

пиявок. Пиявки должны быть голодными. 3-5 пиявок помещают в медицинскую банку или стакан, предварительно протертые спиртом, после чего банку переворачивают и прикладывают к подготовленному участку кожи. Присасывание пиявок к коже ощущается больным как легкий укус. Через 30-60 мин пиявки, высосав 10-15 мл крови, поочередно отпадают. Если пиявка долго не отпадает, на нее можно насыпать соль или смыть ее соленой водой. Использованных пиявок уничтожают в растворе хлорамина. Свежие кровоточащие ранки обрабатывают раствором бриллиантового зеленого, после чего накладывают вату, а сверху повязку.

Современная гирудотерапия отличается от древней тем, что в настоящее время используются выращенные на биофабрике и прошедшие медицинский контроль пиявки. После сеанса терапии пиявки уничтожаются, что отвечает требованиям профилактики ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и ряда других болезней, передающихся через кровь. Безусловное достоинство гирудотерапии — низкая вероятность осложнений. Противопоказаний немного — гемофилия, геморрагические диатезы, тяжелая степень анемии, онкологические заболевания, беременность.

Гирудотерапия — признанный с давних времен лечебный метод народной медицины, физиологичный, простой и эффективный, оказывающий на организм человека универсальное действие, позволяющий применять медицинскую пиявку для лечения широкого спектра заболеваний в самых различных областях медицины. Поэтому с каждым годом увеличивается количество врачей, использующих гирудотерапию для лечения различных заболеваний.

Осокин А.Э.

**ОСОБЕННОСТИ КЛЕТочНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ГАСТРОЭЗОФАГОТРАНСПЛАНТАТА В ОТДАЛЕННОМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО
ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
ПИЩЕВОДА**

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Золотько К. Н.

В настоящее время в лечении доброкачественной или злокачественной патологии пищевода довольно часто применяют гастроэзофагопластику. Суть метода заключается в полном удалении пораженного пищевода и замещении его трубкой, сформированной из желудка либо из его большой кривизны. В связи с травматическими изменениями во время оперативного вмешательства, изменением топографии, и выполняемых органом функций, гастроэзофаготрансплантат подвергается микроморфологической реорганизации. Понимание этих изменений необходимо для диагностики, профилактики и лечения патологических процессов, возникновение которых возможно в послеоперационном периоде на протяжении всей жизни пациента. Литературные источники, освещающие аспекты микроморфологической реорганизации клеток гастроэзофаготрансплантата крайне немногочисленны и отражают в основном патологические процессы.

Цель исследования: изучить особенности реорганизации слизистой оболочки гастроэзофаготрансплантата у людей с доброкачественной патологией в отдаленном послеоперационном периоде.

В результате анализа структурных изменений сформированного пищевода после гастроэзофаготрансплантации, обнаруживаются явления клеточной реорганизации

слизистой оболочки пищевода, носящие адаптивный и патологический характер. При гастропатии трансплантата ведущими являются дистрофически-дегенеративные изменения эпителия, ассоциированные с полиморфноклеточной инфильтрацией стромы. Отмечено, что ультраструктурные модификации эпителия отражают высокую секреторную функцию мукоцитов в сочетании с дегенеративными изменениями цитоплазматических органелл и нарушенной секрецией glanduloцитов желез.

Осокін А.Е.

ОСОБЛИВОСТІ КЛЕБСІЄЛ ТА ВЗАЄМОДІЇ ЦИХ МІКРООРГАНІЗМІВ З ІМУННОЮ СИСТЕМОЮ ЛЮДИНИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Габишева Л.С.

Мета дослідження. Вивчити джерела літератури та виявити особливості клебсієл і їх взаємодії з імунною системою організму людини.

Матеріал і методи. Використані 150 джерел сучасної вітчизняної і 50 зарубіжної літератури, інтернет-ресурс.

Результати дослідження. Клебсієльозна інфекція - інфекційне захворювання, що викликається мікробами роду *Klebsiella*, яке характеризується переважним ураженням шлунково-кишкового тракту, дихальної та сечовидільної систем. Збудник відноситься до сімейства *Enterobacteriaceae*, роду *Klebsiella*. Рід *Klebsiella* включає 4 види: *K. pneumoniae* (підвиди *K. pneumoniae*, *K. ozaenae*, *K. rhinoscleromatis*), *K. oxytoca*, *K. terrigena*, *K. planticola*. Клебсієли містять О - і К-антигени. Всього відомо близько 11 О-антигенів і 70 К-антигенів. Останні представлені капсульними полісахаридами. Найбільше число О - і К-антигенів містять *K. pneumoniae*. Деякі О- та К-антигени клебсієл споріднені з О-антигенами ешерихій та сальмонел. Клебсієли здатні продукувати термолабільний і термостабільний ентеротоксини. Володіють гемолітичною, гіалуронідазною активністю, інактивують лізоцим, стійкі до бактерицидної дії сироватки крові, продукують коліцини, лецитиназу, РНКазу, ДНКазу, нейрамінідазу. Штами *K. pneumoniae*, виділені при кишкових і урогенітальних інфекціях, володіють вираженими адгезивними, цитопатичними і гемаглютинуючими властивостями. Збудник має високу інвазивну здатність. Клебсієли викликають гуморальну та клітинну імунну відповідь. Однак антитіла, що утворюються, не мають протективних властивостей. Розвиток ГЗТ пов'язана з внутрішньоклітинною локалізацією клебсієл. Своєрідність клебсієльозної інфекції пов'язана з умовною патогенністю клебсієл, тому при екзогенному інфікуванні хвороба розвивається у дітей раннього віку зі зниженою резистентністю організму. Визнається можливим ендогенний шлях розвитку інфекції в результаті активації вогнища, яке знаходиться в неактивному стані. Наявність капсули у клебсієл перешкоджає фагоцитозу і послаблює вироблення імунітету, що призводить до розвитку затяжних і генералізованих форм хвороби. У дітей з кишковою формою клебсієльозу закономірно розвиваються зміни з боку місцевого та загального імунітету, мікробіоценозу кишечнику, які корелюють з тяжкістю захворювання, віком дітей, характером інфікування, виникненням мікст-інфекції ("слабкий" і "сильний" типи реагування). До виникнення клебсієльозної інфекції призводять недоношеність, гіпотрофія та вроджені вади серця, імунодефіцитні стани, ГРВІ. Сукупність біологічних властивостей етіологічних агентів визначає вираженість симптоматики і