, оплата труда с начислениями на выплаты по оплате труда работников, которые не принимают непосредственного участия в реализации протокола клинической апробации)	88,2
из них расходы на оплату труда с начислениями на выплаты по оплате труда работников, которые не принимают непосредственного участия в реализации протокола клинической апробации ст. 210	13,8
<b>ИТОГО</b>	<b>441,2</b>

Количество койко-дней - 44.

До операции койко-день - 30

Пребывание в отделение анестезиологии и реанимации 1 сутки.

После операции в отделении койко-дней - 13

Продолжительность операции 4 часа с участием 3 врачей и 3 медсестер.

**ТАБЛИЦА 2. Объемы финансовых затрат на оказание лечения в рамках протокола клинической апробации “Метод двухэтапного лечения тонкокишечных свищей” на период 2016-2018 гг.**

<p><b>Стоимость клинической апробации метода “Метод двухэтапного лечения тонкокишечных свищей”</b></p>
--

Год клинической апробации	Количество пациентов	Сумма (в рублях)
2016	15	6.618.000,00
2017	15	6.618.000,00
2018	15	6.618.000,00
<b>Всего</b>	<b>45</b>	<b>19.854.000,00</b>

Директор  
ФГБУ «Институт хирургии  
им. А.В. Вишневского» МЗ РФ  
Академик РАН



Речишвили А.Ш.