

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО

ПРИКАЗ

20 февраля 2007 г.

N 36

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

В соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.02.2004 N 82 "О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений" и в целях дальнейшего улучшения оказания трансфузиологической помощи в Федеральных государственных учреждениях здравоохранения ФМБА России приказываю:

1. Создать Комиссию по профилактике посттрансфузионных осложнений Федерального медико-биологического агентства.

2. Утвердить "Положение о Комиссии по профилактике посттрансфузионных осложнений Федерального медико-биологического агентства" (Приложение N 1).

3. Утвердить "Инструкцию по организации мероприятий при возникновении посттрансфузионных осложнений" (Приложение N 2).

4. Утвердить состав Комиссии по профилактике посттрансфузионных осложнений Федерального медико-биологического агентства (Приложение N 3 - не приводится).

5. Руководителям ФГУЗ ФМБА России в течение 10 дней с момента выявления посттрансфузионного осложнения направлять Извещение о посттрансфузионном осложнении по форме N 265-у, (приложение 3 к приказу Минздрава России от 16.02.2004 г. N 82 "О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений") в Комиссию по профилактике посттрансфузионных осложнений ФМБА России по адресу: 123182, г. Москва, ул. Щукинская, д. 6, к. 2.

6. Председателю Комиссии по профилактике посттрансфузионных осложнений О.В.Гришиной:

6.1. Организовать проведение заседаний Комиссии по профилактике посттрансфузионных осложнений один раз в 6 месяцев;

6.2. Представлять выписку из протоколов заседания Комиссии по профилактике посттрансфузионных осложнений и материалы расследования посттрансфузионных осложнений, повлекших угрозу для жизни пациента (летальные случаи, гемолитические осложнения, посттрансфузионные инфекции, другие тяжелые осложнения), а также годовой отчет по результатам работы Комиссии по профилактике посттрансфузионных осложнений начальнику Управления организации медицинской помощи ФМБА России.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя ФМБА России Л.Н.Бежину.

Руководитель
В.В.УЙБА

Приложение N 1
УТВЕРЖДЕНО
Приказом ФМБА России
от 20.02.2007 г. N 36

**ПОЛОЖЕНИЕ
О КОМИССИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА**

1. Комиссия по профилактике посттрансфузионных осложнений (далее - Комиссия) создается при Федеральном медико-биологическом агентстве и включает в свой состав специалистов по вопросам осложнений, возникающих после переливания крови, ее компонентов и препаратов.

2. Задача Комиссии - разработка мероприятий по профилактике посттрансфузионных осложнений и совершенствованию трансфузиологической помощи в федеральных государственных учреждениях здравоохранения ФМБА России, на основе анализа конкретных случаев осложнений и других материалов службы крови.

3. Комиссия проводит следующие мероприятия:

3.1. Анализирует материалы истории болезни, результаты клинических, бактериологических и серологических исследований, извещения о посттрансфузионном осложнении, протокол врачебной конференции - в отношении всех посттрансфузионных осложнений, развившихся в ФГУЗ ФМБА России. На основании изучения документов определяет наличие показаний и противопоказаний к трансфузионной терапии, выясняет характер посттрансфузионного осложнения, адекватность лечебно-профилактических мероприятий.

3.2. Анализирует объем и результаты проведенных изосерологических исследований, акушерский и трансфузионный анамнез и другие данные, имеющие значение для определения серологического статуса больного и возможной связи наступившего осложнения с несовместимостью перелитой крови или ее компонентов; проводит иммунологические и другие исследования крови больного и доноров в случае поступления этих материалов из ФГУЗ ФМБА России.

3.3. Готовит заключение о непосредственной причине осложнения в данном конкретном случае, своевременности диагностики, объеме медицинской помощи, причине летального исхода.

3.4. Представляет выписку из протокола заседания комиссии и материалы расследования посттрансфузионных осложнений, повлекших угрозу для жизни пациента (летальные случаи, гемолитические осложнения, трансфузионные инфекции, другие тяжелые осложнения), начальнику Управления организации медицинской помощи ФМБА России.

4. В отдельных случаях члены Комиссии выезжают на место возникновения посттрансфузионного осложнения для получения дополнительных данных о причине возникновения осложнения, изучения работы службы крови, а также для оказания помощи по устранению причин возникновения осложнений. По каждому случаю посттрансфузионного осложнения Комиссия готовит заключение и конкретные рекомендации ФГУЗ ФМБА России.

5. Плановые заседания Комиссия проводит не реже одного раза в 6 месяцев. Ответственный секретарь Комиссии установленным порядком, за 10 дней до проведения заседания рассылает повестку членам Комиссии, оформляет и представляет на утверждение председателю Комиссии протоколы заседания, информирует ФГУЗ ФМБА России о результатах заседания Комиссии и проводимой работе по профилактике посттрансфузионных осложнений.

6. По результатам анализа работы Комиссии ежегодно к 1 февраля, следующего за отчетным годом, председатель Комиссии готовит годовой отчет и представляет его начальнику Управления организации медицинской помощи ФМБА России с целью последующего доклада руководителю Федерального медико-биологического агентства.

Приложение N 2
УТВЕРЖДЕНО
Приказом ФМБА России
от 20.02.2007 г. N 36

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

I. Острый гемолиз

Острый гемолиз - одно из наиболее опасных осложнений. Симптомы острого гемолиза могут появляться при переливании 10-15 мл несовместимой крови. Наиболее тяжелые осложнения развиваются при переливании 200 мл и более АВ0- несовместимой крови. Клинические проявления при остром гемолизе:

- повышение температуры;
- озноб;
- общая слабость;
- боли в пояснице;
- гемоглобинурия;
- гипотензия;
- шок;
- геморрагический синдром;
- боль в месте инфузии;
- тошнота;
- гиперемия кожи лица;
- боль за грудиной;
- светобоязнь.

На ранних стадиях острого гемолиза яркие симптомы могут отсутствовать, пациент жалуется на слабость или боль в пояснице. Для тяжелого гемолиза характерны одышка и гипотензия, развивающиеся в шок. У пациента, находящегося без сознания или при общем обезболивании, первыми проявлениями могут быть геморрагический синдром, гипотензия, гемоглобинурия и анурия.

Лечебные мероприятия:

- проведение интенсивной терапии должно быть направлено на выведение реципиента из состояния гемотрансфузионного шока, восстановление и поддержание функций жизненно важных органов, купирование гемолиза и геморрагического синдрома, предупреждение развития острой почечной недостаточности.

При подозрении на острый гемолиз следует немедленно прекратить трансфузию. Пациенту, не выходя из вены, начинают введение изотонического раствора хлорида натрия. В стадии шока вводят 75-150 мг преднизолона, 400 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия, 0,5-1,0 мл 0,06% раствора коргликона в 20 мл 40% раствора глюкозы, 25-50 мг пипольфена, 20-40 мг промедола, 2 мл кордиамина; средне- и низкомолекулярные коллоидные растворы в объеме до 1 л; под контролем диуреза - диуретики (лазикс, фуросемид, маннитол).

Организуется эвакуация пациента в отделение реанимации. До момента доставки пациента в отделение реанимации лечащий врач осуществляет все указания заведующего отделением реанимации.

Одновременно с проведением лечебных мероприятий принимаются меры по выяснению причин посттрансфузионного осложнения:

- оставшаяся часть трансфузионной среды, а также неизрасходованные гемоконтейнеры с кровью того же донора направляются на исследования в отделение переливания крови;

- осуществляется взятие 15 мл крови пациента для направления в лабораторию для определения групповой и резус-принадлежности, наличия изоиммунных антител, содержания свободного гемоглобина и билирубина.

При развитии у больного острой почечной недостаточности необходимо ограничить введение жидкости и срочно решить вопрос о переводе больного в специализированное отделение, располагающее возможностью проведения гемодиализа и других методов экстракорпорального очищения крови. Лечение больных с острой почечной недостаточностью должно проводиться только в специализированном отделении.

II. Анафилактический шок

Анафилаксия - наиболее тяжелая форма аллергической реакции. Уже при трансфузии нескольких миллилитров гемокомпонента развиваются гиперемия, тошнота, боли в животе, рвота, диарея, отек гортани, бронхоспазм, гипотензия, потеря сознания и шок.

Лечебные мероприятия.

При появлении признаков анафилаксии следует немедленно прекратить трансфузию и начать внутривенное введение физиологического раствора с добавлением или без вазопрессивных средств. Необходимо подкожно ввести 0,3 мл адреналина (1:1000) или, если реакция тяжелая, 3-5 мл адреналина (1:1000) внутривенно быстро. Гидрокартизон 100-250 мг внутривенно каждые 6 часов. Назначают кислород. Возможно применение интубации трахеи и искусственной вентиляции легких.

III. Аллергические реакции

Основные клинические проявления - эритема, зуд, крапивница. Наличие лихорадки нехарактерно.

Лечебные мероприятия.

При появлении признаков аллергии - немедленно прекратить трансфузию. Ввести антигистаминные средства. После устранения симптомов (обычно через 15-20 минут) трансфузию можно продолжить.

IV. Фебрильные негемолитические реакции

Фебрильные негемолитические посттрансфузионные реакции регистрируют при подъеме температуры до 38 град. С и выше в течение гемотрансфузии или вскоре (обычно в течение 2 час.) после ее окончания, если не выявлено других причин гипертермии. Повышение температуры может сопровождаться ознобом.

Лечебные мероприятия.

Лечение симптоматическое. Лихорадка корректируется жаропонижающими средствами. Не следует вводить аспирин реципиентам концентратов тромбоцитов.