

ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ ПЕРЕДАЧА ВИРУСА ГЕПАТИТА С

*Л.Ф. Заматкина, И.В. Малов, Е.Д. Савилов, Л.Н. Серых, В.Н. Бондаренко,
С.В. Макарова, Н.К. Кононова.*

(Иркутский государственный медицинский университет, Восточно-сибирский научный центр ГУ НЦ
МЭ ИЭМ, городская инфекционная клиническая больница, г. Иркутск)

В настоящее время сведения об активности естественных путей передачи вируса гепатита С членам семей больных с различными формами хронической HCV-инфекции противоречивы и этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

По данным Д.О. Прелова (1996) среди всех контактных доноров в семьях анти-ВГС – позитивными оказываются 16,1% лиц, а среди супругов – 61,5%. Внутрисемейные заражения документированы как среди взрослых, так и среди детей (С.Н. Кузин и соавт., 1997).

Целью настоящей работы явилось изучение широты внутрисемейного распространения вируса гепатита С и наличие среди них лиц с хронической формой этой инфекции.

Под наблюдением находилось 30 семейных очагов хронического вирусного гепатита С, все очаги сформированы взрослыми в возрасте от 19 до 54 лет. Диагноз хронического вирусного гепа-

тита С установлен в ГКИБ г. Иркутска на основании клинико-лабораторных данных. Все контактные лица подверглись серологическому обследованию – сыворотки исследовали методом ИФА на маркеры вируса ГС (анти-ВГС). Было обследовано 49 человек из семейного окружения, из них 25 половых партнера. Инфицированность половых партнеров составило 13% (4 человека). Остальные ближайшие родственники в эпидемиологический процесс не были вовлечены.

Во всех очагах были удовлетворительные жилищно-бытовые и санитарное состояние жилища.

Данные о серопозитивности супругов указывает на роль полового пути при внутрисемейной передаче вируса ГС.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о значении семейных очагов ГС в формировании эпидемического процесса с реализацией естественных путей передачи инфекции.

© ВАСИЛЬЕВА Л.С., ЧЕТВЕРИКОВА Т.Д., ГУЦОЛ Л.О., СТРЕКАЛОВСКИЙ Д.В. –
УДК 612.75:616-089.843:612.646.35

МОРФОЛОГИЯ ОЧАГА ГЕТЕРОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ПЕЧЕНИ В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ДЕРМЫ

Л.С. Васильева, Т.Д. Четверикова, Л.О. Гуцол, Д.В. Стрекаловский.

(Иркутский государственный медицинский университет)

В последние годы все чаще в экспериментальных работах и в клинической практике используется эмбриональная ткань. Эмбриональная ткань обладает рядом характерных свойств, таких, как отсутствие видовой специфичности, сниженное количество зрелых иммунокомпетентных клеток, высокое содержание бластных клеток, различных биологически активных веществ, способствующих регенерации клеток реципиента и стимуляции функции аналогичного органа реципиента. Среди прочих видов эмбриональной ткани применяется эмбриональная печень. Вместе с тем, мало изучена структура очага гетеротрансплантата эмбриональной печени, его влияние на окружающие ткани, на ткани мезенхимного и энтодермального происхождения. Предметом настоящего исследования явилось выяснение судьбы гетеротрансплантата эмбриональной печени и его стимулирующего действия на соединительную ткань кожи.

Материалы и методы

Эмбриональная ткань печени человека получена при выполнении медицинских аборт (срок 8-10 недель) в специализированном лечебном учреждении. Выделенные части эмбриона помещались в раствор питательной среды "ИГЛА" с гентамицином и транспортировались к месту проведения эксперимента. Фрагменты эмбриональной ткани отмывались в свежем растворе от сгустков и клеточных элементов крови 3-4 раза. Затем отмываемые фрагменты эмбриональной ткани помещались в стерильной чашке Петри под бинокулярную лупу с увеличением в 20 раз. Ткань препарировалась и извлекалась печень. Полученную эмбриональную печень рассекали на мелкие фрагменты (1×1 мм) и повторно отмывали в растворе среды "ИГЛА" с гентамицином 4-5 раз. Далее фрагменты печени суспензировали путем многократного пропускания через канюлю шприца. Полученная суспензия эмбриональной ткани печени

в массе 10 мг вводилась шприцом через иглу крысе в подкожную соединительную ткань спины. Концентрация клеток печени в вводимой суспензии составляла 134×10^4 /мл, из них 80% – клеток гемопоэза, 20% – гепатоцитов. Опыты проведены на 30 крысах-самках массой 150-170 г. Через 12, 24 и 36 часов после введения суспензии брались образцы участка кожи с подлежащей мышцей в месте введения суспензии. Далее эти образцы обрабатывались общепринятыми гистологическими методами: фиксировались в 10% формалине; заливались в парафин; изготавливались срезы толщиной 7 мкм и окрашивались гематоксилин-эозином.

Результаты и обсуждение

Через 12 часов вдоль раневого канала (путь прохождения иглы шприца) наблюдался выраженный воспалительный процесс, проявляющийся полнокровием, стазом и лейкоцитарным инфильтратом умеренной плотности. Основную массу лейкоцитарного инфильтрата составили моноциты и лимфоциты (70%); присутствуют также эозинофилы и нейтрофилы (30%), причем около половины эозинофилов имеют 2-х лопастное и бобовидное ядро, что позволяет предполагать их принадлежность гетеротрансплантату. Также вдоль раневого канала наблюдаются участки, где располагаются крупные клетки (вероятно, эпителиальные клетки эмбриональной печени), плотно инфильтрованные нейтрофилами и макрофагами.

Через 24 часа в ткани вдоль раневого канала сохранялась воспалительная реакция: полнокровие сосудов и лейкоцитарная инфильтрация. В инфильтрате по-прежнему преобладают моноциты, гистиоциты и лимфоциты. Уменьшилось (по сравнению с предыдущим сроком наблюдения) количество нейтрофилов и эозинофилов. Эозинофилы представлены на 2/3 эозинофилами с кольцевидным ядром (крыс) и на 1/3 – с 2-х лопастным ядром (гетеротрансплантата). В большом количестве (1/5 всех клеток) в инфильтрате представлены дегранулирующие тучные клетки.

Через 36-38 часов вдоль раневого канала сохраняется клеточная инфильтрация мононуклеарными клетками: моноцитами, лимфоцитами, фибробластами и гистиоцитами. Периваскулярно располагаются дегранулирующие тучные клетки. Встречаются единичные эозинофилы. В участке

введения гетеротрансплантата в этот срок наблюдения формируется хрящевая капсула с полостью, в которой расположены клетки гемопоэза. В полости капсулы отдельные участки внутренней поверхности хряща покрыты клетками, соответствующими по морфологии остеобластам. Кроме того, в хрящевых лакунах на внутренней стороне стенки капсулы встречаются единичные 2-3-ядерные остеокласты. Внутренняя часть стенки капсулы содержит деградирующие и погибшие хондроциты. В средней части стенки хрящевой капсулы выявляются участки столбчатого хряща. В наружном слое стенки капсулы расположены одиночные молодые активные хондроциты, что указывает на оппозиционный рост стенки хрящевой капсулы.

В целом, вышеописанная картина свидетельствует о том, что внутри хрящевой капсулы активно формируется костномозговая полость с красным костным мозгом и начинает формироваться линия эндохондрального окостенения. Из этого следует, что гетеротрансплантат эмбриональной печени индуцирует возникновение очага эктопического остеогенеза в подкожной соединительной ткани.

В окружающей соединительной ткани кожи выявляются участки с большим количеством корней волос с очень глубоко залегающими луковицами. Некоторые из них проникают даже в соединительнотканые прослойки скелетной мышечной ткани; при этом диаметр корней этих волос намного меньше, чем диаметр у корней волос, залегающих на нормальной глубине. Вероятно, глубоко залегающие корни волос с малым диаметром являются новообразованными, что может быть связано с ростовым эффектом клеток гетеротрансплантата.

Представленные данные позволяют сделать заключение о том, что при гетеротрансплантации эмбриональной ткани печени организм реагирует на трансплантат воспалительной реакцией, направленной на уничтожение клеток трансплантата. Через 36 часов гепатоциты трансплантата практически полностью уничтожены, тогда как клетки гемопоэза выживают и индуцируют в подкожной соединительной ткани формирование очага эктопического остеогенеза, с костномозговой полостью, содержащей клетки гемопоэза.

© СУХБААТАР О., ПУНЦАГ Ч. –

УДК 616.36-008.8-036.12:615.38

ВЛИЯНИЕ ГЕМОСОРБЦИИ И ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

О. Сухбаатар, Ч. Пунцаг.

(Монгольский государственный медицинский университет)

Достижения клинической гепатологии за последние 2-десятилетия позволили установить но-

вые закономерности развития и течения заболеваний печени, что способствовало пересмотру ряда