



Санкт-Петербургский Педиатр



ГАЗЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

№ 1 (67), 2021



Врачи СПбГПМУ
проводили первое в Чечне
эндоваскулярное
вмешательство ребёнку

Специалисты Педиатрического университета прооперировали пациентов Грозненского роддома и Детской республиканской больницы.

Стр. 2



Специалисты
Педиатрического
университета успешно
применили этапный
подход при коррекции
тетрады Фалло
у маловесного ребенка

Стр. 3

Юрий Александрович:
«Анестезиолог-
реаниматолог — это
технарь
и гуманитарий
в одном лице»



Стр. 4



Об опыте лечения спи-
нальной мышечной атро-
фии в Педиатрическом
университете

Из клиники Педиатрического
университета выписались два
малыша с редким неврологиче-
ским заболеванием.

Стр. 5

Личный опыт:
пережить COVID-19

Заместитель главного врача по лечебной рабо-
бе, профессор Мария
Ревнова рассказала о
том, как перенесла коро-
навирусную инфекцию.

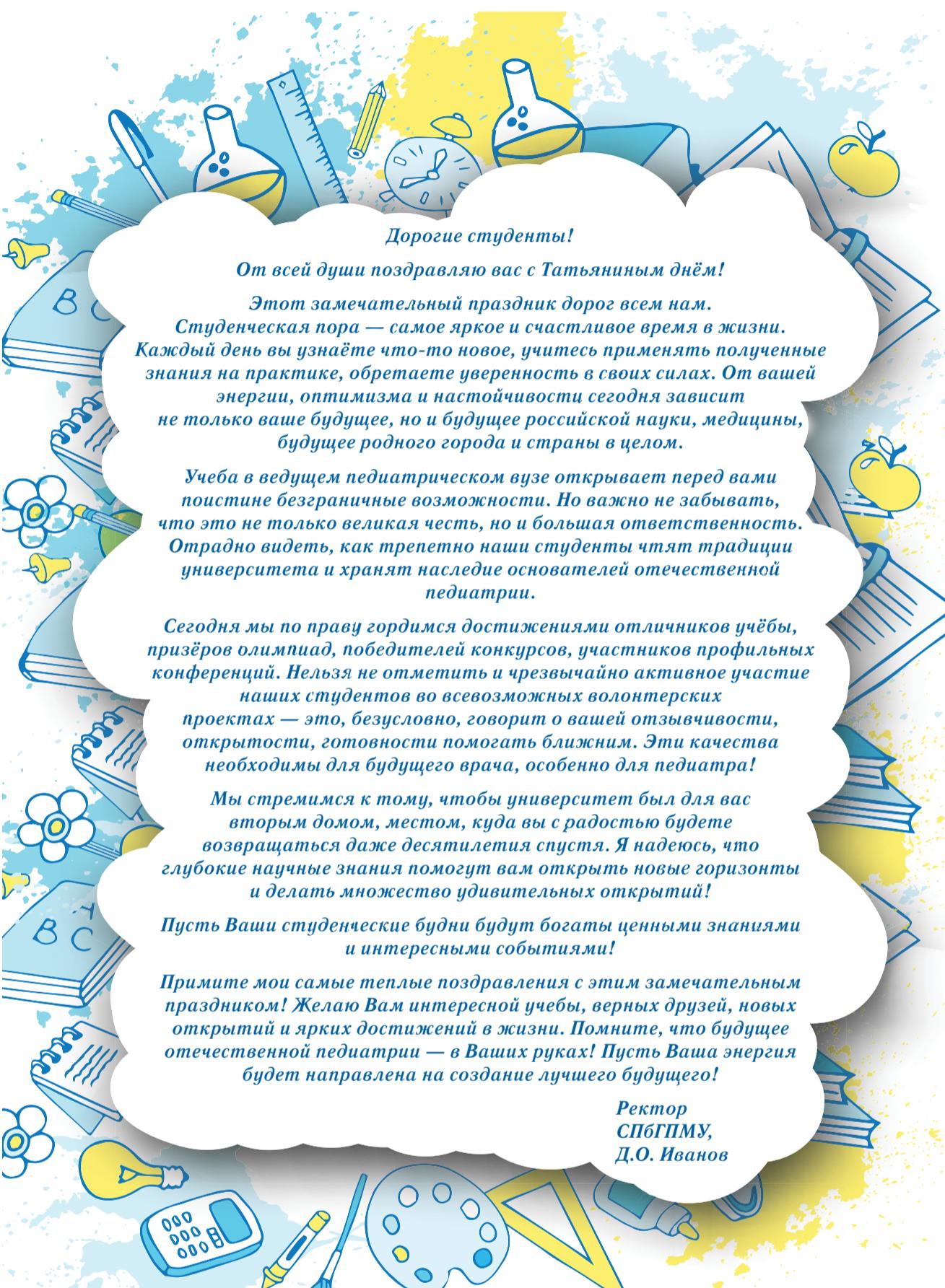


Стр. 6



Рентгенэндоваскулярный этап операции

Санкт-Петербургский Педиатр



Дорогие студенты!

От всей души поздравляю вас с Татьяниным днём!

Этот замечательный праздник дорог всем нам.

Студенческая пора — самое яркое и счастливое время в жизни.
Каждый день вы узнаёте что-то новое, учитесь применять полученные
знания на практике, обретаете уверенность в своих силах. От вашей
энергии, оптимизма и настойчивости сегодня зависит
не только ваше будущее, но и будущее российской науки, медицины,
будущее родного города и страны в целом.

Учеба в ведущем педиатрическом вузе открывает перед вами
поистине безграничные возможности. Но важно не забывать,
что это не только великая честь, но и большая ответственность.
Отрадно видеть, как трепетно наши студенты чтят традиции
университета и хранят наследие основателей отечественной
педиатрии.

Сегодня мы по праву гордимся достижениями отличников учёбы,
призёров олимпиад, победителей конкурсов, участников профильных
конференций. Нельзя не отметить и чрезвычайно активное участие
наших студентов во всевозможных волонтерских
проектах — это, безусловно, говорит о вашей отзывчивости,
открытости, готовности помогать близким. Эти качества
необходимы для будущего врача, особенно для педиатра!

Мы стремимся к тому, чтобы университет был для вас
вторым домом, местом, куда вы с радостью будете
возвращаться даже десятилетия спустя. Я надеюсь, что
глубокие научные знания помогут вам открыть новые горизонты
и делать множество удивительных открытий!

Пусть Ваши студенческие будни будут богаты цennыми знаниями
и интересными событиями!

Примите мои самые теплые поздравления с этим замечательным
праздником! Желаю Вам интересной учебы, верных друзей, новых
открытий и ярких достижений в жизни. Помните, что будущее
отечественной педиатрии — в Ваших руках! Пусть Ваша энергия
будет направлена на создание лучшего будущего!

Ректор
СПбГПМУ,
Д.О. Иванов

В Педиатрическом университете спасли подростка с посттравматическим расслоением грудной аорты

Ребёнок попал в аварию накануне новогодних праздников. 31 декабря врачи
Педиатрического университета совместно с коллегами из Маринской больницы
и Городской многопрофильной больницы №2 провели редкую операцию.

ДТП произошло 27 декабря в Ломоносовском районе
Ленинградской области. Такси, на заднем сидении ко-
торого мирно спали 14-летний Даниил Михайлов и его
отец, выехало на встречную полосу и столкнулось с пас-
сажирским микроавтобусом.

— За секунду до аварии я проснулся и увидел, что
водитель закрыл глаза. Хотел разбудить его, но не
успел, — рассказал мальчик.

От удара он вылетел в переднюю часть салона и уда-
рился грудью о торпеду. Это, вероятно, и послужило
причиной тяжелейшей травмы — надрыва стенки аорты.
Врачи впоследствии также диагностировали у ребёнка

разрыв подкапсульной гематомы селезенки, ушиб легкого и
печени, сотрясение мозга. Тем не менее, Даниил смог само-
стоятельно выбраться из машины.

— Я вылез спереди — лобового стекла уже не было.
Нашел папу, похлопал его по плечу — он промычал что-
то в ответ. Я подумал — жив, уже хорошо. Дальше си-
дел и ждал скорую, которую вызвал кто-то из пассажи-
ров автобуса. Сознание я не терял, — поделился Даниил.

Пострадавшего доставили в Детский городской мно-
гопрофильный клинический центр высоких медицин-

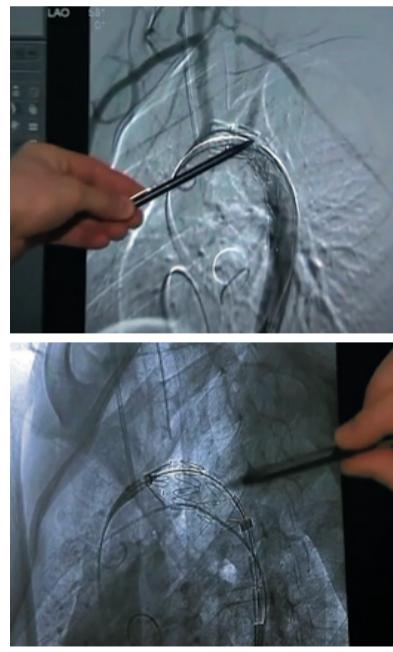
Окончание на стр. 2

Начало на стр. 1

ских технологий имени Раухфуса. Там с помощью компьютерной томографии врачи выявили расследование грудной аорты с формированием псевдоаневризмы — иными словами, пульсирующей гематомы. Даже небольшой скачок артериального давления мог привести к её разрыву, массивному внутреннему кровотечению и смерти.

Для дальнейшего лечения было принято решение перевести пациента в Педиатрический университет.

— Ребёнку повезло, что не произошло полного разрыва аорты в момент аварии или в первые сутки после неё, — пояснил заведующий кардиохирургическим отделением Мариинской больницы,



Операционные снимки



Первый этап операции

доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии СПбГПМУ Магомедэмин Аскеров.

Врачи могли либо наблюдать за состоянием пациента, в надежде, что надрыв со временем зарубцуется сам, либо выполнить эндопротезирование грудного отдела аорты и исключить аневризму из кровотока.

— Все специалисты пришли к выводу, что необходимо применять активную хирургическую тактику для ликвидации данной проблемы. Этой точки зрения придерживались наши кардиохирурги и сосудистые хирурги, и врачи, с которыми мы консультировались, — сообщил заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПбГПМУ Михаил Комиссаров.

Хирургическое вмешательство прошло в два этапа. В аорту требовалось имплантировать стент-графт — металлический каркас, покрытый специальным

герметичным полимером. Но, по расчётом врачей, эта конструкция должна была перекрыть подключичную артерию, что привело бы к нарушению кровоснабжения головного мозга.

Поэтому на первом этапе медики СПбГПМУ совместно с сердечно-сосудистыми хирургами Мариинской больницы сформировали шунт к подключичной артерии из соседней сонной, тем самым перераспределив кровоток. Операция проводилась через небольшой разрез над ключицей ребёнка.

В случае осложнений врачи были готовы в любой момент приступить к более масштабному вмешательству с применением искусственного кровообращения. Основной риск был связан с разрывом аневризмы во время операции. Были и другие опасности.

— Если бы на этапе раскрытия стент-графта закрылась ещё и сонная артерия,

мы бы сделали операцию по её протезированию через sternotomy (разрез грудины). Но, к счастью, нам удалось реализовать план, который изначально наметили сердечно-сосудистые и рентгенэндоваскулярные хирурги, — сообщил Магомедэмин Аскеров.

Ряд сложностей был связан с установкой стент-графта.

— Данные операции достаточно часто проводятся взрослым пациентам. Но у детей такие вмешательства — огромная редкость. Стент-графт — это большое устройство, которое устанавливается через большие доставочные системы. Стент подходящего размера только недавно выпустили на рынок, и было большой удачей, что компания производитель смогла оперативно его нам предоставить, — отметил Михаил Комиссаров.

Второй этап операции врачи Педиатрического универ-

ситета провели совместно со специалистами Городской многопрофильной больницы №2. Неоценимую помощь медикам СПбГПМУ оказал заведующий отделением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ГМПБ №2 Евгений Шлайдо.

Оба этапа операции состоялись в последний день 2020 года. Сейчас Даниила уже перевели обычную палату, он готовится к выписке.

— Нам звонят многие друзья и знакомые, которые волнуются о Дане. Мне кажется, они не до конца осознают всю тяжесть ситуации, в которой был мой сын. Я и сама сначала не вполне понимала, насколько сложной была операция, которую ей сделали, какой это был огромный риск. К счастью, врачи не отказали нам, и я очень им всем благодарна, — говорит мама мальчика Ольга Михайлова.



Даниил с мамой через две недели после операции

Врачи СПбГПМУ провели первое в Чечне эндоваскулярное вмешательство ребёнку

Специалисты Педиатрического университета прооперировали пациентов Грозненского роддома и Детской республиканской больницы. Транспортировка этих детей в Санкт-Петербург была бы слишком рискованной.

В конце декабря 2020 года в столицу Чеченской Республики вылетели заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПбГПМУ Михаил Комиссаров, анестезиолог-реаниматолог Кирилл Кирьяков и врач по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению Иван Алешин. Им удалось провести интервенционные вмешательства детям на базе Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн им. М.И. Индербиева.

Одним из первых пациентов стал семилетний мальчик. В сентябре ребёнку установили порт-систему для проведения химиотерапии. В конце декабря в области установки катетера произошло инфицирование, в связи с чем, медицинское изделие потребовалось удалить. В ходе этой манипуляции катетер разрушился, и его деталь мигрировала в сердце пациента.

— В другой ситуации мы бы могли рекомендовать перевести ребёнка к нам, но в данном случае это было бы слишком рискованно. Катетер, который упирался в полость желудочка,



Михаил Комиссаров и Иван Алешин в операционной Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн им. М.И. Индербиева

мог вызвать аритмию и остановку сердца. Поэтому было принято решение проопериро-

вать ребёнка на месте, — пояснил Михаил Комиссаров.

Врачи СПбГПМУ провели

В ту же ночь петербургские врачи выполнили баллонную атриосептостомию (процедуру Рашкинда) ребёнку с транспозицией магистральных сосудов.

Неоценимую помощь в работе врачам Педиатрического университета оказали заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Айдар Шарафеев, врач по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Асламбек Гелаев, и заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии новорождённых Грозненского роддома Иман Тесаева.

Специалисты Санкт-Петербургского педиатрического университета нередко выезжают в различные регионы России, чтобы оказать помощь самым тяжёлым пациентам. В этом году врачи СПбГПМУ по результатам телеконсультаций провели несколько десятков операций на базе других медицинских учреждений по всей России.

Специалисты Педиатрического университета успешно применили этапный подход при коррекции тетрады Фалло у маловесного ребенка

Ранее эндоваскулярные хирурги СПбГПМУ выполнили пациентке стентирование выводного отдела правого желудочка сердца.

Данную методику врачи применили впервые в Северо-Западном федеральном округе. Четыре месяца спустя кардиохирурги СПбГПМУ успешно завершили второй этап лечения. Операция на открытом сердце с применением искусственного кровообращения длилась 3,5 часа.



Тетрада Фалло — это группа сердечнососудистых аномалий, которая относится к числу цианотических (синих) пороков. У пациентов имеется дефект межжелудочковой перегородки — отверстие, через которое в аорту попадает не обогащённая кислородом кровь.

Коррекция порока тяжелых форм этого порока у маловесных детей с приступами одышки обычно проводится в два этапа: первоначально необходимо увеличить приток крови в лёгочную артерию, чтобы пациент не страдал от гипоксии. Для этого проводят либо шунтирование, либо — как в дан-

ном случае — стентирование выводного отдела правого желудочка сердца.

— Тетрада Фалло — это распространённый порок. Но это первый ребенок в СПбГПМУ, которому радикальная коррекция проведена после стентирования, — пояснил руководитель кардиохирургической службы СПбГПМУ Андрей Нохрин.

Он также добавил, что у маловесных детей использование модифицированного шунта по Блэлоку-Тауссигу сопряжено с высоким риском: летальность после паллиативных операций первого этапа достигает 20–30%. Поэтому ме-

тодикой выбора является стентирование.

— Данную манипуляцию можно выполнять у детей с весом от 1,5 кг. Этот ребенок имел маленький вес и тяжелую кислородозависимость, у него были рецидивирующие спазмы выводного отдела правого желудочка. Поэтому была выбрана такая тактика, — подчеркнул Андрей Нохрин.

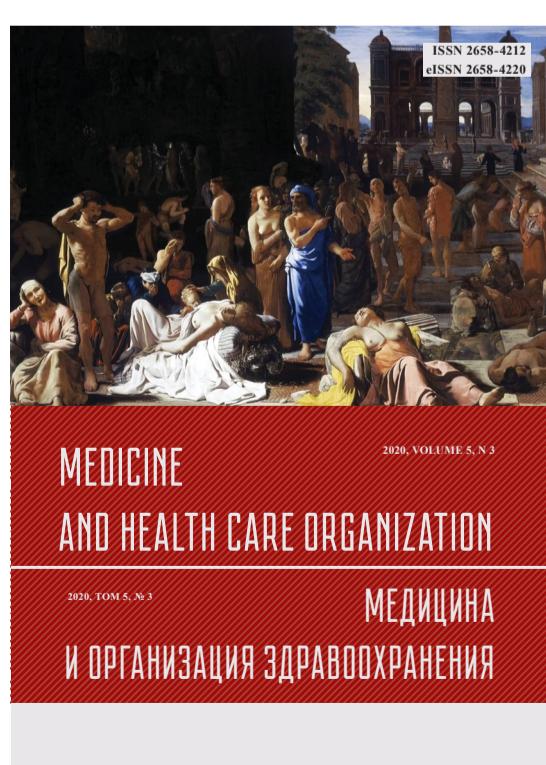
Благодаря малоинвазивной паллиативной операции ребёнок смог набраться сил перед сложным и продолжительным хирургическим вмешательством. В середине декабря, когда девочке

исполнилось пять месяцев, а её вес приблизился к пяти килограммам, стала возможна радикальная коррекция порока сердца. Медики удалили установленный ранее стент, выполнили реконструкцию путей оттока от правого желудочка и закрыли дефект межжелудочковой перегородки.

— Послеоперационный период у ребёнка прошёл нормально, без какихлибо особенностей. Вчера пациентку перевели в обычную палату, — сообщил заведующий отделением анестезиологии-реанимации для детей с кардиохирургической патологией Евгений Тризна.

— Прогноз для данного ребёнка благоприятный. Вполне вероятно, что девочка не будет отставать от сверстников в физическом развитии. Но тут очень многое зависит от того, какую реабилитацию она получит после операции. Хорошим примером является сноубордист, двукратный олимпийский чемпион Шон Уайт. У него в детстве тоже обнаружили тетраду Фалло и до года провели две операции. Тем не менее, он добился серьёзных успехов в спорте, — рассказал Андрей Нохрин.

Журнал «Медицина и организация здравоохранения» включен в перечень ведущих научных изданий Высшей аттестационной комиссии



Педиатрический университет принял участие в акции «Логопоезд в регионы»

Ассоциация родителей детей с дислексией в 2020 году провела масштабную акцию по повышению осведомленности о дислексии и других трудностях обучения «Логопоезд в регионы».

Более 13 000 родителей и специалистов в области логопедии и нейропсихологии из Удмуртии, Татарстана, Краснодарского края, Курска, Волгограда и Екатеринбурга стали участниками онлайн лекций и семинаров, а более 150 родителей получили бесплатные индивидуальные онлайн консультации экспертов.

Вебинар доктора психологических наук, профессора, заведующего лабораторией нейропсихологических технологий НИЦ СПбГПМУ Александра Корнева «Как отличить дислексию от псевдодислексии? Перспективы устранения, дистанционная помощь» собрал рекордную аудиторию. Прямую трансляцию на YouTube канале Ассоциации родителей детей с дислексией смотрела около 1000 человек. В ходе лекции профессор Корнев

обсудил с родителями и специалистами проблемные вопросы ограничения дислексии от сходных состояний, возможности коррекции нарушений чтения у детей, современные технологии дистанционной помощи.

На YouTube канале Ассоциации родителей детей с дислексией собраны лекции для родителей и специалистов, прошедшие в рамках акции «Логопоезд в регионы»: диагностика, профилактика и коррекция нарушения чтения у школьников, способы обучения чтению детей с дислексией, эффективные игры и упражнения по обучению чтению.

Также в акции «Логопоезд в регионы» представлен программно-аппаратный комплекс «Сладжи», созданный создан на основе авторской методики доктора пси-



Александр Корнев
хологических наук А.Н. Корнева, для коррекции нарушений чтения у детей коррекции нарушений чтения при дислексии.

Юрий Александрович: «Анестезиолог-реаниматолог — это технарь и гуманитарий в одном лице»

Врачи анестезиологи-реаниматологи не только укрошают боль: они в полном смысле отвечают за жизнь пациента на операционном столе. В условиях пандемии многие из этих специалистов оказались на переднем крае борьбы с COVID-19. Именно к ним попадают самые тяжелые больные, большинству из которых требуется искусственная вентиляция лёгких.

Об этой трудной, ответственной, но потрясающе интересной профессии нам рассказал Юрий Александрович, проректор по послевузовскому дополнительному профессиональному образованию и региональному развитию здравоохранения, заведующим кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО.



Юрий Александрович

— Юрий Станиславович, вы окончили ЛПМИ в 1988 году.

Чем вам запомнилась учеба?

— Мне кажется, интересным было всё. В те годы учёба немножко отличалась от того, что есть в наше время. Была субординатура, которая позволяла уже на шестом курсе обучаться специальности, которую ты выбрал. Таких субспециализаций было немного. В те годы у нас работал уникальный хирург Гирей Баиров, человек, который в 50-х годах вместе с коллегами из Москвы создавал хирургию новорожденных. Для этого требовалось развитие анестезиологии, поэтому как-то всё крутилось возле этих специальностей.

— Почему вы выбрали специальность анестезиолога-реаниматолога?

— На четвертом курсе я пошёл работать в реанимацию медбратьём. Когда меня спрашивали: «кем ты собираешься быть?», я отвечал, что пока не решил, но точно знаю, что не буду анестезиологом-реаниматологом. Но постепенно всё поменялось, мне стало интересно погружаться в эту специальность.

Студентов в субординатуру набирал в последующем мой учитель, в то время — доцент кафедры ортопедии с курсом хирургии и анестезиологии, Владимир Ильич Гордеев. Человек легендарный, выдающийся педагог. Уже с 1965 года он занимался воспитанием трудных подростков и нас к этому привлек. И вот, ведя такую совместную деятельность — медицинскую и парамедицинскую, мы общались. И когда шёл отбор на первый курс в субординатуру, я выбрал анестезиологию.

Учили нас хорошо. Любой выпускник группы, после окончания субординатуры мог под очень небольшим присмотром выполнить анестезиологическое обеспечение средних операций — как минимум.

— Как вы думаете, хватает ли двух лет в ординатуре, чтобы освоить такую сложную специальность?

— Первая кафедра в СССР анестезиологии была организована в Военно-медицинской академии в 1957 году известным хирургом, академиком Петром Андреевичем Куприяновым. Была годичная интернатура и двухлетняя ординатура. Потом ординатура стала трехлетней, речь шла даже о пятилетней. Я думаю, что двухгодичной ординатуры для такой специальности, как анестезиология-реаниматология, в скором времени уже не хватит. Продолжительность обучения будет удлиняться. Это может быть три, и четыре года, и даже пять лет.

— Есть мнение, что анестезиология-реаниматология может разделиться на две отдельные специальности.

Что Вы об этом думаете?

— Наши западные коллеги уже давно пошли по такому пути. И у нас часть крупных стационаров эту специальность делят. Есть очень много субспециализаций: кардиоанестезиология, нейроанестезиология и другие. Если анестезиолог работает в крупном специализированном центре, он заточен под определённую проблему. Если же мы говорим о больницах первого уровня — это небольшие городские больницы, центральные районные больницы, то там анестезиолог-реаниматолог — специалист более широкого профиля.

Словами моего учителя, анестезиология — это реаниматология на операционном столе. Анестезиолог обеспечивает проходимость дыхательных путей различными способами — используя ларингеальные маски, интубационные трубы. Он управляет жизненно-важными системами организма — дыханием, кровообращением.

Я понимаю, что рано или поздно, будут субспециализации, это такое эволюционное развитие. Но мой учитель, например, был против такого разделения. Он шутил, что самая тяжелая форма убийства специальности — это её расчленение на две. Но и он понимал, что рано или поздно разделение произойдет.

— В чём специфика работы с детьми?

— Основное отличие ребёнка от взрослого, особенность детского организма как метаболического ответчика в частности в том, что потребление кислорода ребёнком в три раза превышает потребление кислорода у взрослого. Это обусловлено интенсивным темпом роста. Есть ещё очень много нюансов. В педиатрическом образовании совершиенно незаметно, начиная с

первого курса, очень дозировано и тонко преподаватели обучаются всем этим особенностям. К шестому курсу студент все тонкости по всем направлениям хорошо понимает.

— Психологически с детьми работать сложнее? Вы ощущаете на себе это груз повышенной ответственности?

— Практически каждый специалист — это взрослый человек, у которого есть дети или внуки, и он понимает, что к детям особое отношение, очень трепетное. Любой детский врач осознаёт, что на каком-то этапе он может ребёнку сделать больно, но это — чтобы избавить его от какой-то угрозы. Нужно сделать ребёнка своим союзником в лечебном процессе. Хороший анестезиолог умеет вовлечь ребёнка в процесс анестезии, дать ему возможность поучаствовать. Для этого есть определённые приёмы, которые используют коллеги во всём мире. В практике появилось стойкое убеждение, что с ребёнком надо вести себя как со взрослым — нужно уходить от такого патерналистского отношения, ставящего ребёнка в положение человека, который от кого-то зависит, что-то кому-то должен.

— Одно время очень активно обсуждался вопрос стоит ли допускать родителей в реанимацию. Как вы к этому относитесь?

— Это очень сложный вопрос. Больше половины моей трудовой деятельности пришлось как раз на тот период, когда родителей было запрещено допускать в отделения реанимации. Затем ситуация стала меняться у меня на глазах. В реанимацию нашего университета — в то время института — родителей к детям пускали всегда. Для нас это не было проблемой. Всегда нужно найти время, чтобы родной человек подержал ребенка за руку — от этого всем легче. Каждый врач тоже родитель. Он может применить на себя эту ситуацию и прекрасно понимает, как это важно.

Во взрослой реанимации все немного по-другому. Работая там, я видел разные реакции, когда приходилось сообщать людям о смерти близкого родственника. Это огромный спектр — от горя до радости. Но такова жизнь.

— С появлением коронавирусной инфекции произошли серьезные изменения в вашей области медицины.

Какие происходящие процессы повлияли на вашу работу?

— Происходящие изменения можно условно разделить на две группы. Первая — это организационно-административные мероприятия. Вторая — это изменение лечебной тактики.

Как раз анестезиологи-реаниматологи оказались на переднем крае борьбы с коронавирусной инфекцией при лечении тяжелых пациентов. Хотя, конечно, я хотел бы отметить и роль эпидемиологов, инфекционистов, пульмонологов, лаборантов и десятка других специальностей, которые крайне важны.

Мы, как университет, как специалисты разных направлений, приняли участие в издании методических рекомендаций по лечению COVID-19 у детей. Уже было 2 издания таких рекомендаций. Постоянно поступает новая информация, которая влечёт за собой изменение подходов к лечению.

Изначально было очевидно, что основные осложнения как у взрослых, так и у детей возникают со стороны дыхательной системы. Затем стало известно, что возникает коагулопатия, иными словами, тенденция к тромбообразованию. Это потребовало более широкого использования различных антикоагулянтов. К маю появилась информация о развитии так называемого мультисистемного воспалительного синдрома — это такая извращенная воспалительная реакция на вирусную инвазию. Это не обсуждалось широко, но изменило подход к терапии.

Например, в феврале 2020 года вышли международные рекомендации по лечению сепсиса, септического шока у детей и сепсис-индуцированной полирганной недостаточности. В них было несколько скептическое отношение к гормональной терапии и к применению иммуноглобулинов. Доказательной базы не было, поэтому рекомендовалось их скорее не использовать, чем использовать. Но наработанный опыт по борьбе с коронавирусом показал, что есть место и иммуноглобулинам, и гормональным препаратам в лечении таких инфекций.

Еще я хотел бы отметить, что, конечно же, у детей ситуация гораздо лучше, чем у взрослых. Ещё

в начале эпидемии по данным, опубликованным нашими коллегами, мы знали, что смертность среди детей будет небольшой. И процент детей, попадающих в реанимацию, будет низким. Приблизительно 5% будет иметь тяжелую форму, и из них 0,5–2% будет иметь осложнения. Этому есть объяснение — особенности иммунной системы ребенка и отсутствие коморбидной патологии в большинстве случаев.

— Как вы думаете, мы теперь всегда будем жить в таком режиме?

— Конечно же, нет. Ясно, что ситуация будет побеждена. Но через какое-то количество лет — дай бог десятков или сотен — опять возникнет опасная инфекция. Человек

не может жить без микроорганизмов. Это его естественная среда существования. И никакие процессы в организме не происходят без микроорганизмов. Полностью от них избавиться невозможно.

— Сколько нам еще осталось учиться, по вашему мнению?

— Опираясь на аналитику, которая у меня есть, я полагаю, что к поздней весне ситуация должна полностью успокоиться. По законам течения инфекционного процесса, иммунизация должна произойти — либо искусственным, либо естественным путем. Мы ждем вакцину. Часть людей переболели, зная об этом, часть — не зная. Задача сейчас в том, чтобы не дать вирусу одновременно, в один период времени всех поразить. Нужно этот процесс растянуть. Поэтому самые элементарные меры профилактики, которые не требуют особых затрат, имеют под собой глубокую базу. Благодаря этим мерам можно с ситуацией справится.

— С появлением новой коронавирусной инфекции авторитет вашей специальности возрос?

— Авторитет нашей специальности всегда был высоким. За работу на переднем крае эпидемии многие врачи получили заслуженные награды. Список медиков, погибших во время эпидемии, велик. Но большинство коллег не дрогнули, никто не ушел.

— Среди поступающих в ординатуру повысился конкурс на специальность анестезиология-реаниматология?

— Если брать последние годы, то я вижу, что конкурс на специальность стабильно высокий. И последние лет семь он только возрастает. Какой-то определенный тренд в изменении мотивации поступающих появился. Заметно больше желающих стать инфекционистами. Но и анестезиологами-реаниматологами тоже, по-прежнему, многие хотят быть. Потому что люди понимают, что эта специальность всегда будет востребована.

— Какие качества важны для человека, который выбрал для себя эту специальность?

— Должна быть мотивация. Он должен хотеть и уметь работать в специальностях высокого риска, где нужно быстро принимать решения. Это такой определенный психофизиологический тип: в большей степени к нам идут холерики, нежели меланхолики.

И важно отдавать себе отчёт, что, по крайней мере, в первые годы придется полностью отдаваться работе. Нужно также быть готовым постоянно учиться, так как непрерывно поступает много новой информации — и технической, и чисто медицинской. Это должен быть синтез гуманитария и техники в одном лице.

Об опыте лечения спинальной мышечной атрофии в Педиатрическом университете

Из клиники Педиатрического университета выписались два малыша с редким неврологическим заболеванием.

Эти пациенты в раннем возрасте начали получать специфическую терапию.



Диана Баюнчикова

Спинальная мышечная атрофия (СМА) — генетическая болезнь, которая проявляется как нарастающая мышечная слабость. У пациента прогрессивно снижается способность мышц к сокращению, что проводит в итоге к нарушению дыхания и глотания. При этом интеллект абсолютно сохранен, и человек осознаёт все происходящие с ним страшные изменения.

Каждый год в России рождается около 200 детей с СМА. Существуют различные формы этого заболевания, наиболее тяжёлая — болезнь Верднига-Гоффмана — первые симптомы которой появляются в возрасте до 6 месяцев и быстро прогрессируют. Без реаниматорной поддержки такие дети раньше редко доживали до двух лет, а врачи могли предложить им только паллиативную помощь.

Сегодня ситуация изменилась. Есть препараты, действие которых направлено на увеличение уровня функционального белка SMN — у людей, страдающих спинальной мышечной атрофией, он снижен. Этот белок необходим для работы двигательных нейронов спинного мозга. Если вовремя начать лечение, можно остановить гибель мотонейронов, а значит, избежать тяжёлых последствий заболевания.

Об опыте применения первого перорального препарата для лечения СМА в Педиатрическом университете рассказала невролог Диана Баюнчикова.

— Двое маленьких пациентов приехали к нам в возрасте двух месяцев. После генетического обследования был подтверждён диагноз спинальная мышечная

атрофия I типа. Этих детей включили в программу дeregistrationного доступа к препарату — на тот момент он ещё не был зарегистрирован на территории РФ для лечения СМА. Когда пациентам было по 4 месяца, нам удалось начать специфическую терапию, — отметила она.

Малыши вместе с мамами находились в отделении патологии новорожденных и детей грудного возраста СПбГПМУ около 10 месяцев. В конце декабря одного ребёнка выписали домой, а второго перевели в стационар по месту жительства.

По словам врачей, сейчас состояние пациентов заметно улучшилось. На момент поступления в клинику Педиатрического университета, они могли двигать только кистями рук, нуждались в неинвазивной вентиляции лёгких и получали энтеральное питание. В настоящее время одна пациентка уже дышит самостоятельно и может глотать. Кроме того, малышка двигает руками и ногами, научилась хватать игрушки и активно тянуть их в рот. Серьезный прогресс наблюдается и у второго пациента, состояние которого изначально было тяжелее. У него тоже идет видимый прогресс в развитии двигательных навыков, правда, ещё сохраняется потребность в реаниматорной поддержке.

— Пока эти дети будут принимать препарат, ухудшений не будет. Насколько они реабилитируются, смогут ли вставать и самостоятельно ходить, сказать сложно. Но, по данным исследований, около 30% детей, которые получали препарат в течение года, смогли удерживать позу сидя, 83% — могли переворачиваться с боку на спину и смогли питаться самостоятельно. По опыту зарубежных коллег, пациентка, которая получает препарат уже 2,5 года и она научилась сама ходить с опорой к 3 годам, — рассказала Диана Баюнчикова.

Врач также сделала акцент на том, что помимо лекарственной терапии, огромную роль играет своевременная и полная реабилитация и ежедневные гигиенические процедуры дома.

— После приема препарата состояние ребёнка не изменится в один день. Это только начало пути, который предстоит родителям. Таким детям необходимо много медицинской аппаратуры после выписки. Обязательно наличие дома аспиратора, откашливателя, аппарата ИВЛ, инфузомата, мешка Амбу, и разных расходников. Очень здорово, что есть фонды, которые помогают таким семьям, нам очень сильно помогал фонд «Семьи СМА». Помимо материальной, фонд оказывает колоссальную информационную помощь родителям. Разумеется,

детям необходим тщательный уход и различные процедуры — в том числе массажи, вибрационные массажи, двигательная реабилитация, позиционная терапия и другие мероприятия, — подчеркнула она.

Сакинат, мама одной из пациенток, рассказала, что возвращение в родной Надым после длительного лечения стало огромным счастьем и для неё, и для её младшей дочки Раяны. Три старших дочери Сакинат теперь буквально не отходят от сестры.

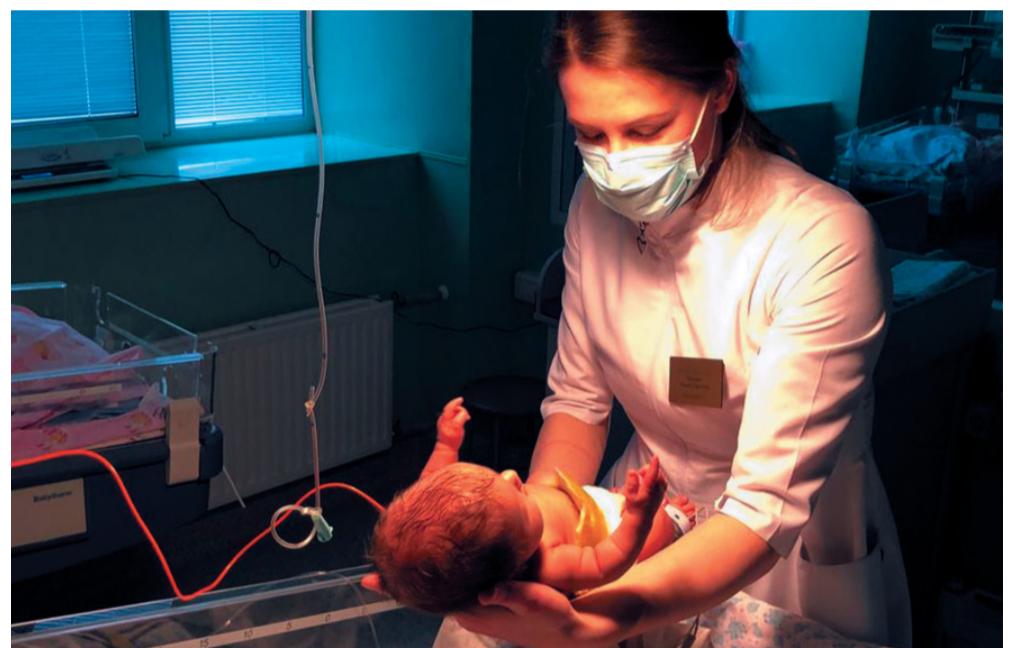
— С самого начала я не была уверена, что все будет хорошо. Но надежда всегда есть, и положительный настрой был с самого начала.

Чем лечат спинальную мышечную атрофию?

Существует три препарата, которые применяются для лечения СМА.

В августе 2019 фармацевтическая компания Biogen зарегистрировала в России препарат «Спинраза» (нусинерсен). Препарата вводится в спинной мозг раз в несколько месяцев. Такие инъекции требуются пожизненно

В ноябре 2020 года регистрационное удостоверение получил «Эвриди» (рисидиплам) от компании Roche, который по принципу действия похож на Спинразу, но выпускается



Диана Баюнчикова с пациентом

Надеялась, что все получится. Завышенную планку, что она пойдёт и будет развиваться как сверстники, я не ставлю. То, что ребёнок сам дышит, что за ней можно ухаживать дома при таком заболевании уже очень радует, — рассказала мама пациентки и добавила: «С того момента как мы начали получать препарат, болезнь перестала прогрессировать. С нашим диагнозом это огромный успех».

Как диагностируют спинально-мышечную атрофию?

При спинальной мышечной атрофии очень важно не опоздать с лечением. Именно бдительность мамы помогла остановить болезнь Раяны. Сакинат вовремя обратила внимание, что девочка, которая родилась абсолютно нормальной, стала апатичной и вялой.

— Она много спала, просыпалась только на кормление. Вроде бы для любой мамы удобно — ребенок спит и ест, спит и ест. Но, так как это у меня это уже четвёртый ребенок, я начала бить тревогу. И обратилась к участковому педиатру со своими опасениями, — рассказала женщина.

К счастью, врач внимательно отнёсся к жалобам мамы. После обследования в стационаре, ребёнка из Ямalo-Ненецкого автономного округа отправили в Санкт-Петербург.

— Если вдруг у ребенка в раннем возрасте отмечается гипотония — то есть он малоподвижен, у него снижен тонус мышц, он мало двигается — то можно заподозрить нервно-мышечную болезнь. В этом случае необходима электронейромиография, а затем — генетическое исследование, — сообщила Диана Баюнчикова.

А вот в обязательный неонатальный скрининг диагностика спинально-мышечной атрофии пока не входит. Вопрос о необходимости внесения СМА в этот перечень пока только обсуждается.

в виде раствора для приема в рот, поэтому его можно применять в домашних условиях.

Наконец, самый известный и самый дорогой в мире препарат от СМА — «Золгенсма», правами на который владеет «Новартис». «Золгенсма» заменяет отсутствующий или дефектный ген, который отвечает за выработку белка SMN, на его функциональную копию. Пока этот препарат не зарегистрирован в России, но вполне вероятно, что в следующем году ситуация изменится.

В настоящее время также ведутся исследования, касающиеся комбинированной терапии, когда пациент начинает терапию одним из препаратов, а в дальнейшем ему вводится «Золгенсма».

— Все три препарата направлены на один результат. Они восстанавливают содержание функционального белка SMN в плазме крови человека. Соответственно, не происходит разрушение двигательных нейронов и мы не наблюдаем прогрессирование гипотонии. Это позволяет ребенку развиваться согласно возрасту. Но все это будет эффективно при условии, что терапия была инициирована в самом начале заболевания, пока не развились клинические признаки или они были незначительными. Чем позже, начнется лечение, тем сложнее восстанавливать двигательные функции, функцию дыхания и глотания. Также с течением заболевания появляются множественные полироганные осложнения, которые часто носят не обратимый характер, — пояснила невролог СПбГПМУ.

На сегодня 230 пациентов, которым необходим «Эвриди» получают его по программе раннего доступа к препарату. Со следующего года лечение детей со СМА будет финансироваться из фонда, созданного путем повышения НДФЛ до 15% для людей, чей доход превышает 5 млн рублей в год. Президент Владимир Путин уже подписал соответствующий закон.



Фото Д. Баюнчиковой

ЛИЧНЫЙ ОПЫТ: ПЕРЕЖИТЬ COVID-19

Заместитель главного врача по лечебной работе, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура, профессор Мария Ревнова рассказала о том, как перенесла коронавирусную инфекцию.



Мария Ревнова

— Это не научная статья или интервью. Это мой рассказ о встрече с вирусом, одна из десятков тысяч таких же «ковидных» историй, каждая из которых имеет свой колорит, — подчеркнула Мария Ревнова.

Про то, как я заболела коронавирусом

Я, как и тысячи людей, была уверена, что не заболею. Я веду здоровый образ жизни: занимаюсь йогой, каждую неделю на даче хожу в баню. После бани купаюсь в Неве — в последний раз я это сделала 6 декабря, когда температура воды была +2 градуса. Кроме того, в моём расписании присутствуют обязательные еженедельные прогулки в лесу по 5–6 километров со скандинавскими палками, сопровождаемые гимнастикой и дыхательными упражнениями.

Конечно, в силу большой нагрузки на работе, я очень уставала. Но внимания на это не обращала, считая усталость к концу года естественной. Однако в последние две недели перед заболеванием появилась очень сильная гиперестезия кожи (повышенная чувствительность к обычным или даже слабым воздействиям, прим. ред.), которой я тоже не придала значения.

Ходила я всегда в маске — особенно в местах, где собирались больше двух человек. Естественно, постоянно мыла и обрабатывала руки, соблюдала все гигиенические мероприятия на работе и дома, ела мёд, чеснок, повышала иммунитет и считала себя абсолютно недоступной для коронавируса.

Но сбой всё же произошёл.

Восьмого декабря, встав утром, я поняла, что у меня повышенная температура — 37,3 °C. Это стало причиной не пойти на работу и отлежаться пару дней.

Тем не менее у меня не было даже намёка на тот жуткий упадок сил, о котором в один голос твердили все переболевшие знакомые и коллеги. Я чувствовала себя в неплохо и раз по 5–6 в день измеряла сатурацию, которая стойко показывала 97–98%. Я с радостью об этом докладывала руководству, абсолютно уверенная в лёгкости течения болезни.

Однако мыслей выйти на работу уже не было. Я готовила, поливала цветы, слушала аудиокниги, но температура стала медленно расти, понапачку достигая 37,7–37,8 °C. Это меня встревожило, ведь температура у меня с молодого возраста никогда не превышала нормы.

Что я только ни делала, чтобы скорее выйти на работу! В буквальном смысле ставила эксперименты на себе, даже опробовала не утверждённые Минздравом схемы лечения коронавируса, но эффекта от них не было никакого. Температура продолжала медленно, но верно расти.

До 13-го декабря я ещё пыталась пить до одного литра регидрона (раствора для пероральной регидратации, необходимого для поддержания водно-солевого баланса, прим. ред.) в день. Однако нарастание кашля, внутреннего холода, невозможность дальнейшей оральной регидратации определили показания к домашним капельницам.

Когда температура поднялась до 38,7 °C, появилось чувство, что медленно внутри меня ползёт какой-то потусторонний холод, заполняя всё тело. Согреться было невозможно. Потом я уже быстро вынимала градусник, успокаивая себя, что 38,5 °C — это отлично (хотя уверена, на самом деле было за 39 °C). А самое странное — это липкий теплый пот, страх неизвестно чего и даже не озноб, а какое-то чувство ползущего у тебя по сосудам инородного холодного тела. Это были мои ощущения, но многие, перенесшие COVID-19, тоже говорили о непонятном жутком потустороннем холоде.

Моя соседка по палате (да, домашнего лечения оказалось недостаточно), прошедшая через реанимационное отделение, вспоминала, что лежала дома с температурой 38,5° и всё время осматривала свои холодные ноги, так как ей казалось, что началась гангrena и они чернеют. Она без конца звала сына (сын врач), который говорил, что ноги тёплые, и нарушений кровообращения не было.

Где-то 13-го декабря организовали мне медсестру. Смелая девочка, не болевшая ковидом, ставила мне капельницы в вены, в которые уже становилось сложно попадать. После первой капельницы я согрелась, но это был единственный и неповторимый раз дома. Больше капельницы не помогали, хотя я себя убеждала, что всё прекрасно работает и с моим высоким иммунитетом, я неподвластна дальнейшему развитию болезни. Я принимала антибиотики, противовирусные препараты и витамины.

Всё же хочу сделать небольшое отступление от нарастающей тяжести заболевания, и немного рассказать, почему всё же я была столь уверена в своём скорейшем выздоровлении. Дело в том, что много лет я занималась практической психиатрией, очень люблю книги доктора Валерия Владимировича Синельникова, в частности «Возлюби болезнь свою». К тому же, шесть лет назад мы с мужем написали книгу

про причины детских заболеваний «Кот, который знает всё». Эти знания давали твёрдую почву под ноги, что я болеть никак не должна. Да я, собственно, практически никогда не болела (за всю жизнь у меня было два больничных). Поэтому мне казалось, что уж кто-то, а я, не могу заболеть ковидом. Но, как в итоге выяснилось, я ошиблась.

В ночь с 19-го на 20-е декабря пришло позывать сына, чтобы он посидел со мной, держа меня за руку. Появилось ощущение кома за грудиной и затруднение дыхания, а также нарос кашель с липкой, трудноотделяемой мокротой. С утра сатурация опустилась до 89%, и я, несмотря на весь свой остаточный позитивный настрой, посадила сына за руль, сама села рядом, и уехала в больницу Боткина.

Наверное, первый раз мне было очень страшно, что меня не возьмут в больницу. Я лежала на коленях у сына и ждала вердикта. Потом меня куда-то долго везли на кресле (хотя не на каталке). Помню, как легла попрёк кровати в палате, и вдруг мне стало легко дышать. Оказывается, в носу стояли канюли, в вене катетер, наконец, я согрелась. Появилось непередаваемое чувство, что ты находишься в руках высоких профессионалов. Высочайших! Знающих, как лечить ковид, знающих, что сделать, чтобы убрать жуткий холод, чтобы ушла пневмония и противный липкий кашель, от которого никак не откашляться.

Про отделение

— Конечно, невозможно не рассказать про отделение. Большая двухместная палата: в ней запирается всё, абсолютно все двери на ключах, выйти невозможно. Еду подают через двойной отсек. Меня не покидало состояние комфорtnого нахождения на межпланетной станции, когда мимо твоего окна по коридору быстро ходят люди в бело-голубых одеждах — и ещё немного, и они взлетят в невесомость. У меня постоянно было стойкое ощущение «Соляриса». Впрочем, в отличие от героев «Соляриса» в отделении страшно уже не было.

Персонал работает как часы: всё чётко, никаких сбоев. Капельницы, уколы, в лечение входят обязательные омепразол, флуконазол, так как все получают дексаметазон в больших дозах. Ежедневно обход врача в лучших традициях нашей отечественной медицинской инфекционной школы: осмотр зева, выслушивание лёгких. Для меня, педиатра, это, конечно, естественный процесс, но чтобы «взрослый» доктор-инфекционист, ежедневно осматривал зев, слушал лёгкие! Я была потрясена. Конечно, в осмотр входило ежедневное измерение сатурации и артериального давления.

Как всегда говорили наши великие педиатры, появление аппетита — это начало выздоровления. В отделении кормили так много и вкусно, что опять мне напомнило нашу традиционную вкуснейшую кухню Педиатрического универси-

тета. Были каши, овощи, фрукты, запеканки, мясо, всегда приготовленные очень нежно и вкусно. Каждый день нам выдавали по две-три полуторалитровые бутылки воды на каждого пациента.

Уже когда состояние стало лучше, я стала наблюдать за уборкой. Чёткая маркировка уборочного материала и инвентаря, ежедневная текущая уборка. Раз в неделю переставляли бельё.

Врачи, сёстры, санитары, все выше всяких похвал. Когда я много лет заведовала четвёртым педиатрическим отделением, я всегда говорила, что у меня был подобран коллектив, с которым можно было спокойно идти в Антарктиду на год. В этом отделении коллектив мне очень напомнил мой. Абсолютно все доброжелательные, настоящие сёстры милосердия: Ольга, Людмила, Алла, Даниил, и многие-многие другие, чьих имён я не запомнила. Это люди, у которых для любого больного найдётся всегда слово поддержки. Буфетчицы всегда желали приятного аппетита.

К утру все выглядят усталыми. В СИЗах, с запотевшими стёклами, с влажными баухилами, со стоптанными до дыр носками. Утром в субботу пришла Ольга С. — одна из сильнейших медсестёр отделения, и сказала, что ночью пришлось побегать, но удалось «отдышаться» больного 77 лет, которому не хватило места в реанимации. Реанимация забита до отказа.

Из мимолётных высказываний понятна непредсказуемость ковида. На мой вопрос: «Как вы понимаете, что состояние больного, считающего себя полным сил, сейчас ухудшается?» — она ответила: «Какое-то внутреннее чувство беспокойства, которое тебя поднимает посреди ночи и заставляет идти именно в ту палату, где, как потом выясняется, ты необходим. Интуиция, наверное?». Наверное, интуиция. И опыт. И желание помочь людям.

Про реабилитацию

— Ковид непредсказуем. Я пытаюсь во благо науки немного на себе поэкспериментировать, но, к счастью, вовремя остановилась, чему очень рада. Умные коллеги ненавязчиво советовали ехать в стационар

намного раньше, чем в итоге поехала я. Пожалуй, это было ошибкой. Показания к госпитализации определялись, начиная с 14-го декабря: ежедневная температура 38,7° или выше, децентрализация кровообращения, холод, липкий пот, нарастающий кашель, низкий эффект от внутривенного введения стерофундина с глюкозой 700 мл в день. Однако дух экспериментатора одержал верх над разумом.

Фактически, COVID-19 — это тяжёлая непонятная ни этиологически, ни патогенетически инфекция. Однако поражение ЦНС по типу различной степени вовлечения тканей мозга имеется, и никуда от этого не денешься (на себе поняла). Плюс гипоксия разной степени выраженности, интоксикация, сосудистая реакция в виде страшной головной боли. Патогномоничные симптомы единичны, но и они абсолютно разнятся. Поэтому, каков урон — такова и реабилитация. Ведь многие наши коллеги, переболевшие ковидом весной и летом, до сих пор страдают от последствий.

Поэтому рекомендации, которые очень помогли мне и помогают многочисленным пациентам: ежедневно слушать музыку Моцарта и Баха, например, по часу в день в зависимости от подготовки. Слушать ежедневно, как лекарство. Бах — обязательно органное исполнение. Моцарт — обязательно 40 симфония.

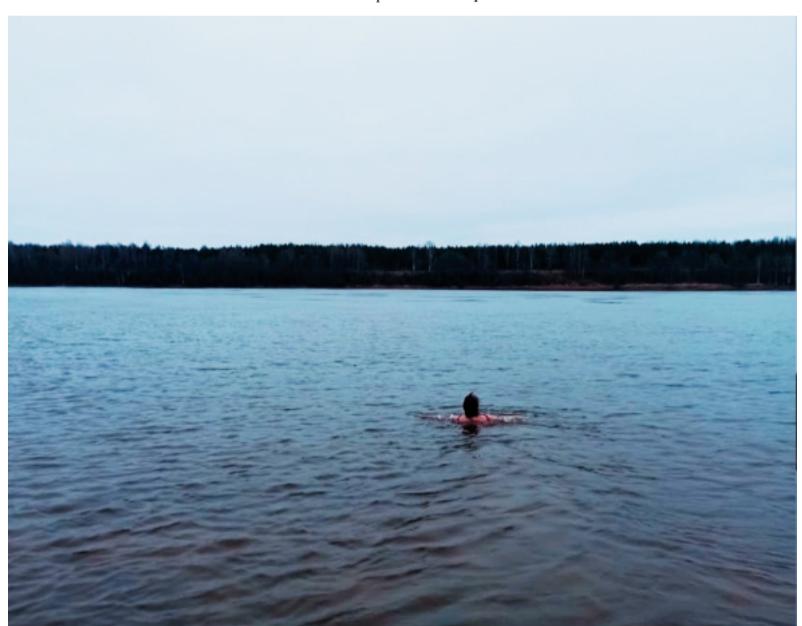
Одним из прекрасных средств реабилитации для пациентов (и детей и взрослых) является Чаванпраш, аюрведическое средство необыкновенной жизненной силы.

И последнее

— Пожалуй, это чувство жуткого холода останется со мной надолго. Все 10 ночей в стационаре я закрывала шею, боясь, что холод опять полезет под одеяло и поползет по мне.

И тут мне пришла в голову одна мысль: дорогие клиницисты! Помните на наших тяжело больных малышей, они обычно «ёжатся», пытаясь втянуть голову. И в основном шея у них открыта. Может, им так же холодно?

Но это уже совсем другая история...



Купание в декабрьской Неве

Пациентов клиники Педиатрического университета поздравил Дед Мороз

Подарки получили 35 малышей, которые проходят лечение в отоларингологическом и пульмонологическом отделениях.

Праздник стал возможен благодаря известному инстаграм-блогеру.



Случается, что самый любимый детский праздник малышам приходится проводить в больнице. Одна из мам — Светлана Свердлова — хорошо понимает, как грустно бывает детям, если они лишены на Новый год утренников, хороводов, песенки про ёлочку. Ей очень хотелось подарить таким малышам праздничное настроение.

— Когда я увидела, что Светлана Фатеева — блогер, на которую я подписана — объявляет конкурс, где нужно

рассказать о своём заветном желании, то сразу же решила принять участие. И выиграла! Светлана помогла нам приобрести подарки, а мы с мужем передали их сотрудникам отделения отоларингологии, — рассказала Светлана Свердлова.

Маленькие пациенты получили игрушки, настольные игры и наборы для творчества.

Подарков было так много, что удалось поздравить и детишек, которые проходят

лечебство в соседнем отделении пульмонологии.

Разумеется, не обошлось и без хороводов, песенок и стихов для Деда Мороза. А ребята постарше смогли удивить доброго волшебника ещё и познаниями в области математики, физики и компьютерных игр.

— Я хочу пожелать деткам, которые продолжают лечение в клинике конечно же здоровья. Чтобы они обязательно верили в то, что чудеса случаются и на

свете очень много добрых людей, которые могут осуществить их мечты, — поделилась Светлана и добавила: «Врачам я хочу пожелать терпения, потому что труд врача очень тяжёлый. Это действительно призвание».

Отдельную благодарность сотрудники университета выражают студенту 3-го курса СПбГПМУ, санитарному инструктору инфекционного отделения Владимиру Румянцеву. Без него этот праздник бы не состоялся!

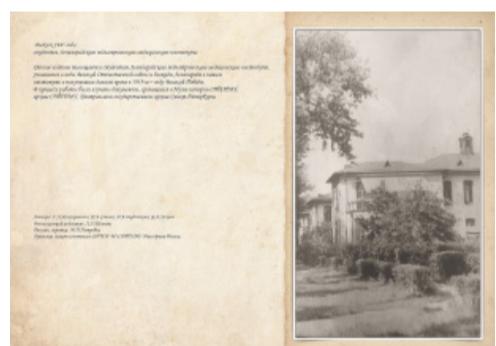
ВЫПУСКНИКИ ПОБЕДЫ

Вышел в свет памятный альбом, посвящённый выпускникам 1945 года.

Сегодня трудно даже представить те страшные испытания, которые выпали на долю студентам и преподавателям, пережившим блокаду. Голод, холод, вражеские артобстрелы, алиментарная дистрофия, потеря близких... Однако учебный процесс в ЛПМИ продолжался — вопреки всему.

Выпуск 1945 года был совсем небольшим — 44 студента. Нам удалось узнать фамилии, имена, а также некоторые факты из биографии 33 человек.

В процессе работы, сотрудники университета изучили документы, хранящиеся в Музее истории СПбГПМУ, архиве СПбГПМУ, Центральном государственном архиве Санкт-Петербурга.



Студент СПбГПМУ занял первое место на олимпиаде «Самарканд-2020»

1 и 12 декабря 2020 года на базе Самарканского Государственного Медицинского института (Узбекистан) прошла международная online-олимпиада для студентов медицинских вузов.



Студент 5 курса факультета «Лечебное дело» Тимофей Рыбинских принимал участие в секции «анестезиология и реаниматология» и стал победителем в номинации «клиническое мышление в анестезиологии и реаниматологии».

Олимпиада состояла из 3 этапов: первый — online-тест из 30 вопросов, второй — клиническая задача, третий — практические навыки и манипуляции. Второй и третий этапы проходили на платформе Zoom (в виде беседы с преподавателями и практикующими врачами).

Тимофей поступил в университет в 2016 году, и за время обучения неоднократно был участником и призером внутривузовских и межвузовских олимпиад, является активным участником СНО.

Студенты СПбГПМУ выиграли конкурс по формированию толерантной среды



4 студента специальности «Клиническая психология» стали победителями конкурса исследовательских работ по проблематике формирования толерантной среды. Конкурс организовал Комитет по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга.

Церемония награждения состоялась 8 декабря.

По словам заместителя декана факультета клинической психологии Андрея Федяева, данный конкурс проводится ежегодно, и студенты Педиатрического университета активно принимают в нем участие и часто занимают призовые места.

На этот раз в число победителей в номинации «Психология» вошли четыре студента СПбГПМУ: пятикурсники Анастасия Корельская, Николай Сорока, Яра Трифонова, и шестикурсница Анастасия Смирнова.

— Моя работа была посвящена восприятию отношений в диаде «врач-пациент» с потребителями инъекционных наркотиков. Освещалась проблема толерантности именно в реабилитационной среде потребителей наркотиков. Я считаю, что это одна из важнейших тем в наше время, — уверен студент 5-го курса факультета клинической психологии Николай Сорока.

— Мне было очень приятно и важно стать победителем этого конкурса. В работу над исследованием было вложено немало заинтересованности в теме, труда и времени. Хочется поблагодарить близких за поддержку и научного руководителя за помочь при создании моей работы, — поделилась студентка 6-го курса факультета клиническая психология Анастасия Смирнова.

Члены жюри отметили, что студенты Педиатрического университета не просто формулируют проблемы, препятствующие мирному существованию в обществе, но и предлагают конкретные меры по их решению.

Напомним, что премии вручаются ежегодно, начиная с 2007 года, по четырем номинациям: психология, социология, культурология, педагогика. Студенты получают денежные премии от правительства Санкт-Петербурга.

Студентку СПбГПМУ наградили за участие в акции «МыВместе»



Студентка 1-го курса педиатрического факультета СПбГПМУ Дарья Воронина получила памятную медаль и грамоту за участие в акции «МыВместе», в направлении «Помощь пожилым людям». Эту категорию Дарья выбрала, потому что пожилые люди являются основной группой риска. С координатором волонтерского общества Всеволожска они обзванивали людей, оставивших заявку, чтобы узнать, что им необходимо купить. С другими волонтерами они ходили за продуктами и лекарствами, доставляли все на дом.

— Одной пожилой женщине мы доставляли продукты несколько раз, ей тяжело ходить из-за заболевания, решили обменяться контактами, чтобы ей было быстрее и проще обращаться за помощью. Несколько раз мы обходили дома и приносили маски. От «Волонтеров-медиков» маски доставлялись и медработникам, — рассказала студентка.

Общество «Волонтеры-медики» занимается просветительской деятельностью на тему здоровья: участники рассказывают людям о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний (не только первичной, например, диабетикам тоже важно знать, как правильно следить за своим здоровьем во избежание сопутствующих патологий).

— Во Всеволожске мы ходили в детские сады, рассказывать детям о важности мытья рук и чистки зуб-

бов, а главное, объясняли, как правильно это делать. Посещали школу, чтобы рассказать о педикулезе. Вообще, много чего было интересного, — добавила Дарья.

Волонтерством Дарья начала заниматься еще на втором курсе в медицинского колледжа. Она сразу записалась, хотя сама особо не понимала, что предстоит делать.

— Наша команда участвовала во многих акциях. Мы рисовали плакаты, снимали различные образовательные видео, делали презентации и частенько выступали перед аудиторией с разными докладами о здоровье, — поделилась Дарья.

Девушка планирует продолжить свою волонтерскую деятельность, как только станет чуть посвободнее, потому что сейчас все основное время занимает учеба.