паления исчезали на 2–3 сутки после операции у пациентов второй группы. В подавляющем большинстве клинических наблюдений раны зажили первичным натяжением. Швы больным снимались на 10 сутки. Основополагающими факторами в избрании тактики и интенсивности терапии у оперированных пациентов являлись локализация тромбоза и степень клинических проявлений. В раннем послеоперационном периоде продолжалось комплексное медикаментозное лечение (антибактериальная и антикоагулянтная терапия, дезагреганты, венотоники, эластическая компрессия нижних конечностей, физиотерапевтическое лечение, ЛФК). Осуществление комплексной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии у больных с острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей, наряду с адекватно выполненным одномоментным хирургическим вмешательством с учетом характера распространения процесса по подкожным венам, позволяет избежать неблагоприятных исходов операций.

Выводы

1.Острый венозный подкожный тромбоз нижних конечностей требует соблюдения активной хирургической тактики, направленной на предупреждение распространения тромбоза на глубокие вены, быстрое купирование воспалительных явлений, исключение рецидива патологии и радикальную адекватную реабилитацию военных кадров.

2. Применение кроссэктомии в сочетании с одномоментным удалением ствола и притоков БПВ, одновременное иссечение конгломерата варикозных тромбированных узлов единым блоком на высоте купируемого воспалительного процесса дает хороший лечебный эффект, радикально улучшает состояние пациентов.

3. Определенная тактика и объем оперативного вмешательства являются оптимальными и оправданными, так как при таком варианте хирургического лечения отпадает необходимость второго этапа лечения — повторной госпитализации и ликвидации оставшейся патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сидорина, Ф. Н.* Тромбофлебиты конечностей / Ф. Н. Сидорина. — М.: Медицина, 1967. — 215 с.

2. *Суховатых, Б. С.* Склерохирургическое лечение острого тромбофлебита поверхностных вен / Б. С. Суховатых // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2006. — № 1. — С. 81–85.

3. *Яблоков, Е. Г.* Хроническая венозная недостаточность / Е. Г. Яблоков, А. И. Кириенко, В. Ю. Богачев. — М.: Берег, 1999. — 128 с.

4. *Савельев, В. С.* Флебология: рук-во для врачей / В. С. Савельев. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.

УДК 614.2(485)

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ШВЕЦИИ

Ордонез-Кастело Сандра

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Медицинское обслуживание в Швеции, одинаково доступно всему населению. Система шведского здравоохранения финансируется из общественных средств и характеризуется высокой степенью централизации. Ответственными за финансирование и предоставление медицинского обслуживания являются ландстинги и, в некоторых районах, муниципалитеты. По сравнению с другими странами того же уровня развития, шведская система здравоохранения весьма эффективна — она дает хорошие результаты при умеренных капиталовложениях и контролируемых расходах.

Население Швеции составляет около 9 млн. человек. Средняя продолжительность жизни для мужчин составляет 78,4 года, для женщин — 84 года.

Репозиторий ГомГМУ

В Швеции самый высокий процент престарелых людей в Европе: около 5 % населения Швеции — люди в возрасте 80 лет и старше.

Наибольшую проблему для Швеции представляют сердечно-сосудистые заболевания, которые составляют в структуре общей смертности 49 % [1, 2]. Причиной 23 % смертей являются злокачественные новообразования [1, 2]. Положительным фактором здоровья населения является снижение числа курящих людей: почти 85 % населения Швеции не курят. Шведы в последние годы стали меньше употреблять: крепких алкогольных напитков, заменяя их легким вином; пищи с высоким содержанием жиров и начали больше уделять внимания физическим упражнениям.

Младенческая смертность в стране находится на самом низком в мире уровне — около 3,5 случаев на тысячу родившихся живыми в течение первого года жизни. Показатель детской смертности (1–17 лет) также является самым низким в мире.

Расходы Швеции на здравоохранение составляют 9 % валового национального продукта. Основой финансирования здравоохранения являются налоги. Медицинские услуги на 98 % покрываются государственным медицинским страхованием. Шведское здравоохранение строится на централизации ответственности. Около 25 % поликлиник — частные. Большинство больниц в Швеции — государственные. Иногда больницы могут переходить в частную собственность, но компания, которой передается больница, не может владеть ею исключительно в целях получения прибыли. Пациенты могут свободно выбирать, где они желают лечиться. В Швеции у каждого пациента есть идентификационный номер, который он получает при рождении. Номер действителен для всех служб при предъявлении какого-либо документа. Наличие идентификационного номера позволило ввести электронное здравоохранение (eHealth). Электронные истории болезни (ЭИБ) в Швеции используют, практически, на 100 % скорая помощь и стоматология, а госпитальные — на 80 %. В Швеции имеется национальная база по лекарственным препаратам, в которой врачи, сотрудники аптек и пациенты могут найти информацию по имеющимся лекарствам. Уже сейчас порядка 70–80 % всех рецептов в стране выписывается в электронном виде. На национальном уровне внедряется система поддержки выбора оптимального препарата в зависимости от возраста, показаний по взаимодействию лекарств и других параметров. Одна из важных подсистем, которая уже разрабатывается в рамках национальной стратегии — это система информирования пациентов по телефону и Интернету о том, где находятся ближайшие больницы и пункты медицинской помощи, каково время ожидания в них и т. д. Данная система создается как на локальном, так и на федеральном уровнях. В стране также проектируются и внедряются персонифицированные электронные сервисы для пациентов, посредством которых можно записаться на прием к врачу, посмотреть свою историю болезни, переписываться с семейным врачом и т. п. В настоящее время используется система единой консультативной медицинской помощи: бесплатный звонок на единый национальный номер позволяет связаться с опытным врачом. Таким образом, здравоохранение в Швеции является безопасным, базируется на уважении к пациенту, которому предоставляется свобода выбора врача, информация по доступности и качеству лечения, что достигается за счет обязательного государственного медицинского страхования и эффективного использования информационных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный институт народного здравоохранения [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Швеции. — Стокгольм, 2010. — Режим доступа http://www.vhi.se. — Дата доступа: 27.03.2010.

2. Ассоциация муниципалитетов и ландстингов Швеции [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Швеции. — Стокгольм, 2010. — Режим доступа http://www.skl.se. — Дата доступа: 27.03.2010.

УДК 616.37-022:612.398.192

Репозиторий ГомГМУ