

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:
професор Братенко М.К.
професор Булик Р.Є.
професор Гринчук Ф.В.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професор Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професор Колоскова О.К.
професор Коновчук В.М.
професор Пенішкевич Я.І.
професор Сидорчук Л.П.
професор Слободян О.М.
професор Ткачук С.С.
професор Тодоріко Л.Д.
професор Юзько О.М.
д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



ТБ очей, 3,6 % - туберкульозний менінгіт, 10,7 % випадків - ТБ кісток та суглобів, 10,7 % - ТБ кишечника, очеревини та брижових лімфатичних вузлів, 3,6 % - ТБ гортані, трахеї та бронхів. Ізольований позалегеновий ТБ мав місце у 11,9 % випадків. Рентгенологічно у половини випадків не виявлено деструктивних змін, що вуаляє діагноз. Однак, варто зазначити, що бактеріовиділення встановлено у 65,3 % хворих, що є високим показником і підтверджує неоціненну вагомість молекулярно-генетичної діагностики. У 36,7% пацієнтів у ході обстеження було виявлено резистентні форми ТБ з переважанням мультирезистентності (43,2 %) та рифампіцин-резистентного ТБ (27 %). Решту випадків склали полірезистентний (24,3 %) та монорезистентний ТБ (2,7 %). Привертає увагу також той факт, що найчастіше ТБ було діагностовано при зверненні пацієнтів, натомість діагностування при профілактичному обстеженні мало місце лише в 4 % випадків. Третина випадків закінчувалась невдачею лікування, 12,9 % хворих померло, ще 4 % пацієнтів переривали лікування.

Ко-інфекція ВІЛ-туберкульоз є важливою медичною проблемою, яка вимагає уваги не лише фтизіатрів, але й лікарів інших галузей, оскільки хворі, особливо з позалегеновим процесом, зазвичай спочатку потрапляють саме до сімейних лікарів та спеціалістів вузького профілю. Частота ко-інфекції у Чернівецькій області зростає, результативність лікування характеризується високою частотою невдачі лікування та розвитку медикаментозної резистентності, високою частотою смертності.

Semianiv I.O.

COMPARISON OF DIFFERENT WAYS OF ANTI-TB DRUGS INPUT IN PATIENTS WITH DELETION POLYMORPHISM OF GLUTATHIONE-S-TRANSFERASE GENES

*Department of Phthysiology and Pulmonology
Higher State Educational Institution of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

Clinical monitoring of the treatment is essential for recognizing adverse drug effects. It also permits the prompt and correct management of disturbances appeared due to the TB treatment. Minor side effects (jaundice, nausea, vomiting) permit the continuation of TB treatment with an associated symptomatic treatment. If the patient develops major side-effects, the responsible drug is stopped and the patient is referred to a specialized health care facility for further management.

Clinical efficacy of injected/oral forms of first line anti-TB drugs HIN and RIF was assessed after 2 months of treatment according to special developed symptomatology scale of intoxication syndrome (included such clinical signs: asthenia, anorexia, loss of weight, underweight/cachexia, fever/subfebril temperature, night sweets) and bronchopulmonary scale (included: cough, expectorations, hemoptysis, dyspnoe, grade according MRC scale, thoracic pain). The clinical expressiveness was distributed in levels: high, moderate, low and slight. It was established that clinical state evaluated through intoxication symptomatology of patients with pulmonary TB and hepatobiliary/pancreatic comorbidities at the end of intensive phase was better in CG than in SG. As well as, the bronchopulmonary symptomatology was less expressed in the same group after 60 days if intensive therapy.

Microbiological assessment, through smear microscopy is an essential tool for the treatment monitoring according to DOTS strategy. So, a concludent difference between the groups was obtained at the end of 2nd and 3rd month of treatment, with a higher microbiological conversion in CG than in SG. After 3 months of intensive phase, treatment failure was established at 6,7% of patients of SG.

The impact on the general condition and laboratory tolerance of TB-drugs used by different ways (injected or orally) at patients with hepato-biliary and pancreatic comorbidities was assessed through serological indices of albumine, bilirubine, transaminases, urea, creatinine and timol reaction. No differences were assessed before starting the treatment.

At the end of the intensive phase a higher level of albumine was established in CG. Timol test established a more elevated result in SG than in CG and indicates a higher drug-induced



hepatotoxicity of orally administered TB drugs. The established fact was proved by the conclusive elevation of bilirubin and transaminases in SG at the end of intensive phase. In CG the elevation of serological biomarkers was established, but the statistical threshold was not achieved.

Image examination of the hepatobiliary system established the increasing of the right liver lobe at 80,0% of all investigated patients with $0.7 \pm 0,71$ mm and resulted a total length $15,1 \pm 1,21$ mm, the left liver lobe increased at 73,3% cases with $0,82 \pm 0,12$ mm with a total length $11,2 \pm 2,7$ mm, the signs of diffuse liver damage, expressed as hyperechogenic changes and increasing of the portal vein size were identified at 68,3% cases.

Assessing the differences between the clinical and laboratory tolerance of TB drugs according to the way of administration, it was proved the importance of individualization of the standard treatment at patients with hepatobiliary and pancreatic disorders (GSTM1+ / GSTT1 0/0, GSTT1+ / GSTM1 0/0, GSTT1 0/0 / GSTM1 0/0) by intravenous use of Isoniazid and Rifampicine in intensive phase, for improving the quality of the TB treatment.

Sydorchuk A.S.

**CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL ASPECTS OF PARATONSILLITIS
AND PARATONSILLAR ABSCESES**

**(BASED UPON THE DATA OF MUNICIPAL INSTITUTION
“CHERNIVTSI REGIONAL CLINICAL HOSPITAL”)**

Department of Internal medicine and Infectious diseases

Higher state educational establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

To study the species composition and population level of the microflora of palatine tonsils in patients with complicated forms of acute tonsillitis (paratonsillitis and paratonsillar abscesses).

Case-control multimodality clinical and microbiological study within 2018 included 29 patients with early complications of acute primary tonsillitis aged 18 to 57 years. In 17 (58.62%) patients, the illness was complicated by the development of paratonsillitis, in 12 (41.38%) cases by paratonsillar abscesses.

The diagnosis of complicated tonsillitis was based on typical clinical and epidemiological data: the onset of the illness about 4 days ago, the presence of severe intoxication, hyperthermia, intensive pulsating pain, difficulty opening of mouth; difficulty swallowing, enlargement and pain sensation of submandibular lymph nodes under palpation.

The microbiological study of puncture material during the necrotomy of abscess was performed by classical bacteriological and mycological methods. We had defined the species composition and population level of autochthonous obligatory, anaerobic, pathogenic and opportunistic microorganisms. The control group consisted of 31 practically healthy volunteers aged 18 to 60, which during the last 6-12 months (according to anamnesis) did not suffer from diseases of the upper respiratory tract and angina of any clinical form.

Considering microecological analytical indicators as well as population level of each microbe-associate had allowed us to determine the leading causative agent of purulent-inflammatory process of lymphadenoid tissue in the patients.

Thus infectious critical microbial factor in 14 (48,28%) cases was pyogenic streptococcus, in 8 (27,59%) – staphylococcus aureus, in 2 (6,90%) – strains of the usual and enterotoxigenic colon bacterium, in 2 (6,90%) – haemophilic bacteria, and in two patients the pathogen of the paratonsillar abscess was revealed *Pseudomonas aeruginosa* and one patient has been diagnosed *Streptococcus viridans* as a leading causative agent of the complication.

Elimination of bifidobacteria, propionic acid bacteria and salivary streptococcus had been observed in patients with complicated forms of tonsillitis. In most patients, lactobacteria were eliminated, that pointed to deep disorders of the colonization resistance of the oropharyngeal mucosa. The contamination and colonization of the mucous membrane had been caused by streptococci, staphylococci, enterotoxigenic and common escherichiae, hemophilic bacteria, pseudomonads, branchamells, candidas against this background.