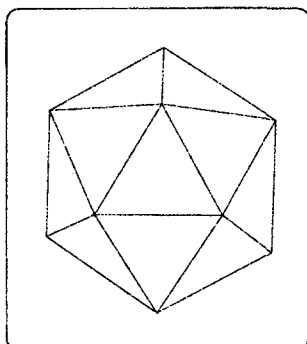


2. Martin L.W., Zerella J.T. // J. Pediatr. Surg. 1976. Vol.11, No.3. P.399-403.
 3. Santulli T.V., Blanc W.A. // Ann. Surg. 1961. No.12. P.939-948.
 4. Seashore J.H., Collins P.S., Markowitz R.I. // Pediatrics. 1987. Vol.80, No.4. P.540-544.

5. Touloukian R.J. // World J. Surg. 1993. No.3. P.17-20.
 6. Waldhausen J.H., Sawin R.S. // J. Pediatr. Surg. 1997. No.9. P.32-41.
 7. Zerella J.T., Martin L.W. // Surgery. 1976. Vol.80, No.5. P.550-553.



УДК 615.38 — 06 (571.62)

Л.Л. Диянкова, Е.В. Гринчук, О.А. Стеценко, Н.К. Кубота

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛПУ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

ГУЗ "Станция переливания крови", г. Хабаровск

Трансфузии крови, ее компонентов и препаратов в настоящее время широко используются в клинической практике при целом ряде заболеваний и травм. Подразумевается, что соблюдение требований инструктивных документов по трансфузиологии, утвержденных Минздравом России, обеспечивает безопасность применения трансфузионных средств, однако и до настоящего времени отмечаются случаи посттрансфузионных осложнений (ПТО), нередко заканчивающихся летально. Поэтому острота проблемы посттрансфузионных осложнений с годами не уменьшается.

Анализ посттрансфузионных осложнений за последние 11 лет (с 1990 по 2000 г.) показал, что наиболее частой причиной явилась несовместимость крови донора и реципиента по изосерологическим системам — 79,7% (в 19 случаях из 24). При этом осложнения, вызванные переливанием

крови, несовместимой по системе АВ0, возникли у 12 больных, по антигену Rho (D) — у 3 чел., по антигену с (hr') — у 2 чел., по антигену Kell — у 2 чел., осложнения, вызванные переливанием гемолизированной эритроцитной массы, — у 5 чел.

Осложнения закончились летальным исходом в 5 из 24 случаев (20,8%) (по антигену с (hr') — 2 случая, по антигену Kell, по системе АВ0 и в связи с переливанием гемолизированной эритроцитной массы — по 1 случаю). Количество и причины осложнений ПТО по годам представлены в таблице.

Из 24 осложнений за 10 лет 14 имели место в краевом центре и 10 — в районах края.

По профилю ЛПУ количество осложнений распределилось следующим образом:

акушерство-гинекология	— 12
хирургия	— 7
педиатрия	— 3
терапия	— 2

Распределение количества и причин ПТО

Год	Количество ПТО	Причина осложнения										Количество летальных исходов	
		изосерологическая несовместимость								гемолиз эритроцитной массы			
		AB0		Rh		с (hr')		Kell		абс.	%		
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
1990	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	6	1	17	1	17	2	33	2	33	-	-	-	3
1992	1	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	3	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-	1	33,4	-	-
1994	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	2	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1996	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	7	5	71,5	-	-	-	-	-	-	2	28,5	-	1
1998	2	1	50	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-
1999	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	24	12	50	3	12,5	2	8,3	2	8,3	5	20,9	-	5



Схема мероприятий по профилактике осложнений, связанных с применением типированных стандартных эритроцитов

Таким образом, половина всех осложнений имели место в акушерско-гинекологической практике, где подавляющее большинство гемотрансфузий проводится по экстренным показаниям для купирования острой кровопотери, обусловленной кровотечением в родах. Время постановки диагноза ПТО составляло от 1 до 72 ч.

Анализ сроков постановки диагноза ПТО и времени оказания больному адекватной помощи выявил основную, на наш взгляд, причину летальности при ПТО: в большинстве осложнений с летальным исходом отмечена поздняя их диагностика в результате отсутствия наблюдения за больным, а также отсутствие в полном объеме патогенетического лечения. Время постановки диагноза практически всегда составляло более 1 ч, а нередко диагноз ПТО ставился лишь на следующие сутки.

Изучение случаев осложнений показало, что большинство ПТО произошло в результате несоблюдения инструктивных материалов по трансфузионной терапии, вызванного недостаточной квалификацией медицинского персонала, а в ряде случаев безответственностью и небрежностью. Достаточно часто ПТО было обусловлено "цепочкой" ошибок на разных этапах осуществления трансфузии.

ПТО, вызванные несовместимостью по антигенам АВ0 и резус, чаще всего следовали за организационными ошибками, известными со времени основания службы крови.

Основными причинами ПТО были:

- нарушение условий и техники иммуногематологических исследований;
- нарушение условий хранения гемотрансфузионных сред;
- отсутствие их лабораторного подтверждения;
- неверная трактовка результатов;

- отсутствие контрольных определений группы крови перед трансфузией;
- недоучет акушерского и трансфузионного анамнезов;
- игнорирование проведения проб на совместимость (в том числе биологической);
- нарушение правил ведения трансфузиологической документации (перенос данных о групповой и резус-принадлежности реципиента в историю болезни (родов) из других документов).

В то же время ни один из случаев ПТО не был обусловлен ошибками на этапе заготовки крови и ее компонентов, этикетирования и выдачи со станции переливания крови.

Настораживает факт переливания гемолизированных эритроцитарных сред, вызывающих тяжелые ПТО, приводящие к смертельному исходу. При расследовании этих осложнений выявлено, что причинами гемолиза эритроцитов явилось нарушение температурного режима при хранении, а также подогревание эритроцитарной массы перед переливанием, отсутствие проведения макрооценки годности.

Анализ показаний к трансфузии в случаях посттрансфузионных осложнений свидетельствует о том, что многие ПТО возникли у больных, которым проведение трансфузии крови и ее компонентов не было обусловлено жизненной необходимостью.

При расследовании случаев осложнений приходилось встречаться с незнанием врачами методик проведения изосерологических проб перед гемотрансфузией, а также биологической пробы.

Таким образом, все зарегистрированные ПТО связаны с нарушениями на этапе клинического применения крови и ее компонентов. Возникает ситуация, когда вполне доброкачественная во всех отношениях кровь или ее компоненты могут стать опасными для реципиента в силу нарушения правил по их применению в ЛПУ, то есть за счет уча-

ствия "человеческого фактора", который нередко может стать роковым для больного. Это свидетельствует о неудовлетворительной организации трансфузионной терапии в ЛПУ города, края.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что большинство осложнений возникло в результате недостаточной трансфузиологической грамотности врачей, невнимательного и несерьезного отношения к операции переливания крови и ее компонентов.

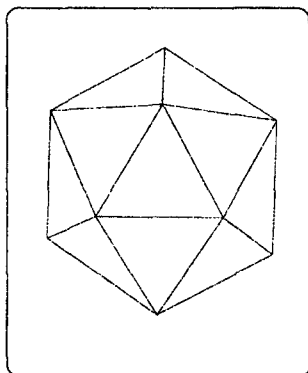
Нам представляется, что основной причиной этого является слабая подготовка студентов медицинских институтов (университетов) по вопросам гемотрансфузиологии, поскольку в них отсутствуют соответствующие кафедры. Организация курса трансфузионной медицины на одной из клинических кафедр медуниверситета в г. Хабаровске значительно улучшила бы качество подготовки будущих врачей и послужила бы серьезной мерой профилактики посттрансфузионных осложнений. Учитывая это обстоятельство, следует также признать целесообразным включение в программы усовершенствования по акушерству и гинекологии, хирургии, реаниматологии, пе-

диатрии и другим клиническим дисциплинам раздела по трансфузиологии.

Таким образом, наиболее эффективным способом профилактики посттрансфузионных осложнений должно быть улучшение подготовки врачей ЛПУ по трансфузиологии и неукоснительное выполнение всех требований соответствующих инструкций при переливании крови, ее компонентов и препаратов.

Л и т е р а т у р а

1. Аграненко В.А., Скачилова Н.Н. Гемотрансфузионные реакции и осложнения. М.: Медицина, 1986.
2. Минеева Н.В. Антигены эритроцитов / РНИИГиТ. СПб., 1999.
3. Посттрансфузионные гемолитические осложнения / РНИИГиТ. СПб., 1997.
4. Инструкция по переливанию крови и ее компонентов / МЗ СССР. 1988.
5. Об утверждении Инструкции по иммунологии: Приказ МЗ РФ №2 от 09.01.1998 г.
6. Донсков С.И. // Новое в трансфузиологии. 1996. №13. С.65-66.



УДК 617-089-031.13

О.С. Олифирова, С.С. Косихина

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КИТАЙСКИХ ГРАЖДАН В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Амурская государственная медицинская академия,
Амурский государственный университет, г. Благовещенск*

С конца XX в. за счет деструктивных процессов демографическая ситуация на Дальнем Востоке (ДВ) существенно изменяется [1-3]. Реалиями сегодняшнего дня являются снижение численности русскоязычного населения в связи с миграцией в западные регионы и отрицательным естественным приростом на фоне притока мигрантов из Китая. "Демографический бум" в этой стране, начавшийся с 80-90-х гг., способствовал перемещению населения из густонаселенного юга и центра на северо-восток, в том числе и в пограничную с Амурской областью (АО) провинцию Хэйлуцзян. Учитывая разность демографического и трудового потенциала, на территорию ДВ и, в частности в АО, с неизбежностью происходит проникновение китайской рабочей силы [1, 4]. В настоящее время только в северных провинциях Китая проживает более 80 млн чел., что в 10 раз больше, чем в субъектах РФ, входящих в экономический район ДВ и Забайкалья [1, 2].

Плотность населения в Северо-Восточном Китае в 2000 г. составляла 135 чел./км², что более чем в 100 раз выше аналогичных показателей на ДВ России [1]. В настоящее время численность рабочих и служащих в провинции Хэйлуцзян превышает число занятых амурчан на 36,2% [4]. Трудовая миграция из Китая происходит легально и нелегально, в индивидуальной и групповой форме, а также различна по длительности проживания в России [2]. Китайская рабочая сила привлекает работодателей своей дешевизной, неприхотливостью к условиям труда и быта, дисциплинированностью, работоспособностью [2, 4].

Надежной статистики о количестве китайцев, проживающих на территории ДВ, нет [1-5]. Официальные данные об их численности явно занижены. Количество зарегистрированных китайских рабочих на территории Амурской области 1-2 года назад не превышало 1000-1500 чел. [3, 5], что, безусловно, не соответствует действительности [3]. Складывается мнение, что в демографической