

«Пациент вернулся из Европы, а мы уже 10 лет так не лечим!» Врач Владимир Мельниченко — о современной гематологии

Как не пропустить лейкоз и зачем сдавать кровь раз в год

07.09.20

Алена Корк, Ефим Эрихман

Как распознать у себя болезни крови, кто делал первые в России пересадки костного мозга, может ли терапия заменить трансплантацию и каково провести месяцы на подводной лодке? Об этом «Правмир» поговорил с Владимиром Мельниченко, заведующим отделением гематологии, химиотерапии и аутологичной трансплантации костного мозга Пироговского центра.

Сентябрь — месяц осведомленности о заболеваниях крови. За последние 30 лет в гематологии произошло столько открытий, сколько не случилось и за столетие. Болезни крови в России лечат по тем же протоколам, что приняты во всем мире; появляются новые препараты; выживаемость пациентов по сравнению с ситуацией 5-10 лет назад значительно выросла.

«Поболтаешься в море еще две недельки»

— Вы пять лет служили корабельным врачом на крейсерской атомной подводной лодке. Большая вода, замкнутое пространство — непростое испытание для психики. Вы были готовы к нему или приспособились постепенно?

— Все поступающие на факультет подготовки врачей для Военно-морского флота

проходят тест на профпригодность. Проверяют не только физподготовку, но и психическую устойчивость, психологическую совместимость с другими людьми, способность находиться в замкнутом пространстве.

Многих отчисляют еще на этапе поступления. Во время учебы за курсантами внимательно наблюдают. Они тренируются в барокамерах, на тренажерах, проходят занятия по водолазной подготовке. Будущие врачи должны уметь тушить пожары и закрывать пробоины. Факультет выпускает высококвалифицированного врача и полноценного члена экипажа в одном лице.

— Затем вы вообще отправились служить на Камчатку — это было ваше желание или распределение?

— Какое может быть желание в армии? В Вооруженных Силах существуют приказы и служебная необходимость. Тебя вызывают, дают предписание, ты сообщаем семье (я женился на 4-м курсе), собираешь чемодан и летишь. Семья должна ездить за офицером — куда он, туда и они.

Меня распределили на Тихоокеанский флот, в город Петропавловск-Камчатский-53 (сейчас — Вилючинск), где была база подводных лодок. Курс у нас был большой — 120 человек, на Тихий океан поехало служить 50.

— Приходилось ли вам вырезать аппендицит в кают-компаниях или делать другие операции, когда лодка находилась в тысячах километрах от берега?

— Операции на кораблях и подлодках действительно делают в кают-компаниях, на обеденном столе, который трансформируется в операционный. Но современные подводные лодки уже имеют медицинские модули, которые представляют из себя обычную операционную, правда, в уменьшенном размере.

К счастью, мне не пришлось оперировать, а мои однокашники удаляли аппендицит, это самая частая операция, которую делают в море.

— А что было самым тяжелым?

— Наверное, тяжелее всего было привыкать к внутренней обстановке на корабле. В подводной лодке стоит постоянный монотонный гул, который вначале сильно раздражает. Потом ты к нему привыкаешь и уже не замечаешь. Естественно, на подлодке неидеальная воздушная среда, несмотря на системы кондиционирования.

Самое яркое мое впечатление после первого похода — ты выходишь на улицу и совершенно не понимаешь, что происходит.

Нет шума, в ушах звон от этой тишины, воздух чистый и свежий, и ты им не можешь надыхаться.

Конечно, непросто жить долго в оторванности от близких и родных.

Среди всех офицеров, служащих на подводных лодках, самые плавающие — доктора. Потому что они всегда в дефиците. Помню, мы из похода пришли, я из лодки вышел, на пирсе меня встречает флагманский врач, мой начальник медицинский. «Володя, видишь, лодка рядом стоит? Давай, иди на нее, поболтаешься в море еще две недельки». И ты выходишь в море еще на пару недель.

— По чему вы скучали больше всего?

— Камчатка и гарнизон — это всегда оторванность от материка. Даже живущие там говорят не «я лечу в отпуск в Москву или в Петербург», а «я лечу на материк». Есть Камчатка, а есть материк — конечно, это чувствовалось.

Рыбы, икры, морепродуктов — сколько хочешь. А всем хотелось картошки и мяса, килограмм гребешков стоил по тем временам 2,5 рубля, а килограмм говядины — 10–15 рублей. Поэтому офицеры из отпуска на материке обычно с собой везли мясо, колбасу, сало.

Когда ты плаваешь на лодке, по семье скучаешь, по родным и близким.

— Эти 5 лет на подлодке что вам дали как медику и как человеку? Это, наверное, уникальный опыт, который затем пригодился?

— С точки зрения профессионализма я чего-то особенного не получил. Но во мне назрело сильное желание учиться и совершенствоваться как врачу. Экипаж на лодке состоит из здоровых людей, все регламентировано, поэтому чрезвычайных ситуаций обычно не бывает.

Но служба научила меня тому, что ко всем людям необходимо относиться очень чутко, доброжелательно, с уважением и пониманием. Экипаж на подлодке, корабле — это действительно большая семья. И от действий или бездействия каждого зависит судьба всех остальных. Поэтому дружба, взаимопонимание и строгая служебная иерархия — главное в службе моряков-подводников. Когда ты оторван от берега, от семьи, когда ты несколько недель проводишь в замкнутом пространстве бок о бок с другими людьми, лучше всего воспитывается любовь к людям и терпимость.

Помню первого пациента, которому делал пересадку

— Вы помните свои первые пересадки?

— Конечно. Когда мы начинали, сложно было все, было мало информации и, главное, опыта. Это было в 1994 году, я до сих пор помню имя и фамилию первого пациента, в каких войсках он служил. Была задействована вся Военно-медицинская академия, начиная от начальника академии и его заместителей до почти всех врачей.

К сожалению, первая трансплантация закончилась фатальным исходом из-за осложнений у пациента. Но уже вторая прошла благополучно. Мы пересадили костный мозг курсанту Ленинградского мореходного училища имени Макарова, он поправился, живет и здравствует до сей поры.

В начале количество трансплантаций было небольшим, всего 5–6 в год, а сейчас их число доходит до сотен в год.

— Гематология вас тогда и увлекла?

— Гематологом я стал благодарю моему второму учителю, профессору Андрею Аркадьевичу Новику. Очень неординарный, образованный и педантичный человек, прекрасный педагог и неутомимый ученый. Он у нас вел группу по циклу «Гематология» и по существу сделал из меня гематолога.

В чем его неординарность? Например, английский язык в совершенстве он выучил за три года. Андрей Аркадьевич постоянно заставлял нас читать, думать, писать статьи, участвовать в конференциях и съездах. Он делал блестящие клинические обходы, на которых мы тоже учились.

— Почему вы уволились из Вооруженных Сил, и как попали в Пироговский центр?

— Выслужил максимально возможный срок и в звании подполковника уволился. К этому времени уволился и мой учитель Андрей Новик. И Юрий Леонидович Шевченко предложил ему сделать отделение гематологии и пересадки костного мозга в Пироговском центре.

Андрей Аркадьевич переехал в Москву, возглавил гематологическую службу и в 2003 году предложил мне заведовать отделением гематологии. Я пошел за своим учителем, потому что с ним ты одинаково думаешь, понимаешь его с полуслова, тандем ученика и учителя — это очень важно.

— Были ли у вас кризисы в профессии? Если да, как вы из них выходили? И вообще, врач имеет право на кризис?

— К счастью, кризисы в профессии меня миновали. Но мои коллеги сталкивались с этой серьезной проблемой. Врач — обычный человек со своими жизненными проблемами. И зачастую эти проблемы он чувствует более живо, поскольку постоянно имеет дело с жизнью и смертью. И поэтому проблема так называемого выгорания у врачей стоит очень остро.

У всех этот кризис возникает по разным причинам, но в целом это связано с отсутствием перспектив развития как специалиста, «забюрокративанием» врачебной работы, социально-экономическими сложностями, этическими проблемами внутри коллективов лечебных учреждений и отношением общества к врачебной специальности.

Слушал радио решил стать врачом

— Почему вы вообще решили стать врачом? Вы из врачебной династии?

— Родители мои — педагоги, отец преподавал украинский, мать — русский язык, мы жили в небольшой украинской деревне. Врачом захотел стать еще в школе. Раньше были радиоточки в домах, в одной из передач я услышал про Военно-медицинскую академию имени Кирова. И мне услышанное откликнулось и запомнилось. Я начал целенаправленно готовиться к поступлению в медицинский институт.

— Куда поехали из своей маленькой деревни?

— После окончания школы подал документы в Ивано-Франковский медицинский институт. Но мне не хватило полбалла, я пошел служить в Советскую Армию. Наверное, сыграла роль запись в личном деле о поступлении в медицинский, меня отправили в школу санинструкторов.

Два года я служил санинструктором, уже перед самой демобилизацией в 79-м году поступил в ту самую Военно-медицинскую академию им. Кирова.

— Учеба в меде, думаю, самая сложная из всех возможных – названия мышц учи, анатомию учи, трупы препарируй. Как вы справились? Не было приступов отчаяния, усталости?

— После службы в армии учеба в Военно-медицинской академии была только в радость. В увольнения мы ходили по музеям и театрам. Я когда учился в школе, всего один раз был в Киеве, дальше села и районного центра никуда не выезжал. Поэтому в Ленинграде мне все было интересно и все нравилось.

— И после службы на Камчатке вы тоже вернулись в Санкт-Петербург?

— Я вернулся не просто в Питер, а в свою Военно-медицинскую академию, поступил на факультет руководящего военно-медицинского состава. Без специализации и усовершенствования в узкой области медицины сложно быть хорошим врачом. Поэтому врач должен постоянно совершенствовать свои знания и навыки, узнавать новое.

Когда я закончил факультет руководящего состава, Вадим Иванович Мазуров предложил мне остаться на кафедре гематологии ординатором. Так за 10 лет я прошел путь от ординатора до начальника отделения и старшего преподавателя кафедры.

— На этой кафедре гематологии и клинической иммунологии создали одно из первых в России отделений трансплантации костного мозга. Получается, там были сделаны первые пересадки в нашей стране?

— Если говорить о первой трансплантации костного мозга в России, то ее сделали в Москве в Институте Биофизики в 1975 году по руководством профессора А.Е. Баранова. После в СССР эту методику начали применять и в Гематологическом научном центре, которым руководил Андрей Иванович Воробьев; и в отделении трансплантации в Санкт-Петербургском Институте онкологии имени Петрова, им руководил профессор Борис Владимирович Афанасьев, я у него учился.

А затем два отделения трансплантации появились в Вооруженных Силах — в Главном военном клиническом госпитале им. А.Н. Бурденко и Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Первые трансплантации в Вооруженных Силах сделали в Военно-медицинской академии. Потом их стали делать в госпитале Бурденко. На кафедре гематологии и клинической иммунологии Военно-медицинской академии провели первые в России трансплантации кроветворных стволовых клеток при рассеянном склерозе — тяжелом инвалидизирующем заболевании нервной системы.

— Зачем нужно было развивать это направление еще и в Военно-медицинской академии?

— Военнослужащие — уязвимая категория людей, часто рискующих своим здоровьем. Из-за катастроф, аварий у военных могут быть острые лучевые поражения, которые по своему течению очень похожи на течение острого лейкоза. Основным методом лечения и лейкоза, и лучевой болезни — трансплантация костного мозга.

К счастью, аварии и другие нештатные ситуации возникают редко, но, чтобы лечить военнослужащих, военные врачи должны уметь делать трансплантации костного мозга. Как и другие высокотехнологичные операции.

Вернуть геном в нормальное состояние

— Что нового мы узнали про кровь и костный мозг за последние 20–30 лет?

— За последние 30 лет мы получили столько информации, сколько за столетие. И это, прежде всего, связано с технологиями и исследованиями в области молекулярной биологии.

Раньше основным методом лечения в гематологии и онкологии была химиотерапия. Химиопрепараты помимо больных клеток уничтожают здоровые органы и ткани, вызывая серьезные осложнения. А молекулярно-генетические открытия позволили изобрести новые препараты точечного «таргетного» воздействия на пораженные болезнью клетки. Это, как правило, белки, с точечным приложением: вот вам белок для одной болезни; хотим повлиять на другое заболевание — вот вам другой белок.

Например, есть такая болезнь — множественная миелома, это злокачественная опухоль системы крови. За последние 5 лет мы получили 10 новых таргетных препаратов для ее лечения. Если в 90-е больные с множественной миеломой в лучшем случае жили год, при везении — 3 года, то сейчас у нас 75% больных живет 10 лет. И это связано с технологиями, которые позволяют на уровне ДНК получать информацию о тех или иных изменениях в геноме.

Основная масса заболеваний (кроме инфекционных) имеет изменения в геноме. Понимание того, что произошло в геноме человека, позволяет нам при некоторых заболеваниях вернуть его в нормальное состояние.

Наглядный пример: хронический миелолейкоз имеет характерную мутацию, для которой существуют специфические препараты «ингибиторы тирозинкиназы». Раньше больные с этой болезнью в большинстве случаев жили не более 3-х лет. Появилась трансплантация костного мозга, им еще на некоторое время продлили жизнь. Сейчас им трансплантация уже не нужна, потому что есть препараты, которые меняют больные клетки генетически.

— Кроме миелолейкоза, какие еще есть болезни, при которых трансплантация больше не нужна?

— Сейчас мы находимся в переходном периоде, когда идет вал новых препаратов с различным механизмом действия и место трансплантации в системе может естественно меняться. Сегодня в мире зарегистрировано более 50 таргетных препаратов для лечения онкологии и в разработке находится еще более 80.

Эпоха появления так называемых таргетных и иммунных препаратов меняет роль трансплантации костного мозга/кроветворных стволовых клеток, поскольку они дают максимальный эффект при минимальных побочных эффектах.

— Насколько эти препараты доступны обычным людям и в России в принципе? Они входят в систему ОМС?

— К счастью, да. В России создана и успешно, с моей точки зрения, развивается программа онкологической помощи пациентам; программы орфанных (редких) болезней; программы заболеваний, при которых пациенты нуждаются в особых препаратах. То есть система онкологической и гематологической помощи с применением таргетных препаратами в России на сегодня существует. Конечно, она далека от идеальной, но ежегодно она улучшается и это несомненный факт.

— Они помогают при некоторых или при всех видах лейкемии?

— Конечно, таргетные препараты применяются не при всех формах лейкемии, что связано с особенностями биологии опухоли. Поэтому химиотерапия пока остается основным методом лечения этой болезни крови.

— Что необходимо нашей стране, на ваш взгляд, чтобы более успешно лечить людей с заболеваниями крови?

— Во-первых, точная диагностика на современном уровне, причем она должна проводиться не только в столицах, но и в региональных центрах. Во-вторых, доступность современных препаратов. Они нужны сегодня и сейчас, поскольку тяжелые заболевания крови развиваются стремительно и промедление смерти подобно.

Сегодня система снабжения больных с онкологическими и гематологическими заболеваниями требует существенного пересмотра. Государственные учреждения, при необходимости, должны иметь возможность покупать жизненно важные препараты и в необходимых объемах, и быстро, минуя сложные бюрократические механизмы согласований, разрешений.

— О появлении каких западных технологий в России вы мечтаете?

— Сейчас в мире все больше приобретает развитие так называемая CAR-T терапия (терапия модифицированными клетками иммунной системы Т-лимфоцитами). Эта методика очень эффективна при некоторых формах лейкозов и ряде других заболеваний, когда другие методы лечения бессильны.

По существу, речь идет о «терапии спасения». Чтобы CAR-T терапия развивалась у нас, нужны деньги — на оборудование, реактивы, обучение врачей. В России CAR-T терапия уже появилась в крупных гематологических и онкологических Центрах Москвы и Санкт-Петербурга — в Центре детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, в Санкт-Петербургском Центре им. В.А. Алмазова и некоторых других. К сожалению, нуждающихся в ней больных значительно больше, чем отделений клеточной терапии.

Вся проблема в том, что большинство методов лечения онкологических и гематологических больных довольно дорогостоящие. Они требуют поддержки, в первую очередь, государства, а уже затем благотворительных фондов.

Сейчас трансплантацию костного мозга государство финансирует, и с моей точки зрения, финансирует довольно неплохо. А CAR-T терапия пока — удел единичных лечебных учреждений. Этот метод касается лечения самых тяжелых пациентов, которым не помогают ни химиотерапия, ни трансплантация костного мозга. Раньше таких больных переводили в разряд паллиативных. CAR-T терапия дает шанс на жизнь. Поэтому ее важно развивать.

— Недавно появилась информация о том, что известный банкир, заболевший лейкемией, поехал на пересадку костного мозга в Лондон. Получается, не очень доверяет отечественной медицине. Хотя, в принципе, мы же справляемся с этой задачей?

— Любой больной имеет право лечиться, где хочет, у кого хочет и чем хочет — это его выбор. Но в большинстве случаев ехать за рубеж не надо, поскольку больной получит у нас точно такое же лечение, протокол лечения лейкоза во всем мире одинаковый.

Я сам всегда говорю больным: «Если вы хотите ехать за границу лечиться, то только таким технологиями, каких в России нет. Или же такими препаратами, которые в России не зарегистрированы и их нельзя ввозить». Но просто так ехать за границу лечиться, чтобы потом вернуться, при наличии технологий в России — это мне представляется не совсем рациональным.

К моему большому сожалению, в России сложилось мнение: есть возможность, то лечиться надо за границей.

Складывается впечатление, что лечение за границей связано с выдачей страхового полиса на бессмертие.

И если больной получил осложнение за границей — это нормально, если больной получил точно такое же осложнение в России — это преступление.

Но таких двойных стандартов быть не должно. Российская медицина ничуть не хуже, чем западноевропейская, и приезжающие из-за границы имеют точно такие же осложнения. Мы сами порой удивляемся, почему в Европе выбрали метод лечения, от которого уже отказались.

Недавно к нам поступил молодой человек, страдающий лимфомой. Он прошел шесть курсов лечения в одной из стран Западной Европы. Изучая документы, я удивляюсь: мы

уже лет 10 не лечим такими схемами это заболевание. И в постсоветском пространстве так тоже не лечат. Пациент при этом уверен, что его вылечили. А на самом деле о ремиссии и речи не шло.

К сожалению, и такое бывает. Больной возвращается в Россию с рецидивом и массой осложнений. К счастью, нам удалось ему помочь.

— Почему болезни крови могут возвращаться после длительной терапии? Причины не только в неправильном лечении?

— Сейчас все протоколы лечения онкогематологических заболеваний стандартизованы, то есть все лечат приблизительно правильно. Вся проблема в биологии опухоли, в молекулярно-генетических аномалиях конкретного человека.

Каждая клетка должна жить строго отведенное время, потом она погибает и рождается новая клетка. При злокачественных опухолях и лейкемии клетка живет вечно, рождает себе подобные клетки, и они начинают заселять весь организм.

Почему нарушился механизм клеточной гибели? Это самый сложный вопрос, ответ на который пока не нашли. Вероятно, речь идет о длительном влиянии на организм факторов внешней и внутренней среды (вирусы, стресс, экология и другие), которые индуцируют генетическую нестабильность и нарушение деления клеток, но наверняка мы этого пока не знаем.

— А какую роль играет генетическая предрасположенность, генетика в развитии болезни крови?

— Доказано: если в двух поколениях была злокачественная опухоль, то вероятность следующего поколения получить ее выше, чем в среднем по популяции.

— Получается, что людям, у которых в роду были лейкозы, надо внимательней к себе относиться?

— Конечно. Нужно проконсультироваться у специалиста, периодически проходить обследования, рекомендованные врачом.

Почему терапевты — самое слабое звено

— И тут мы приходим к чрезвычайно проблемному вопросу диагностики и ранней профилактики тяжелых болезней. Приходит человек к врачу и говорит: «Вот у меня выступают синяки на теле, что мне делать?» Терапевт назначает анализы на свертываемость крови, смотрит их и говорит: «С вами все в порядке, попейте аскорутин». Синяки не проходят. Это реальная ситуация. И что делать людям, которые хотят заботиться о своем здоровье, но не встречают ответной реакции? Как не пропустить ранние симптомы болезней крови?

— Необходима диспансеризация. Человек должен раз в полгода–год сдавать общий анализ крови, по нему видны количественные или качественные изменения в клетках крови. Если человек раз в полгода сдает анализ крови, у него в амбулаторной карте копяты анализы. По ним врач видит динамику — что происходит с человеком.

Как правило, заболевания крови возникают не сразу, существует период предболезни. Допустим, у женщины гемоглобин был 120, а через полгода — 110. Если возникла анемия, нужно разбираться. Или, например, хороший в целом анализ крови, но

количество лимфоцитов повышается до 45–50% и выше. Это может быть одним из признаков хронического лимфолейкоза, на который нужно обратить внимание, особенно у пожилых людей.

Врачу нужно знать, что существует такое заболевание. И здесь встает другая проблема — проблема медицинского образования.

— Образования участковых терапевтов вызывает у вас сомнения?

— Терапевт находится в наименее «выгодной» ситуации по сравнению с врачами узкой специализации, он должен знать все. И это специалист, который должен постоянно самообразовываться. Но у него на это времени нет, потому что у терапевта в поликлинике горы бумаг и много вызовов.

Цикл гематологии в программах медицинских институтов очень маленький — месяц. Что можно рассказать за месяц? Как терапевту расти, если нет времени на самообразование? А предлагаемая программа с аккредитацией специалистов вообще ставит его в тупиковую ситуацию. Необходимо набрать определенное количество

баллов, участвуя в конференциях, съездах, семинарах, интерактивных мероприятиях, нужно создать портфолио и сделать многое другое.

Где терапевту найти время и как быть, если ты работаешь не крупном городе? И зачем это надо, если наша система обучения студентов-медиков не интегрирована в западную систему обучения врачей? Система усовершенствования времен СССР была адаптирована к нашей большой стране и подразумевала очное обучение в течение 3-х месяцев с выдачей сертификата. Вот и все, что надо, по большому счету.

Поэтому не всегда врач поликлиники может синтезировать информацию и делать правильные выводы. Это приводит к поздней диагностике заболеваний системы крови.

— Есть ли что-то, на что следует обратить внимание самому человеку: увеличенные лимфоузлы, бледность, усталость, синяки на коже? Что должно насторожить?

— Все вышеупомянутое должно настораживать. Если у человека снижается работоспособность, сильная сонливость, бледность, увеличены лимфатические узлы — все это повод обратиться к врачу.

Принимая душ, человек сам может прощупать, увеличены у него периферические лимфатические узлы или нет — на шее, под мышками, в паху, под и над ключицами. Если какая-то горошинка прощупывается, нужно сдать анализ крови, сделать ультразвуковое исследование органов брюшной полости. По состоянию селезенки тоже можно диагностировать заболевания крови. Но все обследования может назначить только врач.

— А стоит ли профилактически делать пункцию, например?

— Профилактически пункции, конечно, делать не стоит, поскольку это серьезная манипуляция, она может вызвать осложнения, иногда довольно серьезные. Пункцию делают только по определенным строгим показаниям, когда есть уже какой-то предварительный диагноз и он требует уточнения.

Поэтому для профилактики лучше всего регулярно сдавать общий анализ крови, кровь — зеркало функции костного мозга.

— Мы все знаем, что кровь нужно сдавать натощак. А какие еще правила сдачи крови существуют?

— Если накануне было оперативное вмешательство, перенесенные инфекции, удаление зуба, любое кровотечение, месячные у женщины, физические нагрузки, применение препаратов, обезвоживание, переедание, употребление алкоголя, стрессы, волнения, то это может исказить показатели в анализах крови.

— О чем повышенный уровень гемоглобина может говорить?

— Как о гипоксии, так и о болезнях крови, например, истинной полицитемии (вариант хронического лейкоза, связанный с повышением уровня гемоглобина).

Зачем замораживать пуповинную кровь

— Заморозка плаценты и крови из пуповины — это дань моде или инновационный подход в лечении заболеваний? Вообще есть ли смысл вообще сдавать пуповинную кровь в криобанк?

— Несомненно, заготовка и применение стволовых кроветворных клеток пуповинной крови — еще одно из значимых событий в гематологии. Эти клетки применяются при пересадке у больных с лейкозами и другими заболеваниями крови. Они дают меньше иммунологических осложнений, чем донорские клетки.

Но количество кроветворных клеток в пуповинной крови небольшое, поэтому применение ее ограничено их количеством и массой реципиента. Если лейкоз случится в детстве, когда вес ребенка меньше 20 кг, этих клеток скорее всего хватит для проведения трансплантации, для взрослых людей массой более 50 кг — уже нет.

Но их можно культивировать — вырастить необходимое количество для лечения взрослого человека. К сожалению, методики культивации очень дорогостоящие и не всем криобанкам доступны.

— Достаточно ли у нас банков для ее хранения? Хотя бы в Москве и Питере?

— Пока в России имеются единичные Центры по заготовке и хранению пуповинной крови, что связано с пробелами в законодательства и этическими вопросами донорства. Тенденция заморозки пуповинной крови впрямую то есть только для новорожденного, имела большую коммерческую составляющую и очень незначительный практический выход. Поэтому, практически никто в мире этим сейчас не занимается. Сегодня все больше занимаются заготовкой пуповинной крови для неродственных трансплантаций.

— То есть пуповинная кровь как один из способов пополнения банка клеток костного мозга?

— Да. Мы можем пересаживать три вида костного мозга — нативный (непосредственно из костей), но его доля в пересадках — не более 5 %. В 95% случаях используется переливание стволовых кроветворных клеток из периферической крови, забираемой сепараторами. И третий источник — это как раз кроветворные клетки пуповинной крови, хотя количество трансплантаций проведенных с их применением незначительное.

В 2019 году из более 47 тысяч трансплантаций в мире, клетки пуповинной крови

использовались только у 300 больных.

— Что еще важно развивать в России для того, чтобы мы успешнее справлялись с болезнями крови?

— Реабилитация, амбулаторное лечение, диагностика поздних осложнений после трансплантации костного мозга по месту жительства — вот это звено очень сильно страдает. В регионах нужно создать центры диагностики, лечения и реабилитации таких больных.

Но все это невозможно без квалифицированного персонала, имеющего знания и опыт в вопросах трансплантации костного мозга. Очень важен вопрос длительного обеспечения дорогостоящими иммуносупрессантами и другими лекарствами.

<https://www.pravmir.ru>