

занимают ведущих позиций в системе ценностных представлений третьекурсников.

Студенты довольно полно представляют свою профессию и необходимые качества для успешной профессиональной деятельности (всего было названо около 30 качеств). Наиболее важными они считают нравственные качества (доброта, любовь к людям), интеллектуальные (умственные способности, память), волевые (настойчивость, целеустремленность), эмоциональные (увлеченность, отзывчивость).

На основании представленных материалов можно заключить, что наличие профессиональной направленности у студентов способствует формированию наиболее важных качеств личности будущего врача.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев А. Об активизации работы студентов на младших курсах. Высшее образование в России. 1995. № 1. С. 115-117.
2. Стряпан В.И., Кизименко Л.Д., Бородин И.А. Психодиагностическая карта абитуриента. Вест. высш. школы. 1988. № 6. С. 47-51.

УДК 616.36-002:616.36-004С

**Н.Б.Крохина, Н.А.Серов, Т.Н.Постникова, С.В.Сазонов**

### ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АКТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ

Уральская государственная медицинская академия

При хроническом активном вирусном гепатите (ХАГ) установленную степень активности процесса в печени способствуют как лабораторные тесты, так и морфологическое исследование биоптата печени [5]. Биопсия печени важна не только для установления диагноза, но и для оценки эффективности терапии.

В настоящее время для лечения хронического гепатита вирусной этиологии широко применяется лекарственный препарат Реаферон, который является лейкоцитарным интерфероном альфа-2а. Этот препарат обладает прямой противовирусной активностью, антипролиферативным и иммуномодуляторным действием, усиливает действие эндогенного интерферона [1,6].

Целью данного исследования явилось изучение влияния Реаферона на морфо-функци-

ональное состояние печени и процессы регенерации у больных ХАГ.

В динамике до и после лечения обследовано трое больных: больной В-в, 47 лет (ХАГ В, HBV DNA-позитивный), больная Ф-ва, 19 лет (ХАГ В+С, HBV DNA- и HCV RNA-позитивный), больная Е-на, 30 лет (ХАГ В+С, HCV RNA-позитивный). Больные получали Реаферон в дозе по 1 млн. ЕД 3 раза в неделю постоянно в течение 1,5 лет. Больная Е-на дополнительно до курса Реаферона получала преднизолон по схеме 25 мг/сут с постепенным снижением дозы до полной отмены в течение 9 месяцев. Назначение преднизолона было вызвано наличием у больной выраженной печеночно-клеточной желтухи. У пациентов изучали клинико-лабораторные показатели: аминотрансферазы, щелочную фосфатазу по стандартным методам (использовались наборы фирмы Abbott). Полимеразную цепную реакцию (ПЦР) проводили двум больным с помощью наборов фирмы Лигтех (Москва). В качестве диагностической среды у В-ва и Ф-вой использовали ткань печени. Проведено гистологическое и морфометрическое исследование гепатоцитов больных до и после лечения. Регенераторные процессы в гепатоцитах изучали с помощью морфометрии, с использованием окуляр-микрометра. Оценивали гистологические критерии активности процесса в печени [3], площадь цитоплазмы и ядер гепатоцитов, количество клеток с полиплоидными ядрами и двуядерных гепатоцитов. Гепатоциты распределились по классам плоидности на одноядерные диплоидные (2с), одноядерные тетраплоидные (4с) и гиперплоидные (>4с), двуядерные диплоидные (2сх2), двуядерные тетраплоидные (4сх2) и гиперплоидные [2].

У всех больных в результате лечения достигнута клинико-лабораторная ремиссия. У Ф-вой и В-ва при повторной ПЦР не обнаружена в печени репликация вирусов, больной Е-ной повторно ПЦР не проводилась (табл. 1).

После проведенного лечения у всех больных наблюдалось снижение активности ХАГ с выраженной до умеренной. В повторных биоптатах отсутствовали перисептальные и сливающиеся мостовидные некрозы, ступенчатые некрозы гепатоцитов ограничивались преимущественно перипортальными зонами, отмечалось уменьшение плотности воспалительного инфильтрата в паренхиме печени степени выраженности внутريدольковых очаговых некрозов гепатоцитов. После лечения определялась более низкая стромальная активность септ, несмотря на сохраняющийся уровень развития фиброза. Сохранялась дисконфлексация печеночных балок, анизозитоз и анизонуклеоз гепатоцитов. У В-ва и Ф-вой наблюдалось

Морфометрические показатели в печени больных ХАГ в процессе лечения (мкм<sup>2</sup>)

ПАЦИЕНТ	ПОКАЗАТЕЛИ		2С	4С	> 4С	2С X 2	4С X 2	> 4С X 2
Ф - ВА	ДО ЛЕЧЕНИЯ	Распределение по плоидности, %	69	12	5	12	2	-
		Ядро	65,5± 0,7*	87,5± 0,6	109,1± 2,1	69,4 ± 0,7	92,4 ± 1,9	-
		Цитоплазма	172,2± 2,9	225,2 ± 4,3	256,2 ± 9,1	227,8 ± 4,8	290,9 ± 12,0	-
	ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	Распределение по плоидности, %	70	14	2,3	12	1,7	-
		Ядро	63,0± 2,45*	88,9± 0,6	108,3± 2,1	68,7± 0,7	91,8± 1,9	-
		Цитоплазма	171,2± 3,5	221,5± 4,1	244,2 ± 13,4	218,7± 4,3	268,5± 15,7	-
Е - НА	ДО ЛЕЧЕНИЯ	Распределение по плоидности, %	69	22	0,5	6,5	2	-
		Ядро	66,9± 0,7	84,8± 0,4	102,0 ± 1,4	66,7± 1,4	85,8± 2,5	-
		Цитоплазма	179,1± 3,6	234,2 ± 19,0*	229,1± 21,3	243,8± 8,9*	276,2 ± 10,2*	-
	ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	Распределение по плоидности, %	83	13	-	3,4	0,6	-
		Ядро	66,0± 0,6	84, 2± 0,5	-	67,3± 1,3	82,6± 1,1	-
		Цитоплазма	180,1 ± 3,7	203,8 ± 3,2*	-	212,9 ± 7,9*	230,9 ± 12,4*	-
В - В	ДО ЛЕЧЕНИЯ	Распределение по плоидности, %	65	17	5,5	9,3	2,6	0,6
		Ядро	69,7 ± 0,5*	84,8± 0,5	117,3 ± 3,3	67,7± 0,8*	88,9 ± 1,8	115,7 ± 6,0
		Цитоплазма	194,8 ± 3,7*	235,6 ± 4,3*	290,3 ± 9,4	228,7 ± 5,7*	259,5 ± 12,2	339,7± 19,1
	ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	Распределение по плоидности, %	78,6	5	0,5	14,7	1,2	-
		Ядро	59,2 ± 0,8*	86,9± 1,0	110,7± 2,9	60,1± 0,8*	85,5 ± 2,4	-
		Цитоплазма	161,9 ± 3,2*	212,7 ± 9,3*	224,8± 24,6	192,6 ± 4,0*	246,6 ± 10,1	-

Примечания: \* - при достоверном различии соответствующих сравниваемых показателей до и после лечения (P < 0,05)

Таблица 1

Лабораторные показатели и результаты ПЦР больных ХАГ в процессе лечения

Фамилия больного	АЛТ (норма до 40 ю/л)		АСТ ( норма до 40 ю/л)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
В-в	148,6	34,8	90,0	39,0
Ф-ва	1072,0	19,0	448,0	8,0
Е-на	296,0	56,0	297,0	56,0

Продолжение таблицы 1

Фамилия больного	Щелочная фосфатаза ( норма до 100 ю/л)		ПЦР ( репликация вирусов в печени )	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
В-в	340,0	220,0	HBV	-
Ф-ва	468,0	63,0	HBV HCV	-
Е-на	152,0	66,0	не проводи- лась	не проводилась

уменьшение степени гидропической дистрофии гепатоцитов. У Е-ной при повторной биопсии выявлен жировой гепатоз 2 степени, что может быть результатом применения преднизолона, а также одним из морфологических критериев гепатита С [4].

Результаты морфометрического исследования гепатоцитов представлены в табл. 2.

Как следует из приведенных данных, у всех обследованных больных после лечения уменьшилась суммарная доля полиплоидных гепатоцитов: у В-ва - на 74,0%, у Е-ной -на 44,5%, у Ф-вой- на 5,3%. Соответственно уменьшилась доля гепатоцитов с гиперплоидными (>4с) ядрами: на 91,8%, 100%, 54,0%. У двух больных после лечения уменьшилась доля двуядерных гепатоцитов: у Е-ной- на 53,0%, у Ф-вой- на 2,2%. У Ф-вой обнаружено достоверное уменьшение площади ядер одноядерных диплоидных гепатоцитов на 3,7% ( p<0,05). У В-ва - достоверное уменьшение площади ядер диплоидных одноядерных на 15,2% ( p< 0,001) и двуядерных на 11,2% (p<0,001) гепатоцитов. В повторных биоптатах у всех больных выявлено уменьшение площади цитоплазмы клеток : у больной Е-ной - тетраплоидных одноядерных на 13,0% (p<0,05) и двуядерных на 16,4% (p<0,001), диплоидных двуядерных на 12,6% (p<0,001) гепатоцитов, у больного В-ва, диплоидных одноядерных на 16,9% (p<0,001) и двуядерных на 15,8% (p<0,001) , тетраплоидных одноядерных на 9,7% (p<0,05) гепатоцитов.

Таким образом, у всех обследованных пациентов после лечения при повторной биопсии обнаружена более низкая степень активности хронического активного вирусного гепатита, уменьшение доли полиплоидных и двуядерных гепатоцитов, достоверное уменьшение площади цитоплазмы гепатоцитов. Обнаруженные морфо-

функциональные изменения в печени больных с ХАГ после проведенного лечения Реафероном можно рассматривать как морфологические критерии снижения функциональной нагрузки на гепатоциты вследствие уменьшения степени активности патологического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов Ф.И., Чижов Н.П. Тазулахова Э.Б. Противовирусные средства. С- Петербург. 1993. С.104.
2. Кудрявцев Б.Н., Кудрявцева М.В., Завадская Е.Э. и др. Полиплоидия в печени человека в норме и при хроническом гепатите// Цитология. 1982. Т.24, № 4. С.436-443.
3. Логинов А.С., Аруин Л.И. Клиническая морфология печени. М.:Медицина, 1985. С.240.
4. Серов В.В., Севергина Л.О., Попова И.В. и др. Морфологические признаки гепатита С и цирроза С при разной активности процесса//Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 1995. №3. С. 58-61.
5. Серов В.В. Современная классификация хронических гепатитов//Рус. мед.журн. Т.4 №3. С.179-182.
6. Poynard T., Leroy V., Mathurin P. et al. Treatment of Chronic Hepatitis C by Interferon for Longer Duration than six Months// Dig.Dis.Sci. 1996 V.41. №12. P.99-102.