

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (217) ЯНВАРЬ 2022



ОТ РЕДАКЦИИ



...Как вожделенно жаждет век
Нащупать брешь у нас в цепочке.
Возьмемся за руки друзья
Чтоб не пропасть поодиночке.
Булат Окуджава

Уважаемые наши читатели, дорогие коллеги!

Новый 2022 год - встречаем пока еще в «ковидном» напряжении, в тревоге.

И именно поэтому наши новогодние пожелания всем жителям нашего края, в первую очередь, здоровья, здравомыслия, ответственного отношения к себе и своим родным и близким.

Нарядные елки, огни гирлянд и фейерверки, добрые пожелания, новогодние подарки - всё это есть в нашей жизни! Есть победы и успехи! За почти два года пандемии вопросы оказания медицинской помощи, сохранения здоровья стали еще более злободневными. Да, более активно стали освещаться в публичном пространстве примеры не только профессионализма, но и самоотверженности и даже героизма медиков.

Но одновременно с этим ситуация обострила, явно выяснила и проблемы, накопившиеся в здравоохранении.

Есть невосполнимые утраты. Но есть и профессиональные потери вследствие накопившейся усталости, эмоционального перенапряжения, выгорания. Итог: уход из профессии.

Думаем, что и в профессиональном сообществе, и в обществе в целом есть и понимание далеко не радужных отдаленных последствий происходящего...

К сожалению, реальная действительность достаточно сложная, если не сказать драматичная... Да, безусловно, медики готовы преодолевать трудности (и они это наглядно доказывают - и не только в период противостояния пандемии). Но нужно осознавать, что ситуация в целом в отрасли требует, действительно, незамедлительных и всесторонних мер. Прежде всего, требует решения беспрецедентный дефицит медицинских кадров - и врачей, и средних медицинских работников! Не случайно губернатор края В.П. Томенко в сентябре 2021 года на заседании регионального правительства констатировал, что обеспеченность врачами в крае самая низкая за последние 30 лет. Алтайскому краю на тот момент не хватало более 660 врачей и 800 сотрудников среднего звена. Из работающих более чем 8000 врачей более 27% - это уже лица пенсионного возраста. Аналогичная ситуация со средним медицинским персоналом: более 17% из 22000 работающих также пенсионного возраста.

Да, безусловно, ситуация с выездом за пределы края кадров в какой-то степени связана с существенно различающимися уровнем оплаты труда медиков в разных регионах России. И эту проблему мы ни один раз транслировали на федеральный уровень.

Но не в этом, на наш взгляд, главная проблема. Все-таки большое значение имеют и уровень профессиональной удовлетворенности специалистов, возможность их сначала получить и затем максимально реализовать свои навыки и умения. Особая тема - морально-психологический климат, отношение к медицинским работникам в обществе, взаимоотношения в профессиональной среде. Исключительно «административное управление», когда серьезнейшая кадровая проблематика выражается в основном арифметическими терминами «убыто-прибыло» (а из публичных дискуссий на разных уровнях почему-то остается именно такое впечатление), на наш взгляд, малозэффективна.

Именно поэтому создание и обеспечение реальной деятельности медицинских палат, как республиканской, так и региональных, рассматривалось нами как существенный прорыв в управлении профессиональной деятельностью врачей, медицинских сестер, фельдшеров и акушерок. И мы об этом не раз писали. Действенное содействие развитию таких саморегулируемых организаций, призванных представлять интересы медицинских работников перед государством и обществом, обеспечивающих непрерывное образование, контроль качества и т.д. - позволило бы эффективнее решать большинство профессиональных вопросов, исключило бы создание «суррогатных» общественных организаций в этой сфере, порой с совершенно непонятными задачами и полномочиями.

Согласны со ставшим уже расхожим мнением, что здания больничных комплексов можно построить, современное оборудование экстренно закупить - только без медицинских кадров система работать НЕ БУДЕТ! Поэтому только долгосрочная адекватная кадровая политика будет определять: будем или нет и в дальнейшем такими же темпами терять из краевых учреждений и клиницистов, и управленцев с опытом работы! Будет ли молодежь, оканчивающая ординатуру, искать, и зачастую находить «правовые основания», не приступать к работе в ждущих их медицинских организациях! Будут ли обладать некоторыми «супернавыками» по умению управлять качеством и доступностью медицинской помощи, мотивировать на это вверенные им коллективы руководители медицинских организаций и их структурных подразделений, при условии, что контракты с ними заключают (и неоднократно перезаключают) на крайне короткий срок... Будет ли критерием при подборе кадров на руководящие должности в отрасли наряду с «медицинским» профессионализмом и впредь учитывать такие личные качества назначаемцев, как социальная зрелость, эмпатия к сотрудникам и пациентам, способность мотивировать коллектив, ответственность. Всё то, что является особым талантом руководителя в такой значимой социальной сфере. Сохранится ли проявившаяся странным образом практика пытаться решать, привлекая к дискуссии СМИ, некоторые вопросы реорганизаций и кадровых перемещений в медицинских организациях?

Неблагоприятные тренды в кадровой политике чреваты порождением атмосферы «временщиков» и хватки «менеджеров»! Очевидно, что в обозначенных ситуациях девальвируется не только роль организаторов здравоохранения, но и представителей отрасли в целом.

Фактически и сегодня в профессиональной среде существует негласная оценка (рейтинги) и специалистов, и руководителей. И думаем, что они не менее значимы, чем формализованные регалии. Довольно активно специалистами в своей среде обсуждаются и меры по улучшению медицинской помощи в крае, но не все толковые и оправданные предложения вносятся на общественное обсуждение, в принимающие решения инстанции. А если и вносятся - иногда попросту игнорируются...

Убеждены, что профессиональное медицинское сообщество реально должно объединиться в интересах и медицинских работников, и пациентов - и это вопрос не «демагогический», а вопрос ответственности и инициативы обладающих лидерскими качествами специалистов, которыми наше региональное здравоохранение, несомненно, обладает.

Возьмитесь за руки, друзья! Чтоб не пропасть поодиночке...

И.В. Козлова,
главный редактор, сопредседатель
Регионального штаба ОНФ в Алтайском крае

6+

Содержание



**Вакцинация
от коронавируса
вошла в новый
календарь прививок**



**Ожирение и
COVID-19.
Уроки пандемии**



Язвенный колит



**Питание
беременной
женщины**



Болезнь и пациент

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"
Вакцинация от коронавируса вошла в новый календарь прививок 2-3

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА
И.А. Вейцман. Эндокринный «шлейф»
после перенесенного COVID-19 4-5

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"
Плюс одна госпрограмма 6

Медицина через 30 лет 7

А.К. Вигель. Ожирение и COVID-19. Уроки пандемии 8-10

Успех приходит с любовью к родной земле, семье, труду 11

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА
И.А. Вейцман, А.Д. Кузьмина.
Роль витамина K2 в профилактике остеопороза 12-13

КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
Наши возможности спасут жизни 14-15
Н.Н. Зяброва, Д.В. Гиганова.
Ревматоидный артрит - вопросы, на которые есть ответы 16-17

КГБУЗ «ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АЛТАЙСКОГО КРАЯ»
Е.В. Ларионова. Жизнь после COVID-19 18-19

Как изменятся выплаты и пособия 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
Л.В. Кацевман. Про антибиотики в вопросах и ответах 21-22
М.Е. Ковалева. Эхокардиография: что нужно знать пациенту 23-24

Значительные перемены в лечении 25

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА
Т.А. Болгова, М.О. Летуновская.
Питание беременной женщины: что важно знать? 26-27

КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
Т.Г. Лубянская. Язвенный колит 28-29

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО
А.А. Голенко. «Нас вдохновляют успехи наших пациентов» 30-31

Как выбрать мясные полуфабрикаты 32-33

Физкультура в школе обязательна для всех 34

И.А. Вейцман, А.В. Авцинова. Роль микронутриентов и витаминов
в профилактике и лечении Covid-19 35

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА
С.Д. Яворская, Т.В. Отморская, Д.В. Орлова.
COVID-19: беременность и вакцинация 36-37

КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
А.Н. Позднякова, О.Г. Жгут. Беременность и почки 38-40

СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА
А.В. Лобанова. Болезнь и пациент.
Тактика поведения медицинского персонала 41-44



Эндокринный «шлейф» после перенесенного COVID-19



**Инна Александровна
ВЕЙЦМАН,**
кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог
высшей
квалификационной
категории, доцент
кафедры
поликлинической
терапии ФГБОУ ВО
«Алтайский
государственный
медицинский
университет», член
Редсовета журнала

Эпидемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), объявленная ВОЗ 6 февраля 2020 года, до сих пор не побеждена. Она набирает обороты, приходят новые штаммы, и мы, клиницисты, видим разные проявления одной и той же болезни.

Возбудитель этого заболевания - вирус SARS-CoV2 - внедряется через естественные рецепторы организма АПФ-2, которые имеют большое представительство в организме человека. Таким образом лёгкие и сердечно-сосудистая система, эндокринные органы (гипоталамус, поджелудочная и щитовидная железа) не остаются «незамеченными», и в разгар заболевания они становятся мишенью для коронавируса. Из-за таких особенностей и «вседозволенности вируса» у некоторых пациентов во время заболевания COVID-19 повышается уровень гликемии (сахара в крови) и нарушается функция щитовидной железы.

Рассмотрим три важные патологии, которые могут развиться после перенесенного COVID-19: сахарный диабет 1 или 2 типа, ожирение, тиреотоксикоз или гипотиреоз.

Проблема 1. Во время острой фазы COVID-19 впервые обнаружено повышение уровня глюкозы в крови.

Причин может быть несколько:

- поражение В-клеток поджелудочной железы коронавирусом, что может привести к абсолютному дефициту инсулина и развитию сахарного диабета 1 типа (который требует пожизненного применения инсулина) или относительному дефициту инсулина, когда этого его количества недостаточно, чтобы провести глюкозу из крови в клетку, что происходит в условиях малой чувствительности к инсулину (синдром инсулинорезистентности) у лиц с ожирением, и ведет к развитию сахарного диабета 2 типа;

- нарушение центральных механизмов регуляции глюкозы (поражение головного мозга);

- применение для лечения COVID-19 медикаментозных препаратов, повышающих уровень глюкозы в крови (например, дексаметазон, преднизолон, метилпреднизолон, гидрокортизон).

Поэтому достаточно трудно определить, что конкретно произошло у данного пациента с углеводным обменом во время острой фазы COVID-19. Такое состояние может быть временным (транзиторным), а может перейти в хроническое заболевание, требующее пожизненного применения немедикаментозного и медикаментозного лечения. Но независимо от причины повышения уровня глюкозы во время заболевания проводится медикаментозная коррекция уровня глюкозы, как правило, препаратами инсулина. Из стационара такой пациент может быть выписан с диагнозом «сахарный диабет впервые выявленный неклассифицируемый». Это означает, что на амбулаторном этапе (после выздоровления) врач-эндокринолог или врач-терапевт проведет ряд исследований (в том числе в рамках углубленной диспансеризации после перенесенного COVID-19) для уточнения диагноза «сахарный диабет», а возможно, и сня-



**Кто не был -
тот будет,
кто был -
не забудет
(про COVID-19)**



тия этого диагноза. Поэтому нужно очень внимательно отнестись к здоровью, если у вас было повышение уровня глюкозы!

Алгоритм действий пациента с впервые установленным сахарным диабетом во время COVID-19:

- соблюдайте диету с исключением сахара, продуктов на сахаре (печенье, варенье, вафли и другое), фруктовых соков (даже без сахара), винограда, инжира, белых каш (манной, рисовой), белого хлеба;

- продолжите сахароснижающую терапию, указанную в выписке, до визита к врачу-эндокринологу. Не отменяйте инсулин!;

- сразу запишитесь на консультацию к врачу-эндокринологу;

- приобретите глюкометр и обязательно измеряйте уровень глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды, результаты записывайте в дневник самоконтроля (его обязательно возьмите на прием к врачу-эндокринологу).

Проблема 2. После перенесенного COVID-19 стал увеличиваться вес.

Причины этому:

- *повышение аппетита центрального генеза* (нарушение в работе центра голода);

- *гиподинамия*;

- *увеличение инсулинорезистентности во время заболевания*, которое привело к «голоданию» клетки и повышению аппетита;

- *применение в лечении COVID-19 медикаментозных препаратов, повышающих вес* (например, дексаметазон, преднизолон, метилпреднизолон, гидрокортизон).

Прибавка веса опасна своими метаболическими и гемодинамическими последствиями: повышением уровня глюкозы, липидов, мочевой кислоты, артериального давления. Поэтому без внимания динамику веса оставлять нельзя!

Алгоритм действий пациента с прибавкой веса после перенесенного COVID-19:

- пересмотрите свой рацион с уменьшением суточного калоража



на 600 калорий, ограничьте до минимума выпечку, сладкие и жирные продукты (сыр, майонез, масла, семечки), обязательно в каждый прием пищи добавляйте зелень и овощи без заправки калорийными соусами, употребляйте достаточное количество «правильного» белка (морские продукты, говядина, кролик, курица, яичный белок);

- добавьте движения в свой образ жизни;

- принимайте достаточное количество жидкости в сутки (не менее 2,5 литров);

- обязательно посетите врача-эндокринолога, который назначит вам необходимое дообследование и при необходимости направит к диетологу.

Помните, что вес обратим при правильном подходе и мотивации!

Проблема 3. После перенесенного COVID-19 возникли проблемы с щитовидной железой.

Возможные причины:

- *деструкция клеток щитовидной железы при вирусной агрессии*, что может привести к нарушению функции и структуры щитовидной железы

- *запуск или прогрессирование аутоиммунного процесса*, если ранее (до COVID-19) были такие заболевания, как аутоиммунный тиреоидит, диффузно-токсический зоб;

- *применение для лечения нарушений сердечного ритма при COVID-19 медикаментозных препаратов, оказывающих влияние на щитовидную железу* (амиодарон, кордарон).

Алгоритм действий пациента с подозрением на нарушение функционирования щитовидной железы после перенесенного COVID-19:

- консультация эндокринолога с проведением УЗИ щитовидной железы, исследований ТТГ, Т4св, Атк ТПО, АТ к рецептору ТТГ (по показаниям) в следующих случаях: боль в области щитовидной железы; непрекращающееся сердцебиение (тахикардия) после перенесенного COVID-19; резкое снижение или набор веса после перенесенного COVID-19; наличие в анамнезе таких заболеваний, как аутоиммунный тиреоидит, диффузно-токсический зоб; прием препаратов Л-тироксина, тирозола для коррекции дозы (при необходимости) после перенесенного COVID-19.

Вирус SARS-CoV-2 оставляет после себя ощущенный «шлейф» в организме человека, в том числе и в эндокринной системе. Но помните, что правильное и своевременное обращение к врачу, должна мотивация и выполнение рекомендаций позволят вам сохранить здоровье, даже после перенесенного COVID-19! ☺



Ожирение и COVID-19. Уроки пандемии



Алла Константиновна ВИГЕЛЬ,
главный внештатный специалист-эндокринолог министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая отделением эндокринологии, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Согласно определению ВОЗ, ожирение - это патологическое накопление жира, представляющее риск для здоровья. Соответственно, это не просто эстетическая проблема, а хроническое, прогрессирующее заболевание.

За последние десятилетия распространенность ожирения резко увеличилась во всем мире. Ожирение приобрело характер общемировой эпидемии. Тревогу вызывает тот факт, что с наибольшей скоростью частота ожирения и избыточной массы тела распределяется среди детей. Кроме того, количество людей с ожирением значительно возрастает в тех странах, где раньше оно практически не встречалось - в Южной и Центральной Америке, Юго-Восточной Азии, Австралии, Африке.

Около 13% взрослого населения планеты (11% мужчин и 15% женщин) страдают ожирением. В России, по данным популяционного исследования ЭССЕ-РФ, распространенность ожирения среди взрослого населения составляет 29% (у женщин 31%, у мужчин 27%). **Алтайский край сегодня относится к регионам с самой высокой в России распространенностью ожирения.**

По прогнозам, если тенденции заболеваемости ожирением сохранятся, то к 2030 году 60% населения мира могут иметь избыточный вес (2,2 миллиарда человек) или ожирение (1,1 миллиарда человек).

В чем опасность ожирения

Ожирение - это многофакторное заболевание, которое возникает в результате положительного баланса энергии, когда количество энергии, обеспечиваемое потребляемой пищей, превышает затраты энергии в ходе жизнедеятельности. Этот избыток энергии откладывается в жировых депо, приводя к появлению избыточной массы тела, а впоследствии - к развитию ожирения.

Ожирение значительно снижает ожидаемую продолжительность жизни человека, способствуя развитию кардиометаболических нарушений и неметаболических заболеваний.

Как определить есть ли ожирение?

Для диагностики ожирения используется индекс массы тела (ИМТ). Он рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах.

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$$

• Нормальные показатели ИМТ находятся в пределах 18,5-24,9;

• ИМТ равное или более 25 классифицируется как наличие излишней массы тела;

• ИМТ равное или более 30 - ожирение;

• ИМТ равное или более 40 (при наличии серьезных осложнений - ИМТ равное или более 35) - морбидное ожирение.

Важно оценивать распределение жира в организме. Центральное или висцерально-абдоминальное ожирение (в форме «яблока»), которое чаще встречается у мужчин, опаснее в плане развития метаболических нарушений и сердечно-сосудистых рисков, чем ягодично-бедренное (в форме «груши»), которое чаще бывает у женщин.

Характер ожирения определяется с помощью измерения окружности талии: более 102 см у мужчин и 88 см у женщин соответствует центральному ожирению.

Причины ожирения

В обществе существует мнение, что вес тела является наследственным признаком и его можно рассматривать как





индивидуальную особенность, данную природой, которую невозможно изменить, а не как результат внешних воздействий. *На самом деле развитие ожирения обусловлено сложным взаимодействием и внешних факторов, и индивидуальной наследственной предрасположенностью.*

Основными факторами развития ожирения принято считать изменившийся характер питания, преобладание в рационе полуфабрикатов и фастфуда, содержащих большое количество энергии, увеличение размера порций, нарушенный суточный ритм приема пищи, хронический стресс, расстройства пищевого поведения, а также современный малоподвижный образ жизни.

Нельзя недооценивать роль и генетического компонента в развитии ожирения. Было установлено, что вклад генетических факторов в вариабельность ИМТ может достигать 70-80%. Популяционные исследования распространности ожирения в различных этнических группах также подчеркивают влияние генетических особенностей.

Ожирение и COVID-19

По данным ВОЗ, в структуре заболеваемости COVID-19 преобладают люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями лёгких, онкологическими заболеваниями и ожирением.

Пациенты с ожирением имеют наиболее высокий риск тяжелого течения инфекции. Они чаще попадают в реанимационное отделение, более подвержены искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), для них характерна более высокая смертность. Так, при анализе данных пациентов с COVID-19 в возрасте до 60 лет в Нью-Йорке (США) отмечено, что в сравнении с пациентами без ожирения у людей с ожирением в три раза выше шанс попасть в отделение реанимации. Исследования показали, что риск ИВЛ у пациентов с инфекцией COVID-19, поступивших в отделение реанимации, в

Системы организма	Риск для здоровья
Сердечно-сосудистая	Инсульт. Ишемическая болезнь сердца. Сердечная недостаточность. Гипертензия.
Эндокринная	Сахарный диабет 2 типа. Синдром поликистоза яичников.
Пищеварительная	Неалкогольная жировая болезнь печени. Болезни желчного пузыря. Патология поджелудочной железы. Желудочно-пищеводный рефлюкс. Раковые заболевания кишечника, пищевода, желчного пузыря и поджелудочной железы.
Мочеполовая	Хроническая болезнь почек. Рак почки. Мочекаменная болезнь. Рак предстательной железы. Стрессовое недержание мочи (женщины). Сексуальная дисфункция (мужчины).
Дыхательная	Синдром обструктивного апноэ во сне. Синдром гиповентиляции при ожирении.
Опорно-двигательная	Артроз. Поражение межпозвонкового диска. Боль в пояснице. Нарушения структуры сухожилий, фасций и хрящей. Боль в ногах.
Репродуктивная	Нарушения менструального цикла. Неблагоприятный исход беременности. Бесплодие. Рак молочной железы. Рак эндометрия. Рак яичников.
Психическое здоровье	Депрессия. Расстройство пищевого поведения.



семь раз выше для тех, у кого имелось ожирение.

Исследователи из Великобритании предположили, что возможными механизмами влияния ожирения на тяжесть течения COVID-19 могут быть снижение защитного сердечно-легочного резерва и нарушение иммунитета, которые способствуют прогрессированию заболевания вплоть до развития критического состояния и органной недостаточности. Ожирение связано с нарушением функции макрофагальной и лимфоцитарной систем иммунитета. Вирус SARS-CoV-2 нарушает иммунный ответ у пациентов с тяжелым течением COVID-19, снижая количество Т-лимфоцитов. Исследователи предполагают, что дисфункция иммунного ответа у пациентов с ожирением усиливает этот эффект SARS-CoV-2 на функцию Т-клеток иммунитета.

Ожирение - источник системного хронического воспаления, поскольку сопровождается избыточной продукцией веществ, обеспечивающих мобилизацию воспалительного ответа организма, так называемых провоспалительных цитокинов. **Быстрое ухудшение состояния у пациентов с COVID-19 связано с провоспалительным цитокиновым штормом**, характеризующимся увеличением системного уровня этих веществ. Жировая ткань человека - основной источник интерлейкина-6 (ИЛ-6) и его рецептора ИЛ-6R, и обеспечивает резервуар для активации ИЛ-6 и каскадной передачи сигналов при вирусной инфекции. Распространение вируса из пораженных органов в окружающую их жировую ткань может занять несколько дней с последующим длительным выделением вируса, что способствует отсроченному цитокиновому шторму и последующему повреждению тканей.

Известно, что вирус SARS-CoV-2 для проникновения в клетки организма человека использует receptor ACE2, который работает в жировой ткани на значительно более высоком уровне, чем в ткани легких. Поскольку у пациентов с ожирением повышенено содержание жировой ткани в организме и, соответственно, количе-



ство ACE2-продуцирующих клеток, это приводит к повышенной выработке ACE2.

Комплексная регуляция метаболизма, необходимая для сложных клеточных взаимодействий и для эффективной защиты организма человека, **нарушается при ожирении**, что приводит к тяжелому течению инфекции COVID-19.

У пациентов с ожирением может наблюдаться более значительное выделение вируса, что предполагает больший риск заражения вирусом других людей, особенно, если несколько членов семьи имеют избыточный вес.

У пожилых людей развивается **саркопения** - возрастная потеря мышечной ткани, при этом уве-

личивается относительное содержание жировой ткани в организме, что помимо других факторов способствует тяжелому течению COVID-19.

При ожирении затрудняется уход за пациентами. Их труднее переворачивать, транспортировать, использовать визуализирующие методы исследования, а также лечить и реабилитировать.

Ожирение и COVID-19 взаимоотягочают друг друга. Необходимо направлять еще большие усилия на борьбу с ожирением и предотвращать ассоциированные с ним хронические заболевания, усиливающие негативные последствия пандемии. ☺

Основные подходы к лечению ожирения

► **Низкокалорийная диета 1200-1800 ккал в сутки с содержанием жира менее 25%.** Голодание не рекомендуется из-за отсутствия данных о его эффективности и безопасности в долгосрочном прогнозе.

► **Физические нагрузки в виде регулярных аэробных упражнений продолжительностью не менее 150 минут в неделю.** Они повышают вероятность удержания сниженного веса в течение длительного времени и способствуют сохранению мышечной массы.

► **Бariatрическая хирургия.** Является наиболее эффективным методом в лечении патологического (морбидного) ожирения.

► **Медикаментозная терапия:** средства, снижающие аппетит, ингибиторы всасывания жира, калоригенные средства. В арсенале российских врачей есть препараты, позволяющие воздействовать на ожирение и сопутствующую патологию: процессы голода и насыщения, снижение чувствительности к инсулину, развитие липотоксичности и хронического воспаления.

► **Поведенческая психотерапия.**





**Светлана Дмитриевна
ЯВОРСКАЯ,**

доктор медицинских наук,
профессор кафедры
акушерства и гинекологии
с курсом ДПО ФГБОУ ВО
«Алтайский
государственный
медицинский
университет», член
Редсовета журнала;



**Татьяна Валерьевна
ОТМОРСКАЯ,** заведующая
центром планирования
семьи и репродукции,
КГБУЗ «Родильный дом
№2, г.Барнаул»;



**Дарья Владимировна
ОРЛОВА,**

студентка 5 курса
института клинической
медицины ФГБОУ ВО
«Алтайский
государственный
медицинский
университет»

COVID-19: беременность и вакцинация

Беременность является, с одной стороны, физиологическим состоянием, с другой - это состояние иммуносупрессии, чтобы на половину чужеродное по генетике плодное яйцо смогло прикрепиться и развиваться в утробе матери.

Длительная иммуносупрессия повышает риск инфицирования беременной различными бактериальными и вирусными агентами. Доказано, что современная вспышка острого респираторного синдрома, вызванного коронавирусом (COVID-19), является серьезной угрозой для жизни и здоровья матери и плода.

Во время беременности врожденные и адаптивные иммунные реакции сменяются с воспалительного на противовоспалительный, чтобы предотвратить отторжение плода и способствовать пассивной передачи материнских антител плоду. Эти эффекты опосредуются прогестероном и эстрадиолом. Повышенный уровень эстрадиола подавляет существенное количество цитотоксических и врожденных воспалительных реакций иммунной системы и стимулирует повышенную продукцию лимфоцитами антител В. Иммунологически во время беременности повышается продукция антител за счет двойной стимуляции прогестероном и эстрадиолом, что более заметно в третьем триместре. Прогестерон также стимулирует выработку противовоспалительных агентов. Но несмотря на данные положительные эффекты вырабатываемых гормонов, риск возникновения тяжелых форм течения COVID-19 достаточно высок.

Для беременных женщин характерны те же клинические проявления COVID-19, что и у небеременных: лихорадка, кашель, миалгия, озноб, дисгевзия, утомляемость. Лабораторные изменения показателей крови включают в себя: повышение количества лейкоцитов и

снижение тромбоцитов, изменения в системе свертывания крови - гиперкоагуляция, что повышает риск возникновения тромбов. Наиболее частым диагностируемым клиническим симптомом COVID-19 у беременных является пневмония. Настороженность вызывает и то, что для течения коронавирусной инфекции у беременных характерно быстрое резкое ухудшение состояния на фоне стабильного течения заболевания.

Результаты исследований показывают, что риску развития осложнений наиболее подвержены женщины в первом триместре беременности. Это связано с тем, что в этот период происходят адаптивные изменения в организме беременной, которые являются ответом на появление в ее организме антигенов плода. В это время система иммунитета наиболее чувствительна к различным инфекциям, чем объясняется более тяжелое течение коронавирусной инфекции в этот период у беременных. В то же время, по данным на сегодня, женщины во втором триместре беременности в 53% случаев перенесли данную инфекцию в среднетяжелой форме, а в третьем триместре в 29% случаев в среднетяжелой и в 8,3% в тяжелой форме.

Группу наиболее высокого риска развития тяжелых форм COVID-19 составляют **женщины, имеющие сопутствующие соматические заболевания**: хронические заболевания лёгких, в том числе бронхиальная астма средней и тяжелой степени тяжести, заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия, сахарный диабет, онкологические заболевания, ожирение ($ИМТ > 30 \text{ кг}/\text{м}^2$), хроническая болезнь почек, заболевания печени.



У пациенток с COVID-19 повышается частота преждевременных родов, преэклампсии, выкидышей, преждевременного разрыва плодных оболочек, задержек внутриутробного развития плода, а в послеродовом периоде возрастает риск развития кровотечений.

Среди перинатальных исходов наиболее часто регистрируются дистресс-синдром плода, низкая масса тела при рождении, асфиксия новорожденных. Госпитализация новорожденных в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев.

Для снижения риска развития осложнений беременности и послеродового периода рекомендуется проведение ряда профилактических мероприятий. **Неспецифическая профилактика** направлена на предотвращение распространения инфекции, проводится в отношении источника инфекции (больного человека), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным человеком). Согласно последним методическим рекомендациям по организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, при новой коронавирусной инфекции COVID-19 для медикаментозной профилактики COVID-19 у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-альфа (капли или спрей). **Специфической профилактикой** является вакцинация в прегравидарный период или во время беременности.

Современные научные исследования не имеют данные о том, что соответствующие вакцины представляют опасность для беременных женщин или плода. На май 2021 года регистр CDC включал данные о 114 тысячах женщин, вакцинированных во время беременности. Опубликованы исходы беременности 827 пациенток, вакцинированных во время беременности: частота осложнений беременности не отличалась от частоты осложнений у невакцинирован-



ных пациенток. Был сделан вывод, что **вакцинирование не представляет опасность для беременных женщин или плода**. Поэтому некоторые крупные иностранные национальные ассоциации рекомендовали вакцинацию беременных женщин при отсутствии их вакцинации до беременности, у которых имеется высокий риск развития тяжелой формы COVID-19.

При изучении репродуктивной токсичности отечественной вакцины Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) на животных не было выявлено отрицательного влияния на течение беременности, эмбриофетальное развитие и пренатальное развитие потомства. **Экспертами было принято решение о целесообразности проведения вакцинации против COVID-19 в группе высокого риска с 22-х недель беременности.** Клинические данные по применению различных вакцин у женщин, кормящих грудью, на сегодня отсутствуют. Влияние отечественной вакцины Гам-КОВИД-Вак на младенцев, которые получают грудное молоко вакцинированной матери, изучается. Однако главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству профессор Р.Г. Шмаков официально заявил, что «*беременность на сроке более 22 недель и период грудного вскармливания не являются противопоказаниями к вакцинации и по-водом для медотвода*». Наоборот, не возникает сомнений в том,

что вакцинация от COVID-19 в период беременности и во время грудного вскармливания необходима. **Именно вакцинация позволяет снизить риски инфицирования мамы и малыша, а также избежать тяжелых осложнений, связанных с новой коронавирусной инфекцией.** Антитела матери, прошедшей вакцинацию, защищают не только ее саму, но и ее ребенка. И отрадно то, что многие беременные и лактирующие женщины, в том числе и жительницы Алтайского края, уже прислушались к советам мировых экспертов и главного акушера страны и отдали свой голос (письменное согласие) за вакцинацию.

29 октября 2021 года на базе Центра планирования семьи и репродукции КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул» был открыт кабинет вакцинации, оснащенный мобильными медицинскими бригадами КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул». Здесь могут пройти вакцинацию пациентки, планирующие беременность, в период беременности (с 22 недель гестации) и кормящие мамы, а также члены их семей. Осложнений вакцинации Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) со стороны матери и (или) ребенка не зафиксировано.

Милые женщины, двери нашего центра всегда открыты для вас! Думайте и делайте правильный выбор во имя сохранения своего здоровья и жизни и ваших детей! ☺



Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
заслуженный работник здравоохранения РФ,
врач-офтальмолог высшей квалификационной категории



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель главного врача по организационно-методической работе, КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства"



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей категории, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии АГМУ



**Вихлянов
Игорь Владиславович**
д.м.н., профессор, главный внештатный онколог министерства здравоохранения Алтайского края, главный врач КГБУЗ "Алтайский краевой онкологический диспансер"



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., профессор, главный внештатный кардиолог министерства здравоохранения Алтайского края, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО АГМУ



**Козлова
Ирина Валентиновна**
к.м.н., главный редактор краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи»



**Костромицкая
Марина Вячеславовна**
главный врач КГБУЗ «ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова
Людмила Ивановна**
главный врач КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики с курсом ДПО АГМУ, заместитель председателя комитета по здравоохранению АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней АГМУ, заведующий детским консультативно-диагностическим центром КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства"



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н., заместитель министра здравоохранения Алтайского края



**Плигина
Лариса Алексеевна**
Заслуженный работник здравоохранения РФ, почетный член Профессиональной сестринской ассоциации Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского краевого Совета женщин - отделения Союза женщин России, председатель Общественной женской палаты при губернаторе Алтайского края



**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ



**Реутская
Елена Михайловна**
заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



**Салдан
Иgorь Петрович**
д.м.н., профессор



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№1 (217) январь 2022 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ №ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации. Степенность ее достоверности рекламной информации несущих рекламодатели. Мнение редакции может не совпадать с мнением рекламодателя.

Время подписания в печать: по графику - 14:00 24.01.2022 г., фактически - 14:00 24.01.2022 г.
Дата выхода: 31.01.2022 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова

(тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Дмитрий Зырянов, Оксана Иbelь.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.

Тел. 8(385-32) 2-11-18. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,

г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:

656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56.

E-mail: neboien@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/neboien>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.
Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.

Диспансеризация после COVID-19

Углубленная диспансеризация позволяет выявить опасные осложнения после инфекции



Этапы диспансеризации

I этап



1. Анкетирование

Позволяет врачу оценить основные жалобы и симптомы пациента



2. Измерение насыщения крови кислородом – сатурации

Для оценки дыхательной системы



3. Тест с шестиминутной ходьбой

Проводится по показаниям, исследование сердечно-сосудистой системы



4. Определение концентрации D-димера в крови

Для перенесших COVID-19 средней степени и выше, оценка риска развития тромбозов



5. Рентгенография органов грудной клетки

Для лиц, не проходивших ее в течение года, для оценки деятельности дыхательной системы



6. Спирометрия

Для оценки деятельности дыхательной системы



7. Общий клинический анализ крови

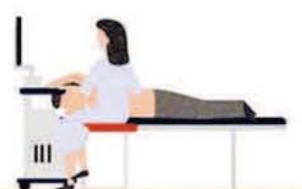


8. Биохимический анализ крови



По результатам исследований первого этапа проводится осмотр врачом-терапевтом, который может направить пациента на второй этап

II этап



1. Эхокардиография

Позволяет выявить нарушения деятельности сердца и сосудов



2. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей (УЗИ)

Позволяет определить наличие тромбоза



3. КТ органов грудной клетки

Для оценки деятельности дыхательной системы

По итогам врач-терапевт

- Оценивает необходимость дальнейшего диспансерного наблюдения и показания к реабилитации

- При необходимости направляет на дополнительные исследования