

- поэтапное создание локальных сетей ЛПУ;
- внедрение унифицированной МИС;
- организация стационарных рабочих мест для медицинского персонала (по технологии «тонкий клиент»);
- организация образовательных курсов по «Медицинской информатике».

Консолидирующим звеном на этом этапе станет «Единый центр обработки медицинской информации». Именно через него пойдут все информационные потоки от поликлиник и станции «Скорой помощи» к стационарам и обратно. Подобная схема IT-технологии – от первичного звена, служба скорой медицинской помощи, к муниципальным ЛПУ, в России применяется впервые и, следуя вышеизложенным принципам, с 2009 года мэрия г. Новосибирска осуществляет планомерную работу по внедрению информационных технологий в деятельность муниципальных учреждений здравоохранения города.

Таким образом, внедрение в деятельность отрасли здравоохранение современного информационного обеспечения и продуманный технологический подход к управлению деятельностью муниципальных учреждений здравоохранения открывает новые возможности для принятия эффективных управленческих решений, стратегического и текущего планирования развития городского здравоохранения в целом и медицинских учреждений в отдельности.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Шумаков П.В., Григорьев Н.Н.,
Цыкалов С.В.**

*Государственный медицинский
университет, Курск, Россия*

Оценка операционного риска позволяет с определенной степенью уверенности прогно-

зировать исход операции. Для оценки интра- и послеоперационного риска применяются шкалы, не учитывающие особенности проведения операции и течение послеоперационного периода. С целью более полной оценки интраоперационного риска нами модифицирована классификация МНОАР (1989). Дополнительными критериями для расчета балльной оценки риска стали: календарный возраст пациентов, продолжительность операции, объем кровопотери во время операции, стабильность гемодинамики во время операции, необходимость медикаментозной поддержки, а также длина разреза. Оценка интраоперационного риска проведена у 111 пациентов находящихся на лечении в хирургическом отделении ОКБ г. Курска по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: 32 – среднего возраста (45-59 лет), 46 – пожилого (60-74 лет) и 33 – старческого (75-89 лет) возраста (ВОЗ, 1999). Анализ интраоперационного риска в каждой возрастной группе показал, что средние значения величин не сильно отличаются друг от друга и составили в группе среднего возраста – $7,88 \pm 1,81$; пожилого возраста – $8,7 \pm 2,08$; старческого возраста – $9,7 \pm 3,44$. В качестве основных методов лечения острого калькулезного холецистита применялись традиционная холецистэктомия и миниинвазивные методики.

Средние показатели риска в каждой группе составили соответственно $10,92 \pm 2,48$ и $6,78 \pm 1,17$. Таким образом, оценка интраоперационного риска должна учитывать не только тяжесть состояния пациента, объем операции и характер анестезии, но и такие факторы как продолжительность операции, объем кровопотери и показатели гемодинамики.

Следует отметить, что миниинвазивные методики позволяют значительно уменьшить риск вмешательства и могут применяться у пациентов разного возраста на фоне соматической и осложненной хирургической патологии.