

Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинський державний медичний університет



# МІХІСТ

ВИПУСК 15

Всеукраїнський  
медичний  
журнал  
МОЛОДИХ  
ВЧЕНИХ



Чернівці 2013



Міністерство охорони здоров'я України  
**Буковинський державний медичний університет**

Студентське наукове товариство  
Рада молодих вчених

# ХИСТ

**2013, випуск 15**

---

**Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених**  
**Заснований у 2000 році**

---

**Головний редактор**

д. мед. н., проф. Т. М. Бойчук

**Заступник головного редактора**

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

**Відповідальні секретарі:**

А.М. Барбе,  
І.В. Кривецький,  
д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,  
д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,  
д. мед. н., проф. В.К. Тащук,  
д. мед. н., проф. О.І. Федів,  
д. мед. н., проф. О.С. Федорук,  
д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,  
д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,  
к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

---

**Адреса редакції:** 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

**Тел./факс:** (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. **E-mail:** [snt@bsmu.edu.ua](mailto:snt@bsmu.edu.ua)

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://snt.bsmu.edu.ua/>

**Чернівці, 2013**



Гралюк О.В., Єременчук І.В., Сем`янів І.О.

## ПРОФІЛАКТИКИ ЛЕГЕНЕВИХ КРОВОХАРКАНЬ І КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - к.мед.н. Бойко А.В.)

Туберкульоз на сьогодні є гострою і актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в цілому світі. Важливою залишається проблема перебігу туберкульозу із супутніми захворюваннями та ускладненнями. До небезпечних ускладнень належать легеневі кровохаркання та кровотечі. Ці ускладнення потребують невідкладної допомоги, до того ж, їх виникнення, тривалість і наслідки тяжко передбачити. Частота легеневих кровохаркань і кровотеч у хворих на туберкульоз легень, за статистичними даними, коливається в досить широкому діапазоні від 6,6 до 80,0 %. Після легеневих геморагій часто виникають ускладнення у вигляді аспіраційної пневмонії, ателектазу, загострення туберкульозного процесу. Легенева кровотеча, як причина смерті хворих на туберкульоз легень, була у 4-19,5 % випадків. Чинники, що сприяють виникненню легеневих кровохаркань і кровотеч, доволі різноманітні. Серед них переважають: наявність деструкції в

легенях, супутні захворювання, шкідливі звички, фізичні та психічні травми, деякі медикаментозні засоби, фізіотерапевтичні процедури тощо.

В умовах протитуберкульозного стаціонару з метою прогнозування легеневих кровохаркань і кровотеч у хворих на туберкульоз легень пропонується визначення прогностичних коефіцієнтів факторів ризику виникнення геморагічних ускладнень з подальшою комплексною профілактикою.

З метою профілактики легеневих геморагій у хворих на туберкульоз легень у дні несприятливих погодних умов бажано проводити комплексні заходи, які включають призначення гемостатичної терапії, зокрема із застосуванням фітогемостатиків (глуха кропива біла, деревій звичайний), проведення індивідуальної психотерапевтичної допомоги. В цей період хворі повинні дотримуватись щадного режиму і уникати фізичних навантажень.

Драгун У.П., Васильєв О.О., Мигайлюк Л.Д.

## ТУБЕРКУЛЬОЗ І ПАНГІПОПІТУІТАРИЗМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л.Д.)

Ймовірність захворювання людини на туберкульоз значною мірою визначається вірулентністю і масивністю туберкульозної інфекції, а також станом імунологічної реактивності організму. У 85 % хворих на активний туберкульоз виявляють імуносупресію, у третини із них – преморбідну. Метаболічні порушення, які розвиваються під час годування, гіпоксії різного генезу, супровідних, зокрема ендокринних і автоімунних захворювань, лікуванні глюкокортикостероїдами, цитостатиками, радіаційного опромінення, зумовлюють дисфункцію імунітету, що підвищує ризик захворювання на туберкульоз. Із хвороб ендокринної системи в цьому плані основну увагу надають цукровому діабету, і лише він уведений в офіційний перелік груп підвищеного ризику. Водночас відомо, що дисбаланс гормонів щитоподібної залози, кіркової речовини надниркових залоз, статевих гормонів тощо можуть спричинити формування імунологічної недостатності. Певний інтерес з цієї точки зору становить пангіпопітуїтаризм. В основі розвитку гіпопітуїтаризму лежить недостатність секреції гормонів передньої частки гіпофіза, а як наслідок – вторинна гіпофункція інших периферичних ендокринних залоз. Гормональна недостатність гіпоталамо-гіпофізарної системи розвивається на ґрунті інфекційних, токсичних, судинних (при-

системних захворюваннях сполучної тканини), гранульоматозних, травматичних, пухлинних і алергічних (автоімунних) уражень передньої частки гіпофіза і (або) гіпоталамуса. Аналогічний синдром виникає також унаслідок променевої або хірургічної гіпофізектомії. Захворювання можуть передувати грип, енцефаліт, тиф, дизентерія, туберкульоз, сифіліс, гнійні процеси у різних органах і тканинах, черепномозкові травми. Випадання функцій тропних гормонів призводить до різкого зниження функцій периферичних ендокринних залоз. Зниження продукції соматотропіну супроводжується виснаженням, спланхномікрією. Випадання гонадотропної функції гіпофізу стає причиною недостатності функції яєчників, аменореї, атрофії матки, піхви, грудних залоз у жінок. У чоловіків зникають вторинні статеві ознаки (пахове оволосіння, вуса, борода), атрофуються яєчка, передміхурова залоза, статевий член. Дефіцит тиреотропного гормону зумовлює розвиток гіпофізарної мікседеми. Внаслідок різкого зниження продукції кортикотропіну виникає клінічна картина хронічної недостатності надниркових залоз аж до адисонічних кризів. Синдром обмінно-трофічних розладів виявляється різким схудненням, атрофією м'язів, передчасним старінням.