

(МОШ<sub>75</sub>) — на 2,9; 3,6; 2,2 і 6,2 % відповідно. У пацієнтів 2-ї групи зросли показники ЖЄЛвд на 2,0 %, ФЖЄЛ — на 6,5 %, МВЛ — на 2,6 %. Збільшення показників ОФВ<sub>1</sub>, СОШ<sub>25–75</sub>, МОШ<sub>25</sub> ( $p < 0,05$ ), МОШ<sub>50</sub>, МОШ<sub>75</sub> вказує на незначне поліпшення бронхіальної прохідності — на 1,5; 1,5; 6,4; 3,5 та 4,5 % відповідно. Під час лікування в жодному випадку не було загострення ХОЗЛ. Вірогідної різниці між показниками ФЗД, окрім МОШ<sub>25</sub>, у пацієнтів у разі призначення карведилолу та  $\beta$ -блокатора основної терапії метопрололу сукцинату не встановлено. Дисфункція ендотелію, підтверджена у пацієнтів обох груп, асоціюється зі значним зростанням рівня ендотеліну-1 (ЕТ-1), що синтезується також ендотеліальними

клітинами легеневих судин та епітеліальними клітинами бронхів. Поряд із вазоконстрикцією легеневих судин це зумовлює тривалу бронхоконстрикцію, стимулює розвиток фіброзу субепітеліального шару стінки бронхів і утворення хемоатрактанту для лейкоцитів. Карведилол шляхом зменшення рівня ЕТ-1, активізації антиоксидантного захисту, поліпшення периферичного кровообігу позитивно впливає на стан бронхіальної прохідності у пацієнтів з поєднаною патологією ІХС і ХОЗЛ.

Поліпшення легеневої вентиляції у хворих на ІХС із супутнім ХОЗЛ I–II стадії в період стійкої ремісії свідчить про доцільність використання в комплексній терапії  $\beta$ -адреноблокатора карведилола.

УДК 616.24-002.5-085.281.032.73:616.34-008.6

## Обґрунтування застосування ін'єкційних протитуберкульозних препаратів при туберкульозі легень із синдромом мальабсорбції

Л.Д. Тодоріко, О.В. Підвербецька

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

Однією з причин зниження ефективності лікування вперше діагностованого туберкульозу легень є зменшення всмоктування протитуберкульозних препаратів у кишечнику.

**Мета роботи** — дослідити стан всмоктувальної функції тонкої кишки у хворих на туберкульоз легень.

**Матеріали та методи.** Обстежено 40 хворих із вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) легень (1-ша група) та 30 практично здорових осіб (2-га група). Всмоктування у тонкій кишці досліджували шляхом проведення лактулозно-манітолового тесту за методикою В.І. Петрова і В.В. Новачадова (патент № 2202794). Нормальні показники кишкової проникності (ПКП) — 11–14.

**Результати.** Встановлено, що кишкова проникність у хворих із ВДТБ вірогідно нижча, ніж у ПЗО: середній ПКП у 1-й групі становив  $8,24 \pm 5,19$  (ДІ 3,81–12,05), що є вірогідно нижче, ніж у ПЗО, —  $13,36 \pm 1,13$  ( $p < 0,05$ ).

ПКП понад 11 у 1-й групі спостерігався лише у 40 % хворих. У 20 % випадків спостерігалось виразне порушення всмоктування — ПКП становив 1–3, із них у 7,5 % випадків був меншим за 1,0. У 22,5 % ПКП становив 3,1–6 одиниць, що відповідає середньому ступеню виразності порушення, у 15 % випадків коливався у межах 6,1–10,9, що свідчить про незначне зниження всмоктування. У 1 (2,5 %) хворого ПКП становив 24,0, що свідчило про синдром «дірявого кишечника». У пацієнтів із ПКП до 3 ТБ процес характеризувався тривалим перебігом та низькою ефективністю стандартної програми лікування.

**Висновки.** У половини хворих на туберкульоз легень порушена всмоктувальна функція кишечника. Виразне порушення знижує ефективність лікування. Обґрунтованим є ін'єкційний шлях уведення протитуберкульозних препаратів при ПКП до 3.

УДК 616.345-008.87:616.24-002.5

## Характеристика складу мікробіоценозу товстої кишки у хворих із уперше діагностованим туберкульозом легень

Л.Д. Тодоріко, О.В. Підвербецька

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

Склад мікроекології товстої кишки відносно стабільний протягом усього життя. Проте під впливом зовнішніх та внутрішніх несприятливих чинників рівновага у системі мікробіоценозу може порушуватися, що призводить до втрати важливих функцій нормобіоти. Формуванню дисбіотичних порушень нерідко сприяють патологічні зміни в організмі, які розвиваються внаслідок запальних процесів, зокрема туберкульозу.

**Мета роботи** — встановити кількісний склад мікрофлори товстої кишки у хворих із вперше діагностованим туберкульозом легень.

**Матеріали та методи.** Обстежено 40 хворих із вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) легень зі збереженою чутливістю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів, які увійшли до основної групи (1-ша), та 30 практично здорових осіб, які увійшли до контрольної групи (ПЗО). Для оцінки стану мікрофлори товстої кишки (ТК) проводили мікробіологічне дослідження порожнинного її вмісту до початку лікування протитуберкульозними препаратами.

**Результати.** Аналіз даних свідчить, що у переважній кількості хворих із ВДТБ був дефіцит облигатних мікроорганізмів, який в окремих випадках компенсувався