

Недавно в Дубае (Объединённые Арабские Эмираты) состоялся очередной Всемирный конгресс Международного общества переливания крови. Участие в нём приняли почти 3 тыс. специалистов из 97 стран, что само по себе говорит о значении обсуждаемых в рамках этого форума проблем и задач.

Об основных достижениях мировой трансфузиологии и о том, как в этом плане на фоне остальных стран выглядит Россия – в интервью одного из участников конгресса, заведующего кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Евгения ЖИБУРТА.

– Евгений Борисович, начнём с организации работы службы крови. У нас в стране этому разделу уделяется достаточно внимания, а чем на форуме хвалились ваши зарубежные коллеги?

– В разных странах добиваются одной и той же цели – чтобы в здравоохранении был достаточный объём безопасных компонентов крови. В силу разницы социальных, экономических и географических условий решения находятся разные. По части географии Россия очень неоднородна: есть Краснодарский край с его густонаселённым югом, и есть Якутия с огромными незаселёнными площадями и весьма непростым транспортным сообщением. Может ли быть в РФ единая модель организации работы службы крови? Нет. Поэтому нам интересен опыт других стран, а им – наш.

Например, в службе крови Южно-Африканской Республики 84 стационарных донорских пункта, плюс ежегодно проводится около 3 тыс. выездных донорских сессий. При этом на всю страну только 2 диагностических лаборатории, которые работают круглосуточно и куда кровь доставляют самолётами, и 7 центров по переработке крови на компоненты. Служба крови в ЮАР централизована, её руководит один человек. Там считают, что для страны с населением 40 млн человек такой структуры достаточно.

Давайте сравним с Россией. У нас численность населения больше, чем в ЮАР, всего в четыре раза, при этом не 28 центров переработки крови, как, казалось бы, должно быть, а минимум 500. И неизвестное количество лабораторий. А данных о точном количестве донорских пунктов вообще нет, равно как о количестве выездных сессий.

– А нужно знать эти данные? Это поможет делу?

– Конечно, нужно. Хотя бы для понимания, достаточно этого количества донорских пунктов, или их не хватает? А может быть, наоборот, можно оптимизировать работу службы крови, сократив количество ПЗК и выездов. Но прежде чем такие выводы делать, нужно иметь точные сведения. Если сопоставительный анализ покажет, что служба крови какой-то страны, работая в аналогичных условиях, добивается лучшего результата, то есть заготавливает больше крови на единицу персонала, то имеет смысл изучить этот опыт и экстраполировать что-то из него в свою практику.

– Мы же понимаем, что централизовать службу крови в большой стране проще, чем в РФ.

– Процесс централизации идёт и в России, в том числе



Евгений Жибурт

– Какие вопросы из раздела «донорство» обсуждались на площадках форума?

– Активно обсуждалось участие представителей сексуальных меньшинств в донорском движении. Прозвучали данные: мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), составляют 4,5% населения Канады и 3,5% населения Великобритании. Основное количество новых случаев ВИЧ-инфекции именно среди этой категории населения: доля МСМ среди вновь инфицированных ВИЧ в Великобритании составляет 35%, в США – 65%, в Австралии – 90%. Очевидно,

ориентации? Давайте изучим опыт других стран и начнём действовать.

– Но ведь эта мера не исключит на 100% вероятность ВИЧ-инфицирования реципиентов.

– Вы правы, не исключит. Но минимизирует такой риск. Ежегодно в нашей стране выявляется около 1,5 тыс. случаев ВИЧ-инфекции среди доноров и от 3 до 5 случаев заболевания реципиентов после гемотрансфузии. За рубежом такие ситуации тоже происходят. Все они связаны с биологией инфекции – существованием серонегативного окна. Поэтому наряду с поиском генома вируса надо активно внедрять следующий этап обеспечения безопасности крови – инактивацию патогенов.

и тому существует ряд причин. Например, этическая: доноры хотят, чтобы их кровь была перелита. Но в нашей стране тромбоциты, находящиеся в цельной крови, сейчас в основном выбраиваются. У нас 70% тромбоцитов получают методом афереза. А в Германии 80% тромбоцитов получают из донорских пулов: лейкотромбоцитарные слои от нескольких доноров собирают в пул и получают из них полноценную лечебную дозу тромбоцитов.

Экономическая причина: инактивация патогенов в компонентах крови – весьма эффективная, но не дешёвая технология. Взрослому человеку массой более 80 кг нужно перелить не менее 4 доз донорской плазмы или тромбоцитов, выделенных из цельной

## Авторитетное мнение

# Кровь одна, решения – разные

## Российская трансфузиология на фоне всего мира

благодаря тому, что мы изучаем международный опыт. Пятнадцать лет назад у нас было в три раза больше организаций, заготавливающих кровь, сейчас во многих субъектах РФ это одна организация. И это очень хорошо, потому что одна организация может позволить себе хорошее, дорогое, эффективное оборудование.

Да, в Якутии централизовать службу крови сложно по объективным причинам: расстояния между населёнными пунктами большие, связь только авиацией. Но таких субъектов в составе РФ единицы. Поэтому в целом по стране можно и нужно продолжать централизацию сложных технологий службы крови.

– Чем ещё удивили участники форума?

– В Австралии внедрили передачу концентратов тромбоцитов с истекающим сроком хранения из госпиталей с низкой частотой переливания в госпитали с высокой частотой переливания этих клеток. Списание по сроку годности спустя 20 месяцев сократилось с 17 до 7,6%.

Мне кажется, это очень хороший опыт, который нужно перенимать. Но у нас в стране не существует регламента и механизма возврата в центр крови неиспользованных компонентов до истечения срока их годности. А действующий порядок передачи компонентов крови из одной клиники другому бюджетополучателю такой сложный, что реализовать его очень трудно. И если в отдельных регионах это делают, то не благодаря, а вопреки.

Должна быть централизованная электронная система управления запасами компонентов крови в рамках региона. Пока таких примеров в Российской Федерации немного, и анализ их деятельности мировому сообществу трансфузиологов не представлен. Не говоря уже об опыте межрегионального взаимодействия центров крови, которого вообще нет, но который дал бы возможность оптимизировать заготовку крови и снизить списание компонентов по сроку годности.



Куда пойдёт эта плазма – на карантин или вирусинактивацию?

что для службы крови любой страны данное обстоятельство имеет огромное значение.

За рубежом люди из категории МСМ не просто не скрывают особенностей своего сексуального поведения, а напротив, подчёркивают это и настаивают на своём гражданском праве быть донорами крови. У них есть активное политическое лобби.

Наши западные коллеги подошли к этому вопросу не с точки зрения гражданских прав, а из эпидемиологических соображений: раз в вашей группе ВИЧ-инфекции настолько много, причём свежей, трудно диагностируемой, то мы вас к донорству не будем допускать. В США их не допускают вообще. В странах Европы пошли по пути временных отводов МСМ от донорства – от полугода до года.

Везде этому вопросу уделяется серьёзное внимание, кроме России. В то же время, согласно материалам Российского Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в среде представителей сексуальных меньшинств ВИЧ-инфекции в 20 раз больше, чем в популяции в целом. Это группа высочайшего риска, однако у нас вопрос их участия в донорстве вообще не обсуждается.

Спрашивается, как узнать, что перед вами МСМ, ведь в анкете донора нет графы о сексуальной

На конгрессе были представлены материалы исследований технологий вирус-инактивации разных компонентов. В целом результаты высокие.

– Вы имеете в виду стопроцентную инактивацию всех компонентов, включая плазму? То есть вместо заморозки и карантина сразу её инактивировать и отправлять в клиники? Ведь это очень дорогая технология, бюджета страны хватит?

– Нам не нужна 100-процентная инактивация плазмы. Нужно продолжать карантинизировать плазму от регулярных доноров, когда мы точно знаем, что этот человек придёт через полгода на очередную кроводачу. А от первичных доноров плазму не надо закладывать на карантин, её следует либо подвергать вирусинактивации и сразу передавать в клинику, либо отдавать на производство препаратов, также включающее этапы инактивации патогенов.

Кстати, эта мера равно важна как для профилактики заражения реципиентов от ВИЧ-инфицированного донора, так и от донора с вирусным гепатитом, а таких становится всё больше.

– В вопросах качества компонентов крови как выглядит российская трансфузиология?

– Нам есть к чему стремиться. В мире нарастает интерес к пулированию компонентов крови,

Если подвергать вирусинактивации каждую из 4 доз, затраты выше в 4 раза, чем если инактивировать пул и затем перелить его реципиенту. Наши зарубежные коллеги показывали свой опыт, в том числе экономический, результатами они довольны.

В России есть несколько инициативных центров крови, которые имеют очень хороший опыт пулирования компонентов: в Санкт-Петербурге, Новосибирске, Уфе, Красноярске. А в целом, по стране интерес службы крови к этой теме только на этапе зарождения. Я не говорю, что все без исключения центры крови обязаны внедрять технологию пулирования, в небольших субъектах РФ это даже нецелесообразно. Но в целом нужно её пропагандировать и прописывать в нормативной базе как технологию, возможную к применению. Пока этого нет.

– Раздел клинической трансфузиологии: что из рассказанного на конгрессе, по вашему мнению, требует внимания российских специалистов?

– Здесь мы как раз перейдём от проблем к достижениям. И не за рубежом, а в Смоленской области Российской Федерации.

Было много докладов о частоте и объёмах переливания крови при хирургических вмешательствах, в том числе при эндопротезировании тазобедренного сустава. Наши зарубежные коллеги гордятся тем, что у них частота переливаний сократилась со 100 до 30%, а где-то и до 20%. Это произошло благодаря тому, что стала более совершенной хирургическая техника, появилась другая инструментальная и медикаментозная обеспеченность, в частности, найдены ингибиторы фибринолиза.

А специалисты из Смоленского центра травматологии показали свои наработки: при эндопротезировании тазобедренного сустава они переливали эритроциты только 1,1% пациентов (в 7 случаях из 632). Это действительно высокий класс. Мировые лидеры кровесбережения работают в Смоленске.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.