

Уважаемый Евгений Борисович!

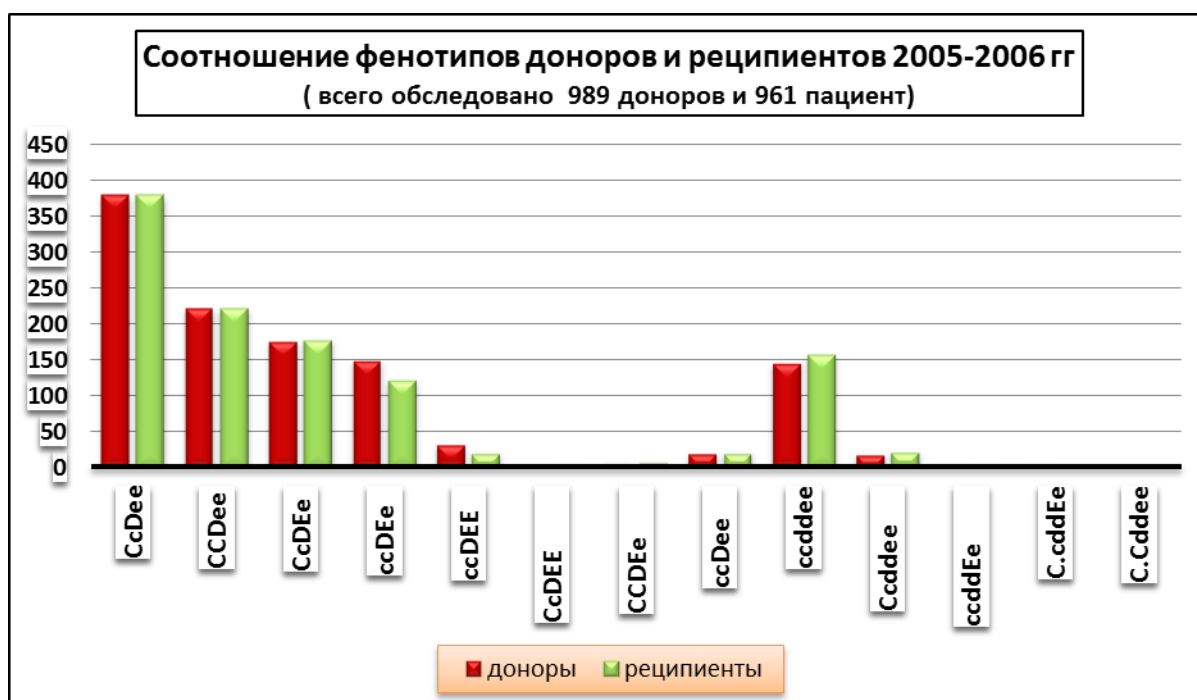
Сотрудники ГБУЗ «Детской городской клинической больницы святого Владимира ДЗ г. Москва» просят прислушаться к их мнению по поводу индивидуального подбора эритроцитсодержащих сред по фенотипу.

В нашей больнице с 2000 года всем детям проводится подбор эритроцитов по 10 трансфузионно-опасным антигенам (A, B, D, C, c, E, e, Cw, K, k) и проведением пробы на индивидуальную совместимость. Для фенотипирования и пробы на совместимость используются гелевые карты DiaMed (BioRad). Фенотипирование реципиентов проводится в клинко-диагностической лаборатории и экспресс-лаборатории, доноров – в лаборатории ОПК. Проба на совместимость (в геле) в ОПК и экспресс-лаборатории (по дежурству).

Анализируя накопленный опыт, мы пришли к выводам:

1. Внедрение этих методов не значительно удорожает обследование пациента, но как минимум в 2 раза снижает затраты при проведении повторных гемотрансфузий и заместительной почечной терапии.
2. Подбор пары донор – реципиент реален. Встречаемость фенотипов одинакова в популяциях и доноров и реципиентов (Гистограмма 1).

Гистограмма 1



Для решения 99% проблем с подбором по фенотипу, необходимо иметь запас эритроцитов с фенотипами CCDee, ccDEE и ccdee.

3. Особенно важным является определение фенотипа у детей с высоким процентом выявления химер при поступлении: новорожденные, больные с острой и хронической почечной недостаточностью. В случае возникновения посттрансфузионных осложнений, не использование современных методик определения антигенов эритроцитов и проведения проб на совместимость может явиться причиной для судебных преследований со стороны родителей пострадавших пациентов.
4. Подбор по фенотипу и проведение пробы на совместимость в геле, в условиях лаборатории значительно снижает риск гемолитических осложнений и повышает

эффективность гемотрансфузий, исключает тяжелые посттрансфузионные гемолитические реакции.

К примеру: в отделении гемодиализа, на небольшой выборке, проведен сравнительный анализ течения гемолитико-уремического синдрома, острой почечной недостаточности у детей с кровяными химерами, а так же у детей без химер.

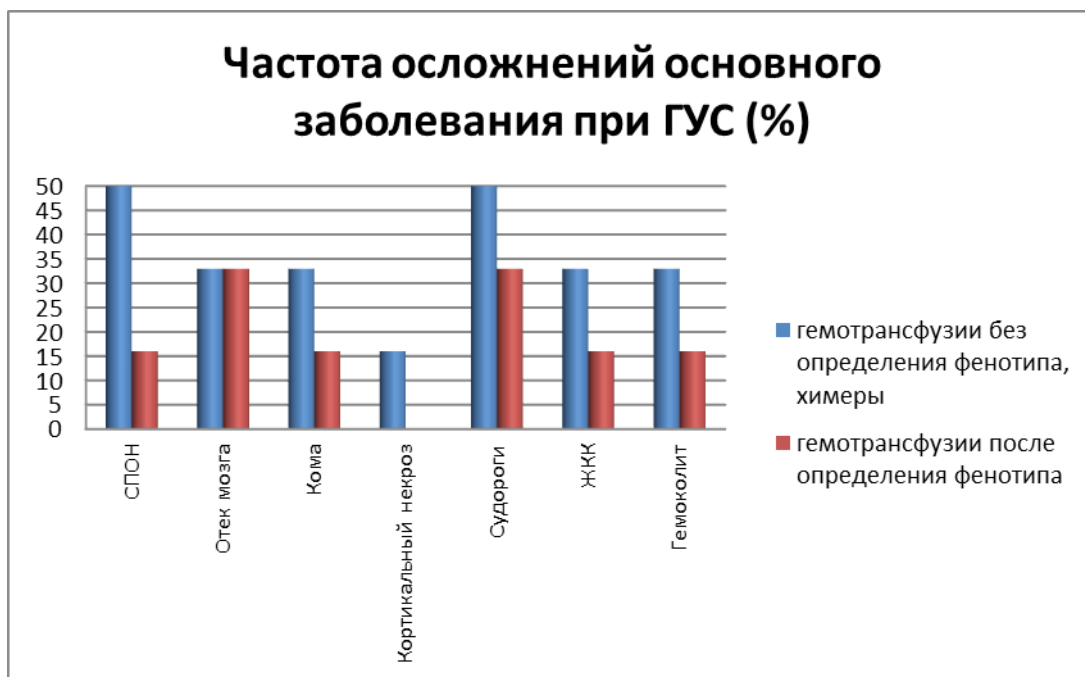
Таблица 1

ГУС	Возраст годы (М)	антитела	Нв при поступлении, г/л (М)	Гемотрансфузии на одного ребенка (М)	Анурия, дни (М)
Группа I Химеры, n=6	3,1	Отрицат.	69	4	22
Группа II Нет химер, n=6	2,1	Отрицат.	67	1,8	10

Первую группу составили 6 человек, у которых при поступлении были выявлены химеры. Во вторую группу вошли 6 пациентов, у которых фенотип не содержал химер. Из таблицы видно, что есть значительное (в 2 раза) отличие в количестве гемотрансфузий на каждого ребенка и длительности анурии. Антиэритроцитарных антител в обеих группах не обнаружено (Таблица 1).

У детей I группы выявлено больше осложнений основного заболевания. (Таблица 2) .

Таблица 2



Аналогичная закономерность наблюдается у новорожденных детей с септическим процессом, тяжелыми врожденными пороками развития и у детей грудного и старшего возраста с многократными гемотрансфузиями (политравма).

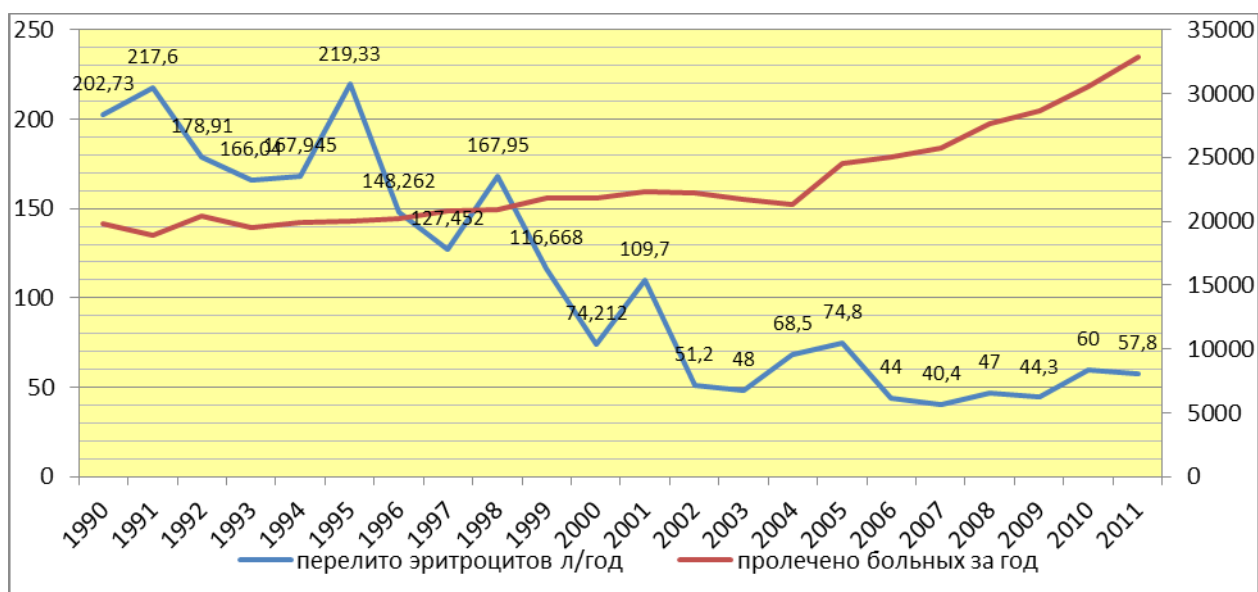
Безусловно, приказ № 183н нуждается в корректировке, но обязательное фенотипирование и индивидуальный подбор у детей является «плюсом» приказа.

С 1988г достаточно подробно освещаются иммуносерологические исследования крови, известна роль антигенов эритроцитов в развитии посттрансфузионных осложнений. Пора уже учитывать эти факты при гемотрансфузиях. Мы можем свести к минимуму такие осложнения как гемолиз и сенсibilизация, уменьшить расход эрмассы как на одного пациента, так и в целом по больнице, сделать трансфузии более эффективными.

По нашим данным экономически более выгодно фенотипировать реципиентов и осуществлять индивидуальный подбор, чем проводить длительную и дорогостоящую заместительную терапию (повторные гемотрансфузии, гемо- и перитонеальный диализ) и реабилитацию.

Не смотря на возрастающее число пролеченных пациентов, количество переливаемых в больнице эритроцитов снизилось в 4-5 раз (Гистограмма 2).

Гистограмма 2



Заведующая ОПК ДГКБ св. Владимира

Павлова Д.Е.

Заведующий Центром гравитационной хирургии крови
и гемодиализа

Зверев Д.В.

Д.м.н., профессор кафедры анестезиологии,
реаниматологии и токсикологии
детского возраста РМАПО

Мельникова Н.И.

Врач-лаборант ОРИТ

Дубынина Н.Ф.

Зав. ОРИТ

Строганов И.А.

Глубокоуважаемый Евгений Борисович, надеемся получить отзыв на наше письмо.