

А.В. Жаров // Харківська хірургічна школа. – 2010. – №4(42). – С. 103-109.

Boyko V.V. Methods of investigation of disorders of the microcirculation level in the systemic circulation / V.V. Boyko, A.A. Pavlov, A.V. Zharov // Kharkiv surgical school. – 2010. – № 4 (42). – P. 103-109.

3. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учебное пособие / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 623 с.

Internal disease. Liver, biliary tract, pancreas: study guide / G. E. Roytberg, A.V. Strutytsky. – M.: Medpress-inform, 2016. – 623 p.

4. Вопросы гепатологии: учебное пособие / В.В. Малеев, И.Г. Ситников, М.С. Бохонов. – СПб.: изд-во SpecLit, 2016. – 367 с.

Hepatology questions: textbook / V.V. Maleev, I.G. Sitnikov, M.S. Bokhonov. – SPb.: publishing house SpecLit, 2016. – 367 p.

5. Ивашкин В.Т. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени (методические рекомендации) / В.Т. Ивашкин. – М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2015. – 38 с.

Ivashkin V.T. Diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease (guidelines) / V.T. Ivashkin. – M.: ООО «Publishing house» M-Vesti», 2015. – 38 p.

6. Красников В.Е. Патология микроциркуляции и периферического кровообращения: учеб. пособие / В.Е. Красников. – Владивосток, 2013. – 126 с.

Красников В.Е. Патология микроциркуляции и периферического кровообращения: учеб. пособие / В.Е. Красников. – Владивосток, 2013. – 126 с.

Krasnikov V.E. Pathophysiology of microcirculation and peripheral circulation: tutorial / V.E. Krasnikov. – Vladivostok, 2013. – 126 p.

7. Львов Н.Д. Ключевые вопросы диагностики Эпштейна-Барр вирусной инфекции / Н.Д. Львов, Е.А. Дудукина // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2013. – №3. – С. 24-33.

L'vov N.D. Key issues in the diagnosis of Epstein-Barr virus infection / N.E. L'vov, E.A. Dudukina // Infectious diseases: news, opinions, education. – 2013. – № 3. – P. 24-33.

8. Неалкогольная жировая болезнь печени: пособие для врачей / И.В. Маев, Д.Н. Андреев, Д.Т. Дичева. – М.: Прима Принт, 2017. – 64 с.

Non-alcoholic fatty liver disease: a guide for doctors / I.V. Maev, D.N. Andreev, D.T. Dicheva, E. – M.: Prima Print, 2017. – 64 p.

9. Попкова С.М. Иммунная система человека в условиях неблагоприятной экосреды / С.М. Попкова, С.И. Лещук // Экология и окружающая среда. – 2017. – №1. – С. 24-28.

Popkova S. M. The human immune system in a dysfunctional environment / S. M. Popkova, S. I. Leshchuk // Ecology and environment. – 2017. – № 1. – P. 24-28.

10. Сакиев К.З. Влияние факторов окружающей среды на состояние гепатобилиарной системы населения, проживающего в экологи-

чески неблагоприятных регионах / К.З. Сакиев, Л.С. Батырбекава // Медицина и экология. – 2015. – №4. – С. 8-15.

Sakiev K.Z. The influence of environmental factors on the condition of the hepatobiliary system of the population living in ecologically unfavorable regions / K.Z. Sakiev, S.L. Batyrbekova // Medicine and ecology. – 2015. – № 4. – P. 8-15.

11. Фролов В.М. Проблемы оцінки імунітету та мікрогемодинаміки у осіб з вторинними імунodefіцитами / В.М. Фролов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наукових праць. – Київ; Луганськ, 1998. – Вип. 2. – С. 188-197.

Frolov V.M. Problems in the assessment of immunity and microhemodynamics in persons with secondary immune deficiencies / V.M. Frolov // Problems of ecological and medical genetics and clinical immunology: collection of scientific works. – Kyiv; Lugansk, 1998. – Vol. 2. – P. 188-197.

12. Фролов В.М. Иммунологические и микрогемодинамические нарушения при патологии печени и их коррекция / В.М. Фролов, Б.П. Романиук, А.М. Петруня. – Луганск: изд-во ЛМИ, 1994. – Т.1. – 194 с.

Frolov V.M. Immunological and microhemodynamics disorders in liver pathology and their correction / V.M. Frolov, B.P. Romaniuk, A.M. Peterunya. – Lugansk: publishing house of LMI, 1994. – V.1. – 194 p.

С.А. Евсеева, М.С. Саввина, Т.Е. Бурцева, Я.А. Мунхалова, В.Г. Часнык

## ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСОВ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА

DOI 10.25789/UMJ.2018.62.26  
УДК 616-053.2(571.56)

В статье рассмотрены результаты использования автоматизированного комплекса диспансерных осмотров (АКДО) в районах Республики Саха (Якутия). В ходе работы выявлены основные организационные подходы при исследовании состояния здоровья детей и определено наиболее выгодное использование АКДО в РС(Я) для улучшения качества проведения профилактических осмотров.

**Ключевые слова:** дети, АКДО, профилактические осмотры.

The article discusses the results of the use of automated complex of dispensary examinations (ACDE) in the regions of the Republic Sakha (Yakutia). In the course of the work we revealed main organizational approaches in the study of the health status of children, and the most advantageous use of ACDE in the Republic Sakha (Yakutia) to improve the quality of preventive examinations.

**Keywords:** children, ACDE, preventive examinations.

**Введение.** В практической педиатрии наиболее эффективна стратегия раннего вмешательства. Она основана на максимально раннем распознавании отклонений от нормального развития или начинающегося заболевания

и своевременной коррекции среды и вызвавших их условий жизни. Обнаружить детей, подверженных риску развития того или иного заболевания, помогают скринирующие тесты и системы, ориентированные на различные виды патологии. Наилучшие результаты демонстрируют универсальные системы, предназначенные для многопрофильного скрининга. К таким системам, в частности, относится комплекс АКДО, получивший широкое распространение в педиатрической службе России [1]. АКДО – автоматизированный комплекс диспансерного обследования детей и подростков. Разработан в 1991 г. Научно-исследо-

вательским и конструкторско-технологическим институтом биотехнических систем Министерства образования и науки РФ совместно со специалистами Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. Система АКДО выдает решение о наличии патологии или степени ее вероятности и ориентирует на тактику дальнейшего наблюдения и консультирования ребенка. Расчет спектра патологии обеспечивается в следующих областях: ревматология, кардиология, кардиология в аспекте нейроциркуляторной дистонии, иммунология в аспекте иммунодефицитных состояний, невропатология, эндокринологи-

ЯНЦ КМП: **ЕВСЕЕВА Сардана Анатольевна** – м.н.с., sarda79@mail.ru, **САВВИНА Майя Семеновна** – к.м.н., с.н.с., maya\_savvina@mail.ru, **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., зав. лаб., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, bourtsevat@yandex.ru, **МУНХАЛОВА Яна Афанасьевна** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой, tokmacheva@mail.ru, **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф. СПбГПМА, chasnyk@gmail.com.

гия, пульмонология, отоларингология, гастроэнтерология, аллергология, нефрология, гематология, офтальмология, ортопедия, логопедия, хирургия, фтизиатрия, онкология, питание, психоневрология, дерматология, стоматология, генетика, активность процесса ВИЧ-инфекции.

Результаты обследования ребенка, представленные в заключении АКДО, наглядно демонстрируют состояние здоровья ребенка в виде «развернутой карты» и «высвечивают» его наиболее уязвимые места. Для профилактической работы крайне важно то обстоятельство, что медицинский работник получает перечень профилей, где едва намечены патологические отклонения. Таким образом, ребенок попадает в зону минимального риска или пограничного состояния [2].

**Цель:** изучить особенности работы системного комплекса АКДО в районах РС(Я) и выявить наиболее подходящие варианты для работы АКДО в районах РС(Я) для улучшения качества профилактических осмотров.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ применения АКДО в районах РС(Я) с учетом численности проживающих детей. Рассчитано примерное время осмотра по АКДО и определено необходимое количество автоматизированных комплексов для эффективности проведения медицинских осмотров на местах.

**Результаты и обсуждение.** Пилотным проектом в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» внедрена технология АКДО в 10 районах РС(Я): Анабарском, Абыйском, Оленекском, Булуномском, Усть-Янском, Аллаиховском, Нижнеколымском, Среднеколымском, Жиганском, Кобяйском.

Использование данной технологии на местах позволило выявить проблему кадрового обеспечения. В арктических и северных районах фактически работают 1 или 2 педиатра, которым вменена обязанность по работе в системе АКДО. Время обследования 1 ребенка на аппарате АКДО в среднем занимает 20-25 мин.

Для оценки возможности применения автоматизированных систем профилактических осмотров в районах Крайнего Севера Якутии в качестве модельного объекта был выбран Оленекский район.

Оленекский район расположен в северо-западной части Республики Саха (Якутия), за полярным кругом в арктической зоне. Расстояние от пос. Оленек (районного центра) до г. Якутска составляет 2020 км. В районе имеется 4 населенных пункта: Оленек (732 ре-

бенка), Харыялах (286 детей), Жилинда (207 детей), Эйик (124 ребенка). Эйик и Жилинда – труднодоступные и отдаленные населенные пункты, связь с ними осуществляется в зимнее время по автозимнику, в летнее время – по реке, кроме того, есть возможность воспользоваться воздушным путем. Расстояние от пос. Оленек до с. Жилинда воздушным путем составляет 195 км, по автозимнику – 300 км, на автомашине поездка занимает 9 ч. Расстояние от пос. Оленек до с. Эйик воздушным путем составляет 350 км, по автозимнику – 600 км, на автомашине поездка занимает более 24 ч.

Население района составляет 4155 чел. Численность населения Оленекского района представлена в табл.1. Плотность населения 0,0012 чел. на 1 км<sup>2</sup>.

Фактическая недоступность специализированной, высококвалифицированной медицинской помощи и медицинского обслуживания превышает затраты жителей района во много раз, чем затраты городских жителей, проживающих в непосредственной близости от медицинских учреждений.

Лечебно-профилактическую работу в районе проводят Оленекская ЦРБ, Жилиндская участковая больница, Харыялахская врачебная амбулатория, Эйикская участковая больница. Лицензию на обслуживание детей имеет только Оленекская ЦРБ.

Врачей общей практики в Оленекском районе – 1, педиатров – 2. Наслеги имеют статус малокомплектных участков, в участковых больницах наслегов (села Жилинда, Харыялах) работают врачи терапевты, в с. Эйик работает врач общей практики.

С использованием автоматизированной системы АКДО в Оленекском районе обследовано 166 детей, из них в Оленьке – 117, в селах Жилинда – 31, Харыялах – 16, Эйик – 2 детей. Результаты обследования представлены в табл.2.

В результате исследования выявлена высокая заболеваемость детского населения Оленекского района РС(Я). Наиболее часто зарегистрирована па-

Таблица 1

Динамика численности и возрастной структуры детского населения в Оленекском районе

Показатель	Год		
	2010	2011	2012
Численность населения всего	4028	4113	4155
Дети от 0 до 17 лет	1349	1372	1376
в т.ч. от 0 до 14 лет	1104	1127	1142
подростки	245	246	234
дети до 1 года	95	80	99

Таблица 2

Количество и частота патологий по профилям патологии в Оленекском районе РС(Я)

Наименование	Все дети		
	все-го	маль-чики	девоч-ки
Всего обследованных	166	82	84
Всего здоровых детей	2	0	2
Всего детей с патологией	164	82	82
Кардиология	92,8	92,7	92,9
Эндокринология	51,2	56,1	46,4
Офтальмология	40,4	36,6	44,0
Стоматология	36,7	36,6	36,9
Пульмонология	21,1	24,4	17,9
Невропатология	20,5	26,8	14
Аллергология	13,3	14,6	11,9
Ортопедия	12,0	18,3	6,0
ЛОП	11,4	13,4	9,5
Гастроэнтерология	7,2	7,3	7,1

тология по нозологическим классам: «Кардиология» (92,8%), «Эндокринология» (50,3%), «Офтальмология» (40,4%), «Стоматология» (36,7%), «Пульмонология» и «ЛОП». Таким образом, очевидна целесообразность проведения подобного рода профилактических осмотров.

Поскольку словарь описания состояния ребенка в терминах АКДО включает в себя жалобы и симптомы, регистрируемые на доврачебном уровне, данной методикой может овладеть средний медицинский персонал. Данный факт особенно важен для районов, где существует проблема недостаточной укомплектованности врачебными кадрами.

Таблица 3

Примерный расчет сроков проведения профилактических осмотров при использовании технологии АКДО в районах с численностью детского населения 1000-4000 чел.

Нагрузка специалиста	Сроки проведения профилактических осмотров при использовании технологии АКДО
Количество месяцев осмотра по АКДО за 1-й год, если будут осматривать по 10 детей в день	За 6-9 мес.
Количество месяцев по АКДО, если будут осматривать по 30 детей в день	За 2-4 мес.

Таблица 4

Примерный расчет сроков проведения профилактических осмотров при использовании технологии АКДО в районах с численностью детского населения 4000-8000 чел.

Нагрузка специалиста	Сроки проведения профилактических осмотров при использовании технологии АКДО
Количество месяцев осмотра по АКДО за 1-й год, если будут осматривать по 10 детей в день	За 16-40 мес. (на 1 аппарате)
Количество месяцев по АКДО, если будут осматривать по 30 детей в день	За 5-13 мес. (на 1 аппарате АКДО)

На втором этапе рассчитали примерное время, которое понадобится для проведения осмотра на автоматизированном комплексе, исходя от количества детского населения, проживающего в разных районах РС(Я). Также рассчитали количество необходимых аппаратов (табл.3-4).

**Вывод.** В районах РС(Я) для обследования автоматизированными комплексами диспансерных осмотров

можно задействовать средний медицинский персонал, так как это повысит эффективность проведения медицинских осмотров выездными бригадами. В результате обследования пациенты будут отобраны для консультации узкими специалистами. В идеале АКДО можно было бы успешно использовать на уровне школ. По нашим подсчетам, в районах с численностью до 4000 детей необходим один автоматизирован-

ный комплекс, 5000-8000 детей – два автоматизированных аппарата, если будет освобожденный специалист, работающий на этом аппарате.

### Литература

1. Воронцов И.М. Создание и применение автоматизированных систем для мониторинга и скрининговой диагностики нарушений здоровья / И.М. Воронцов, В.В. Шаповалов, Ю.М. Шерстюк. – СПб.: Изд-во «Коста», 2006. – С.331.

Vorontsov I.M. Creation and application of automated systems for monitoring and screening diagnostics of health disorders / I.M. Vorontsov, V.V. Shapovalov, Y.M. Sherstyuk. – SPb.: Ed. «Costa.», 2006. – P. 331.

2. Матальгина О.А. Формирование индивидуальных профилактических мероприятий при выявлении минимальных рисков заболевания у детей в возрасте от 3 до 18 лет / О.А. Матальгина. – СПб., 2012. – С.76.

Matalygina O.A. Formation of individual preventive measures in identifying minimal risks of the disease in children aged 3 to 18 years / O.A. Matalygina. – SPb., 2012. – P. 76.

## В.В. Савельев, М.М. Винокуров, В.П. Егорова, Т.В. Ялынская ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

DOI 10.25789/YMJ.2018.62.27  
УДК 616.149-008.341.1-089

Для оценки эффективности вазоактивной терапии синтетическими аналогами соматостатина при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода проведен ретроспективный анализ результатов комплексного лечения пациентов с циррозом печени и синдромом портальной гипертензии. Представленный клинический опыт применения синтетических аналогов соматостатина в комплексной терапии при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода позволяет рекомендовать их широкое использование в практике urgent surgical clinics.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, вазоактивная терапия.

To evaluate the effectiveness of vasoactive therapy with synthetic somatostatin analogues at acute esophageal variceal bleeding in patients with hepatic cirrhosis with portal hypertension syndrome a retrospective analysis of the results of a comprehensive treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension syndrome was done. The presented clinical experience of the use of synthetic somatostatin analogues in complex therapy at acute esophageal variceal bleeding allows recommending their wide use in the practice of urgent surgical clinics.

**Keywords:** hepatic cirrhosis, portal hypertension, esophageal variceal bleeding, vasoactive therapy.

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный ун-т им. М.К. Аммосова»: САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич – д.м.н., проф., vvsaveliev@mail.ru, ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой, mmi\_mi@gambler.ru, ЕГОРОВА Варвара Прокопьевна – аспирант, varchik19@mail.ru, ЯЛЫНСКАЯ Татьяна Вадимовна – клинический ординатор, barbuzyaka@mail.ru.

**Введение.** Достоверно известно, что среди ряда многочисленных причин желудочно-кишечных кровотечений варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) составляет не менее 5-10% [12]. У большинства пациентов с циррозом печени (ЦП) возникает синдром портальной гипертензии (СПГ), который более чем в 60-70% случаев осложняется развитием желудочно-ки-

шечного кровотечения [3]. Как утверждают [1], даже после первого эпизода кровотечения в более 30% случаев возникает смертность, а в 50-70% случаев возникает его рецидив. Лечение осложнений СПГ, в особенности кровотечений из ВРВП, остается и по настоящее время актуальной проблемой urgent gastroenterology в связи с высокой летальностью и большим ко-