

**Мамедова Н.И., Донцов Д.В., Перепечай С.Д., Амбалов Ю.М., Пройдаков М.А.**  
**СПОСОБЫ ПРОГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ**  
**ОСЛОЖНЕНИЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**  
**ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С**

**Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону**

Цель. Разработать эффективные способы прогноза и профилактики гематологических осложнений (ГО) комбинированной противовирусной терапии (КПТ) у больных хроническим гепатитом С (ХГС). Исследовано 125 больных ХГС, нуждающихся в проведении КПТ. Для изучения структурных изменений клеток крови у больных ХГС определяли показатель повреждаемости клеток (ППК) по методу Л.Б. Юшкевича с соавт. ППК рассчитывали по формуле:  $(N1-Nк)/300$ , где N1 – количество поврежденных клеток в опыте; Nк – количество поврежденных в контроле; 300 – количество сосчитанных клеток. При добавлении в порцию крови специфического провокатора (СП) у сенсibilизированных к нему пациентов N1 возрастает, что приводит к резкому увеличению ППК, у остальных же ППК остается  $\leq 0,1$ . В качестве СП использовали 80 мг Ребетол и 0,6млн. МЕ Альтевира, разведенных в 1,0 л 0,9% NaCl. В пробирку с 0,02 мл. 5%-ного водного раствора цитрата Na, вносили 0,08 мл капиллярной крови пациента и 0,02 мл водного раствора СП. Одновременно проводили контроль: к 0,08 мл крови того же испытуемого добавляли 0,04 мл 5%-ного раствора цитрата Na без СП. Опытная и контрольная пробирки помещались в термостат на 2 часа (37°C). Под иммерсионным увеличением в каждом мазке сосчитывали 300 форменных элементов крови и рассчитывали ППК. Постановка теста ППК проводилась у больных ХГС перед началом КПТ. Среднее значение данного показателя составило  $0,11 \pm 0,006$  (n=125). Однако, у 30,4% (n=38) пациентов ППК оказался достоверно выше, чем у оставшихся 69,6% (n=87) –  $0,28 \pm 0,01$  и  $0,08 \pm 0,002$  соответственно ( $p < 0,001$ ). Далее всем больным проводилась КПТ курсом 24-48 недель в зависимости от генотипа HCV и достижения раннего вирусологического ответа. Частота развития КПТ-индуцированного цитопенического синдрома составила  $28,8 \pm 4,05\%$ . Проведенный корреляционный анализ выявил сильную связь между величиной ППК и частотой ГО КПТ ( $r=0,65$ ;  $p < 0,001$ ). Это позволило нам разработать способ ориентировочного прогноза ГО: значение ППК=0,16-0,4 свидетельствует о высоком риске развития ГО ( $p < 0,05$ ). Следующим этапом работы стала разработка способа профилактики ГО; с этой целью, больным ХГС (n=98) каждые 7 дней КПТ в/м вводили 10 мл гемолизата аутокрови (ГАК). Частота развития ЦС в этой группе пациентов оказалась достоверно ниже нежели у лиц, не получавших ГАК ( $19,4 \pm 3,99\%$ ,  $p < 0,01$ ). Несмотря на очевидную эффективность данного способа, следует, однако, отметить, что у 5 испытуемых наблюдались постинъекционные абсцессы в местах в/м введения ГАК.