

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**

Баранська І.М., Геглюк О.М., Проскурович О.С., Бойко С.В.

**РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір Л.Д.)

Актуальність. За даними ВООЗ метаболічний синдром, а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одні з найбільш розповсюджених захворювань. В Україні поширеність ХОЗЛ складає до 30%, а хворих з метаболічним синдромом – до 52 %. Метаболічний синдром відмічали у кожного третього хворого на ХОЗЛ. Мета роботи. Визначити особливості показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та ступеня насичення крові киснем у хворих з метаболічним синдромом в поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 25 (чоловіків – 15, жінок – 10) хворих на ХОЗЛ (1-а група); 21 (чоловіків – 14, жінок – 7) хворих на ХОЗЛ із супутнім метаболічним синдромом (2-а група). Контрольну групу склали 15 (чоловіків – 9 та жінок – 6) практично здорових осіб (ПЗО)

(3-я група), рандомізованих із хворими за віком і статтю, в яких на момент обстеження не було жодних гострих та хронічних захворювань.

Висновки.

1. У хворих на ХОЗЛ із супутнім метаболічним синдромом, виникає істотніше зниження показників ЖЄЛ (14,42% ( $p < 0,05$ )), ФЖЄЛ (12,90% ( $p < 0,05$ )) та ОФВ1 (17,30% ( $p < 0,05$ )) порівняно з показниками хворих на ХОЗЛ, що свідчить про поглиблення мікроциркуляторних розладів, порушення перфузійних процесів в легенях під впливом прогресуючої гіпоксії

2. У більшості хворих на ХОЗЛ (97,48% ( $p < 0,05$ )) визначається зниження насичення крові киснем, що підтверджується результатами пульсоксиметричного дослідження.

Басіста А.С., Герман А.О., Єременчук І.В.

**ТУБЕРКУЛЬОЗ НИРОК**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - к.мед.н. Степаненко В.О.)

Туберкульоз органів сечової системи – одне з найпоширеніших урологічних захворювань, що поступається за частотою лише неспецифічним запальним процесам, сечокам'яній хворобі і новоутворенням. У структурі захворюваності дана патологія у поєднанні з туберкульозом статевих органів (урогенітальний туберкульоз) посідає перше місце серед локалізацій поза-легеневого туберкульозу. Сечостатевий туберкульоз розвивається у людей віком 20–40 років. У зв'язку з особливостями анатомічної будови, одночасне ураження нирок і статевих органів у чоловіків буває значно частіше, ніж у жінок. З органів сечової системи найчастіше уражаються нирки, серед чоловічих статевих органів – придаток яєчка, передміхурова залоза, у жінок – маткові труби й матка. Туберкульоз нирок нерідко поєднується з туберкульозом легень, кісток і суглобів. Туберкульоз нирок часто має безсимптомний перебіг. У цих випадках припущення про захворювання виникає при тривалій лейкоцитурії, нерідко супутній гематурії, кислій реакції сечі. При локалізації туберкульозних змін

у кірковій речовині нирок хворі можуть скаржитися на нездужання, невиражений тупий біль у поперековій ділянці, епізодичні підвищення температури тіла. У таких хворих у загальному аналізі сечі і на знімку при рентгеноконтрастному дослідженні сечовивідних шляхів патологічних змін можна не виявити, у зв'язку з чим цю стадію туберкульозу нирок називають субклінічною. Уточнює діагноз туберкульозу виявлення МБТ у сечі. Для кавернозного туберкульозу нирок характерна виражена інтоксикація з підвищенням температури тіла до фебрильних показників, озноб, постійний тупий біль, що перемежається нирковими коліками. При поширенні туберкульозного запалення на сечовід і сечовий міхур у хворих з'являється часте, болюче сечовипускання. Всі форми нелікованого деструктивного туберкульозу нирок в силу анатомічних змін ниркової паренхіми і приниркової клітковини, сечовода й сечового міхура можуть зрештою трансформуватися у туберкульозний піонефроз, вторинно зморщену або звапнену нирку.