3. Сформирован алгоритм классификации интегрального показателя здоровья на основе вычисления функциональных резервов физиологических систем организма.

Список литературы

1. Макконен К.Ф. Оценка успешности и эффективности виртуального автомобильного игрового тренинга, основанного на мультипараметрической биологической обратной связи с использованием субсенсорных световых сигналов. / К.Ф. Макконен, Ф.А. Пятакович // Аллергология и иммунология. – 2009. – Т.10, № 2. – С. 282.

2. Пятакович Ф.А. Оценка клинической эффективности биоуправляемого игрового тренинга при помощи таблиц принятия решений. / Ф.А. Пятакович, Т.И. Якунченко. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины. – М., 2010.–Т.9.– № 1. – С. 83-86.

3. Пятакович Ф.А. Методологические подходы к оценке интегрального показателя здоровья. // Регионарный медико-технический семинар «Приборы и системы в диагностике и лечении заболеваний внутренних органов» – Железноводск, 1988. – С. 61-62.

4. Семененко М.О. Модели и алгоритмы для определения интегрального показателя здоровья. / М.О. Семененко, Т.И. Якунченко, Ф.А. Пятакович // Всемирный конгресс по клинической и иммунной патологии. – Сингапур, 2002. – С. 253.

ПСИХОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУКЦИНАТА ФЕНОТРОПИЛА В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННО-ФИЗИЧЕСКОГО СТРЕССА

Сережникова Т.К.[1], Самотруева М.А.[1], Тюренков И.Н.[2], Теплый Д.Л.[3], Насунова Е.С.[3]

[1]Астраханская государственная медицинская академия,
[2]Волгоградский государственный медицинский университет,
[3]Астраханский государственный университет

Интенсивный, напряженный ритм жизни может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на организм. Стресс дезорганизует деятельность организма, его поведение, приводит к разнообразным психоэмоциональным нарушениям (тревожность, депрессия, неврозы, эмоциональная неустойчивость, упадок настроения или, наоборот, перевозбуждение, гнев, нарушения памяти, бессонница, повышенная утомляемость и др.). Поиск фармакологических средств коррекции изменений поведения, развивающихся на фоне стресса, является проблемой важной и актуальной. Цель нашей работы – изучение психомодулирующего действия нового производного ГАМК – сукцината фенотропила – в условиях информационно-физического стресса. Исследование проведено на 24 крысах линии Wistar. Животные были разделены на группы (n=8): контроль 1 – интактные особи; контроль 2 – информационно-физический стресс (чередование двух видов нагрузок: физической – плавание с грузом 10 % от массы тела, время «до предела» и информационной – формирование пищедобывательного поведения в многоальтернативном лабиринте); опытная группа, получавшая на фоне информационно-физического стресса сукцинат фенотропила внутрибрюшинно в дозе 50 мг/кг в течение 10 дней. Психоэмоциональное состояние животных оценивали в тесте «Приподнятый крестообразный лабиринт».

На фоне введения сукцината фенотропила у крыс опытной группы достоверно увеличилось время, проведенное на открытых (аверсивных) рукавах в 3,2 раза, уменьшилось время посещения более безопасной темной зоны лабиринта на 16,7 %; увеличился исследовательский компонент поведения («свешивания» с открытых рукавов лабиринта на 40 %, «выглядывания» из темных отсеков в 2,3 раза, переходы через центр в 2,4 раза), уменьшилось число актов кратковременного груминга в 2,4 раза по сравнении со стрессированными животными.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о способности сукцината фенотропила устранять нарушения поведения в условиях информационно-физического стресса.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕГАПОЛИСА

Шибанов В.Е., Рвачева Г.В., Алешко О.В., Карпов А.В., Антонов А.Р.

Департамент связи и телекоммуникаций мэрии, Новосибирск, Россия
Главное управление здравоохранения мэрии, Новосибирск, Россия
Городская клиническая больница № 25, Новосибирск, Россия
Поликлиника № 1, Новосибирск, Россия

Здравоохранение – это особая сфера деятельности государства по обеспечению прав

граждан на жизнь и здоровье, в связи с чем оно должно стать одним из самых приоритетных направлений в политической, экономической и социальной жизни страны и общества, что и отражено в Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2020 года. Формирование единого информационного пространства во многом обеспечивает эффективное управление системой охраны здоровья населения, в том числе в части реализации государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, что и определяет основную цель информатизации российской системы здравоохранения: повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса информационного взаимодействия между учреждениями и организациями системы здравоохранения, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также федеральными органами исполнительной власти, обеспечивающими реализацию государственной политики в области здравоохранения. Основным сектором национальной системы здравоохранения РФ является муниципальное здравоохранение, в котором сосредоточена большая часть кадровых и материально-технических ресурсов отрасли. Начиная с 2002 г. вопросы информатизации становятся приоритетными в деятельности мэрии г. Новосибирска. Принята программа «Электронный Новосибирск», основной целью которой является оптимизация работы муниципалитета на базе использования современных информационных и телекоммуникационных технологий, а в числе первоочередных задач значилось: создание системы максимально эффективного управления всеми звеньями городского хозяйства и социальной сферы. Поэтому в настоящее время в системе здравоохранения Новосибирска, при активной работе с департаментом связи и телекоммуникаций, сложились следующие приоритетные направления применения информационных технологий (этапы внедрения):

– автоматизация системы организации работы скорой медицинской помощи с возможностью взаимодействия и преемственности с амбулаторной и госпитальной системами;

– реализация программы «Единая электронная регистратура» для амбулаторно-поликлинического звена с автоматизацией основных процессов медицинской деятельности, а также информационное взаимодействие с системами госпитальной и неотложной (скорой) помощи;

– автоматизация рабочих мест специалистов амбулаторно-поликлинической сети с объединением их в единую сеть на территории города, включающую параклинические службы (лабораторию, лучевую диагностику, функциональную диагностику и т. д.);

– создание электронной карты пациента;

– информатизация госпитальной системы во взаимодействии с системами амбулаторной и неотложной (скорой) помощи.

Закончены работы по переводу аналоговых систем связи 03 в цифровую систему на основе современной цифровой АТС, что позволило полностью централизовать вызовы 03 во всех 10 районах города. Все (150) машины скорой помощи в Новосибирске включены в систему навигации (ГЛОНАСС-GPS). Модернизация амбулаторно-поликлинической системы с внедрением общегородской системы «Единая регистратура» в настоящее время проводится в Новосибирске. В составе «Единой регистратуры» функционирует центр обработки вызовов с единым городским номером и системой записи переговоров, идет процесс запуска в эксплуатацию технологий самозаписи через информационные терминалы (как собственные муниципальные, так и терминалы по приему коммунальных и прочих платежей; в дальнейшем рассматривается возможность использования и банковских терминалов), а также технологий записи к врачу посредством сети Интернет. Создан и функционирует единый медицинский портал города, где отрабатываются новые технологии медицинской статистики, собрана законодательная база отрасли, система приказов и указаний муниципального и областного уровня здравоохранения, введена система планирования работы отрасли. Однако, на уровне муниципального здравоохранения, необходимо признать следующее – невозможно одновременно обеспечить финансовыми и материальными ресурсами все стационары города, нет унифицированной МИС, медицинский персонал не подготовлен к внедрению информационных технологий в медицинскую практику стационара. На наш взгляд наиболее перспективным решением этой проблемы является поэтапное горизонтальное внедрение IT технологии:

– создание муниципальной инфраструктуры здравоохранения (корпоративной сети стационаров, поликлиник и станции «скорой помощи»);

– координация действий городской службы госпитализации и приёмных покоев, отделов статистики;

– 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 прогнозировать 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 бальной 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±1,81; пожилого возраста – 8,7±2,08; старческого возраста – 9,7±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±2,48 и 6,78±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.