



Санкт-Петербургский Педиатр



ГАЗЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА № 4 (65), 2020



Как в Педиатрическом университете лечат детей с коронавирусной инфекцией?

Стр. 3



Из Букараманги с любовью.
Маурисио Даурте:
Всем в жизни я обязан ЛПМИ
Маурисио Даурте — выпускник ЛПМИ и один из лучших детских хирургов Колумбии

Стр. 4

Председатель законодательного собрания вручил ректору СПбГПМУ благодарность за вклад в борьбу с COVID-19



Стр. 5



Редкий случай: врачи Педиатрического университета рассказали о синдроме «танцующих глаз»

Редкий диагноз «энцефалопатия Кинсбурга» у ребёнка из В. Новгорода.

Стр. 6

Летим лечить: студенты СПбГПМУ трудились в больнице между Петербургом и Москвой

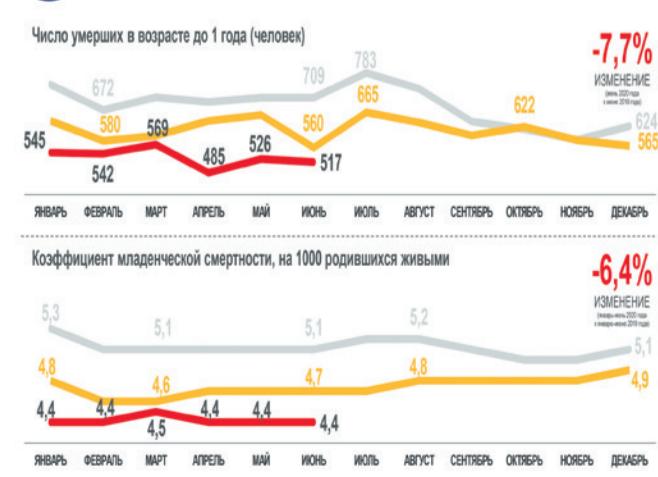


Стр. 7

РОССТАТ



ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ



↗ 2020

↗ 2019

↗ 2018

В России заметно снизилась младенческая смертность

За 5 месяцев 2020-го в России умерло на 500 детей меньше, чем в тот же период прошлого года. Об этом сообщил ректор Педиатрического университета, главный внештатный неонатолог Минздрава РФ Дмитрий Иванов.

Коэффициент младенческой смертности учитывает число детей, умерших до года на 1000 родившихся. Измеряется он в промилле. В России данный показатель устойчиво снижается: если в 2013 году он составлял 8,2 промилле, то в 2019 достиг значения 4,9. Иными словами, разница в числе смертельных случаев составляет 10 тысяч детей. «Это колossalный успех всей педиатрической службы страны», — подчеркнул Дмитрий Иванов в ходе пресс-конференции в ТАСС.

«Мы помним, что есть президентские указы, что мы должны, например, достичь показателей младенческой смертности в стране к 2024 году 4,5 промилле. Если мы посмотрим данные, которые сейчас дает Росстат, то у нас за пять месяцев 4,4 промилле. То есть мы достигли тех показателей, которые ожидали достичь только к 2024 году, — рассказал о тенденциях Дмитрий Иванов.

лось спасти только 20–30% глубоко недоношенных малышей.

— Развитие реанимационных технологий обеспечило выживаемость таких детей. Но что с их качеством жизни? Мы столкнулись с новыми проблемами и новыми болезнями. Это и бронхолёгочная дисплазия, и ретинопатия, и неврологические проблемы. С недоношенными детьми сегодня работают мультидисциплинарные команды специалистов. Помимо реанимации, выхаживания, очень важный момент — реабилитация и наблюдение этих детей уже после выписки из стационара, — считает доцент Фёдорова. Очень тут многое зависит не только от врачей, но и от родителей «поспешившего» появиться на свет маленького человека.

Окончание на стр. 2

ЖИТЬ ТОРОПЯТСЯ: как в Педиатрическом университете спасают недоношенных детей

Каждые десятые роды в мире — преждевременные. По данным Минздрава РФ, прошлом году в нашей стране 89,7 тысяч младенцев родились раньше срока. 97,6% из них удалось спасти.



Верочка

— Проблем с выхаживанием детей от 1,5 кг сегодня нет. Если, например, лет 10 назад их умели лечить избранные учреждения, то на сегодняшний день практически в любом областном перинатальном центре такому ребенку окажут полноценную помощь, — уверен главный внештатный неонатолог Минздрава, ректор СПбГПМУ Дмитрий Иванов.

Согласна с ним и заведующая отделением патологии новорожденных клиники СПбГПМУ Ирина Мышникова:

— Если ребёнок больше килограмма, то мы считаем, что всё хорошо, он большой. Если меньше 700 грамм — уже могут быть проблемы. Самый маленький наш пациент весил 560 грамм».

Доцент кафедры онкологии СПбГПМУ Лариса Фёдорова помнит, что два десятилетия назад медикам удава-

лось спасти только 20–30% глубоко недоношенных малышей. Развитие реанимационных технологий обеспечило выживаемость таких детей. Но что с их качеством жизни? Мы столкнулись с новыми проблемами и новыми болезнями. Это и бронхолёгочная дисплазия, и ретинопатия, и неврологические проблемы. С недоношенными детьми сегодня работают мультидисциплинарные команды специалистов. Помимо реанимации, выхаживания, очень важный момент — реабилитация и наблюдение этих детей уже после выписки из стационара, — считает доцент Фёдорова. Очень тут многое зависит не только от врачей, но и от родителей «поспешившего» появиться на свет маленького человека.

«Сильно влияет на этот показатель выживаемость недоношенных детей. На сегодняшний день в России проблемы с выхаживанием детей от 1,5 кг нет. Благодаря государственной программе, все перинатальные центры нашей страны эффективно оказывают помощь недоношенным малышам», — рассказал Дмитрий Иванов.

Начало на стр. 1

— Непременное условие выхаживания — чтобы мама была рядом. Мама — это 90% успеха, — уверяет Ирина Мызникова.

Своими историями с нами поделились три мамы малышей, родившихся раньше срока

Дарья Поверенная: Маме недоношенного ребёнка нужно быть железным человеком

Дарья с десятимесячной Верой всё лето живут за городом. С младенцем одновременно нянчатся трое взрослых: мама, бабушка и дедушка, по выходным присоединяется папа Егор. Малышка активно ползает и вечно стремится куда-нибудь забраться, поэтому все старшие родственники находятся в режиме постоянной «боеготовности».

— Нам пришлось купить «загончик», чтобы ограничить её перемещения, — смеётся Дарья. Но пока мы беседуем, новенький жёлтый манеж пустует в центре гостиной, а члены семьи передают Вера с рук на руки.

Когда Дарья и Егор сообщили, что у них будет ребёнок, многочисленные родственники были на седьмом небе от счастья. Первый и второй триместры беременности прошли благополучно, а появившимся на более поздних сроках проблемам — повышенному артериальному давлению и отёкам — врач из женской консультации особого значения не придала.

На тридцатой неделе женщина вышла в декрет и собиралась на дачу: оставалось только сделать третью УЗИ. Но плановый скрининг неожиданно выявил проблемы с кровотоком у плода, и будущую маму госпитализировали в Перинатальный центр СПбГПМУ. Там выяснилось, что у Дарьи преэклампсия тяжёлой степени и почти отказали почки. Экстренное кесарево сечение было единственным выходом.

— Операцию делали под эпидуральной анестезией. Когда мне в операционной впервые показали Веру, она была похожа на маленькую обезьянку с большими глазами, — рассказывает Дарья о родах. О том, как впервые увидела дочь уже в реанимации, увешенную катетерами и дренажными трубками, она до сих пор не может говорить без слёз.

При рождении Вера весила чуть больше килограмма. Из-за проблем с желудочно-кишечным трактом, врачам приходилось давать ей «гомеопатические» дозы молока или смеси — по миллилитру раз в три часа. Большую часть питательных веществ малышка получала внутривенно.

— Я держала её за руку — ручка была размером с фалангу моего пальца. Говорила ей, какие

у нас есть цели и задачи, например, сколько нужно набрать к определённой дате. И, что самое удивительное, она будто бы всё понимала и выполняла, — вспоминает Дарья.

В стационаре Вера провела почти два месяца.

— Перед выпиской было страшно: что делать с ребёнком, который весит два килограмма? Она была такая лёгкая, казалось, я её беру, и она подпрыгивает на руках, — говорит молодая мама. Домой кроху отпустили с внушительным списком лекарств. Дарья стала мнительной: постоянно переживала, что пропустит какой-нибудь тревожный симптом.

— Я всем родственникам давала задания: к каким специалистам нам нужно попасть и когда. Было очень важно найти своих врачей, которым я могла бы полностью доверять. Я всем родителям недоношенных детей советую очень внимательно относиться к этому вопросу. Если вы сходили на приём к врачу, но что-то у вас вызвало сомнения — идите к другому. В конце концов, это вы за своего ребёнка отвечаете, — говорит молодая мама.

Постепенно Вера переросла свои болячки: один за другим ей отменили все препараты. Девочка догнала в развитии сверстников и весит сейчас в восемь раз больше, чем при рождении. Тревоги Дарьи постепенно отступают.

— Я сейчас ко всему вокруг отношусь совершенно иначе. Жизнь показала, что маме недоношенного ребёнка нужно быть просто железным человеком, — признаётся она.

Екатерина Шихова: Мы могли потерять Славу, но врачи сделали невозможное

Восьмимесячные Илья и Вячеслав Шиховы — однояйцовые близнецы, но пока не скажешь, что похожи как две капли воды. У младшего, Славика, и щёки поменьше, и взгляд серьезнее, чем у брата: так уж сложилось, что ему на долю выпало больше испытаний.

Сейчас любимое занятие этих малышей — слушать музыку. Особенно им нравятся детские песенки, благо, мама — воспитатель детского сада — их знает великое множество.

— Стоит запеть про мишку косолапого, как они сразу замолкают, даже если только что плакали навзрыд, и внимательно слушают, — рассказывает Екатерина. Она включала сыновьям музыку, когда те ещё лежали в отделении патологии новорожденных: мама ведь обязана дарить детям радость, даже если ей самой не до улыбок.

Пока мы разговариваем, близнецов развлекает папа Леонид — по словам Екатерины, идеальный отец. У супругов было время, чтобы проверить отношения на прочность: Шиховы вместе уже 15 лет. К роди-



Ваня, 2 мес., 9 мес., 3 года

тельству шли долго и трудно. Узнав, что будут двойняшки, нисколько не испугались. Но, как нередко бывает, многоплодная беременность оказалась проблемной. На 30-й неделе Екатерину госпитализировали в Перинатальный центр с угрозой преждевременных родов, а через несколько дней у неё отошли воды.

Малыши появились на свет с неплохим для недоношенной двойни весом — кило двести и кило четыреста. Обоих поместили в отделение реанимации, где Илья провёл 10 суток, а Слава — месяц. У младшего из братьев не закрылся артериальный проток, ему провели операцию на сердце.

— Нам повезло, что мы попали в Перинатальный центр, где были все специалисты. Если бы пришлось везти ребёнка из одной больницы в другую, то не знаю, чем бы всё закончилось. Мы могли потерять Славика, но врачи сделали всё возможное и невозможное, — говорит Екатерина.

Помимо операции, Слава перенёс три переливания крови. Он долго не мог самостоятельно дышать и постоянно находился под наблюдением неонатологов. Только через два месяца после рождения Славика отдали в палату к маме и брату — вместе с кислородным концентратором и маской для неинвазивной ИВЛ.

— Отлучали от кислорода постепенно: он мог час продержаться, потом сатурация падала, приходилось снова включать аппарат. Постепенно эти интервалы увеличивались. Потом он целый день провёл без маски. Очень страшно было первой ночью без кислорода, но он выдержал. Когда нас выписали, мы купили пульсоксиметр. У Славы бронхолёгочная дисплазия, но он хорошо держит сатурацию. Для БЛД — 85–95% кислорода в крови — норма. А у него бывает 99%, как у здоровых детей, — рассказывает мама близнецов.

Сейчас Слава весит шесть килограмм — догоняет восьмилетнего брата. Состояние здоровья обоих малышей больше не вызывает опасений у врачей — недавний приём у пульмонолога, кардиолога и других специалистов принёс родителям только хорошие новости.

— То, что я пережила трудно описать. Но самое главное, что сейчас дети здоровы, а это и есть счастье, — говорит Екатерина.

Юлия Токаренко: Я не знала, что дети бывают настолько маленькими

У трёхлетнего Вани тоже мог быть брат близнец, но на 18-й неделе беременности сердечко одно-

го из малышей Юлии Токаренко перестал биться. Врачам Волховской межрайонной больницы удалось извлечь погибший плод и дать шанс второму ребёнку. На 22-й неделе Юлию госпитализировали в Перинатальный Центр.

— Беременность была ужасно тяжёлой. Врачи за нас просто сражались, сохраняли Ваню до последнего, — признаётся молодая мама. Дотянуть удалось до 26-й недели — потом кровотечение и экстренное кесарево.

— Я не знала, что дети бывают настолько маленькими. Он весил один килограмм, а после операции на сердце похудел до 800 граммов. Не ел сам, не дышал сам. Мы почти полгода были на кислороде. Я только в три месяца его впервые увидела без трубок и проводов. До этого я с трудом могла рассмотреть сына, не понимала, на кого он похож, — рассказывает Юлия.

Как и Славе Шихову, кардиохирурги закрывали Ване артериальный проток. У него диагностировали ретинопатию недоношенных, которую тоже корректировали посредством операции. Самые серьёзные проблемы были с дыханием. В стационаре малыш провёл почти полгода: то шёл на поправку, то снова попадал в реанимацию.

— Сыну было 2 месяца, я помню, как пришла в отделение патологии и увидела, что у его кувеза суетятся врачи. Оказалось, у Вани апноэ, он перестал дышать. У меня всё тогда оборвалось. Два часа я провела под дверью, как на иголках. Но всё обошлось. Я так благодарна врачам, и медсестрам, что они просто бились за моего ребёнка, — говорит Юлия.

Возвращаться домой было страшно: из-за бронхолёгочной дисплазии Ваня могла потребоваться рееспираторная поддержка. Родители купили кислородный концентратор, которым, к счастью, ни разу не воспользовались.

— Я поначалу переживала очень: он закашляет — у меня сердце замирает. Однажды он сильно плакал, я не могла его успокоить, вызывала скорую. Врачи приехали, сказали: «успокойтесь, сумасшедшая мамаша», — вспоминает Юлия.

Постепенно, благодаря регулярным курсам массажа, реабилитационным процедурам и заботе родителей, мальчик окреп и стал реже болеть.

Сейчас он лишь немного недотягивает до ВОЗовской нормы по весу и росту, но и мама, и бабушки прикладывают все свои кулинарные таланты, чтобы подтянуть эти показатели. Сейчас Ваня с мамой собирается на море, а осенью впервые пойдёт в детский сад.



И.В. Мызникова

С точки зрения медицины

— Болезни, которые оказывают влияние на дальнейшее качество жизни, — это так называемые болезни недоношенных детей: ретинопатия, внутрижелудочковое кровоизлияние, некротический энтероколит. Всего этого можно избежать, если роды происходят в перинатальном центре, где есть все необходимые специалисты, — говорит Ирина Мызникова.

Чтобы избежать тяжёлой формы бронхолёгочной дисплазии, врачи применяют щадящие режимы ИВЛ: предпочтение отдается ненивязиновой вентиляции — маскам, назальным канюлям. Правильная «диета», комбинирующая парентеральное питание с грудным молоком и специальными смесями, позволяет желудочно-кишечному тракту малыша правильно «созреть» и сформироваться. На самом раннем этапе офтальмологи корректируют проблемы со зрением — а ведь ещё 20 лет назад слепота у недоношенных была частым явлением.

Но по-настоящему важным, решающим фактором, всё равно остается гуманизм врачей.

— Утробе матери ребёнку хорошо: там тепло, тихо, всё, что нужно малышу — он сразу получает. А когда он рождается, то испытывает огромный стресс: звуки, температура, болевые ощущения. Это может привести к очень тяжёлым последствиям. Мы прикладываем все усилия, чтобы новорожденный не испытывал стресса и боли — это сейчас отдельная важная область неонатологии, — считает Ирина Мызникова.

Герои публикации выражают благодарность коллективу врачей Перинатального центра педиатрического университета: врачам акушерам-гинекологам, неонатологам, хирургам, анестезиологам-реаниматологам, офтальмологам, неврологам и другим специалистам, а также среднему и младшему медицинскому персоналу.



Славик и Илюша

ОТ КАМЧАТКИ ДО ХАКАСИИ: аудит помощи матерям и детям в регионах проводят специалисты НМИЦ Педиатрического университета

В сентябре команда специалистов Педиатрического университета посетила больницы, перинатальные центры и амбулатории трех регионов России.



Главный неонатолог России Дмитрий Иванов на Камчатке

Рабочую группу возглавил директор СПбГПМУ, главный внештатный неонатолог Минздрава России Дмитрий Иванов. В число участников делегации так же вошли главный врач клиники СПбГПМУ Виталий Резник, главный внештатный неонатолог Ленинградской области Алексей Яковлев и другие эксперты. Поездки состоялись в рамках работы Национального медицинского исследовательского центра.

В первой половине сентября сотрудники Педиатрического

университета посетили Камчатский край. Команда главного неонатолога России провела аудит оказания медицинской помощи матерям и детям в районных больницах Камчатского края, Камчатском краевом родильном доме и детской больнице в Петропавловске-Камчатском.

На встрече с министром здравоохранения Камчатского края Еленой Сорокиной сотрудники Педиатрического университета дали свои рекомендации по дальнейшему улучшению помощи матерям и детям на Камчатке.

Во второй половине сентября команда главного неонатолога России посетила Республику Тыва и Хакасия. В первой половине командировки врачи побывали в Республиканской детской больнице Тывы и в Перинатальном центре города Кызыл. Кроме того, врачи выезжали в районные амбулатории.

— Наша задача — провести мониторинг работы неонатальной, акушерской и педиатрической служб регионов. Кроме того, необходимо сформировать четкие рекомендации по госпитализации тяжелых и диагностически неясных пациентов в Педиатрический университет Санкт-Петербурга, — отметил заместитель главного врача клиники СПбГПМУ по неонатологии Алексей Яковлев.

Состоялась встреча с заместителем Министра здравоохранения Республики Тыва Адыгы Монгушем, в ходе которой были подведены итоги аудита. Специалисты Педиатрического университета выработали ряд рекомендаций по улучшению качества работы врачей-неонатологов региона.

Во второй половине поездки врачи Педиатрического университета посетили Республику

Хакасия. Специалисты провели мониторинг работы Республиканского клинического перинатального центра города Абакан, который недавно открыл двери для будущих мам и малышей. Петербургские медики встретились с коллективом перинатального центра и главным врачом стационара. Как и в Тыве, рабочая группа также провела аудит работы поликлинических служб региона.

О результатах проверки сообщили министру здравоохранения Республики Хакасия Виктору Шевченко.

В рамках работы НМИЦ, эксперты Педиатрического медицинского университета регулярно выезжают в регионы России. Работа по мониторингу педиатрической, неонатологической и акушерских служб региональных медицинских организаций будет продолжена.



Ключевская районная больница, Камчатка

Как в Педиатрическом университете лечат детей с коронавирусной инфекцией?

Специализированное отделение открылось в Клинике Педиатрического университета 5 мая.

Туда доставляли самых «тяжелых» детей, у которых помимо COVID-19 были опухоли, лейкозы и другие серьёзные заболевания.

Всего с начала мая через «красную зону» прошло более 70 маленьких пациентов.



«Сначала говорили, что дети вообще не болеют. Но оказалось, что это не так. Самому младшему пациенту было 12 дней. Кроме того, мы столкнулись с тем, что некоторые дети поступали к нам повторно», — отметил Дмитрий Иванов в ходе пресс-конференции ТАСС.

Заведующая отделением по лечению пациентов с COVID-19 Светлана Баннова более подробно рассказала о случае повторной госпитализации пациента с коронавирусной инфекцией. По словам врача, четырёхлетний пациент, поступил в стационар около месяца назад. После курса лечения анализы на COVID-19 у ребенка стали

показывать отрицательный результат. Но спустя какое-то время тест вновь стал положительным.

«Возможно, действительно произошло так называемое «реинфицирование» — то есть, повторное заражение. Возможно, повлияло то, что у ребенка имелось тяжелое сопутствующее заболевание, связанное с онкологией. То есть, в какой-то момент за счет лечения количество вируса в его организме снизилось до такой степени, что перестало определяться тестами. А потом из-за особенностей иммунитета вирус снова начал размножаться», — пояснила Светлана Баннова.

Выяснить, что на самом деле стало причиной повторного забо-

левания, по словам специалиста, очень сложно.

О том, что коронавирус у детей может иметь свои, подчас весьма опасные особенности, рассказала профессор кафедры поликлинической педиатрии Мария Ревнова. По её словам, у двоих пациентов отделения развивалось состояние, которое врачи называют «Кавасаки-подобный синдром».

«Это состояние очень похоже на довольно редкую болезнь Кавасаки — отсюда, собственно, и название. Оно представляет собой обширное поражение сердца и сосудов и, в особо запущенных и тяжелых случаях, может привести даже к летальному исходу», — сказала Мария Ревнова.

Эксперты сходятся на том, что говорить о последствиях перенесенного коронавируса пока преждевременно. «Одной из главных наших задач сейчас должна стать именно постковидная реабилитация детей, чтобы все опасные последствия можно было своевременно выявить и вылечить», — уверяет Мария Ревнова.



ИЗ БУКАРАМАНГИ С ЛЮБОВЬЮ.

Маурисио Дуарте: Всем в жизни я обязан ЛПМИ

В представлении большинства россиян Колумбия — страна с, прямо скажем, сомнительной репутацией, где-то на противоположной стороне глобуса. Эдакий край географии, куда не ступала нога соотечественника. Вероятно, и колумбийцы о России мало что знают. Но, совершенно точно, есть в этой далёкой стране человек, который искренне любит Санкт-Петербург и наш Педиатрический университет.

Зовут его Луис Маурисио Дуарте Вергара и он один из лучших детских хирургов Колумбии.

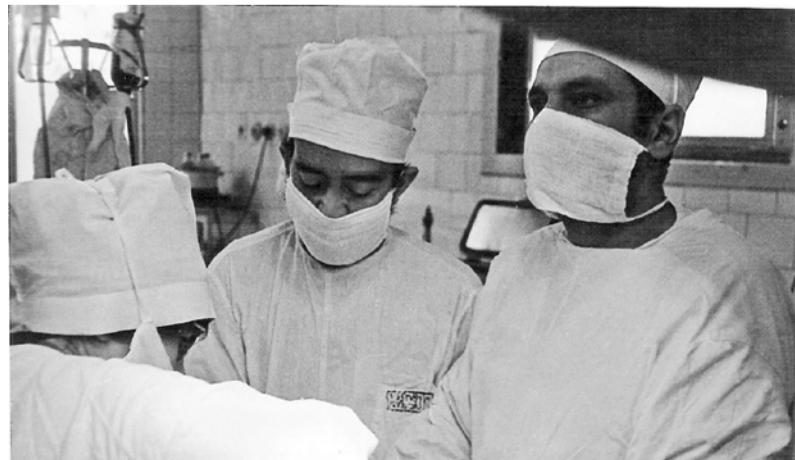


Маурисио Дуарте

Маурисио живёт в городе с не-привычным русскому уху названием — Букараманга. Можно долго перечислять его заслуги перед земляками: в 1986-м году открыли первое в городе отделение интенсивной терапии новорожденных. Два десятилетия преподавал медицину в одном из крупнейших вузов Колумбии — Индустриальном университете Сантандера. Два года был президентом национальной ассоциации детских хирургов. Да и сегодня, несмотря на не слишком молодой возраст, продолжает работать в двух клиниках и выполнять по 100 сложных операций в год...

Добавьте к этому многочисленные регалии и ключевые посты в важнейших медицинских ассоциациях страны. И получите портрет человека, который в профессии добился всего, чего только мог. Но профессор Дуарте признаётся: «Всем, что у меня есть, я обязан ЛПМИ».

В ординатуру Ленинградского педиатрического института колумбиец поступил в 1976 году. А преподавал ему никто иной, как легендарный детский хирург Гирей Баиров. Прошло уже 40 лет, но Маурисио бережно хранит диплом, и драгоценные воспоминания о Ленинграде конца 1970-х. В его речи то и дело проскальзывают русские слова, в том числе — медицинские термины. На онлайн-интервью он согласился без колебаний — проблемой была только разница во времени. Маурисио Дуарте рассказал и об учёбе, и о советском быте, и о том, как скучает по друзьям однокурсникам.



Маурисио Дуарте (в центре) в операционной ЛПМИ

— Маурисио, почему вы решили стать врачом? И почему оказались в СССР?

— Врачом я мечтал стать всегда. Хотел помочь людям, особенно — детям. В Колумбии я закончил медицинский факультет в университете Хавериана. А в СССР приехал, чтобы изучать детскую хирургию. В то время действовала программа обмена между странами. Колумбия направляла к вам студентов, а Советский Союз экспортировал в нашу страну автомобили «Лада». Я поступил в ординатуру ЛПМИ — по документам она называлась стажировкой на кафедре детской хирургии. В те годы деканом по работе с иностранными студентами был Альберт Вазгенович Папаян. А моим учителем был профессор Гирей Алиевич Баиров.

— Какие воспоминания у вас остались о Советском Союзе?

— Для меня там все было ново. Меня многое удивило, я ведь приехал из капиталистической страны в социалистическую. Я не знал ни слова по-русски, три месяца только учил язык. Потом начал работать в больнице.

Первые полгода были очень тяжёлыми. К счастью, в институте я познакомился с другим колумбийским студентом-медиком по имени Эдгар Авила. Он мне очень помог — первое время был моим гидом.

Было очень интересно. Я учился в ординатуре три года и каждый году меня были каникулы. Я побывал в Таллинне, Риге, Вильнюсе, Ереване.

Мне очень нравилось в Ленинграде, это красивый город с удобной транспортной системой — метро, трамвай, автобус. О городе и о людях у меня остались только хорошие воспоминания. Ленинград — очень большой город, очень красивый город, очень интересный город. Два года назад я снова приехал в Санкт-Петербург и увидел, как сильно он изменился. Это интересный контраст. Мы побывали в моём общежитии. Выяснилось, что условия жизни там сейчас намного лучше. Например, в 1970-е у нас не было горячей воды. Раз в неделю приходилось

ходить в баню, чтобы помыться.

— Как вам русская зима?

— В Колумбии я снега ни разу не видел. В Ленинград я приехал в сентябре. Конечно, у меня не было никакой зимней одежды. И меня вместе с преподавателем отправили в Гостиный двор за теплыми вещами. Я купил пальто, шапку, шарф — всё на первое время.

— Что вы можете сказать о русской медицинской школе?

— Я стал тем, кем я стал благодаря Педиатрическому институту. Конечно, в 1970-е это был другой город, другая страна, другая политика. Но все свои знания и навыки в профессии я получил благодаря Советскому Союзу и Ленинградскому педиатрическому медицинскому институту. Свои работы по педиатрии, по детской хирургии я написал благодаря моим учителям. Свою alma-mater я люблю и ценю.

— Какие навыки вы приобрели во время учебы в ЛПМИ?

— Я оперировал новорожденных под руководством профессора Баирова. Получил навыки в области урологии — хотя, я не



Маурисио Дуарте, 1976 г.

слишком люблю урологию. Ещё навыки хирургии неотложных состояний — аппендицит, атрезия пищевода, атрезия двенадцатиперстной кишки...

— Что вы можете сказать о Гирее Баирове, который был вашим учителем?

— Профессор Баиров был очень благородным и внимательным человеком, настоящим джентльменом. Он всегда меня слышал, старался понять мой ломанный русский, терпеливо учил меня и отвечал на все вопросы. Прошло уже более 40 лет, но я помню, как он переходил из одной операционной в другую, учил выполнять те или иные манипуляции, накладывать швы. Я помню его выступления на конференциях — очень интересные. Конечно, я не всё мог понять, но это был действительно отличный опыт.

— Как вас встретили дома?

— В Колумбии многие думали, что если я уехал в СССР, то вернусь оттуда коммунистом. Тогда была Холодная война. Все люди, прибывшие из Советского Союза, считались коммунистами и пропагандистами. Мне и немногим другим (студентам, принимавшим участие в программе обмена) было



Маурисио Дуарте (2-й слева) с коллегами у Хирургической клиники ЛПМИ

очень тяжело работать в медицине. Мы были хорошими врачами вне политики. Я не коммунист, не социалист. Но я не мог устроиться на работу семь месяцев, сидел без дела, просто потому, что вернулся из СССР. Сейчас, конечно, все не так, между нашими странами всё хорошо и нет таких проблем.

— Как в итоге сложилась ваша карьера?

— Я детский хирург в клинике Сан-Луис и в университетской больнице Сантандера. Я работаю с детьми, которым от нескольких дней до 18 лет. Больше всего люблю работать с новорожденными. Мне удалось организовать первое отделение интенсивной терапии новорожденных здесь, в Букараманге. Я привез оборудование: кувезы, аппараты ИВЛ. Нашел американскую семью, которая сотрудничала со мной и согласилась доставить всю эту медицинскую технику в Букарамангу. В 1986 году мы открыли первое отделение интенсивной терапии новорожденных. Это была очень сложная работа, потому что мы тут были первооткрывателями. Зато теперь у нас есть большая и современная детская реанимация.

— Я знаю, что вы также долгое время были профессором Индустриального университета Сантандера. Расскажите о своей научной работе.

— Сейчас я не очень-то активно публикуюсь и выступаю. Но двадцать лет назад я постоянно публиковал статьи и участвовал во всех значимых конференциях. Я выступал на конференциях в Аргентине, Доминиканской Республике, Панаме, Чили. Был президентом Общества детской хирургии с 1990 по 1992 годы. Встречал участников Национального конгресса детской хирургии здесь, в Букараманге: тогда приехали специалисты со всего мира — из США, Мексики, Испании и других стран. У меня много публикаций в латиноамериканских журналах на тему хирургии — об аппендиците, атрезии двенадцатиперстной кишки и так далее.

Что касается Национального конгресса детской хирургии, то в

его материалах опубликованы две моих работы. Кстати, насколько мне известно, на следующий конгресс собирается приехать врач из России.

— А Вы в Россию не собираетесь?

— Сейчас это сложно. Но я хотел бы посетить клинику, в которой работал, потому что во время прошлого визита в Санкт-Петербург я не смог туда попасть. Я также хотел бы найти кого-то из тех, с кем я учился. У меня осталось много друзей в СССР, но когда я уехал, ещё не было Интернета и социальных сетей. Я пытался кого-нибудь найти, но спустя столько времени это сложно сделать. Если вдруг кто-то откликнется, буду очень рад.

Кстати



Букараманга, где живет наш герой — шестой по величине город Колумбии, с населением чуть меньше 600 тысяч жителей. Букараманга старше Санкт-Петербурга: она основана в 1622 году. Но активно развиваться город стал только 1960-х. Вокруг Букараманги сложилась агломерация, где на сегодняшний день проживает более миллиона человек.

Букараманга считается одним из самых красивых и тихих городов Колумбии — её называют городом парков. Это университетский город, в нём насчитывается пять вузов, крупнейший из которых — Индустриальный университет Сантандера (Universidad Industrial de Santander — UIS). UIS — один из ведущих исследовательских центров Колумбии.

Председатель законодательного собрания вручил ректору СПбГПМУ благодарность за вклад в борьбу с COVID-19

16 сентября в Марииинском дворце открылась фотовыставка «Плечом к плечу во имя жизни». На открытии мероприятия Вячеслав Макаров вручил благодарности руководителям медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

Выставка фотографий «Плечом к плечу во имя жизни», посвящена борьбе стран мира с эпидемией COVID-19. Работы отразили жизнь городов в период пандемии, деятельность медиков и волонтеров, взаимопомощь регионов и государства.

На открытии мероприятия Председатель законодательного собрания Вячеслав Макаров вручил ректору Педиатрического медицинского университета Дмитрию Иванову благодарность за большой личный вклад в противодействие распространению новой коронавирусной инфекции в Санкт-Петербурге.

— Мы низко кланяемся всем врачам, медработникам, которые спасали жизни,

спасали наш город в это тяжелое время. Часто они жертвовали собой во имя людей. Мы вели стратегическую борьбу с коронавирусной инфекцией. И в этой борьбе совершились настоящие подвиги, — отметил Вячеслав Макаров.

Выставка была организована при содействии парламентов — партнеров Законодательного Собрания Санкт-Петербурга и при содействии Межпарламентской Ассамблеи СНГ. В мероприятии приняли участие генеральные консулы зарубежных государств, представители национальных парламентов, руководители медицинских учреждений Санкт-Петербурга, члены волонтерского движения.



ПРИНЦИП ДОБРОГО САМАРИТЯНИНА: как в СПбГПМУ учат оказывать первую помощь

12 сентября — Всемирный день первой медицинской помощи. В Педиатрическом университете действует несколько проектов, в рамках которых люди разного возраста и уровня подготовки учатся спасать жизни.



«Футбольные мамы» учатся оказывать первую помощь

Все мы привыкли к разделению труда: мол, пироги должен печь пирожник, а сапоги тачать сапожник. Но вот навыки первой помощи, если вдуматься, вовсе не прерогатива медиков. От несчастных случаев никто не застрахован — только в минувшем году от так называемых «внешних причин» умерло почти 43 тысячи россиян.

Что бы ни произошло — ДТП, падение с высоты, утопление или отравление — непреложным остается правило: чем скорее приходит помощь, тем больше вероятность, что пострадавший останется в живых. А уж если речь идёт о таком неотложном состоянии, как внезапная остановка сердца, то у шансы тают с каждой секундой промедления: для спасения отводится в среднем 3-5 минут.

Кто такие «ТыЖВРАЧи»?

Врач оказывать неотложную помощь не просто должен — с этической точки зрения, но обязан — с точки зрения закона. Студенты-медики ещё не врачи и на первых порах необходимыми навыками не обладают, зато груз ответственности ощущают буквально с момента поступления в вуз.

— Когда к студенту подходят с вопросом, касающимся медицины, он может не знать ответа. Но окружающие этому удивляются: «Ты же врач!». Мы настолько часто слышим эту фразу, что так и назвали проект, где ребята учатся оказывать помощь, — рассказы-

вает Лиана Бабина, выпускница Педиатрического университета. Вместе с 5-курсницей Вероникой Трониной она курирует проект, в рамках которого студенты отрабатывают сценарии поведения в чрезвычайных ситуациях и оттачивают на манекенах навыки помощи при неотложных состояниях.

— Теоретической информации много, у старшекурсников даже есть соответствующий предмет. Но вот практики не хватает, и мы это стараемся восполнить. К тому же, мы принимаем студентов любого курса, как только у них возникает желание, — говорит Вероника Тронина.

В том, насколько важны навыки первой помощи на личном опыте убедилась студентка Педиатрического университета Елена Петкович. Год назад, возвращаясь домой, она увидела, как прямо перед ней упал и начал биться к конвульсиям человек.

— Автоматически у меня произошло осознание, что это эпилептический припадок. В голове всплыли воспоминания с проекта «ТыЖВРАЧ», где нам кураторы рассказывали о том, что необходимо делать. Я знала, что нужно дождаться окончания приступа, засечь время, после окончания припадка, потом говорить с человеком, вызвать скорую. Что я и сделала. Это было очень страшно и происходило невероятно быстро. Когда все закончилось, меня саму трясло. Я пришла на проект и сказала девочкам: «огромное спасибо», — вспоминает девушка.

Мамы спешат на помощь

В том, что первая помощь дисциплина скорее прикладная, нежели теоретическая, уверена и автор курса «Мама, помоги!», хирург, инструктор симуляционного центра СПбГПМУ Юлия Кузнецова. Идея обучать молодых родителей возникла у Юлии, когда она сама была в декретном отпуске и большую часть времени проводила наедине с маленьким ребёнком.

Слушатели курса тренируются на реалистичных манекенах, или, выражаясь более научно, «фантомах-симуляторах». Такие куклы могут задыхаться, кричать, истекать кровью. Им проводят массаж сердца и искусственное дыхание, контролируя при этом правильность собственных действий. Но, в отличие от реальных пациентов, ни боли, ни страха «фантомы», разумеется, не испытывают, а количество попыток спасти их от всевозможных неприятностей может быть бесконечным.

— Мы можем на манекен давить, стучать: один раз стукнем сильнее, другой слабее, повернем его под разными углами. В результате мы добьемся того выполнения, которое нужно. На живых людях это отработать невозможно — критические ситуации бывают крайне редко, может, один раз в жизни. Конечно, вначале мы рассказываем теоретические моменты, но потом непосредственно отрабатываем все действия. Даже когда в реальной стрессовой ситуации голова отключится, наши мышцы всё вспомнят, — говорит Юлия Кузнецова.

По словам Юлии, проблемы у малышей в большинстве случаев бывают связаны с органами дыхания. Одно из самых частых состояний, требующих от окружающих мгновенной реакции — инородное тело в дыхательных путях. Жизненно важно, чтобы каждая мама знала, что делать в этой ситуации.

Одним из базовых приёмов — приёмом Геймлиха — недавно овладели «Футбольные мамы», которые посетили мастер-класс в Педиатрическом университете, посвящённый Дню первой помощи. Ввиду спортивной специфики, особое внимание уделили также травмам, переломам и кровотечениям.

— Иногда бывают очень серьёзные столкновения, когда ребёнок падает. Что-

бы его уносили с поля — такого не было, но что уводят — да, бывало. Нам, как мамам, очень важно уметь оказывать первую помощь, случается, что рядом нет медиков, — отметила организатор сообщества Эльвира Лесничая.

Другая футбольная мама — Марина Пальчевская добавила: «Чем старше ребёнок, тем больше риск травм. Моему сыну 16 лет, они в этом возрасте уже очень жёстко играют, выполняют подкаты. На недавнем матче страшно было смотреть, как парень влетел в соперника и кубарем пролетел через половину поля».

По словам футбольных мам, они планируют и дальше учиться оказывать первую помощь.

Юлия Кузнецова говорит, что на курсы стремится попасть всё больше людей — и это уже не только молодые родители, но и сотрудники фитнес-центров, бассейнов, пенсионеры.

— Нужно признать, что наше население менее компетентно в вопросах оказания первой помощи, чем, например, в Европе и США. Во многих странах давно в прямом доступе находятся автоматические наружные дефибрилляторы: в аэропортах, на вокзалах — это норма. Если у человека вдруг случилась остановка сердца, тут же есть возможность до приезда службы спасения оказать ему помощь. У нас такие аппараты разместили в аэропорту Пулково, когда шла подготовка к Чемпионату мира по футболу — это было одним из требований. Но пользоваться ими обычные люди у нас не умеют, да и не имеют права это делать. От населения запрос есть, но законодательные акты запаздывают, — подчёркивает Юлия Кузнецова.

Пока в нашей стране программа общедоступной дефибрилляции бухсует. Принятые Госдумой в первом чтении изменения в ст.31 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не получили дальнейшего движения. Между тем, от внезапной остановки сердца в России каждый год погибает около 300 тысяч человек. По мнению экспертов, ключевые вопросы лежат тут не только в юридической плоскости: необходимо ещё и чтобы в обществе было достаточно людей, готовых в нужный момент примерить на себя роль доброго самаритянина.

Редкий случай: врачи Педиатрического университета рассказали о синдроме «танцующих глаз»

Врачи Педиатрического университета поставили диагноз «энцефалопатия Кинсбурга» ребёнку из Великого Новгорода.

Этот синдром встречается крайне редко: шанс заболеть им — 1 на 10 миллионов.



Ефет Е.А.

Полугодовалый мальчик из Великого Новгорода впервые пошёл в ясли, но вскоре заболел ОРЗ. Инфекция про-

текала тяжело: температура поднималась до 40 градусов. На второй день болезни у ребёнка появились трепет рук и головы, малыш не мог стоять и сидеть. В областной больнице мальчик провёл 9 дней, и, после видимого улучшения, его выписали домой. Через полтора месяца потребовалась повторная госпитализация: у ребёнка повысилась температура, усилилась неврологическая симптоматика. Пациента направили на обследование в психоневрологическое отделение СПбГПМУ.

Специалисты Педиатрического университета сразу заподозрили редкое заболевание — энцефалопатию Кинсбурна. Но, чтобы поставить верный диагноз, нужно было исключить нейроинфекции. Для этого врачи провели обширные лабораторные обследования и лumbальную пункцию. Наличие острой инфекции не подтвердилось. Это означало, что у малыша действительно редкая болезнь.

Энцефалопатия Кинсбурна, или, как её еще называют, синдром опсоклонуса-миоклонуса — аутоиммунное заболевание центральной нервной системы. Такой недуг диагностируют всего у 1 из 10 миллионов человек в год. Первые симптомы проявляются в возрасте от 4 ме-

цев до 6 лет, часто — после перенесённой инфекции. Характерным признаком являются хаотичные движения глазных яблок, отсюда ещё одно название болезни — синдром «танцующих глаз». У пациентов с энцефалопатией Кинсбурна высок риск образования опухолей, поэтому очень важно вовремя выявить синдром и начать лечение.

Малыша из Великого Новгорода тщательно обследовали. Врачи провели КТ грудной клетки, средостения, «мультисрезовую» компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В грудной клетке ребенка было выявлено объемное образование. Стало ясно, что без операции не обойтись. После удаления опухоли и гистологического исследования удалось установить, что образование было доброкачественным.

Послеоперационный период прошел хорошо и на фоне медикаментозной терапии состояние ребёнка улучшилось. Возобновилась самостоятельная ходьба, глазные яблоки перестали хаотично двигаться, прекратилось слюнотечение. Мальчика оставили под наблюдением неврологов и онкологов.

«Сейчас мальчик находится дома и продолжает гормональную терапию, — рассказала заведующая психоневрологическим отделением Педиатрического университета Елена Ефет и добавила. — Заболевание требует длительного наблюдения, возможны рецидивы, необходимо контролировать нет ли роста опухоли, обязательно корректировать дозировку гормональных препаратов, поэтому мы постоянно на связи с врачами и родителями малыша».

На данный момент единого подхода к лечению энцефалопатии Кинсбурна нет, но, учитывая иммунный характер развития этого заболевания, врачи используют глюкокортикоиды, адренокортикотропный гормон и генно-инженерные противоопухолевые средства. Самое главное — вовремя заподозрить синдром и начать его лечение.

«Клиника неврологии Педиатрического университета ежегодно проводит “Балтийский конгресс”. Это мероприятие собирает детских неврологов со всего мира. Мы обмениваемся опытом лечения редких заболеваний, совместно корректируем протоколы лечения», — напомнила Елена Ефет.

Почему лечить кожу ребёнка должен именно детский врач?

Кожные заболевания у детей и подростков весьма разнообразны, но часто имеют схожие симптомы. Поставить верный диагноз — задача для опытного специалиста. В России существует всего 2 специализированных отделения по лечению кожных болезней у детей и подростков. Одно из них — кожно-венерологическое отделение Педиатрического Университета Санкт-Петербурга.



В кожно-венерологическом отделении Педиатрического университета

Здравомыслящие родители знают: проблемы с кожей у ребёнка — повод немедленно обратиться к врачу. Но что если вы уже обошли множество специалистов, перепробовали различные методы лечения, а улучшение всё не наступает? Дерматовенерологи СПбГПМУ нередко слышат на приёме подобные истории. Одну из них рассказали родители 15-летнего подростка, который попал в Многопрофильный центр Педиатрического университета после двух лет безуспешных попыток вылечить серьёзное поражение кожи.

Ранее юноша был пациентом частной клиники, где на основании гистологического исследования ему поставили диагноз атопический дерматит. Врачи назначили дорогостоящее лечение с применением фототерапии, которое продолжалось 4 месяца, но не дало положительных результатов. Высыпания распространялись, процесс осложнился гнойным воспалением. В таком состоянии мальчик оказался на приёме в клинике СПбГПМУ.

После осмотра врач-дерматовенеролог Елена Манылова назначила пациенту новое гистологическое исследование. Его выполнили специалисты кафедры патологической анатомии университета.

Подростку поставили верный диагноз — красный плоский лишай. Это серьёзное аутоиммунное заболевание, которое сложно поддается лечению и часто переходит в хроническую стадию. Без адекватной терапии болезнь снижает качество жизни пациента: новые высыпания появляются при малейшем повреждении

кожи и сопровождаются нестерпимым зудом. Помимо неприятных ощущений болезнь приносит и эстетические проблемы.

Врачи Педиатрического университета приняли решение госпитализировать ребёнка в кожно-венерологическое отделение университетской клиники. Подростка обследовали, выявили очаги хронической инфекции. После чего была подобрана терапия, в том числе специфическими этиотропными препаратами. Лечение прошло успешно и всего через 2 месяца кожный процесс полностью купировался. Лечащий врач и заведующая отделением Елена Большакова продолжают контролировать состояние пациента.

Что порекомендовать родителям, если у ребенка возникли какие-то проблемы с кожей?

Постараться обратиться в клинику, где принимают специалисты, которые имеют опыт лечения именно детской кожи, — отметила Елены Манылова и добавила, — «Взрослые» врачи-дерматологи часто не обладают навыками, необходимыми для лечения детей. Кожно-венерологическое отделение СПбГПМУ уникальное, имеет огромный опыт выявления и лечения кожных болезней у маленьких пациентов. Наши врачи также проводят консультации в диагностических центрах Университета.

Напомним, что на базе Консультативно-диагностического центра Педиатрического университета весной 2020 года начал работу Центр подростковой и детской косметологии.

ЛЕТИМ ЛЕЧИТЬ: студенты СПбГПМУ трудились в больнице между Петербургом и Москвой

Студенческий медицинский отряд «Лечу» отправился в Тверскую область. Для будущих врачей практика в Центральной районной больнице города Бологое — возможность приобрести бесценный профессиональный опыт.



15 студентов Педиатрического университета летом помогали старшим коллегам почти во всех отделениях клиники. Ребята признаются, что навсегда запомнят первые в их жизни «экстремальные» случаи из практики: и роды в карете скорой помощи, и спасение девушки после попытки суицида.

— Каждый боец нашего отряда чётко осознает цели трудового выезда. Мы стремимся получить настоящий профессиональный опыт и медицинскую практику в условиях, позволяющих полностью окунуться в рабочую атмосферу, — говорит командир отряда Александр Громов, студент 4-го курса СПбГПМУ.

По его словам, и врачи, и пациенты Бологовской ЦРБ приняли студентов очень доброжелательно.

— Ребята сразу показали себя как жизнерадостные, трудолюбивые молодые врачи. Отряда работает во многих отделениях нашей больницы, и каждый студент показывает себя как настоящий профессионал, несмотря на свой юный возраст, — считает старшая медицинская сестра ГБУЗ «Бологовская ЦРБ» Светлана Пирожкова.

— Видно, что ребята очень заинтересованы в получении своей специальности, хочется пожелать им не терять должный настрой и добиваться своих целей, но мы с удовольствием ждем их здесь, в Бологовской ЦРБ, в должности врачей, — уверена старшая медсестра.

Следующим летом они снова поедут на практику в одну из российских больниц.

Проект «Мотылёк» получил грант от Росмолодёжи

Волонтерский проект студентов Педиатрического университета победил на конкурсе молодежных инициатив.

На реализацию проекта выделили 900 тысяч рублей.

С 11 по 14 сентября на площадке «Севкабель Порт» проходил ежегодный Всероссийский молодежный форум «Выше Крыши». В рамках форума состоялся конкурс молодежных проектов.

Победителем в номинации «Волонтерство» стала студентка 5-го курса СПбГПМУ Зоя Тав. Девушка — куратор волонтерского проекта «Мотылек». Проект существует уже 5 лет, сейчас в нём задействовано 40 волонтеров.

Напомним, что «Мотылек» помогает кризисным центрам для женщин, которые попали в сложную жизненную ситуацию. Организа-

ция входит в комиссию по волонтерству Профкома учащихся СПбГПМУ.

— Я получила колossalный заряд энергии для продолжения работы! Грантовый конкурс проходил очень волнительно, нужно было выступать перед серьезными экспертами. Постаралась достойно представить наш проект. Нереальные эмоции переполняли меня во время награждения! Таких результатов не ожидала! Благодарна всем за помочь и за поддержку. Эта наша общая победа! Будем двигаться дальше и только вперёд! — поделилась впечатлениями о конкурсе Зоя Тав.



Студенты СПбГПМУ прошли в полуфинал Конкурса «Доброволец России — 2020»

По результатам четвертьфинала всероссийского конкурса «Доброволец России — 2020», социальные проекты Профкома учащихся Педиатрического Университета «Добро Детям» и «Мотылёк» прошли в полуфинал.



Чтобы помочь детям-сиротам и детям, с которыми не могут находиться родители, во время лечения в лечебно-профилактических учреждениях Петербурга, студенты СПбГПМУ ухаживают за ними и организуют их досуг. Ребята проводят разные интерактивно-познавательные мероприятия, акции по сбору подарков и вещей первой необходимости.

«В отделениях больниц всегда есть дети, оставшиеся без попечения родителей, и не каждое лечебное учреждение может позволить себе няню. Медперсонал в силу большого количества обязанностей и недостатка времени не может обеспечить этим детям необходимые для них заботу и внимание. Ведь ребенку кроме еды, чистой одежды и лечения нужно общение. Воспитанники детских домов и специализированных учреждений требуют особенной адаптации к внешнему миру, недостаток которой оказывается на их психоэмоциональном состоянии. Ограничиваюсь стенами детского дома или интерната, ребенок не всегда понимает, что за ними он способен на многое», — рассказывает Вера, участница проекта «Добро Детям».

Проект «Мотылек» оказывает психологическую и материальную поддержку молодым мамам и их детям, женщинам, находящимся в тяжелой жизненной ситуации, создает положительный микроклимат в Кризисном центре помощи женщинам. Сейчас в проекте задействовано 40 волонтеров.

До карантина ребята почти каждый месяц выезжали в центры временного проживания для молодых мам и организовывали тематические встречи. Во время этих мероприятий женщины могли отвлечься от проблем, поделиться радостями и горестями. Ребята нянчились с малышами, чтобы их мамы могли немного отдохнуть. В гости приходили, естественно, не с пустыми руками: студенты регулярно организовывали сборы одежды, предметов ухода, игрушек.

«Во время пандемии мы продолжали проводить акции по сбору вещей, средств гигиены, игрушек. Активно выкладывали публикации на темы беременности, женского здоровья в социальных сетях. Распространяли информацию об организациях, оказывающих помощь женщинам с детьми в Санкт-Петербурге. Старались таким образом информировать молодых мам и женщин в условиях карантина», — рассказывает студентка 4-го курса СПбГПМУ и одна из самых активных участниц проекта Зоя Тав.

Конкурс «Доброволец России» является ключевым конкурсом добровольческих проектов и проходит на платформе добровольцыроссии.рф — главный волонтерский интернет-ресурс страны.

Поздравляем полуфиналистов и желаем успехов на предстоящей онлайн-защите.

10 вопросов онкологу о донорстве костного мозга

В России не хватает потенциальных доноров кроветворных стволовых клеток.

Из-за этого умирают люди, в том числе — маленькие дети.



Г.В. Кондратьев

Иногда пересадка костного мозга — единственная надежда на спасение. Но найти пациенту «генетического близнеца», подходящего для трансплантации не так-то просто: шанс примерно 1 на 10 тысяч. Врачи используют специальные базы данных — так называемые регистры, но проблема в том, что в нашей стране потенциальных доноров слишком мало — около 130 тысяч. Чтобы обеспечить потребность всех нуждающихся в пересадке, нужно, чтобы в реестре значилось не менее миллиона человек.

Многих процедура донорства пугает: она окутана всевозможными мифами, страшилками и небылицами. Люди путают костный мозг со спинным или головным, боятся, что медицинские манипуляции окажутся чрезвычайно болезненными и опасными.

Мы попытались разобраться в этой важной теме вместе с детским онкологом, завучем кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии СПбГПМУ Глебом Кондратьевым.

1 Что такое костный мозг?

Костный мозг — главный орган кроветворной системы, осуществляющий гемопоэз и иммунопоэз, то есть образование новых клеток крови и клеток иммунной системы. В костном мозге также находятся стволовые клетки, которые являются универсальными и способны превращаться в любые необходимые клетки.

2 Кому может понадобиться мой костный мозг?

Есть определенный перечень заболеваний в детской онкологии, иммунологии и гематологии, когда пересадка костного мозга является единственным способом, который может помочь. Это дети, у которых есть генетические поломки, с которыми невозможно справится системной химиотерапией. Если говорить об иммунных заболеваниях, то это, как правило, вообще единственный способ изменить ситуацию — трансплантация тут является единственной надеждой.

В детской онкологии это определенная группа лейкозов, редкие лейкозы, которые ассоциированы с целым рядом генетических мутаций. Это рецидивы лейкозов, когда стандартные линии терапии оказались неэффективными.

3 Я хочу стать донором. Что мне нужно сделать?

Если говорить о процедуре донорства костного мозга, то ее можно разделить на две большие части. Во-первых, чтобы стать участником регистра костного мозга нужно пройти типирование. Эта процедура несложная. Она проходит двумя способами: либо палочкой проводят по внутренней стороне щеки, либо — более распространенный в нашей стране способ — берется кровь на анализ. При всех крупных отделениях переливания крови (там, где происходит обычная сдача крови) такая возможность есть. Есть также возможность связаться с регистрами напрямую. Для удаленных регионов существует программа, когда присыпают пробирку с подробной инструкцией, и человек сам отправляет свой образец в регистр. Было бы желание — возможности найдутся. Потом ваш генетический материал отправляют на типирование, и вы становитесь участником регистра доноров костного мозга.

Вторая часть процедуры будет, если вы кому-то подойдете. Тогда с донором связывается представитель регистра и сообщает, что человек может стать донором костного мозга. В этой ситуации нужно быть просто готовым к тому, чтобы совершить это чудо. Потому что донорство костного мозга — это, конечно, про чудо. Это про то, что каждый человек может спасти конкретную жизнь. Как правило, речь идет о смертельных заболеваниях, когда эта терапия — единственное, что может помочь.

4 Мне нужно как-то специально обследоваться, чтобы стать донором?

Перед типированием не нужно проходить обследование, тут, по сути, выбирается человек с точки зрения готовности стать донором впоследствии. Перед самим забором костного мозга обязательно будет проведено тщательное медицинское обследование. Конечно, никто не будет подвергать опасности ни донора, ни реципиента.

5 Как врачи подбирают пациенту подходящего донора?

Существуют системы уникального кода человека. С помощью специальной компьютерной программы находится система математических соотношений, по которым подходит друг другу некая пара людей. Есть понятия «полностью совместимые», и «не полностью совместимые» доноры». Всегда хочет-

ся, чтобы донор был максимально совместимым, чтобы было меньше иммунологических реакций. Вообще, трансплантация костного мозга — это качели. Истина и успех всегда где-то на грани. Потому что возможно и отсутствие терапевтического эффекта и отторжение. Это уже медицинские технологии — с одной стороны, космического уровня, с другой — уже апробированные и поставленные на поток.

6 Если я кому-то подошёл в качестве донора, я смогу отказаться?

Если вы подошли, то и всё дальнейшее будет происходить только по вашему желанию, то есть учитывая ваши жизненные обстоятельства на этот момент. Вы можете отказаться практически на любом этапе по разным причинам. Это могут быть заболевания или прекрасное состояние беременности. Никто не будет рисковать жизнью донора, поскольку первый принцип донорства костного мозга — безопасность. Прежде всего, безопасность донора.

Важно, что окончательное решение потенциальный донор должен принять не позднее, чем за десять дней до намеченной даты трансплантации костного мозга. Потом отказ будет невозможен: за пять — десять дней до пересадки пациенту проведут высокодозную химиотерапию, полностью уничтожающую его кроветворную и иммунную системы. Если в этом случае не провести пересадку, пациент погибнет.

7 Как врачи забирают костный мозг? Говорят, это очень сильно и опасно.

Костный мозг забирается двумя способами. Первый достаточно длительный — это отбор клеток из периферической крови. Донору за несколько дней до забора клеток делают уколы, чтобы кроветворные клетки попали в кровоток в достаточном количестве. Это безопасно, но всё равно всё происходит под контролем врачей, потому что очень незначительные риски все-таки есть, как и при любых медицинских манипуляциях. Конечно же, используются только одноразовые системы гарантированные безопасность для донора. Производят установку катетеров в одну и в другую руку, и кровь прогоняют через сепаратор.

Отбираются «правильные» клетки для донорства: это CD34 положительные, унипотентные стволовые клетки. Аппарат находит необходимые клетки и их заготавливают. Этот способ очень долгий, потому что отбирать быстро эти клетки невозможно. Поэтому человек просто лежит в кресле несколько часов и смотрит любимый фильм. Машина считает количество полученных клеток, ког-

да оно становится достаточным, процедура заканчивается.

Вариант забора костного мозга через периферическую кровь используется очень часто. Это зависит от возможностей центра, который производит забор, и от желания пациента. Донору все очень подробно рассказывают и объясняют.

Второй способ — это непосредственно пункция. Она проводится под наркозом, и это, наверное, единственный риск, который будет. Это безопасно и безболезненно, с теми возможностями анестезиологических пособий, которые сегодня существуют. Но риск всё равно есть, потому что это наркоз.

Безусловно, забор костного мозга обоими способами запускает целый каскад процессов, который происходит в организме донора. Но, учитывая длительный опыт, можно утверждать, что это практически безопасно. По этому поводу есть множество научных публикаций, в том числе, о рисках. Их можно изучить.

8 Врачи заберут мои кроветворные клетки для кого-то другого. А если мне самому их теперь не хватит?

Кроветворных клеток хватит на всех. У донора они восстанавливаются в течение трёх недель в полном объёме. В случае необходимости, можно повторно сдавать костный мозг через три месяца.

9 Зачем развивать маленький российский регистр доноров, если есть большой международный регистр?

Это очень важно. У нас в стране пока мало людей, которые вошли в регистр. А пациентов очень много. И у большинства людей, которым требуется такая трансплантация, времени нет. Когда запускается международный регистр, на поиски уходит драгоценное время. Пациенты очень долго ожидают донора, и от этого их шансы на выздоровление уменьшаются. Укрепление нашего национального российского регистра играет колоссальную роль как часть национальной безопасности для будущего страны. Очень многих пациентов можно спасти, вернуть к полноценной жизни, вернуть их трудоспособность! Я уже не говорю о том, что в трансплантации костного мозга зачастую нуждаются дети. Мы понимаем, что ребенок в такой, даже очень сложной ситуации, может быть полностью вылечен, он начнет полноценно развиваться, расти, будет жить долго и с хорошим качеством жизни.

10 Вы сами не боитесь стать донором костного мозга? Вы состоите в регистре?

Да, я вхожу в регистр доноров костного мозга. Поскольку я работаю с пациентами, которым нужна пересадка, и которые уже перенес-

ли такую трансплантацию, я понимаю насколько это важно. И если я подойду и смогу стать донором, для меня это будет большая удача!

Что Педиатрический университет делает для поддержки донорства костного мозга?

В СПбГПМУ есть группа неравнодушных студентов, которые организовали комиссию при Профкоме обучающихся под названием «Капля крови».

Эта Комиссия занимается донорством крови, а также популяризацией донорства костного мозга. Ребята занимаются организацией донорских уроков, когда студентам различных курсов проводят лекции организаторы регистра, рассказывают о крови и ее компонентах, о костном мозге и ещё о многих интересных трансфузиологических аспектах.

Кроме того, ребята работают в пунктах забора крови. Когда доноры приходят сдавать кровь им рассказывают о донорстве костного мозга, сопровождают процесс донации и помогают адаптироваться тем, кто впервые пришёл сдавать кровь.

Человек, который приходит сдавать кровь, уже мотивирован. Он хочет помочь, но часто не знает, что можно стать ещё и донором костного мозга. В прошлом году профком обучающихся с нашими студентами организовали большую акцию, в ходе которой было собрано 80 образцов крови для типирования. Очень отрадно, что к этой акции присоединились сотрудники вуза — врачи, преподаватели, — сообщил Глеб Кондратьев.

ПОМОЧЬ МОЖЕТ КАЖДЫЙ!



#dropofbloodspbgptu

vk.com/dropofbloodspbgptu