

ТРАНСУФИЗИОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ПРОБЛЕМЫ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

УДК 615.38: 616-022.363+035.1

НОИ

БЕЗОПАСНОСТЬ В ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Евгений Борисович Алексеев*, Татьяна Гавриловна Кравченко

354-й окружной военный клинический госпиталь

Резюме. В статье представлен перечень исследований, проведение которых необходимо при заготовке препаратов для гемотрансфузии. Проанализированы результаты работы по выявлению гемотрансмиссивных инфекций у доноров Центрального военного округа Министерства обороны России. За 3 года работы станции переливания крови 354-го окружного военного клинического госпиталя выявлены 36 человек, инфицированных гепатитом В, 56 – гепатитом С, 10 – сифилисом.

Ключевые слова: гемокомпонентная терапия, скрининг на маркеры инфекций.

SAFETY IN TRANSFUSIOLOGY E.B. Alekseyev, T.G. Kravchenko. 354th District Military Clinical Hospital, Russia. This article presents a list of investigations that need to be conducted before the procurement of preparations for blood transfusion. Analyzed were the results of the work in identifying bloodborne infections in the donor of the Central Military District of the Russian Ministry of Defence. Over the 3 years of work of the blood transfusion station of the 354th District Military Clinical Hospital identified were 36 people infected with hepatitis B, 56 – with Hepatitis C, 10 – with syphilis. **Keywords:** blood-component therapy, screening for markers of infection.

Лечение компонентами крови результативно, если назначено по обоснованному медицинским показаниям. Донорская кровь и её компоненты должны быть биологически полноценными и обладать функциональной активностью.

Основным критерием гемокомпонентной терапии служит получение лечебного эффекта при полной инфекционной и иммунологической безопасности для больного.

С этой целью проводят следующие исследования: скрининг на маркеры гемотрансмиссивных инфекций (инфицирование вирусом иммунодефицита человека типов 1 и 2, гепатиты В и С, сифилис), иммунологическое исследование крови доноров и больных по системам АВ0 и резус-фактору, определение иммуногенных минорных эритроцитарных антигенов, скрининг полных и неполных антиэритроцитарных антител у доноров и реципиентов.

В сложных случаях осуществляют индивидуальный подбор компонентов крови конкретному реципиенту. Кроме того, проводят карантинизацию плазмы с повторным обследованием донора через 6 мес на гемотрансмиссивные инфекции. Наряду с этим используют метод инактивации патогенов крови, позволяющий, помимо вышеперечисленных вирусов, инактивировать другие вирусные агенты, которые могут находиться в крови.

Помимо обследования крови на инфекционную и иммунологическую безопасность, осуществляют дополнительный комплекс мероприятий: на этапе медицинского обследования донорских кадров производят отвод кандидатов в доноры по абсолютным и относительным противопоказаниям к донорству, учитывая перенесённые ими заболевания в течение жизни и за последние 6 мес, а также представленные медицинской службой части сведения о состоянии здоровья кандидатов в доноры. На этапе приготовления компонентов крови выполняют лейкофильтрацию и отмывание эритроцитов, проверку функциональной

полноценности готовых компонентов. На этапе хранения контролируют температурный режим, а также проводят визуальный контроль состояния компонентов крови. Во время подготовки к переливанию компонентов крови большое значение имеют подробно собранный трансфузиологический анамнез реципиента и его иммуногематологическая совместимость с донорскими компонентами.

Технические средства, материалы и вещества, используемые в процессах заготовки, переработки, хранения, транспортировки и применения донорской крови человека и её компонентов, должны быть химически стабильны и биологически совместимы с кровью и её компонентами, не должны вызывать их биологических, химических и физических изменений; должны обладать устойчивостью к воздействию химических и физических факторов, в том числе дезинфицирующих веществ, и соответствовать требованиям безопасности к медицинским изделиям, помимо этого быть стерильными и предназначенными для однократного применения.

Результаты целенаправленной работы по выявлению гемотрансмиссивных инфекций у доноров Центрального военного округа Министерства обороны России приведены в табл. 1.

Таблица 1

Выявленные гемотрансмиссивные инфекции у доноров округа

Наименование	Годы		
	2009	2010	2011
ВИЧ 1/2	0,27% (подтверждение в иммуноблоте – 0)	0,39% (подтверждение в иммуноблоте – 0)	0
HB _s Ag	1,38%	2,08%	0
АНСВ	1,57%	2,18%	2,26%
Сифилис	0,74%	0,20%	0

Примечание: ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; HB_sAg – поверхностный антиген вируса гепатита В; АНСВ – антитела к вирусу гепатита С.

Адрес для переписки: spk-354@yandex.ru

За 3 года работы станции переливания крови 354-го окружного военного клинического госпиталя выявлены 36 человек, инфицированных гепатитом В, 56 — гепатитом С, 10 — сифилисом. В итоге 102 человека могли стать источниками заражения гемотрансмиссивными инфекциями.

На качество работы станции переливания крови влияет работа всех звеньев, включая и общее управление. Время ставит новые задачи совершенствования деятельности службы крови. Создаются компьютерные системы «защиты от ошибок» в клинике: на реципиента надевают индивидуальный браслет с идентификационным чипом, позволяющий безошибочно установить личность. Принтер распечатывает этикетку, которая у постели больного наклеивается на пробирку с кровью для подбора трансфузионной среды. Перед переливанием гемокомпонент вновь проверяется компьютерной системой и при несоответствии блокируется.

Необходимо внедрять в работу метод инактивации патогенов крови, компьютеризированного учёта, маркировки и сопровождения на всех этапах производства (от донора до реципиента) крови и её компонентов.

Таким образом, работа станции переливания крови нацелена на выпуск компонентов крови, полностью отвечающих современным требованиям, а также на решение вопросов обеспечения пострадавших (раненых и больных) гемотрансфузионными средствами, в том числе и в чрезвычай-

ных ситуациях. Нормативные технологические документы определяют организацию и содержание производственной деятельности станций переливания крови, методы контроля качества и безопасности выпускаемой продукции.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Закон РФ от 9 июня 1993 г. №5142-1 «О донорстве крови и её компонентов» (с изменениями от 4 мая 2000 г., 16 апреля 2001 г., 24 декабря 2002 г., 22 августа 2004 г., 29 декабря 2006 г.).
2. Постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 октября 2000 г. №384 «О применении в практике здравоохранения иммуноферментных тест-систем для выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (Hb_sAg) и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в сыворотке крови человека».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 мая 2003 г. №193 «О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантинизации свежемороженой плазмы».
5. Статья 118 УК РФ «Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2001 г. №364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и её компонентов».

УДК 616.37:002.4:039.74:089

НО2

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Аскерхан Шапапутдинович Алюков, Игорь Юрьевич Носков**

354-й окружной военный клинический госпиталь

Реферат

В статье на основании анализа данных литературы и собственного опыта представлены основные принципы проведения интенсивной медикаментозной терапии у больных с тяжёлыми формами панкреонекроза.

Ключевые слова: панкреонекроз, интенсивная консервативная терапия.

PRINCIPLES OF INTENSIVE TREATMENT OF PANCREONECROSIS *A.Sh. Alukov, I.Yu. Noskov. 354th District Military Clinical Hospital, Russia.* In the article based on the analysis of literature data and on authors' personal experience presented were the main principles of conducting intensive medical therapy in patients with severe forms of pancreonecrosis.

Keywords: pancreonecrosis, intensive medical therapy.

На сегодняшний день при инфицированных формах панкреонекроза показания к хирургическому лечению не вызывают сомнений. Основная задача первой операции — мобилизация всех очагов некротической деструкции в забрюшинном пространстве (декомпрессия), полноценная некрэктомия или секвестрэктомия, отграничение (компартиментализация) всех некротических зон от свободной брюшной полости, обеспечение адекватного оттока экссудата (дренирование) с планированием последующего вмешательства в определённые сроки [3].

Активная хирургическая тактика немыслима без адекватного интенсивного медикаментозного лечения при инфицированном панкреонекрозе и включает антибактериальные средства, противогрибковые при наличии нейтропении либо кандидемии [1], обезболивающие, цитостатические препараты, октреотид, альбумин человека при снижении сывороточного содержания альбумина менее 20 г/л, плазму крови человека свежемороженную при дефиците плазменных факторов коагуляции, гидроксипропилкрахмалы, растворы электролитов.

При проведении интенсивной медикаментозной терапии у больных с тяжёлыми формами панкреонекроза мы соблюдаем следующие принципы.

Адрес для переписки: OWKG-354@yandex.ru