

Итоги и прогнозы

К чему готовиться
трансфузиологам?

Жизнь постоянно подбрасывает новые сюрпризы

Персонализированная медицина не отменяет применение узаконенных общепринятых правил в тех случаях, когда это возможно и даже необходимо. И наоборот. В очередной раз эта идея прозвучала на очередной международной конференции «Стандарты и индивидуальные подходы в клинической трансфузиологии», которая прошла в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова. Специалисты из России, Белоруссии, Украины, Германии, Нидерландов и Японии обменялись опытом работы как в рамках стандартных гемотрансфузионных подходов, так и персонализированных, с учётом конкретной клинической ситуации.

Так, заместитель генерального директора Пироговского центра по научной и лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор Михаил Замятин представил разработанный здесь Протокол назначения компонентов и препаратов крови, а также лекарственных средств восстановления коагуляционного потенциала системы гемостаза при оказании плановой и неотложной помощи пациентам, длительно принимающим антикоагулянты. Это новый регламент, предлагаемый к применению во всех медицинских учреждениях. Поскольку кардиологи назначают антикоагулянтную терапию всё большему числу больных, вероятность «встретить» такого пациента с риском массивного кровотечения есть у хирургов и трансфузиологов любой клиники. А значит – необходимо быть готовыми к этому.

Другая ситуация, требующая настороженности теперь уже не только хирургов и трансфузиологов, но и иммуногематологов – поступление в стационар пациента, который в качестве терапии множественной миеломы принимает препарат, представляющий собой моноклональное антитело против антигена CD38. Проблема в том, что CD38 есть на эритроцитах. Соответственно, анти-CD38 антитела могут «вмешиваться» в рутинные иммуногематологические исследова-



Вопрос из зала. Е.Бубович, проректор медицинского института Сургутского государственного университета

ования и искажать их результаты, а это в свою очередь вызывает ошибки при подборе донорских эритроцитов для переливания данному пациенту.

Иными словами, определённая лекарственная терапия множественной миеломы объективно затрудняет другой этап лечения, трансфузионный, вне зависимости от того, в связи с чем данному больному потребовалось переливание крови. Чтобы избежать подобных



Выступление профессора Тошио Маэда приковало внимание всех

сложностей, заведующая лабораторией Федерального медицинского исследовательского центра гематологии доктор медицинских наук Лариса Головкина предлагает до назначения данного препарата выдавать пациенту идентификационную карточку, в которой указывать фенотип его эритроцитов и результаты первоначального скрининга антиэритроцитарных антител. При этом пациентам необходимо проинструктировать, чтобы они при госпитализации в любое лечебное учреждение обязательно показывали эту карточку врачу, иначе выдача необходимых для переливания эритроцитов может быть отложена во времени, что всегда сопряжено с риском опоздать.

Ещё об одной проблеме иммуногематологов рассказала участница конференции руководитель лаборатории центра крови Нидерландов «Сангвин» Маргарет ван Халст: всё чаще стали выявляться RhD-положительные пациенты с анти-D-антителами. В основном это связано с генетическими дефектами. Доктор Халст не исключает, что данное явление не строго европейское, и что в российской популяции, вероятнее всего, доля таких пациентов также увеличивается. Следовательно, опыт голландских коллег может оказаться полезным трансфузиологам.

Что же принято делать за рубежом? Таким пациентам подбирают D-отрицательную кровь, обращая внимание на риск развития сопутствующих антител другой специфичности.

Персонализация подходов к профилактике ВИЧ-инфекции – возможно ли такое в принципе? Разве не чёткое следование стандартам в системе заготовки донорской крови предопределяет безопас-

ность реципиента? Оказывается, не только возможно, но и необходимо, как убедительно показала на опыте работы своего учреждения главный врач Свердловского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом Анжелика Подымова. Она обратила внимание коллег на то, что анализ случаев ВИЧ-инфицирования реципиентов свидетельствует о росте случаев заражения при переливании клеточных компонентов крови, полученных от ВИЧ-позитивных доноров, которые на момент донорства находились в серонегативном периоде.

В то же время утверждённая на федеральном уровне анкета донора крови не учитывает риски гемотрансмиссивных инфекций, хотя данная информация могла бы стать если не запретом на донорство, то поводом обратить особое внимание именно на эту дозу крови: наличие более чем одного полового партнёра, секс без презерватива, нетрадиционные формы секса, а также аварийные ситуации с кровью для доноров-медиков и бытовые аварийные ситуации с кровью – для населения. Для снижения риска гемотрансмиссивного ВИЧ-инфицирования в Свердловской области внедрён индивидуальный скрининг генома инфекций (тест-система с двумя мишенями) в каждом образце донорской крови! Пока это первый в стране подобный опыт.

Среди других – стандартных – подходов к обеспечению безопасности реципиентов при переливании донорской крови наиболее активно внедряется в практику технология инактивации патогенов в тромбоцитах. К лидерам в этом плане – Якутии и Башкортостану – присоединились Владимирская, Томская и Смоленская области, где служба крови выдаёт в клинику только патогенредуцированные тромбоциты. В свою очередь в Смоленском областном центре крови успешно внедрили другую технологию профилактики гемотрансмиссивных инфекций – карантинизацию эритроцитов путём криоконсервирования. В этом регионе неонатологическая служба полностью обеспечивается гемопродуктами повышенной безопасности.

Заведующий кафедрой трансфузиологии НМХЦ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Евгений Жибурт отметил долгожданные положительные перемены в документальном сопровождении работы трансфузиологов, в результате чего стали очевидны её параметры и востребованность: «Благодаря новой статистической форме отчёта медицинской организации и анализу её трансфузиологической деятельности в масштабе отрасли мы впервые узнали, что

среди 146 804 372 жителей России в 2016 г. переливание крови и её компонентов получили 1 196 633 человек, что составляет 0,82% населения. Им выполнено 3,2 млн переливаний крови и её компонентов в суммарном объёме около 1 млн литров».

Кстати, по мнению профессора Е.Жибурта, «в связи с изменением статистической отчётности необходимо уточнить определение термина «переливание». Логично заменить его на термин «доза», поскольку одновременно реципиенту могут быть перелиты несколько доз крови либо её компонентов. Также целесообразно анализировать и суммировать объёмы переливания отдельных компонентов крови. Такие дополнения и уточнения позволят получать ещё более объективные статданные о трансфузиологической «активности» в РФ.

Настоящей «изюминкой» конференции стал доклад профессора Тошио Маэда (Университет Китасато, Токио), сотрудника лаборатории, руководитель которой – Сатоси

из разных клиник было получено 93 отчёта о вероятной передаче инфекций с донорской кровью. Из этого количества претензий после проверок подтверждены только шесть: три случая инфицирования реципиентов вирусным гепатитом Е, два случая бактериального инфицирования и один случай передачи с донорской кровью парвовируса В19. Иными словами, никакой катастрофы.

И, наконец, хотелось бы обратить внимание на сообщение главного трансфузиолога Минздрава России кандидата медицинских наук Татьяны Гапоновой. В течение 2018 г. действующий в стране Технический регламент безопасности крови будет заменён на соответствующие правила, в которых предполагается целый ряд серьёзных новаций. В данном случае речь идёт исключительно о стандартах трансфузиологии, никаких отступлений от них не допускается.

В числе новых правил непременно, в 100% случаев молекулярное исследование гемотрансмиссивных инфекций в крови доноров.



Есть что обсудить. А.Костин, заведующий отделением переливания крови НИИ им. Н.В.Склифосовского

Омура – в 2015 г. был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине. По информации, представленной профессором Маэда, в Японии так же, как и в нашей стране, пока не могут отказаться от обязательного скрининга активности печёночного фермента аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови доноров. Однако, в отличие от России, где донора с высоким уровнем АЛТ отвергают раз и навсегда, в Стране восходящего солнца кровь бракуют уже при показателе АЛТ от 101 МЕ/л и выше, не запрещая при этом человеку быть донором впрямь.

И ещё одно существенное различие – это масштабность сети учреждений службы крови. В Японии все образцы донорской крови хранят при – 20°C в течение 11 лет, и таких хранилищ – три на всю страну. Лабораторий, в которых обследуют 5 млн образцов донорской крови, собираемых ежегодно, на всю страну только семь. Отражается ли подобная стратегия централизации службы крови на качестве гемокомпонентов, которые передаются в лечебную сеть? Судите сами. В 2016 г.

Кроме того, срок карантинизации плазмы сократится со 180 до 120 дней. Хранение информации в базе данных донорства становится обязательным в течение 30 лет. А к числу технологий, которые отныне будут обязаны применять все учреждения службы крови РФ, относятся определение 8 трансфузионно опасных антигенов эритроцитов, криоконсервирование тромбоцитов и лиофилизация плазмы, а также вирус-инактивация плазмы сразу после её заготовки с возможностью немедленного, без полугодовой карантинизации, использования в клинике в особых ситуациях.

В свою очередь, участники конференции сформулировали целый ряд предложений профессионального сообщества к Министерству здравоохранения РФ. Эти предложения касаются разных аспектов трансфузиологической службы: и технического оснащения отделений переливания крови, и правил клинического использования донорской крови и её компонентов, и, конечно, финансирования.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ»