

чаях медицинские услуги оказываются слишком полезными для общества в целом, а последствия, которые они предотвращают (эпидемия и поражение в войне) слишком серьезными, чтобы оставлять их на усмотрение каждого гражданина.

3. Нарушение принципов равенства доступа к минимальному набору наиболее важных услуг системы здравоохранения, особенно в случае угрозы жизни, неприемлемо для большинства граждан развитых стран. Вероятно, если бы затраты на такое лечение шли непосредственно из кармана граждан, а не завуалировано через налоговую систему и общий бюджет, это привело бы к изменению этических норм, в сторону более эффективного и продуманного использования средств. Этические нормы часто конфликтуют с экономическими принципами.

4. Для существования свободного рынка необходимым условием является свободный вход продавца и покупателя. Неограниченный вход продавцов медицинских услуг привел бы к еще большему распространению ятрогений и не основанных на доказательствах медицинских методов лечения и диагностики.

Как показывает практика, избыточное потребление медицинских услуг является одной из универсальных проблем здравоохранения, свойственной как нерегулируемому рынку медицинского страхо-

вания, так и жестко централизованной государственной системе здравоохранения. Причины этого явления различны. В первом случае они связаны с эгоизмом производителей, а во втором – с эгоизмом потребителей.

Таким образом, свободный рынок непригоден для регуляции системы здравоохранения. Однако его непригодность не означает, что его отдельные элементы не могут использоваться в регулируемых государством системах здравоохранения для создания конкуренции между продавцами услуг, повышения эффективности использования ресурсов, мотивации врачей и стимуляции потребителей.

Литература

1. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Скоморохова Т.В. // Экономика здравоохранения. – 2003. – №10. – С.11–16.
2. Светличная Т.Г. // Главврач. –2009. –№1.–С.57–62.
3. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы систем здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий. Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-Мед., 2004. – 432 с.
4. Голухов Г.Н., Шиленко Ю.В. // Информационный бюллетень. 2001. – №1. – С.34.
5. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008–2017 гг.). – М., 2007. – 238 с.
6. Пиддэ А.Л. // Главврач. – 2009. – №2.– С.34–46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.А.КАСЮК, А.А.МАШЕВСКИЙ, А.Ч.ДУБРОВСКИЙ

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н.Александрова, п. Лесной, Минский р-н, Минская область

Изучена динамика послеоперационной летальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических пациентов. Сделан вывод: применение антикоагулянтной профилактики у данной категории пациентов снижает послеоперационную летальность от ТЭЛА.

Введение

Считается, что ТЭЛА уносит жизни 10% госпитализированных пациентов [1, 2]. Ряд исследователей полагают, что рак является важнейшим приобретенным фактором риска венозного тромбоза (ВТЭ) [3, 4]. Другие считают таковой операцией [5, 6]. Сочетание этих двух ключевых триггеров тромбоза у онкологических пациентов приводит к значительному повышению риска развития летальной послеоперационной ТЭЛА.

Социальная значимость проблемы ТЭЛА у контингента онкологических пациентов обусловлена сохраняющимися высокими показателями летальности, ассоциированной с этим грозным осложнением послеоперационного периода.

Цель исследования: изучить динамику летальной послеоперационной ТЭЛА у пациентов злокачественными новообразованиями, которые находились на лечении в Республиканском научно-практическом центре

онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова (Центр) с 1992 по 2010 гг. включительно.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные о 145 умерших в послеоперационном периоде пациентах, у которых непосредственной причиной смерти, согласно заключительному диагнозу, послужила ТЭЛА, верифицированная на аутопсии.

Результаты и обсуждение

Из 145 пациентов, у которых ТЭЛА была подтверждена на секции, 11 чел. (7,6%) страдали доброкачественными опухолями и неонкологическими заболеваниями, у 134 (92,4%) были диагностированы злокачественными новообразованиями. Данные о динамике летальной послеоперационной секционно верифицированной ТЭЛА представлены на рис. 1.

Для объективизации оценки динамики летальной послеоперационной ТЭЛА нами был использован удельный показатель (число случаев ТЭЛА на 10000 операций) (рис. 2).

Как видно из представленного графика, динамика летальной послеоперационной ТЭЛА имеет волнообразный характер. Обращает на себя внимание значительный рост случаев начиная с 2002 г. и с пиками в 2004 и 2006 гг. Это послужило основанием для проведения исследований по изучению патогенеза венозного тром-

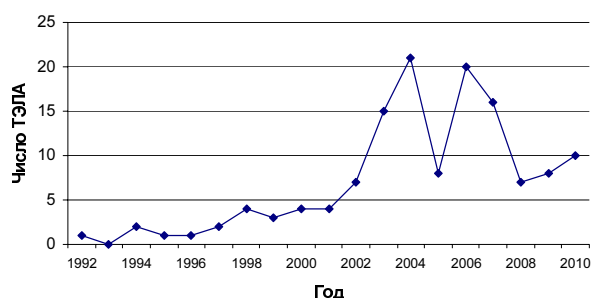


Рис. 1. Число случаев секционно доказанной послеоперационной ТЭЛА у пациентов злокачественными новообразованиями

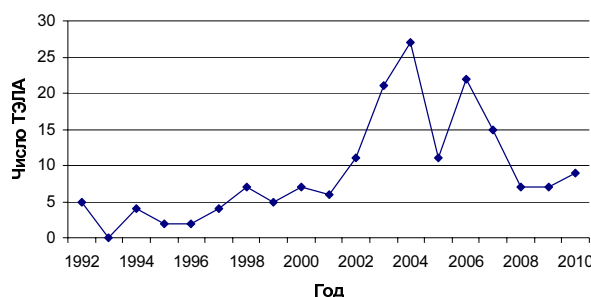


Рис. 2. Удельное число случаев секционно верифицированной летальной послеоперационной ТЭЛА

боэмболизма и разработки оптимальных схем антикоагулянтной профилактики у онкологических пациентов в рамках научно-исследовательских работ, которые были выполнены в 2005 – 2007 гг., 2008 – 2010 гг.

Разработка в ходе исследований эффективных схем антикоагулянтной профилактики (введение низкомолекулярных гепаринов не менее 14 суток послеоперационного периода в дозировке не менее 70 МЕ/кг) [7] и их внедрение в Центре привели к уменьшению числа случаев летальной послеоперационной ТЭЛА у пациентов злокачественными новообразованиями с 27 на 10000 операций в 2004 г. до 9 на 10000 операций в 2010 г.

Выводы

1. Антикоагулянтная профилактика у пациентов злокачественными новообразованиями должна проводиться не менее 14 суток после операции с учетом массы тела пациента.

2. Применение разработанной схемы тромбопрофилактики в Центре привело к снижению госпитальной летальности от ТЭЛА вследствие уменьшения числа случаев с 27 на 10000 операций в 2004 г. до 9 на 10000 операций в 2010 г.

Литература

- Lindblad B., Eriksson A., Bergqvist D. // Br. J. Surg. – 1991. – Vol. 78. – P. 849-852.
- Sandler D.A., Martin J.F. // J. R. Soc. Med. – 1989. – Vol. 82. – P. 203.
- Gao Sh., Escalante C. // Expert review of anticancer therapy. – 2004. – Vol. 4, № 2. – P. 303-320.
- Adess M. [et al.] // Clin. Appl. Thromb./Hemost. – 2006. – Vol. 12, № 3. – P. 254-266.
- Martinelli I. // Thromb. Haemost. – 2001. – Vol. 86. – P. 395-403.
- Vaughan Ph. [et al.] // I.M.A.J. – 2002. – Vol. 4. – P. 1037-1039.
- Прогнозирование и профилактика послеоперационных венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений и распознавание геморрагических осложнений, обусловленных приобретенными нарушениями гемостаза у онкологических пациентов / А.А. Машевский, В.В. Дмитриев, В.И. Прохорова и др. // Инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 11.02.2011, регистрационный №220-1210. – Минск, 2011. – 17 с.

EPIDEMIOLOGY OF LETHAL POSTOPERATIVE PULMONARY THROMBOEMBOLISM IN CANCER PATIENTS

A.A.Kasyuk, A.A.Mashevsky, A.Ch.Dubrovsky

The dynamics of the lethal postoperative pulmonary thromboembolism in cancer patients in cancer patients was investigated in this study. It was concluded that the use of anticoagulant prophylaxis in these patients reduced postoperative mortality from pulmonary thromboembolism.