

**Литература:**

1. Протасов А. В., Богданов Д. Ю., Магомадов Р. Х. Практические аспекты современных герниопластик. М.: РУСАКИ, 2011. С. 83–84.
2. Воскресенский Н. В., Горелик С. Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: Медицина, 1965. 201с.
3. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций. М.: МИА, 2009. Гл. 10, Ч. 2.1. 440 с.
4. Борисов А. Е., Митин С. Е. Проблемы современной герниологии // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». М., 2002. С. 6–7.
5. Котович Л. Е. и др. Техника выполнения хирургических операций: Справочник. Минск: Беларусь, 1985. С. 103–104.

**Summary**

**USE OF TACTICS OF MINIMUM AGGRESSIONS  
ON THE HERBAL BAG IN GERNIOPLASTIC**

Yusevich V. V., Masloкова N. D.  
*Grodno State Medical University*

The results of hernioplasty are analyzed with different variants of treatment of a hernial sac. The results of treatment of 138 patients with inguinal hernias and their complications for the last 5 years were studied. Differences in specific cases between patients, but there is a regular tendency to reduce the number of complications while minimizing surgical aggression with respect to the hernial sac.

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОЙ КРОВИ У  
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С НА  
ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Ярошевич Б. С., Михайлова Е. И.

*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*  
bo\_na\_lu\_va@mail.ru

**Введение.** В Республике Беларусь к настоящему времени выявлено более 40000 носителей вирусного гепатита С. По расчетным оценкам возможная распространенность данного заболевания составляет до 1,2% численности населения республики. Согласно современным данным в 80% случаев данная инфекция приобретает хроническое течение [1, 2]. Ежегодно от связанных с вирусным гепатитом С болезней печени умирает примерно 700 000 человек [3]. Стандартом лечения хронического вирусного гепатита С (ХВГС) в настоящее время является комбинированная противовирусная терапия (КПВТ) пегилированным интерфероном-альфа и рибавирином [4]. Ее проведение в 60% случаев позволяет элиминировать вирус гепатита С (ВГС) [5]. Однако, серьезной проблемой комбинированной противовирусной терапии остается частое развитие тяжелых нежелательных явлений. Появление выраженных

гематологических нарушений зачастую требует немедленного изменения схемы терапии или же полной отмены препаратов, что в обоих случаях значительно снижает вероятность достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) [6].

**Цель.** Изучить динамику изменений показателей красной крови у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С на фоне комбинированной противовирусной терапии.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовал 21 пациент с ХВГС в возрасте от 20 до 59 лет, среди которых генотип 1b имел место у 9 человек, а генотип 3 – у 12 человек. Диагноз ХВГС был выставлен на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Качественное и количественное определение рибонуклеиновой кислоты вируса происходило с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Аналитическая чувствительность количественной ПЦР при определении рибонуклеиновой кислоты вируса составляла не менее 15 МЕ\мл. Все пациенты получали стандартную КПТВ, включающую пегинтерферон альфа-2b 1,5 мкг/кг/неделю и рибавирин 15 мг/кг/сутки с мониторингом ответа на лечение через 3 и 6 месяцев после начала лечения и через 6 месяцев после его завершения. Продолжительность курса терапии для пациентов с генотипом 1b составляла 48 недель, а с генотипом 3 вируса гепатита С – 24 недели.

**Результаты исследований.** До начала КПТВ у всех пациентов с ХВГС уровень гемоглобина находился в пределах нормальных значений и варьировал от 124 до 160 г/л (Me=144 г/л; 95%ДИ:126,41-157,03), что свидетельствовало об отсутствии анемии у всех включенных в исследование пациентов.

Через 3 месяца от начала проведения КПТВ у пациентов наблюдалось снижение уровня гемоглобина ( $p=0,002$ ), который колебался в пределах от 109 г/л до 135 г/л (Me=123 г/л; 95%ДИ:110,95-129,53). Анемия легкой степени тяжести развилась у 11 (52,4%) пациентов. Уровень гемоглобина у них варьировал от 109 г/л до 122 г/л (Me=110г/л; 95%ДИ:109-117,05). У 10 (47,6%) пациентов значение гемоглобина сохранялось в пределах нормальных значений и изменялось в диапазоне от 122 г/л до 135 г/л (Me=124г/л; 95%ДИ:122-132,52).

Уровень гемоглобина через 6 месяцев после начала КПТВ по-прежнему оставался ниже скрининговых показателей ( $p=0,002$ ), но не отличался от таковых через 3 месяца после начала КПТВ ( $p=0,57$ ). Диапазон его колебаний на данной контрольной точке составил от 108 г/л до 141 г/л с медианой на уровне 118,5 г/л (95%ДИ:111-128,35). Анемия легкой степени тяжести по-прежнему наблюдалась у 11 (52,4%) человек (Me=111 г/л; 95%ДИ:108-120). Уровень гемоглобина у пациентов без анемии варьировал от 118 г/л до 141 г/л (Me=120г/л; 95%ДИ:118-138,03).

Через 6 месяцев после окончания курса КПТВ уровень гемоглобина варьировал в пределах от 111 г/л до 157 г/л (Me=134,5 г/л; 95%ДИ: 121,23-146,25). Значения гемоглобина на данной контрольной точке превышали его уровень через 3 и 6 месяцев после начала КПТВ ( $p=0,027$ ;  $p=0,049$ ). Анемия легкой степени тяжести сохранялась у 2 (9,5%) человек. У 19 (90,5%) пациентов уровень гемоглобина соответствовал нормальным значениям и

изменялся в диапазоне от 116 г/л до 157 г/л (Me=134,5 г/л, 95%ДИ: 121,22-146,25).

**Выводы.** Таким образом, анемия на фоне проведения КПВТ появлялась к 3 месяцу и сохранялась к 6 месяцу от момента начала терапии у 52,4% пациентов. Она характеризовалась легкой степенью тяжести и не требовала назначения корригирующих средств. Через 6 месяцев после окончания КПВТ анемия легкой степени тяжести сохранялась лишь у 9,5% пациентов. У 90,5% испытуемых уровень гемоглобина находился в пределах нормальных значений, что свидетельствовало о сохранении или восстановлении для части пациентов процессов эритропоэза.

Следовательно, снижение уровня гемоглобина является достаточно частым нежелательным явлением КПВТ, что требует постоянного его мониторинга в течение всего курса лечения, начиная с 3 месяца от момента его начала. К 6 месяцу после окончания КПВТ у большинства пациентов происходит нормализация уровня гемоглобина и полное восстановление эритропоэза.

#### Литература

1. 28 июля 2016 г. – Всемирный день борьбы с гепатитом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belriem.by/news/572-28-iyulya-2016-g-vsemirnyj-den-borby-s-gepatitom>. – Дата доступа: 16.09.2016.
2. Баранов, А. В. Эпидемиологические и клинические особенности хронического гепатита С / А. В. Баранов, В. В. Малеев // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 2. — С. 32–35.
3. Гепатит С [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs164/ru/> – Дата доступа: 16.10.2016.
4. Полунина, Т. Е. Хронический вирусный гепатит С в свете современных Российских и Европейских рекомендаций / Т. Е. Полунина // Фарматека. — 2013. — № 13. — С. 9-15.
5. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection / D. Multimer [et al.] // Journal of Hepatology. – 2014. – Vol. 60, No2. – P. 392–420.
6. Бакулин, И. Г. Гематологические нежелательные явления при проведении противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С / И. Г. Бакулин, Ю. Г. Сандлер, А. С. Шарабанов // Гепатологический форум. — 2011. — № 4. — С. 2-14.

#### Summary

### **DYNAMICS OF CHANGES IN INDICATORS OF RED BLOOD IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS WITH ON THE BACKGROUND OF COMBINED ANTIVIRAL THERAPY**

Yaroshevich B.S., Mikhailova E.I.

*Gomel State Medical University*

The article presents the dynamics of changes of red blood indices in patients with chronic hepatitis C on the background of combined antiviral therapy.