

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (217) ЯНВАРЬ 2022



ОТ РЕДАКЦИИ



*...Как вожделенно жаждет век
Нацунуть 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, здравого смысла, ответственного отношения к себе и к 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 высветила и проблемы, накопившиеся в здравоохранении.

Есть невозвратимые 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 вывозом за пределы края кадров в какой-то степени связана с существенно разнящимся 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 «убыло-прибыло» (а из публичных дискуссий на разных уровнях почему-то остается именно такое впечатление), на наш взгляд, малоэффективна.

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 некими «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 назначенцев, 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 хватких «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



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



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



Язвенный колит



Язвенный колит



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 К2 в профилактике остеопороза 12-13

КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
Наши возможности спасут жизни 14-15

Н.Н. Зяблова, 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

ЗКак 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»

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

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 являются 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 развиваться 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 относительноному 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 же 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 снятия этого диагноза. Поэтому нужно очень внимательно относиться 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! Если вам не выдали инсулин, вы можете приобрести его в аптеке «Здоровье» (г. Барнаул, ул. Малахова, 116), предъявив выписку из стационара;

- 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 данную 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 сладкие продукты, выпечку, жирные продукты (свинину, майонез, масла, семечки), обязательно в каждый прием пищи добавляйте зелень (помидоры, огурцы, перец, сельдерей, капуста и другие) 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 тиреодит, 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 врача-эндокринолога с проведением УЗИ щитовидной железы, исследований ТТГ, Т4 св, Ат к 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 тиреодит, диффузно-токсический зоб; прием препаратов L-тироксина, тирозола для коррекции дозы (при необходимости) после перенесенного COVID-19.

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



Ожирение и COVID-19.

Уроки пандемии

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



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

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 растет 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.

Доказано, что ожирение значительно снижает ожидаемую продолжительность жизни человека, способствуя раз-

витию 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.

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

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

● ИМТ равное или более 25 классифицируется как *наличие избыточной массы тела*;

● ИМТ равное или более 30 - *ожирение*;

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

Также **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. Окружность талии более 102см у мужчин и 88см у женщин соответствует центральному ожирению.

Причины ожирения

В обществе бытует мнение, что вес тела является наследственным признаком и его можно рассматривать как индивидуальную особенность, данную природой, которую невозможно изме-





нить, 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.

Также *нельзя недооценивать роль и генетического компонента в развитии ожирения.* В ходе исследований было установлено, что вклад генетических факторов в вариабельность ИМТ может достигать 70-80%. Популяционные исследования распространенности ожирения в различных этнических группах также подчеркивают влияние генетических особенностей.

Ожирение и COVID-19

По данным ВОЗ, в структуре заболеваемости новой коронавирусной инфекцией 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 семь раз выше для тех, у кого имелось ожирение. ▶

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 пищевода, желудка, 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.



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 является источником 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 рецептор ACE2, который работает в жировой ткани на значительно более высоком уровне, чем в ткани лёгких. Поскольку у пациентов с ожирением повышено содержание жировой ткани в организме и, соответственно, количество ACE2-проду-



цирующих клеток, это приводит к повышенной выработке ACE2.

В целом **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 увели-

чивается 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 и, следовательно, лечить и реабилитировать.

Ожирение и новая коронавирусная инфекция COVID-19 взаимодействуют 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.

▶ **Бариатрическая 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.**



Роль витамина К2 в профилактике остеопороза



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры поликлинической терапии;



Анна Дмитриевна КУЗЬМИНА,
студентка 6 курса института клинической медицины,

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»

Остеопоротические переломы привлекают внимание из-за высокой заболеваемости и экономической нагрузки. С клинической точки зрения профилактика остеопороза включает в себя адекватное содержание кальция в рационе. С другой стороны, постоянный прием кальция опасен прогрессированием мочекаменной болезни, отложением кальция в атеросклеротических бляшках. Как же правильно «довести» кальций до кости, не получив возможных осложнений?

В последние годы витамин К2 привлёк внимание как вспомогательный препарат для профилактики остеопороза. Эпидемиологические исследования показали, что **недостаток витамина К2 может привести к остеопорозу и остеоартрозу у пожилых людей.** Этот витамин клинически используется для профилактики остеопороза и, вероятно, оказывает свое защитное действие, способствуя дифференцировке и минерализации клеток костей.

Остеопороз - это заболевание скелета с изменением костной структуры: масса костей постепенно снижается, они становятся менее прочными, более хрупкими. **Болезнь протекает малосимптомно** и, как правило, выявляется только после перелома лучевой кости, шейки бедра или тел позвонков. По мнению экспертов ВОЗ, остеопороз занимает четвертое место в структуре причин инвалидности и смертности после инфаркта миокарда, онкологии и сахарного диабета. Поэтому важное значение имеет не только выявление остеопороза, но и определение его причины.

Наиболее распространенной причиной первичного остеопороза является **возрастная перестройка костной ткани.**

Исследование влияния питательных веществ на прочность костей исторически было направлено на минералы, витамин D и белки, в то время как другим факторам уделялось меньше внимания. Новые данные свидетельствуют о том, что **витамин К2 также играет важную**

роль в здоровье скелета. Он регулирует ремоделирование костей - важный процесс, необходимый для поддержания костей взрослого человека. Ремоделирование кости включает удаление старой или поврежденной и ее замену новой костью. Этот процесс жестко регулируется, и когда баланс между разрушением кости и формированием кости смещается к потере костной массы, то это приводит к развитию остеопороза как у мужчин, так и у женщин.

Витамин К - жирорастворимый витамин, открытый в 1929 году датским ученым Хенриком Дамом. Существуют три основные формы этого витамина: *витамин К1* (филлохинон), *витамин К2* (менахинон) и *витамин К3* (менадион).

Витамин К1 синтезируется растениями и является преобладающей формой витамина в рационе человека. Встречается в большом количестве в овощах и фруктах зеленого цвета.

Витамин К2 является побочным продуктом бактерий и в основном содержится в ферментированных продуктах или в пище животного происхождения. Но большая часть этой формы витамина синтезируется собственными микроорганизмами нашего кишечника, поэтому поддержание здоровья кишечника является залогом здоровья всего организма.

Витамин К выполняет роль помощника для фермента, который ускоряет карбоксилирование глутаминовой кислоты до гамма-карбоксиглутаминовой кислоты. Этот процесс происходит только



на специфических остатках глутаминовой кислоты в витамин К-зависимых белках. Существует большое количество различных витамин К-зависимых белков, обнаруженных в крови, костях, дентине, нервной ткани и других.

Витамин К1 преимущественно отвечает за синтез белков в печени, которые участвуют в процессах свертывания крови, а также белков, которые являются коагулянтами. Поэтому **пациентам, принимающим препараты варфарина, следует следить не только за таким показателем как МНО** (международное нормализованное отношение), **но и соблюдать диету** (не злоупотреблять зелеными овощами и фруктами), так как это может привести к снижению активности лекарства.

Витамин К2, наоборот, оказывает минимальное действие на синтез белков печени и играет значительную роль в костной ткани, отвечая за ремоделирование костной ткани. В костной ткани есть три витамин К-зависимых белка: остеокальцин, матричный Gla-белок и белок S. Эти белки регулируют процесс разрушения старой костной ткани и замены ее на новую различными способами. Одни белки ускоряют процессы образования новой костной ткани, другие замедляют процесс разрушения. Кроме того, эти белки «захватывают» ионы кальция из крови, повышая прочность костей. **Однако важным моментом является соблюдение «правила трех»: кальций, витамин D и витамин К:**

- **кальций** повышает минеральную плотность костей;
- **витамин D** усиливает всасывание кальция в кишечнике;
- **витамин К2** «направляет» кальций в костную ткань, препятствуя отложению кальция в сосудах.

Так как значительная часть витамина К2 синтезируется в нашем организме



здоровой микробиотой кишечника, то **дополнительный прием витамина К2 не показан.**

Существуют группы лиц, которым можно рекомендовать дополнительный прием витамина К2 в терапевтической дозе (45-100мкг /сут). К ним относятся:

- **лица старшего и среднего возраста**, особенно женщины в период менопаузы;
- **те, кто принимает статины.** Исследования показывают, что статины нарушают синтез витамина К2;
- **лица, придерживающиеся ограничивающих диет;**
- **спортсмены**, так как они испытывают повышенные физические нагрузки, часто травмируют связки и кости;
- **пациенты, длительно принимающие антибиотики, сульфаниламиды и препараты, разжижающие кровь, угнетающие микрофлору кишечника;**
- **лица с функциональными расстройствами пищеварительного тракта** из-за стрессов и несбалансированного питания;
- **лица, имеющие избыточную массу тела.**

Таким образом, витамин К2 за счет захвата кальция из кровотока в костную ткань предотвращает его избыточное отложение в артериях, препятствуя прогрессированию атеросклероза. Кроме того, витамин К2 способствует усвоению кальция в костях и зубах, способствуя поддержанию их здоровью. ☺

Чтобы стимулировать синтез витамина К2 организмом, необходимо поддерживать нормальную микрофлору кишечника и соблюдать полноценный рацион, богатый витаминами и минералами, употреблять яичные желтки, сливочное масло и ферментированный сыр, богатые этой формой витамина К.



Наши возможности спасут жизни



Геннадий Михайлович
Морозов



Сергей Андреевич
Берестов



Андрей Евгеньевич
Дорохов

В августе 1984 года в отделение ревматологии краевой клинической больницы был госпитализирован первый пациент. Первоначально стационарную помощь в отделении получали пациенты с аутоиммунными заболеваниями и пороками сердца. Первые врачи отделения вынуждены были самостоятельно изучать проблемы ревматологии в условиях информационных сложностей. Были разработаны алгоритмы диагностики и лечения тяжелых ревматологических пациентов, отработаны схемы взаимодействия с другими специалистами, занимающимися патологией гемостаза, почек, лёгких, акушерской практикой.

Основателем отделения стал Заслуженный врач России **Геннадий Михайлович Морозов**, возглавлявший отделение с 1984 по 1985 годы, долгое время работавший преподавателем терапевтических кафедр АГМИ. Его приемниками стали его ученики. Так, с 1985 по 1987 годы отделением заведовал **Сергей Андреевич Берестов**, а с 1987 по 2015 годы - **Андрей Евгеньевич Дорохов**, главный

внештатный ревматолог Управления здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, автор многих публикаций по аутоиммунным заболеваниям и патологии гемостаза.

В новое отделение были приглашены врачи из других лечебных учреждений и отделений краевой больницы: бывший начмед городской больницы №10 Барнаула и преподаватель кафедры профзаболеваний АГМИ **В.Ф. Бойченко**, врачи отделения токсикологии городской больницы №3 Барнаула **И.Л. Демидова** и **Н.Ю. Милова**, врач терапевтического отделения краевой больницы **И.Б. Суханова**, в 1987 году после окончания ординатуры пришла **Л.А. Филиппова**. С 2004 года в отделении началось кадровое обновление. Были приняты врачи **Н.Н. Зяблова**, **Е.С. Фогель**, **Д.В. Гиганова**, **Н.Д. Дианова**, **Ю.С. Богданова** и **М.Д. Рязанова**. С 2015 года присоединились молодые врачи **Ю.Н. Толстокорова**, **В.С. Золотина**, **О.Ю. Иванович** и **К.В. Бородкина**.

Старшая медицинская сестра отделения **Галина Михайловна Колосова** ра-



Отделение ревматологии 2014





Отделение ревматологии 2021

ботаает с 1990 года, отличник здравоохранения, имеет высшую квалификационную категорию, отмечена многочисленными наградами, прекрасный организатор, обладающий неоценимым опытом в своей работе. Она смогла организовать слаженную работу более чем 30 медицинских сестер отделения. Некоторые из них трудятся в отделении с момента его основания: **С.С. Лукина, С.П. Новикова, Н.М. Сухих, С.Г. Сорокина, В.Н. Неключдова.**

Сегодня в отделении ревматологии краевой клинической больницы оказывается **специализированная медицинская помощь по профилю «ревматология» для пациентов со всего края с воспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата** (ревматоидный артрит, псориатические артриты, спондилоартриты), **тяжелыми системными заболеваниями соединительной ткани, мышц и сосудов.** Диагностические критерии многих ревматологических заболеваний оптимизированы, в арсенале врача имеются самые современные методы исследования: от иммунологических лабораторных маркеров заболевания до генетических методов исследования, от стандартизированных рентгенологических и УЗ-методик до томографических

и ангиографических методов исследования. Существенно расширились методы лечения пациентов. Стала доступной заместительная почечная терапия, что повысило выживаемость пациентов с поражением почек. Использование генно-инженерных биологических препаратов неоднократно спасало жизни пациентам с системными васкулитами, диффузными болезнями соединительной ткани и висцеральными формами воспалительных артропатий. Технологии лечения ревматологической категории пациентов стали селективными, высокотехнологичными.

За период 2020-2021 годов новая коронавирусная инфекция внесла свои коррективы в работу многих лечебных учреждений и медицинских специальностей. В ревматологии увеличилось количество дебютов аутоиммунных заболеваний и состояний, ассоциированных с этой инфекцией. Сама инфекция протекает с бурными аутоиммунными проявлениями. Поэтому в лечении таких пациентов используются и лекарственные препараты ревматологического профиля. Не исключено, что нас ожидают существенные изменения в проявлениях всех хронических заболеваний и разработка новых подходов в их лечении. 🌐



Галина Михайловна Колосова



Е.С. Фогель



Н.Н. Зяблова



Ревматоидный артрит

- вопросы, на которые есть ответы

Специалисты КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Наталья Николаевна ЗЯБЛОВА, заведующая отделением ревматологии, врач-ревматолог высшей квалификационной категории, и Дарья Владимировна ГИГАНОВА, врач-ревматолог первой квалификационной категории, ответили на самые распространенные вопросы о таком заболевании, как ревматоидный артрит.

Что такое ревматоидный артрит?

Ревматоидный артрит - это хроническое заболевание, главным образом суставов. Воспаление и составляет сущность болезни. Она сразу носит хронический характер и не проходит сама по себе. Иногда воспаление ослабевает без лечения, но потом снова наступает обострение. Без лечения болезнь протекает с постоянным воспалением, стойкой болью и скованностью движений в суставах, постепенно захватывает новые суставы.



Этим заболеванием в России болеет примерно 300 тысяч человек. В целом в мире встречается часто - около 1% жителей Земли имеют этот диагноз.

Ревматоидный артрит может развиваться в любом возрасте: он диагностируется и у детей, и у взрослых, в том числе и у пожилых людей. По статистике, женщины болеют в три раза чаще, чем мужчины. Пациент при нелечении со временем, с прогрессированием заболевания, может потерять возможность двигаться, обслуживать себя, потерять трудоспособ-

ность. При вовремя установленном диагнозе и назначенном лечении заболевание можно контролировать и жить совершенно нормальной жизнью.

Как распознать ревматоидный артрит?

Основной симптом - это воспаление суставов кистей, хотя могут поражаться любые суставы. Воспаление проявляется болью, отеком, ограничением движений в пораженных суставах. Характерна боль в покое. Движения же, наоборот, могут приносить некоторое облегчение. Но так бывает не всегда.

Развивается утренняя скованность - это когда боль и тугоподвижность суставов сильнее всего сразу после ночного сна или когда человек долго не двигался. Пациенты в состоянии утренней скованности вынуждены долго расхаживаться, разминать суставы. Обычно утренняя скованность проходит или уменьшается в течение одного-двух часов.

Обязательно оценивайте длительность утренней скованности и сообщайте об этом врачу-ревматологу на приеме!

Чем опасен ревматоидный артрит?

При отсутствии специального лечения постоянное воспаление приводит к разрушению тканей суставов (костей и связок), суставы деформируются, движения в суставах резко ограничиваются или исчезают вовсе. Больной человек перестает ходить, не может самостоятельно одеться, обуаться, приготовить еду и поесть. Могут развиваться и осложнения со стороны внутренних органов: лёгких, почек.

Помните, что не лечить ревматоидный артрит нельзя!

Как и почему развивается ревматоидный артрит?

В основе заболевания лежит неправильная работа иммунной системы. Клетки иммунной системы активизируются. Постоянно вырабатываются "воспалительные, иммунные вещества", которые вызывают воспаление в области внутренней оболочки сустава, в сосудах, костной ткани так, как будто они являются чужеродными. Всё это вызывает разрушение тканей. Поэтому ревматоидный артрит можно отнести к аутоиммунным заболеваниям, когда иммунная система работает против собственного организма. Именно поэтому основным способом лечения ревматоидного артрита является подавление избыточно повышенной активности иммунной системы.

Вероятно, заболевание связано с множеством факторов. У значительной части пациентов болезнь появляется после перенесенных инфекций или сильного стресса. Возможны также и генетические причины. Было выявлено, что курение и пародонтит повышают риск развития ревматоидного артрита.

Можно ли предотвратить болезнь?

Можно снизить риски развития заболевания, устранив провоцирующие факторы: стресс, инфекции, курение, заболевания зубов и слизистой рта. Вести сбалансированный здоровый образ жизни.

К какому врачу обратиться?

Очень важно поставить диагноз как можно раньше, так как ревмато-





идный артрит гораздо проще поддается терапии на ранней стадии. Это - срок 3-6 месяцев. В случае боли, отека суставов срочно обратитесь к врачу-терапевту, который назначит необходимое обследование и направит на консультацию к врачу-ревматологу.

Ведущий специалист по диагностике и лечению ревматоидного артрита - врач-ревматолог.

Какие методы обследования используются в диагностике?

Не стоит сдавать анализы самостоятельно. Все необходимые методы диагностики назначит врач. Это могут быть исследования крови и мочи. Для выявления разрушения костной ткани проводят рентгенографию кистей и стоп (именно этих отделов, поскольку в них раньше всего появляются и бывают наиболее

выраженные изменения). Другие методы исследования носят дополнительный характер.

Как лечить ревматоидный артрит?

Основу лечения составляют так называемые "базисные" противовоспалительные препараты. Это препараты, снижающие избыточную активность иммунитета. Назначить их и изменять дозы может только врач-ревматолог. Именно этот вид лечения - обязательный и эффективный. Целью лечения является остановка воспаления и разрушения костной ткани.

Помощниками для "базисного" лечения служат разнообразные противовоспалительные препараты. Их цель - быстро снизить воспаление и боль, облегчить состояние пациента. Они уменьшают симптомы, но не могут остановить болезнь.

Также используются хирургические и нехирургические методы реабилитации: фиксаторы суставов, протезирование.

Врач подбирает оптимальный для вас препарат с учетом многих факторов и особенностей развития болезни, возможных противопоказаний. Лечение проводится под тщательным наблюдением врача. Важно точно выполнять его рекомендации!

Можно ли вылечить ревматоидный артрит?

В мире пока не существует способов излечения ревматоидного артрита. Но при совместной работе врача и пациента болезнь можно контролировать, достигнув ремиссии.

Как подготовиться к приему ревматолога в поликлинике?

Приготовьте с собой: документы (паспорт, страховой полис, СНИЛС), сформулируйте ваши жалобы (врач на приеме вам обязательно поможет), напишите список лекарственных препаратов, которые вы принимаете, какими хроническими заболеваниями страдаете.

Когда вы пришли повторно, подготовьте ответы на вопросы: "Как долго длится утренняя скованность за последние 1-2 недели?", "Болят ли суставы в последние 1-2 недели?", "Есть ли отечность суставов в последние 1-2 недели?", "Какое "базисное" лечение вы принимаете, постоянно или с перерывами, хорошо ли переносите лечение?", "Как часто принимаете нестероидные противовоспалительные препараты, препараты против боли?", "Есть ли какие-то значимые изменения со стороны здоровья с момента последнего приема (например: перенесли пневмонию, инфекцию, проведена операция или другое)?".

Зачем ходить на контроль к ревматологу?

Чтобы во время приема врач смог оценить активность заболевания и достигнуты ли какие-либо результаты. Также может потребоваться изменение лечения.

К тому же врач оценивает безопасность лечения. Не все побочные эффекты легко заметить самому пациенту. Поэтому это нужно доверить специалисту-ревматологу. В случае каких-либо проблем он вовремя внесет необходимые корректировки в назначенное лечение. ☺

ПАЦИЕНТУ....

● Не "затягивайте" заболевание - не думайте, что "само пройдет". Обратитесь к врачу за помощью!

● Ревматоидный артрит - хроническое заболевание, лечение применяется при артрите так же пожизненно, как и при сахарном диабете, гипертонической болезни и других. При ревматоидном артрите не существует лечения "курсами" или "курсов капельниц".

● Не изменяйте и не отменяйте самостоятельно назначенное лечение, без рекомендации врача!

● Помните, что если упустить время, то разрушенные суставы восстановить будет невозможно.

● Лечебная физкультура очень полезна пациентам с ревматоидным артритом и позволяет сохранить объем движений в суставах как можно дольше. Суставная гимнастика, в том числе в домашних условиях, показана всем пациентам. Необходимые упражнения вам покажет ваш лечащий врач.

Ревматоидный артрит - сложное заболевание. И успех в контроле этой болезни зависит от совместной работы врача и пациента.



Жизнь после COVID-19

Сегодня большое внимание уделяется борьбе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Такое внимание к вирусу более чем оправдано - болезнь действительно грозная и серьезно бьет по всему организму. Но как быть тем, кто успешно (или не вполне) сумел справиться с недугом?

Наш собеседник - **Евгения Владимировна ЛАРИОНОВА**, врач-терапевт КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».



- Коронавирусная инфекция - это группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых различными серотипами коронавирусов. Характеризуется синдромом общей инфекционной интоксикации и синдромом поражения респираторного тракта, в основном верхних и средних его отделов - носа, глотки, гортани, трахеи и бронхов.

Инкубационный период при инфекции COVID-19 - от 2 до 14 дней, в среднем 5-7 дней.

Течение заболевания

В большинстве случаев коронавирусная инфекция протекает бессимптомно либо очень схоже с привычным нам ОРВИ. Однако, доста-

точно часто симптомы болезни выражены очень сильно.

К клиническим симптомам новой коронавирусной инфекции относятся:

- повышение температуры тела (в 90% случаев),
- повышенная утомляемость, слабость,
- кашель чаще сухой, реже бывает влажный,
- одышка,
- заложенность в грудной клетке,
- боли в мышцах,
- головные боли,
- диарея,
- тошнота, рвота,
- боли в горле,
- насморк,
- снижение или отсутствие обоняния, вкуса.

Стадии развития

Выделяют следующие течения коронавирусной инфекции:

- **лёгкое** - повышение температуры тела менее 38°C, кашель, боли в горле, слабость, отсутствие симптомов среднего и тяжелого течения заболевания,

- **среднее** - температура тела более 38°C, частота дыхания более 22 в минуту, одышка при физической нагрузке, при проведении рентгенологического исследования диагностируются изменения в лёгких, то есть наличие пневмонии,

- **тяжелое** - частота дыхания более 30 в минуту, снижение уровня сознания, одышка при небольшой физической нагрузке или в состоянии покоя, при проведении рентгенологического исследования диагностируются изменения в лёгких (наличие пневмонии), снижение артериального давления - ниже

90мм.рт.ст. систолического или менее 60мм.рт.ст. диастолического),

- **крайне тяжелое** - стойкая фебрильная лихорадка, острая дыхательная недостаточность, ОРДС (острый респираторный дистресс-синдром), полиорганная недостаточность, нарушение в свертывающей системе крови (тромбозы).

COVID-19 - это не только лёгкие

При новой коронавирусной инфекции, к сожалению, поражаются не только лёгкие, но и кишечник, головной мозг, сердце (возникновение миокардитов или эндокардитов), почки, яички, поджелудочная железа, кожа (появление различных кожных сыпей). Также есть данные, что вирус может поражать плаценту с возможным внутриутробным поражением плода.

В среднем у 50% пациентов COVID-19 протекает бессимптомно, а 80% пациентов с клиническими симптомами переносят заболевание в легкой форме.

Пути передачи

Источником инфекции является больной человек, в том числе и находящийся в инкубационном периоде, и бессимптомный носитель.

Ведущий путь передачи - воздушно-капельный (при разговоре менее двух метров, при кашле, чихании). Возможен контактный путь - во время рукопожатий, а также через поверхности и предметы. Также имеются научные данные о фекально-оральном пути передачи возбудителя.

Постковидный синдром

Не все пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, после выписки из стационара или амбулаторного лечения чувствуют себя хорошо. Зачастую у них сохраняется слабость, кашель, одышка, плохая переносимость физических



нагрузок, снижение памяти и другие симптомы, которые составляют так называемый «постковидный синдром».

По определению ВОЗ, если эти жалобы сохраняются в течение трех месяцев, мы говорим об «остром постковидном синдроме», при длительности более трех месяцев - об «хроническом постковидном синдроме».

При выписке из стационара пациенты получают индивидуальные рекомендации от лечащего врача по применению лекарственных средств по показаниям:

- препараты для снижения артериального давления,
- препараты, влияющие на свертывающую систему крови,
- препараты для снижения уровня глюкозы в крови,
- отхаркивающие средства и т.д.

В дальнейшем пациенты с перенесенной пневмонией легкой и средней степени тяжести, в том числе и те, которые находились на амбулаторном лечении, наблюдаются в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019г. №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» с определением сатурации и проведением рентгенографии лёгких при необходимости.

Пациентам, которые длительно находились на неинвазивной и/или искусственной вентиляции лёгких, после выписки рекомендовано дистанционное консультирование через 4 недели, а спустя 8 недель рекомендовано посещение врача и проведение инструментальных методов обследований по показаниям (рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография, спирометрия, ЭхоКГ, измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое и при нагрузке, проведение теста с 6-минутной ходьбой). **Объем исследований и дальнейшую тактику определяет лечащий врач.** При появлении новых симптомов или усилении уже имеющихся (одышка, нестабильность артериального давления) необходимо сразу обратиться в лечебное учреждение.

При выявлении патологических изменений по компьютерной томографии органов грудной клетки пациента направляют к профильному специалисту (пульмонологу, кардиологу, онкологу), при выявлении симптомов тревоги и/или депрессии к лечению привлекается психиатр или психолог, и т.д.



Согласно приказу Минздрава России от 01.07.2021г. №698н определяется **порядок прохождения углубленной диспансеризации лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.** Планируемая дата проведения углубленной диспансеризации устанавливается не ранее 60 дней после выздоровления.

Первый этап углубленной диспансеризации направлен на выявление у лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определение показаний для дополнительных методов обследований. Включает измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, тест с 6-минутной ходьбой, проведение спирометрии или спирографии, общий клинический анализ крови (развернутый), биохимический анализ крови с определением уровня холестерина, липопротеидов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, креатинина сыворотки крови, определение Д-димера у пациентов, перенесших среднюю и выше степень тяжести COVID-19, проведение рентгенографии органов грудной клетки по показаниям; осмотр врачом-терапевтом или врачом общей практики.

Второй этап углубленной диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза. Этот этап включает проведение ЭхоКГ при сниженной сатурации ниже 94% во время теста 6-минутной ходьбы, дуплексное сканирование вен нижних конечностей при повышенном значении Д-димера, консультация узкого специалиста при подозрении на профильное заболевание. ☺

При выявлении патологических изменений по компьютерной томографии органов грудной клетки пациента направляют к профильному специалисту, при выявлении симптомов тревоги и/или депрессии к лечению привлекается психиатр или психолог.



Про антибиотики в вопросах и ответах

Лечение антибиотиками - часто единственный способ улучшить самочувствие больного при бактериальной инфекции. Открытие антибиотиков можно назвать одним из величайших событий прошлого столетия, но в последние годы бесконтрольное их использование многими пациентами привело к тому, что некоторые бактериальные инфекции стали к ним нечувствительны.



**Любовь Васильевна
КАЦЕВМАН,**

медицинская сестра
процедурной, высшая
квалификационная
категория,
терапевтическое
отделение №1, КГБУЗ
«Городская больница №8,
г.Барнаул»,
член ПАСМР 2000 года

Антибиотики воздействуют на возбудителей только бактериальных заболеваний. Поэтому принимать их при гриппе и тем более для профилактики ОРВИ нельзя.

Антибиотики бывают разные и оказывают сильное подавляющее действие на разные виды бактерий. Так, при стрептококковой ангине врач назначит пенициллины, а при спровоцированном кишечной палочкой цистите - фторхинолоны. Назначить себе самостоятельно подходящий антибиотик без анализов невозможно.

Антибиотики со временем становятся менее эффективными, потому что бактерии приобретают к ним устойчивость. Во многом благодаря слишком частому использованию этих препаратов. Применять антибиотики без назначения врача нельзя.

На эффективность антибиотиков не влияет форма выпуска. Инъекции и таблетки одинаково эффективны в подавляющем большинстве случаев.

Антибиотики уничтожают не только «вредные», но и полезные бактерии. Чтобы избежать дисбактериоза, одновременно с курсом антибиотиков или после него нужно принимать пробиотики.

Как работают антибиотики

Антибиотики воздействуют на клетку бактерии - возбудителя инфекции: разрушают ее клеточную стенку, ядро, ограничивают поступление питательных веществ или нарушают деление клеток. В итоге бактерии теряют способность расти и размножаться, поэтому и погибают,

а человек выздоравливает.

Антибиотики могут назначить при любых бактериальных инфекциях. **Бессмысленно пить антибиотики при вирусе**, например, гриппа или кори: вирус по своему устройству совсем не похож на живую бактерию, поэтому антибиотики против него бессильны.

Для разных заболеваний - разные антибиотики

Антибиотики - название для целой группы лекарственных препаратов. Они бывают широкого и узкого спектра действия. Первые назначают, когда возбудителя инфекции нельзя установить наверняка, вторые - если понятно, какая именно бактерия стала причиной инфекции.

Действующее вещество любого антибиотика определяет его эффективность, область применения и режим дозирования. Одни активные ингредиенты лучше справляются со стафилококками и стрептококками, другие могут бороться с опасными грибами.



▶ Правильно назначенный антибиотик - залог успешного лечения. Подобрать нужный препарат может только врач после проведения анализов, поэтому самолечением заниматься нельзя.

Почему антибиотики перестают быть эффективными

Некоторые люди часто и бесконтрольно принимают антибиотики, это приводит к тому, что болезнетворные бактерии становятся невосприимчивыми к действию активных веществ препаратов. Например, стафилококки научились продуцировать особые ферменты, которые блокируют действие пенициллина. **Бактерии постоянно «совершенствуются»**, а людям приходится создавать всё новые и новые антибиотики для борьбы с ними. Из-за этого появляется всё больше супербактерий, которым не страшны лекарства.

Особый «вклад» в повышение устойчивости бактерий к антибиотикам вносят люди, которые беспорядочно принимают таблетки. Самый яркий пример: врач назначает десятидневный курс антибиотиков, а пациент пьет таблетки только пять дней. В итоге часть бактерий погибает, но самые сильные выживают и совершенствуют свои механизмы защиты. Это типичная иллюстрация механизма «естественного отбора».

Что делать? Нужно ответственно относиться к рекомендациям врача и принимать антибиотики только после консультации со специалистом. Если вам предложили курс лечения антибиотиками, уточните, почему врач принял такое решение. Если не получите подроб-

ного объяснения, лучше проконсультируйтесь еще с одним специалистом, чтобы получить второе мнение.

Антибиотики в уколах или в таблетках?

От формы выпуска и способа приема эффективность не зависит. Куда важнее грамотный подбор самого препарата.

Если у пациента не возникает рвотный рефлекс при глотании таблеток, лучше обойтись ими. Еще можно использовать суспензии и сиропы - их часто назначают детям благодаря приятному вкусу.

Уколы не лучший вариант, потому что от них часто остаются синяки и неприятные уплотнения, а неправильно сделанный укол и вовсе может повредить нерв.

Отмечу, что в некоторых случаях врач действительно может отдать предпочтение инъекциям. Например, так бывает с антибиотиками цефалоспорины - это особая группа препаратов, которая, как считается, лучше действует именно через инъекции. На антибиотики из других групп это не распространяется.

Почему после курса антибиотиков назначают пробиотики

Пробиотики - группа препаратов, которые отвечают за восстановление микрофлоры кишечника. Дело в том, что действие антибиотиков (особенно широкого спектра) не ограничивается только «вредными» бактериями. Механизм действия антибиотика куда проще механизма действия иммунитета: лекарство уничтожает не только «вредные» бактерии, но и те, которые на них похожи.

Особенно часто из-за этого страдает микрофлора кишечника: начинается дисбактериоз, нарушается работа желудочно-кишечного тракта, может появиться дискомфорт и боль в животе. Чтобы справиться с этими проблемами, назначают пробиотики: в них содержатся полезные для нашего организма бактерии, которые восстанавливают баланс. **Нередко курс пробиотиков назначают не после курса антибиотиков, а одновременно с ним. Такое решение позволяет снизить риск дисбактериоза.** 🌱

Антибиотики - это достижение цивилизации, от которого нам не следует отказываться, но и применять их надо грамотно, только под контролем врача и строго по показаниям!



Эхокардиография: что нужно знать пациенту

Раннее выявление заболеваний сердца помогает своевременно начать лечение и существенно улучшить жизненный прогноз.

Эхокардиография (ЭхоКГ) - это ультразвуковое исследование сердца, позволяющее провести оценку его структур и функционального состояния. С помощью эхокардиографии можно выявить наличие различных сердечных аномалий: врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии, рубцовые изменения в миокарде, причины недостаточности клапанов сердца и прочих тяжелых состояний, например, лёгочной гипертензии. ЭхоКГ помогает наблюдать за работой сердца после оперативного лечения, оценивать эффективность назначаемых лекарственных препаратов.

Исследование позволяет не только определить размеры полостей и толщину стенок сердца, измерить давление крови в камерах и крупных сосудах сердца, скорость кровотока в полостях сердца, но и оценить сократимость сердечной мышцы предсердий и желудочков, состояние клапанного аппарата и работу клапанов, состояние крупных сосудов сердца, а именно аорты и лёгочной артерии, выяснить состояние внешней оболочки сердца (перикарда), наличие и объем жидкости в перикардальной полости, а также выявить внутрисердечные тромбы и признаки атеросклероза.

Для проведения ЭхоКГ должны быть четкие показания. Исследование, как правило, незамедлительно назначается всем пациентам, которые уже имеют врожденные или приобретенные нарушения в работе сердца и прочие сердечно-сосудистые заболевания, а также всем тем, у кого подозревают подобные болезни.

Эхокардиографию обязательно стоит пройти тем, у кого имеются:

◆ периодические или частые боли в области сердца и грудины;

- ◆ одышка либо другие проявления нехватки воздуха;
- ◆ отеки неясного генеза;
- ◆ частые головокружения, обмороки;
- ◆ цианоз носогубного треугольника;
- ◆ выявленные патологические сердечные шумы;
- ◆ различного вида нарушения сердечного ритма;
- ◆ атеросклероз любой локализации;
- ◆ ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда);
- ◆ артериальная гипертензия;
- ◆ наличие системных заболеваний, поражающих сердце или крупные сосуды;
- ◆ компенсированная патология сердца и сосудов, состояние после оперативного лечения в качестве динамического наблюдения;
- ◆ изменения на ЭКГ и рентгенограмме грудной клетки, требующие уточнения морфологических изменений сердца, после проведения химиотерапии и лучевой терапии в онкологии;



Марина Евгеньевна КОВАЛЕВА,
медицинская сестра
диагностического
отделения, КГБУЗ
"Городская поликлиника
№1, г.Барнаул", член
АРОО "ПАСМР" с 2014
года



◆ стойкое повышение температуры.

Исследование назначается по определенным показаниям беременным, а также в обязательном порядке новорожденным для диагностики врожденных пороков. Также ЭхоКГ делают спортсменам для оценки способности сердца справляться с резкими и большими нагрузками.

Эхокардиографию можно повторять, поскольку она не имеет негативных последствий для здоровья пациентов любой возрастной группы. **Этот неинвазивный, атравматичный метод исследования имеет очень низкий риск побочных эффектов или осложнений.** Он проводится как обычное УЗИ, при котором нет воздействия вредного ионизирующего излучения. Сама процедура достаточно комфортна (исключение составляет чреспищеводная ЭхоКГ).

Исследование желательно делать каждые пять лет мужчинам после 40 лет и женщинам после 45 лет. При наличии сердечных заболеваний вне обострений рекомендуется обследоваться один раз в год.

ЭхоКГ производится несколькими способами. Выбор процедуры в каждом конкретном случае определяется исключительно врачом-кардиологом. Трансторакальная эхокардиография является наиболее комфортной для пациента, сердце визуализируется через грудную клетку. **Чреспищеводная ЭхоКГ** дает более детальную визуализацию структур сердца, для проведения процедуры в пищевод вводится специальный датчик.

Отдельным видом диагностики является **стресс-ЭхоКГ**. Ее применяют для выявления скрытых нарушений в работе сердца, проявляемых только во время стресса, который вызывают либо физическими нагрузками, либо с помощью фармакологических средств. Врачи использу-



ют стресс-тесты для диагностики ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, состояний, влияющих на сердечные клапаны.

Также для диагностики врожденных или приобретенных пороков сердца, нарушений перфузии миокарда может использоваться **ЭхоКГ с контрастированием**.

Подготовка к исследованию зависит от вида эхокардиографии. В любом случае необходимо иметь с собой направление от лечащего врача, последнюю по времени ЭКГ, данные всех предыдущих исследований сердца, выписки из кардиологического стационара.


Трансторакальное ЭхоКГ не требует специальной подготовки. Чтобы результаты были корректными, следует предупредить врача, проводящего исследование, о приеме лекарств, влияющих на сердечную деятельность.

В этом случае с чреспищеводной ЭхоКГ за 4-6 часов до исследования следует отказаться от пищи и ограничить питьевой режим. При наличии съемных зубных протезов перед процедурой необходимо их удалить.

За несколько суток до проведения стресс-теста необходимо под конт-

ролем лечащего врача прекратить прием некоторых лекарственных препаратов, в первую очередь бета-блокаторов. За сутки до процедуры стоит воздержаться от кофе, спиртного и сигарет. Если пациент страдает гипертонией, нужно нормализовать артериальное давление. В день проведения ЭхоКГ нужно максимально снизить физические нагрузки, за три часа нельзя есть, но пить воду не запрещается. Необходимо взять с собой удобную обувь и одежду, не стесняющую движения.

Эхокардиография по-прежнему остается ведущим неинвазивным методом диагностики патологий сердца, но не исчерпывающим. Так, например, она не позволяет выявить в каком состоянии находится проводящая система сердца и причины, вызывающие свои ритма. Для этих целей делают электрокардиографию (ЭКГ). Существует достаточно много способов проанализировать работу сердца, но нужный из них выбирает только врач-кардиолог. **Врач исследует вопрос комплексно, включая данные всех необходимых исследований, имеющуюся клиническую симптоматику пациента, чтобы установить верный диагноз.**

	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
	Алтайской региональной Профессиональной ассоциации средних медицинских работников: (8-3852) 34-80-04 E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru

На правах рекламы



Питание беременной женщины: что важно знать?



Татьяна Александровна БОЛГОВА, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО;



Маргарита Олеговна ЛЕТУНОВСКАЯ, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»

Беременность - это особое время для каждой женщины. В ее организме зарождается и развивается новая жизнь, уже требующая заботы и внимания. Правильно организованное питание является одним из основных условий благоприятного течения беременности и родов, развития плода и новорожденного.

Что такое здоровое питание во время беременности? Это, в первую очередь, - *достаточная калорийность и содержание белка, витаминов и минеральных веществ*, которые организм получает в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.



Витамины, микроэлементы и беременность

Согласно рекомендациям ВОЗ, всем беременным рекомендован прием **фолиевой кислоты** на протяжении первых 12 недель беременности в дозе **400мкг в день**. Назначение фолиевой кислоты снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, расщепление позвоночника).

Всем женщинам, не проживающим вблизи морей и океанов, рекомендован **пероральный прием препаратов йода калия** на протяжении всей беременности и в период грудного вскармливания в дозе **200мкг в день**. Однако, в нашем регионе высока частота аутоиммунного тиреоидита, когда препараты йода противопоказаны. Поэтому еще перед наступлением беременности женщине необходимо оценить свой тиреоидный статус у врача-эндокринолога.

Вегетарианство во время беременности увеличивает риск задержки роста плода. Большое потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель), может вызвать нарушение развития плода.

Большое количество кофеина (более 300мг в сутки - это 1,5 чашки эспрессо по 200мл, или 2 чашки капучино (латте, американо) по 250мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250мл) **увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей.**

Рекомендуется избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза.

Во время беременности также следует отказаться от приема алкоголя: особенно негативно алкоголь сказывается в период формирования плода (до 12 недель беременности) и может привести к формированию эмбриопатий.



Беременной пациентке группы высокого риска по недостатку витамина D (женщины с темной кожей, имеющие ограничения пребывания на солнце, со сниженным уровнем потребления мяса, жирной рыбы, яиц, женщины с низкой массой тела) рекомендован **прием витамина D** на протяжении всей беременности в дозе *10мкг (400МЕ) в день*.

Прием омега-3 полиненасыщенных жирных кислот не снижает риск акушерских и перинатальных осложнений, послеродовой депрессии. Курящей беременной пациентке может быть рекомендован прием омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, так как это снижает риск спонтанных преждевременных родов и рождения маловесных детей.

Беременным при нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина **не рекомендован рутинный прием препаратов железа**.

Не рекомендован прием витамина А. Прием витамина в дозе более 700мкг даже может оказать опасный эффект на плод.

Не рекомендуется беременным женщинам принимать аскорбиновую кислоту и витамин Е.

К группе высокого риска авитаминоза относятся женщины низкого социально-экономического класса, ведущие неправильный образ жизни, имеющие недостаток питания, соблюдающие диеты (в том числе вегетарианки). Таким пациенткам может быть рекомендован **пероральный прием поливитаминов** на протяжении всей беременности, так как это снижает риск возможных перинатальных осложнений.

Вес женщины

...перед беременностью

Вес женщины перед наступлением беременности очень важен! Плохо иметь как дефицит, так и профицит веса.

При низком весе повышена частота невынашивания и преждевременных родов, задержек роста плода и внутриутробной гипоксии. Беременные пациентки с *ожирением* составляют группу высокого риска по развитию таких осложнений гестации, как выкидыш, гестационный сахарный диабет, гипертензивные расстройства и преэклампсия, преждевременные роды, асфиксия и гипоксия плода, необходимость оперативного родоразрешения.



...во время беременности

Сколько должна прибавить в весе женщина во время беременности? Определение «нормы» различается. Следует учитывать индекс массы тела (ИМТ) до беременности.

В соответствии с классификацией Института медицины:

- при *недостаточном весе в начале беременности* (ИМТ менее 18,5кг/м²) женщина должна набрать 12,5-18кг,

- при *нормальном весе* (ИМТ 18,5-24,9кг/м²) - 11,5-16кг,

- при *избыточном весе* (ИМТ 25-29,9кг/м²) - 7-11,5кг,

- при *ожирении* (ИМТ более 30кг/м²) - 5-9кг.

Норма прибавки веса во второй половине беременности составляет 300-500 граммов в неделю.

Наши советы

Чтобы во время беременности избежать таких неприятных явлений, как тошнота и рвота, следует **соблюдать диету**, которая включает в себя дробное питание, питание малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных, острых блюд, шоколада, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

Если у беременной женщины возникли запор и геморрой, рекомендуется увеличить двигательную активность с включением в рацион питания пищевых волокон (фрукты, овощи, злаки).

Таким образом, питание во время беременности должно быть сбалансированным и разнообразным. Правильно составленный рацион поможет без проблем выносить и родить здорового ребенка. Помните, что от этого зависит и дальнейшее развитие малыша после появления на свет. ☺

Вес женщины перед наступлением беременности очень важен! Плохо иметь как дефицит, так и профицит веса.



Язвенный колит



Татьяна Григорьевна ЛУБЯНСКАЯ,
главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующая гастроэнтерологическим отделением КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Язвенный колит - одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. При этом заболевании возникает хроническое воспаление слизистой оболочки толстой кишки с образованием в слизистой оболочке эрозий и язв.

Причины возникновения

Язвенный колит относится к воспалительным заболеваниям кишечника и является наиболее частым их проявлением. Количество пациентов с этим заболеванием, по данным зарубежных исследований, составляет 505 на 100000 человек, то есть до 5 человек на 1000 населения. Чаще всего заболевание возникает в возрасте 20-30 лет и 60-70 лет, но может развиться и в любом возрастном интервале.

Причины появления язвенного колита не установлены. Заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов: генетической предрасположенности, дефектов врожденного и приобретенного иммунитета, кишечной микрофлоры, различных факторов окружающей среды.

Пусковые моменты для старта заболевания - это кишечные инфекции, питание с пониженным содержанием овощей и фруктов и повышенным содержанием животного белка, дефицит витамина D, курение, нервные стрессы.

Ключевым фактором в развитии заболевания является дефект иммунитета, дефект распознавания иммунными клетками тех бактерий, которые в нормальных условиях населяют толстую кишку человека. Т-лимфоциты толстой кишки продуцируют большое количество активных биологических субстанций (цитокинов), которые способствуют воспалению и изъязвлению слизистой оболочки толстой кишки.

В большинстве случаев язвенный колит протекает хронически, с периодами обострений и ремиссий, иногда носит непрерывный характер. У некоторых больных заболевание может возникнуть внезапно и протекать в тяжелой форме. Патологический процесс может занимать только прямую кишку, либо прямую, сигмовидную, нисходящую ободочную кишку, либо заболевание может носить тотальный характер.

Как проявляется

Основными проявлениями язвенного колита являются:

- *примесь крови к стулу:* от нескольких капель до 20мл, иногда больше, чаще кровь смешана со слизью;

- *стул обычно учащен, жидкой консистенции.* Характерны позывы на стул ночью. Примесь крови и слизи присутствует в большинстве порций жидкого стула. Возможны тенезмы - позывы на стул с выделением только слизи и крови, стул в этих случаях может быть обычным, то есть оформленным, 1 раз в день, иногда стул бывает с задержками, фрагментированным;

- *боль в животе* мало характерна и носит умеренный (спастический) характер, чаще перед стулом;

- при язвенном колите достаточно быстро формируются *симптомы анемии,* связанной с кровопотерями из кишечника. Это - слабость, быстрая утомляемость, сердцебиение при небольшой физической нагрузке, иногда одышка, бледная окраска кожи, слизистых оболочек. Многие больные теряют в весе, имеют его дефицит;

- при учащенном и жидком стуле возможна *олигоурия* (сокращение количества выделяющейся за сутки мочи). Это один из важнейших показателей состояния организма. Появляются выраженная жажда, слабость, кожа становится сухой, ощущается сухость слизистых оболочек, возникает сердцебиение при физической нагрузке, артериальное давление снижено. Возможно повышение температуры тела от 37,3 до 38 градусов;

- у ряда больных появляется *внекишечные симптомы* со стороны кожи, глаз, суставов.

Таким образом, у пациентов с язвенным колитом, воспалительными заболеваниями кишечника имеются симптомы «красного флага», являющиеся обязательным поводом для быстрого, часто неотлагательного обращения к врачу.

Диагностика

Однозначных диагностических критериев язвенного колита не существует. **Диагноз выставляется на основании жалоб** (патологические примеси к стулу, изменение характера стула, анемия, лихорадка, дефицит веса и другие), **динамики симптомов в процессе развития**





заболевания, данных по общему состоянию пациентов, пальпации живота, лабораторных тестов и типичных эндоскопических изменений.

Лабораторное исследование играет важную роль. Обязательны общий (клинический) анализ крови с исследованием гемоглобина, количества эритроцитов, гематокрита, количества тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов, исследование С-реактивного белка (СРБ).

Важную роль играет *копрологическое исследование*: обязательное исследование кала на наличие «патогенных» кишечных микроорганизмов (кал на дизентерийную группу и сальмонеллез). Как при дебюте заболевания, так и при обострениях, рекомендуется исследование в кале токсинов А и В Clostridia difficile (особенно при недавнем курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре). Полезным бывает также исследование уровня фекального кальпротектина.

Помогают в диагностике и подборе лечения и *другие исследования*: общий белок, уровень альбумина, калия, натрия, железа, АЛТ, АСТ, билирубина, креатинина, амилазы, сахара в крови, коагулограмма.

При наличии малейших сомнений в отношении осложнений язвенного колита (перфорация толстой кишки, или ее токсическая дилатация, кишечное кровотечение) проводится *экстренное УЗИ органов брюшной полости и почек, обзорная рентге-*

нография брюшной полости, пациенты консультируются с врачом-хирургом.

Инструментальная диагностика. Вместе с жалобами центральную роль в постановке диагноза играют и эндоскопические методы исследования: ректороманоскопия и колоноскопия с илеоскопией.

Колоноскопия - обязательная процедура для установления диагноза «язвенный колит». Наиболее характерным является непрерывное воспаление с эрозиями, язвами и/или ранимостью слизистой оболочки (выделение крови при контакте с эндоскопом). Обычно воспаленные участки слизистой имеют четкую границу с нормальной слизистой оболочкой.

Биопсия слизистой оболочки толстой кишки требуется при первичной постановке диагноза, а также при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза и при длительном течении данного заболевания (более 7-10 лет).

Таким образом, если участковый терапевт видит у пациента характерные симптомы язвенного колита, то он направляет пациента в краевую консультативную поликлинику КГБУЗ «Краевая клиническая больница», либо в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края». При тяжелом течении заболевания пациент, по согласованию с отделением экстренной консультативной помощи КГБУЗ «Краевая клиническая больница», экстренно госпитализируется в стационар.

Лечение

Лечебные мероприятия при язвенном колите включают в себя **назначение лекарственных препаратов**, хорошо изученных при данном заболевании и доказавших свою эффективность в контролируемых исследованиях. Действие медикаментов направлено на подавление аномальной иммунной реакции слизистой оболочки толстой кишки и ее последствий. Постоянное наблюдение, приверженность пациентов к лечению, оценка эффективности терапии, ее модификации позволяют в большинстве случаев контролировать заболевание.

У ряда больных имеет место прогрессирование процесса, развитие опасных для жизни осложнений. В этих случаях по жизненным показаниям проводится **хирургическое лечение**. У больных с длительным анамнезом язвенного колита существенно повышен риск колоректального рака, который также является показанием к хирургическому лечению.

Это еще раз говорит о необходимости постоянного наблюдения определенного контингента больных у врача-гастроэнтеролога, специализирующегося на проблемах диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника.

Профилактика

Диспансерное наблюдение при язвенном колите проводится пожизненно. Его целью является, в первую очередь, профилактика колоректального рака. У большинства пациентов в стадии клинической ремиссии колоноскопия должна выполняться не реже, чем каждые 1-3 года.

Пациентам, получающими иммуносупрессивную терапию и/или биологические препараты, **необходимо регулярно принимать назначенные препараты**, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает частоту обострений, а сама терапия является методом профилактики колоректального рака. ☺

"Нас вдохновляют успехи наших пациентов"



Анна Анатольевна Голенко,
главный внештатный детский специалист-невролог министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая психоневрологическим отделением для детей КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства"

В декабре 2021 года в региональном министерстве здравоохранения прошел круглый стол, темой которого стало оказание медицинской и социальной помощи пациентам с редкими заболеваниями. На сегодня в Алтайском крае в федеральный регистр лиц, страдающих опасными для жизни и хроническими прогрессирующими орфанными болезнями, входит 206 граждан, в том числе 122 ребенка.

По словам заместителя министра здравоохранения **Нatalьи Белоцкой**, "сегодня младенцев в России обследуют на пять наследственных заболеваний, а с 2023 года будут на 36. Расширение этого списка заболеваний поможет своевременно выявлять патологии еще до того, как у детей начнут проявляться клинические симптомы, а значит, и раньше начинать терапию".

О том, какая помощь оказывается детям с редкими нервно-мышечными системами в Алтайском крае, - наш разговор с **Анной Анатольевной ГОЛЕНКО**, главным внештатным детским специалистом-неврологом министерства здравоохранения Алтайского края, заведующей психоневрологическим отделением для детей КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства".

- Группа орфанных нервно-мышечных заболеваний - достаточно обширная, включает разные диагнозы. Еще некоторое время назад, диагностируя такое заболевание ребенку, мы понимали, что эти пациенты обречены. К сожалению, статистика неумолима: ребенок со спинально-мышечной атрофией (СМА) без лечения живет 24 месяца. Но в последние пять лет произошел буквально прорыв в плане терапии: для многих наследственных заболеваний, поражающих нервную систему, найдено лечение, у нас буквально появилось второе дыхание. Замечу, что на сегодня в Алтайском крае - 20 детей с диагнозом СМА, все они получают необходимую терапию. Причем, в нашем арсенале для лечения СМА разработано три препарата, которые имеют пример-

но одинаковый механизм действия, но требуют разные методы введения. Один вводится в спинно-мозговой канал, другой препарат нужно принимать ежедневно перорально. Действующее вещество препарата встраивается в дефектный ген и вырабатывает тот белок, который позволяет ребенку жить, дышать, а кому-то - и ходить... В 2020 году 18-летний подросток со СМА перешел во взрослую сеть, но лечение начинал у нас. Считаю, это достойный результат и успехов медицины, и наших возможностей.

Другое редко встречающееся заболевание в неврологии - миодистрофия Дюшенна (прогрессирующая мышечная дистрофия), которая поражает только мальчиков, потому что передается на X-хромосоме. Дебютирует это заболевание чаще всего на первом, реже - на втором, десятилетии жизни - в зависимости от степени выраженности мутации. Прогрессируют двигательные нарушения, формируется контрактура в суставах, и, как правило, при раннем дебюте заболевания мальчики после 12-15 лет садились в инвалидное кресло, чтобы уже никогда из него не встать. Далее развивались дыхательные расстройства, когда ребенок не мог дышать и за него дышал аппарат... Сегодня появились препараты, основанные на генно-заместительной терапии, которые также встраиваются в дефектный ген для выработки необходимого белка, позволяющего мышцам двигаться, а детям в итоге - развиваться. И говорить об обреченности детей с таким диагнозом, к счастью, уже не приходится.

У нас в крае диагностирован один случай нейронального цероидного липофуциноза (НЦЛ). Думаю, что детей с пока что не поставленным этим диагнозом в Алтайском крае больше. Это очень редкое заболевание, очень тяжело протекает, с эпилептическими припадками, с прогрессирующей утратой психо-эмоциональных навыков, то есть ребенок утрачивает свои когнитивные способности, вплоть до неузнавания окружающих людей. Зарегистрирован препарат для лечения НЦЛ, но он имеет очень слож-



ный путь введения: так как заболевание относится к наследственно-обменным, то в первую очередь поражается головной мозг, и в желудочковую систему которого устанавливается порт, через который каждые две недели вводится лекарство для поддержания необходимых обменных постоянств.

Но чтобы иметь диагноз, нужно его сначала диагностировать. И молекулярно-генетическая диагностика в последние годы сильно продвинулась вперед. Если раньше дорогостоящие и высокочувствительные генетические исследования были доступны только в федеральных центрах, то сегодня при подозрении у ребенка (и не только новорожденного!) нейрогенеративного заболевания взятый его биоматериал (например, кровь) мы отправляем в медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова (Москва) и в течение двух недель получаем результат. Самое главное, чтобы врач-невролог на месте смог заподозрить то или иное редкое нервно-мышечное заболевание и после правильно интерпретировал результат исследования. При выявлении и подтверждении у ребенка патологии мы смотрим: разработан ли алгоритм ее лечения на сегодня или еще нет? Если нет, то современная диагностика нам очень многое дает для понимания дальнейшей тактики ведения пациента, прогноза течения его заболевания: медленно прогрессирующее заболевание или нет, какие поддерживающие методы лечения можно использовать, что пациенту можно, а что нельзя, какой двигательный режим нужно использовать...

С одной стороны, установив верный диагноз, нам проще дальше двигаться в лечении. С другой же стороны, врачам-неврологам стало и сложнее: если раньше об некоторых заболеваниях мы и не знали, то сегодня в голове необходимо держать больше нозологий, и даже очень редких заболеваний, то есть допускать их наличие у наших пациентов. Если исследовать тысячу детей, мы определим два случая с редкой патологией, и этим двум детям можно помочь, - это ли не надежда?

Алтайский край по статистике выявленных и выявляемых орфанных неврологических заболеваний у детей ничем не отличается от статистики по другим регионам страны. То есть, если в Алтайском крае меньше пациентов в отличие от российской популяции, то это не означает, что у нас их нет, - они есть, но им по разным причинам еще не поставлен правильный диагноз. Поэтому нужно рабо-



тать над осведомленностью медицинского сообщества об орфанных заболеваниях в целом.

Учитывая, что редкие заболевания чаще всего имеют наследственную, генетическую природу, поэтому профилактика может быть только одна - планирование беременности, тщательный анализ родового анамнеза, генетическое консультирование, проведение необходимых скринингов во время беременности.

Финансирование лечения орфанных нейрогенеративных заболеваний у детей. Уже год, как мы не сжаты рамками дорогостоящего лечения. Год назад Президент России издал Указ об образовании благотворительного фонда "Круг добра", куда перенаправляется повышенная ставка НДС для определенной группы граждан для закупок препаратов, медицинских изделий для детей с орфанными заболеваниями. Тогда мы оперативно подготовили и отправили пакеты документов на всех наших таких маленьких пациентов, и теперь все они 100%-но обеспечены лечением. Если установлен диагноз и для него разработана терапия и пациенту по всем медицинским критериям показано это лечение, мы на месте оформляем необходимые документы совместно с региональным минздравом, далее пакет документов отправляется в Москву, где экспертный совет одобряет заявку для получения необходимого финансирования.

Мы живем во время прорыва в медицине и в диагностике, и в лечении. И поэтому мы можем дать реальные шансы нашим пациентам на благоприятные прогнозы качества их дальнейшей жизни. Когда мы видим, что ребенок начинает сидеть, то и для самого ребенка это надежда, и для родителей это большой прогресс, и нас успехи наших пациентов тоже вдохновляют! 🌟

5 января 2021 года Президент России Владимир Путин подписал Указ "О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, "Круг добра"". За год работы Фонда более 2100 детей обеспечены лекарственными препаратами или получили медицинскую помощь. В перечне заболеваний, с которыми работает Фонд, - 44 нозологии, для которых сегодня есть патогенетическое лечение. Также Фонд закупает 40 наименований лекарственных препаратов. Детям с орфанными заболеваниями во всех регионах России стали доступны инновационные лекарства, которые только появляются в мире и еще не зарегистрированы в России. Финансирование деятельности Фонда "Круг добра" осуществляется за счет повышенной ставки НДС для граждан, доходы которых превышают 5млн рублей в год. В 2021 году в бюджете было зарезервировано 60млрд рублей, фактические поступления составили около 75млрд рублей. На закупку лекарств, медицинских изделий и оплату лечения в 2021 году было направлено 37,9млрд рублей, оставшиеся средства будут использованы также для помощи детям в 2022 году.



Роль микронутриентов и витаминов в профилактике и лечении COVID-19

Большинство клинических исследований установили связь между нутриентными дефицитами и развитием патологических отклонений (состояний) в функционировании иммунной, нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и костно-мышечной систем.

В связи с пандемией новой коронавирусной инфекцией, была актуализирована проблема с состоянием противовирусного иммунитета на фоне микронутриентных дефицитов.

Назначение витаминов А, С, Е, D, витаминов группы В, цинка, магния и омега-3 полинасыщенных жирных кислот в качестве нутрициальной поддержки в период пандемии, может быть весьма перспективным в лечении и профилактике Covid-19.

Одним из патогенетических механизмов тяжелого течения Covid-19 является наличие "цитокинового шторма", для снижения риска развития которого применяются различные витамины. "Цитокиновый шторм" можно частично блокировать парентеральным введением витамина С. Профилактические дозы: 100-300 мг/сут, лечебные: 800-1000 мг/сут.

Витамин А (ретиноиды) участвуют в экспрессии сурфактантных белков, входящих в состав легочного сурфактанта, секретируемого альвеоцитами 2-го типа. При новой коронавирусной инфекции наблюдается поражение альвеоцитов 2-го порядка, следовательно, необходимо обеспечить ресурсы витамина А в организме. Профилактические дозы: 3000-4000 МЕ/сут, в период эпидемиологической обстановки респираторно-вирусных инфекций: 4000-5000 МЕ/сут (в течение 2 недель).

Дефицит **витамина D** увеличивает частоту и тяжесть течения Covid-19. При развитии "цитокинового шторма", витамин D усиливает синтез антимикробного пептида кателицидина и снижает избыточную продукцию противовоспалительных цитокинов, которые, как раз и стимулируют развитие данного осложнения.

Холекальциферол (витамин D3) способствует увеличению клеточного

иммунитета и экспрессии гуморальных местных факторов. Профилактическая доза 2000-5000 МЕ, лечебная: возможно увеличение до 10 000 МЕ до 8 нед.

Витамин В6, В12 и фолаты способствуют снижению уровня гомоцистеина, тем самым способствуя сохранению эндотелия сосудов.

Цинк обладает иммуномодулирующим, противовирусным эффектом, препараты цинка (предпочтительно соли цинка: пиколинат цинка, цитрат цинка) можно назначить для лечения и профилактики респираторных вирусных инфекций, в том числе и Covid-19. Профилактические дозы - 10-20 мг/сут., лечебные: 60-80 мг/сут.

Магний- и марганец - важные микроэлементы, которые участвуют в противовирусном ответе, но кроме того возможно развитие ятрогенной гипомagneзиемии на фоне приема диуретиков, антибиотиков, иммунодепрессантов, антидепрессантов и других препаратов, вследствие данного состояния повышается риск развития артериальной гипертензии, судорог, аритмий, что усугубляет течение Covid-19. Регулярный прием органических солей магния 200-300 мг в сутки, необходим для более легкого течения заболевания.

Прием микронутриентов, в частности витаминов А, С, D, группы витаминов В, цинка, магния необходим для укрепления иммунитета.

Повышается сопротивляемость организма, поэтому в случае контакта с заражённым человеком, риск заболеть снижается. Назначение витаминов и микронутриентов рационально и при лечении новой коронавирусной инфекции, а также в период выздоровления.

Изучение применения микронутриентов и витаминов при лечении Covid-19 в настоящее время продолжается. ☺



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры поликлинической терапии;



Анастасия Викторовна АВЦИНОВА,

студентка 6 курса института клинической медицины,

- ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»





Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,
доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»;



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 передаче 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 проводимых 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 организме женщины 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 известным данным на сегодняшний день, 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 также 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>30кг/м²), 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 тысяч женщин, вакцинированных во время беременности. Опубликованы исходы беременности 827 пациенток, вакцинированных во время беременности: частота осложнений беременности не отличалась от частоты осложнений у невакцинированных 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 поводом 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! 🌿



Беременность и почки



А.Н. ПОЗДНЯКОВА,
врач-нефролог
нефрологического центра;

Беременность - прекрасный момент в жизни каждой женщины, но в то же время, он довольно сложный. С самых первых дней беременности организм женщины подвергается глубоким преобразованиям. Они являются результатом слаженной работы всех систем организма и взаимодействия организма матери с организмом ребенка. Эти изменения носят адаптивный характер, в большинстве случаев они недолговременные и полностью исчезают после родов.

Особенности мочевыделительной системы у беременных

Беременность оказывает выраженное влияние на топографию и функцию смежных с маткой органов. В первую очередь, это касается мочевого пузыря и мочеточников.

По мере увеличения размеров матки происходит **сдавление мочевого пузыря**. Стенки мочевого пузыря и мочеточники гипертрофируются, мочеточник изгибается в месте перехода верхней трети в среднюю. Иногда возникает развитие гидроуретера (расширение мочеточника), который чаще возникает справа. Причиной более частого правостороннего гидроуретера является положение беременной матки и сдавливание ею правого мочеточника.

Дилатация (расширение) мочевых путей начинается в первом триместре и достигает своего максимума к 5-8 месяцу беременности. В основе этих изменений лежат гормональные факторы (продукция прогестерона плацентой), в меньшей степени это связано с механическим сдавлением мочевыводящих путей беременной маткой. Создается условие для рефлюкса (обратного тока) мочи. Кроме того, размеры почек увеличиваются на 1,5-2см, значительно расширяется чашечно-лоханочная система почек. *Эти физиологические изменения благоприятствуют для развития инфекции в мочевыводящей системе.*

Во время беременности **почки матери функционируют с повышенной на-**

грузкой, выводя из организма продукты метаболизма матери и плода.

Существенные изменения претерпевают процессы кровоснабжения почек. Особенностью **почечного кровотока** является его **увеличение** в первом триместре беременности и **постепенное уменьшение** в дальнейшем.

Параллельно изменениям кровоснабжения почек **меняется и клубочковая фильтрация**, которая значительно возрастает в первом триместре беременности (на 30-50%), а затем постепенно снижается.

Реабсорбция воды в канальцах почек на всем протяжении остается без существенных изменений (в отличие от клубочковой фильтрации), что способствует задержке жидкости в организме беременной.

Заболевания почек у беременных женщин

Ведущее место принадлежит инфекциям мочевыводящих путей. Возникая с высокой частотой у беременных (до 10%), инфекции мочевыводящего тракта способны оказывать неблагоприятные последствия как на течение беременности, так и на здоровье будущего малыша. *Особенно часто инфекции мочевыводящих путей возникают у беременных на фоне ранее имеющейся патологии:* мочекаменной болезни, врожденных и приобретенных аномалий мочевыводящих путей (например, стриктур мочеточников), нарушений функции мочевого пузыря, при сахарном диабете.



Ольга Георгиевна ЖГУТ,
главный внештатный специалист-нефролог министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующая нефрологическим отделением, врач-терапевт высшей квалификационной категории

- КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Пиелонефрит

Среди инфекции мочевыводящих путей особое место занимает пиелонефрит - инфекционное воспалительное заболевание почек.

Причинами возникновения пиелонефрита у беременных является *инфицирование мочевых путей на фоне неречисленных выше гормональных и анатомических изменений*. Основными возбудителями пиелонефрита являются микроорганизмы кишечной группы, в первую очередь, - кишечная палочка.

Клиническими проявлениями пиелонефрита являются боли в поясничной области, при мочеиспускании, повышение температуры тела, слабость, недомогание. В анализе мочи выявляют повышенное число лейкоцитов. Зачастую симптомы заболевания стерты, обнаруживаются только по результатам анализов.

Лечение пиелонефрита комплексное. Это - антибактериальная терапия, назначаемая с учетом флоры и чувствительности к антибиотикам, дезинтоксикационная терапия, лечение, направленное на улучшение состояния плода. Лечение инфекции мочевыводящих путей должно проводиться только врачом и в стационаре (при легком течении - амбулаторно), под контролем анализов крови, мочи, УЗИ и т.д.

Преэклампсия

Преэклампсия - это осложнение беременности, родов и послеродового периода, во время которого после 20 недели беременности характерно повышение систолического артериального давления более 140мм.рт.ст. и /или диастолического артериального давления более 90мм.рт.ст., в сочетании с протеинурией - потере белка более 0,3г в сутки.

Иногда это осложнение беременности проявляется двумя и даже одним симптомом. Типичная преэклампсия возникает в третьем триместре беременности. **В типичных случаях преэклампсия включает триаду симптомов:** отеки, артериальная гипертензия, протеинурия.

Преэклампсия может развиваться даже у здоровых до наступления беременности женщин, частота ее развития высока - у каждой сотой беременной. Если же преэклампсия уже отмечалась у женщины, то при повторной беременности вероятность ее развития возрастает до 50%.



Преэклампсия - это транзиторное и обратимое поражение почек, полностью излечивающееся родоразрешением.

Факторы, предрасполагающие к развитию преэклампсии: поздние роды (после 35 лет), наличие хронических заболеваний - ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, предшествующие беременности заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит).

Жалобы при преэклампсии разнообразны и определяются тяжестью заболевания. В легких случаях жалобы у больных могут отсутствовать. Чаще беспокоят отеки, головные боли, слабость, головокружение, одышка, диспепсические явления, боли в пояснице, в тяжелых ситуациях - ухудшение зрения, мелькание в глазах.

Протеинурия (потеря белка с мочой), возникшая и прогрессирующая после 20 недели беременности, является одним из симптомов преэклампсии. Суточная потеря белка с мочой в этом состоянии превышает уровень 0,3 грамма.

Отеки - наиболее характерный признак, отмечающийся у большинства беременных. Они появляются на 7-8 месяце беременности, локализуются сначала на нижних конечностях, затем распространяются на туловище и лицо. Небольшие отеки могут остаться незамеченными и выявляются лишь при систематическом контроле веса беременной: увеличение веса во второй половине беременности более, чем на 600г в неделю, свидетельствует о задержке жидкости в организме.



Повышение артериального давления в начале заболевания - незначительное, в дальнейшем может достигать цифр 200 / 140 мм.рт.ст. и выше. На этом фоне могут проявиться явления сердечной недостаточности в виде сердечной астмы.

Диагноз «преэклампсия» устанавливается при наличии хотя бы двух симптомов из вышеописанной триады (отеки, гипертония, протеинурия). Распознаванию преэклампсии способствует наблюдение во время беременности с регулярным измерением артериального давления, динамическим контролем прибавки веса, определением объема диуреза, исследованием общего анализа мочи, глазного дна. Для уточнения состояния плаценты и плода производится доплерография маточно-плацентарного кровотока, акушерское УЗИ.

В профилактике преэклампсии определенную роль играет соблюдение диетических рекомендаций (ограничение поваренной соли, полноценное питание) и поддержание соответствующего здорового режима жизни.

При появлении признаков преэклампсии показано стационарное лечение. Медикаментозное лечение является симптоматическим: борьба с гипертонией, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой, свертывающей системы крови.

Лечение тяжелой преэклампсии заключается в срочном родоразрешении.



Острая почечная недостаточность

Острая почечная недостаточность при беременности может быть обусловлена септическим абортom, кортикальным некрозом вследствие кровотечения при родах. Кроме того, она может возникать при преэклампсии, остром жировом гепатозе беременных и гемолитико-уремическом синдроме. Последний может развиваться до родов и в течение трех послеродовых месяцев. Основное лечение гемолитико-уремического синдрома состоит в применении плазмафереза, назначении антикоагулянтов (гепарина) и ацетилсалициловой кислоты.

Для профилактики почечной патологии во время беременности нужно:

- *проходить регулярное обследование при посещении женской консультации:* исследование крови и мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы, бак.посева мочи, неоднократное определение суточной протеинурии;

- *осуществлять контроль массы тела и артериального давления независимо от наличия или отсутствия жалоб у беременных;*

- *для диагностики патологии почек у беременных могут привлекаться такие специалисты, как нефролог, уролог, окулист, эндокринолог, кардиолог;*

- *обязательно пролечить инфекции, имеющиеся в организме, желательно до наступления беременности;*


- *провести лечение, устраняющее затруднения пассажа мочи, особенно у беременных с многоплодием, крупным плодом, многоводием;*

- *вести здоровый образ жизни, соблюдать принципы полноценного сбалансированного питания (с ограничением острых, соленых, копченых продуктов);*

- *соблюдать личную гигиену, избегать переохлаждения, переутомления, стрессов;*

- *при появлении таких симптомов, как боль в пояснице, изменение цвета мочи, появление «пенистой» мочи, тошнота, рвота, головная боль, снижение зрения, слабость, отеки, одышка, - необходимо срочно обратиться к врачу!*

Недопустимо заниматься самолечением!

Профилактика патологии почек у беременных проводится в женских консультациях, где устанавливается медицинское наблюдение и тщательное обследование всех пациенток. Эти мероприятия помогают выявлять заболевания почек в ранние периоды и дают возможность предупредить развитие тяжелых осложнений. 



Болезнь и пациент. Тактика поведения медицинского персонала

С 1980 года в отечественной медицинской психологии успешно используется классификация типов отношения к болезни, разработанная коллективом врачей Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством доктора медицинских наук Андрея Личко.

Она включает 12 психотипов потенциальных больных и охватывает практически весь спектр возможных реакций на возникшее заболевание.

Рассмотрим эти типы отношения к болезни со стороны пациента в связке с тактикой поведения врача, чтобы добиться не только более эффективного лечения, но и для выстраивания конструктивного общения, минимизации конфликтов, понимания личностных особенностей и для более легкого создания раппорта (установления специфического контакта, включающего определенную меру доверия или взаимопонимания с человеком).

Гармоничный психотип

Для пациента этого типа характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличения его тяжести и без оснований видеть всё в мрачном свете, но при этом без недооценки тяжести болезни. Стремление активно во всем содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В этом варианте реагирования важен реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент в своих реакциях должен опираться на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и прочем.

Тактика. Поддерживайте пациента в его правильном мнении и реагировании. Избегайте внедрения деструктивных мыслей в его картину мира. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидизация) переключайте его интересы на

те области жизни, которые останутся ему доступными. При неблагоприятном прогнозе - сосредоточьте внимание пациента, его заботы и интересы на судьбу близких, своего дела.

Эргопатический психотип

Он же стенический (волевой, активный, витальный) психотип.

Исключительно «воля к работе». Сверхответственное отношение к труду и своим обязанностям приводит к тому, что пациент относится к обследованиям и лечению избирательно. Главная ценность - вне зависимости от тяжести болезни продолжать работать или же сохранять профессиональный статус, не жертвовать карьерой и т.п. Включается психологическая защита, работающая как «уход от болезни в работу». Положительная сторона - высокая мотивированность в излечении. Отрицательная сторона - «если лечение мешает работе, брось его...». То есть если пациент поставит в состояние определения между терапией и трудом, понятно, что именно он выберет.

Тактика. Направляйте интересы пациента и поддерживайте в нем тягу к жизни, ведь вынужденное бездействие просто его убьет. Но держите руку на пульсе и периодически напоминайте пациенту о необходимости лечения и диагностики, при этом допустимо использование манипуляции: «Если вы не будете лечиться, то не сможете работать». С такими пациентами лучше поддерживать дружеские отношения, периодически контролируя их. Необходимо разрешить им легкую работу или общественную де-



**Алла Владимировна
ЛОБАНОВА,**
клинический медицинский
психолог,
ККБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»



▲тельность, хобби. Пригласите психолога для создания адаптационных программ, которые дадут возможность пациенту реализовать свою активность и жажду жизни.

Анозогнозический психотип

Для такого типа пациента характерно активное отбрасывание мыслей о самой болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в ее проявлении. Часто человек отказывается от обследования и визита к врачу, рассчитывая самостоятельно разобраться или надеясь, что «само пройдет». Отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами, узнав онкологический диагноз, попросту обвиняют врача в ошибке и... хлопают дверью, отказываясь от дальнейшей терапии. Такие пациенты тянут время и поэтому очень часто запускают болезнь. Это весьма опасная ситуация, которая нередко заканчивается переходом в апатию, неврастению или дисфорию, которые почти не оставляют место для продуктивной работы тандема «врач-пациент» и исключают совещательную и интерпретационную модели отношений.

Тактика. Важно понимать, что зачастую, когда пациент демонстрирует полное безразличие к лечению, больше всего он хочет услышать слова надежды и нуждается в укреплении своей веры в лучшее. А отрицание и отвержение болезни - это защитная реакция: «Если я не думаю о болезни, то ее у меня и нет». Чаще

всего такая позиция характерна для мужчин. Представьте, что в этот момент творится в голове и душе человека: «Еще вчера я был здоров, а сегодня я болен, вчера я был успешным, а сегодня инвалид с пособием, вчера я был душой компании, а сегодня все отвернулись от меня, вчера я был главой семьи, а сегодня я немошен». Он ничего не хочет менять в своей жизни. И такое мифическое спокойствие для многих лучше всякого лечения. Поэтому врач должен объяснить пациенту серьезность его болезни и убедить его в том, что ему можно и нужно помочь продлить жизнь или улучшить качество жизни. Также нужно развеять миф о народных методах лечения рака и объяснить, что это лишь эффект самовнушения. При устойчивом заблуждении пациента и его отказе от лечения к диалогу можно присоединить авторитетного родственника, медицинского психолога, священника.

Тревожный психотип

Для такого тревожно-депрессивного и обсессивно-фобического психотипа характерны непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Также ему свойственны поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непре-

рывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии такого пациента более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Пациенту кажется, что его лечат неэффективно, он ищет альтернативные способы, находит их в изобилии, например, в интернете, часто меняет врача или клинику - из-за недоверия и своей мнительности. На фоне постоянной тревожности угнетается психическая активность, снижается тонус. Защитой от обсессивных проявлений (боязни заразиться, замараться и т.п.) становятся повторяющиеся «ритуалы» (например, частое мытье рук - строго определенное количество раз). Это минусы. Но есть и плюсы в тревожном типе отношения - это недоверие к субъективным ощущениям и высокий интерес к объективным данным (результатам анализов, заключениям специалистов) и дотошность их изучения. Этим тревожный пациент отличается от ипохондрического. Он предпочитает больше слушать высказывания других, чем без конца предьявлять свои жалобы. И тревожное настроение, угнетенность - это вследствие такой тревоги. Тревожный тип базируется на появляющейся из-за заболевания тревоги и изменения обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее и часто вызвана опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни

Тактика. Врачу необходимо прояснить собственное видение пациента ситуации с его здоровьем, объяснить и исправить его искажения и ошибки (часто такие пациенты имеют искаженные знания о своей болезни). Обеспечьте ему доступную информированность о заболевании и по возможности выстройте доверительные, партнерские отношения. Таким образом покажите, что врач четко видит результат и уверен в алгоритме своего лечения. С помощью медицинского экспертного мнения можно разубедить пациента и тем самым разрушить его страх. Психолог поможет такому пациенту снизить симптомы тревоги, обучит работе с эмоциями, методам саморегуляции и саморелаксации.



Ипохондрический тип

Характерны сосредоточенность на субъективных негативных ощущениях, преувеличенно трагическое отношение к боли, желание долго и подробно рассказывать о ней врачам, медперсоналу, близким и соседям по палате. Мнительность насчет «побочных действий» лекарств, недоверие к врачам и диагностике. Последний факт можно использовать как плюс: ипохондрический пациент, как правило, проходит обследование несколько раз у разных специалистов, что повышает достоверность исследований. Гипертрофированное желание пациента излечиться сочетается с упадническим настроением, с неверием в успех и подозрениями медицинских работников в непрофессионализме. По этой причине он может бросить терапию.

Тактика. Пациенты, непрерывно тревожащиеся о своем состоянии, нуждаются в спокойном, оптимистичном и внимательном разговоре с врачом. Важно вызвать доверие к врачу, понимание пациента, что врач четко видит выход из его болезни. С помощью медицинского экспертного мнения, приводя примеры других пациентов, такого пациента можно разубедить, разрушить его страх. Такой пациент должен знать адекватную информацию о своем заболевании и лечении. По возможности предупредите родственников ипохондрика о том, что он может надеяться на бесконечными жалобами. Врач должен проявить терпимость к такому пациенту, а иногда и жесткость: «Вам не нужно больше обращаться к врачу, вы здоровы». Ипохондрику можно порекомендовать сменить образ жизни, найти хобби - возможно, так у него будет меньше времени, чтобы прислушиваться к себе и придумывать несуществующие симптомы. Психолог поможет растворить тревогу, снимет фиксацию, поставит акцент на других приоритетах, научит упражнением, даст внимание, отучит от вредных психологических привычек.

Сенситивный психотип

Для него характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, произведе-



денным на окружающих, которые узнают о его болезни. Что его станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской к нему относиться. Также такой пациент боится стать обузой, опасается, что его начнут жалеть. У таких людей обычно сформировано дихотомическое мышление (плохо или хорошо, черное или белое)

Тактика. Авторитетная, оптимистичная, уверенная позиция врача поможет справиться со страхом пациента за свою привлекательность и жизнь. Если пациент волнуется о дальнейших взаимоотношениях с близкими, объясните ему, что он не обязан сообщать о нюансах операции или лечения никому, это конфиденциальная информация. Вызовите таких пациентов на разговор, расспросите об их деструктивных моделях поведения и мышления, вселите уверенность в эффективность лечения. Психолог поможет повысить самооценку и изменить дихотомическое (полярное) мышление с помощью обучения саморегуляции и саморелаксации, работы с негативными эмоциями.

Неврастенический психотип

Такой пациент очень раздражителен, когда испытывает недомогание, или если лечение не помогает. Он нетерпим к боли и нетерпелив во время обследования и лечения. Везде находит недостатки. Часто всем недоволен и пессимистичен.

Тактика. С ним следует вести диалог в формате «взрослый-взрослый». Раздражение пациента не должно задевать врача, не нужно реагировать на обвинения, вступать в дискуссию. Слушайте не как говорит пациент, а что он говорит. Лучший метод - временно согласиться с ним, ослабив его бдительность, а затем сменить русло беседы, дать жестко и настойчиво рациональные рекомендации. Психолог поможет сформировать оптимистический взгляд на жизнь, собственные эмоциональные опоры и обучит работе с эмоциональной сферой.

Меланхолический психотип

При таком витально-тоскливом психотипе пациент удручен своей болезнью, не верит в выздоровление даже при объективном прогрессе в терапии. Он любит усугублять, нагнетать ситуацию, склонен к преувеличению проблем.

Тактика. Такой пациент нуждается в беседе, в похвале за отдельные успехи в лечении. Малейшие знаки внимания, улыбка, подбадривание, похвала имеют для него большое значение. Объясните ему, что путь к выздоровлению состоит из тысячи шагов, но каждый шаг важен. Психолог поможет овладеть основами психологической грамотности и обучит новым навыкам в поведении, сможет изменить негативные эмоциональные привычки. ►



▲ Апатический психотип

Такой пациент полностью безразличен к исходу болезни и результатам лечения. Он не проявляет инициативу и абсолютно пассивен.

Тактика. Врачу придется взять инициативу в свои руки! По возможности самостоятельно контролируйте лечение таких больных, опирайтесь на поддержку родственников пациента и, конечно, психолога, который выявит причину апатии и поможет пациенту найти опору.

Эгоцентрический психотип

Зачастую пациент истероидного типа реагирования на болезнь не просто ее принимает, но и старается извлечь из нее выгоду. Он хочет показать окружающим свою исключительность. Эмоционально нестабилен, артистичен. Требует к себе особого отношения, любит внимание к себе. Может преувеличивать тяжесть заболевания, страдания, симптоматики, - чтобы выделиться и чтобы показать, что даже болезнь у него протекает по-особому. Хороший манипулятор, иногда заигрывает с врачом или наделяет его волшебными свойствами, может влюбиться в него, любит делать комплименты («вы самый лучший врач!») и возвышать роль врача для своей выгоды.

Тактика. С одной стороны, нужно быть терпимым, с другой - проявлять твердость. Не допускайте, чтобы вами командовали, манипулировали, должны быть четкие правила и рамки, не выделяйте такого пациента и не приближайте его к себе, с ним нежелательно строить дружеские отношения, необходимо, наоборот, - экспертные и профессиональные. Не все прихоти такого пациента следует исполнять. Отношения с ним стройте по типу «взрослый-взрослый». Психолог поможет в том числе и разделить внимание, определить границы и зону ответственности.

Паранойяльный психотип

Такой пациент уверен, что их болезнь - результат внешних причин, что на него навели порчу или



сглазили. Он недоброжелателен, настороженно относится к назначенному лечению. Стремится приписать возможные нежелательные эффекты лекарств халатности и злому умыслу врачей. Склонен верить знахарям и экстрасенсам.

Тактика. Избегайте оценочных суждений и «выключите» чувство юмора на время работы с таким пациентом. Откажитесь от назидательного тона. Убеждения развенчивайте постепенно, с примерами, предъявляя опыт других людей. Лучший метод - это временно занять нейтральную позицию, а затем по мере установления доверительных отношений, давать рациональные рекомендации. Далее можно попытаться «перекрыть» аргументы пациента своими: мнением знаменитых врачей, результатами исследований, статистикой выздоровлений. Психолог поможет на всех этапах.

Дисфорический психотип

Такой агрессивный пациент озлоблен, у него недовольный и мрачный вид. Он деспотичен и требует повышенного внимания к себе. Часто испытывает злобу и зависть по отношению к здоровым. Может накричать на медперсонал, замахнуться, кинуть что-то, разбить, угрожать.

Тактика. Важно выстроить официальные отношения с таким пациентом по принципу «взрослый-

взрослый». Возможно, стоит дать ему возможность избавиться от накопившейся агрессии и раздражения. Выслушайте его, игнорируя оскорбительный тон. Это снимет приступ агрессии и позволит выстроить рациональный диалог. Агрессивный пациент ждет, что вы ответите на его провокацию, вступив в словесную перепалку. Помните, что вы сильнее в профессиональных вопросах, а обмениваясь словесными выстрелами, вы станете равным с пациентом, ведь в словесной дуэли нет победителей, ибо проблема так и не решится. Перефразируйте сказанное, не изменяя сути, и ответьте по существу проблемы. Чем эмоциональнее пациент, тем более спокойнее реагируйте. Агрессия пациента в большинстве случаев направлена не на вас, а на ситуацию: «Меня не интересует, кто виноват, но поскольку я говорю с вами, то вам меня слушать и исправлять ситуацию». То есть вы выступаете в роли громоотвода, а не цели агрессии. Возьмите перерыв при необходимости, покиньте «поле боя», чтобы прийти в себя, тем самым оборвав негативный контакт.

Наши пациенты все такие разные, но нет ничего более ценного, чем человеческие отношения. Помните, как в клятве Гипократа: «...Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». ☺



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»



Костромичья
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



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



Салдан
Игорь 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. Ответственность за достоверность рекламной информации несут 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 Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск -
Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. 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: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

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