

**ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА ІНГАЛЯЦІЮ БЕТА-
ДВА АГОНІСТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПЕПТИЧНОЇ
ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

**FEATURES OF THE BRONCHIAL RESPONSE ON THE BETA-TWO
AGONIST INHALATION IN PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHITIS IN
DEPENDENCE ON ACTIVITY OF COMORBID PEPTIC ULCER OF THE
DUODENUM**

Serhiienko N. V., Assist. Ivanytska T. A., Prof. Burmak Yu. G., M. D.
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

***Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за
хворими,
загальної практики (сімейної медицини)***

Коморбідність є характерною ознакою більшості хронічних захворювань внутрішніх органів. Це певною мірою стосується хронічного бронхіту (ХБ) та пептичної виразки (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК), котра може суттєво обтяжувати клінічні прояви бронхолегеневої патології.

Метою дослідження стало вивчення особливостей бронхіальної прохідності (“Spirosift-3000”, Японія), характеру бронхіальної відповіді (інгаляційний тест з сальбутамолом (СЛ), 400 мкг) та вмісту

(імуноферментний метод; “Протеиновый контур”, СПБ) у 17 хворих (9 чоловіків та 8 жінок віком від 33 до 46 років) на ХБ (ремісія) у поєднанні з ПВ ДПК (загострення та ремісія). Отримані дані досліджень свідчили про відсутність у хворих на ХБ в поєднанні з ПВ ДПК (загострення та ремісія) певних розбіжностей у показниках об'єму форсованого видиху першої секунди (ОФВ₁). Проте, аналіз ОФВ₁ у хворих на ХБ в інгаляційному тесті із СЛ мав певні розбіжності в залежності від активності ПВ - суттєве підвищення ОФВ₁ спостерігалось у хворих на ХБ саме за умов наявності загострення ПВ ДПК (приріст ОФВ₁ перевищував такий у ремісії ПВ майже у 1,3 рази ($p < 0,001$)). Означене вище супроводжувалось підвищенням вмісту у крові TNF α у 2,1 рази ($61,9 \pm 4,1$ пг/мл проти $29,4 \pm 2,7$ пг/мл; $p < 0,001$).

Знайдені особливості не виключають вплив запального процесу ДПК на функціональний стан бронхіального дерева у хворих на ХБ, що потребує проведення подальших досліджень.