

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРОТЕОЛІЗУ ЗА РІЗНОГО АЦЕТИЛЯТОРНОГО ФЕНОТИПУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Наразі відомо, що одним із провідних факторів ризику розвитку тяжкої астми є певні генетичні особливості організму хворого на бронхіальну астму. З цієї позиції визначення активності запального процесу в бронхах за різного ацетиляторного фенотипу є перспективним для можливого моніторингу контролю захворювання.

Метою даної роботи було оцінити показники конденсату видихуваного повітря залежно від типу ацетилювання в дітей, хворих на бронхіальну астму.

На базі ОДКЛ м. Чернівців обстежено 110 дітей, хворих на бронхіальну астму, з яких сформували 2 групи порівняння за типом ацетилювання: пацієнтів із вмістом ацетилюваного сульфадимезину більше 75 % відносили до швидких "ацетиляторів" (1-ша група, 60 дітей), а менше 75 % – до повільних (2-га група, 50 дітей). Середній вік дітей 1-ї групи становив $(12,5 \pm 0,49)$ року ($(71,8 \pm 6,63)$ % хлопчиків, 60 % сільських мешканців), 2-ї групи – $(13,0 \pm 0,42)$ року ($(64,9 \pm 6,38)$ % хлопчиків, 54,4 % сільських мешканців), тобто групи порівняння зіставні. В конденсаті видихуваного повітря визначали протеолітичну активність за азоальбуміном (лізис низькомолекулярних білків), азоказеїном (лізис високомолекуляр-

них білків) та азоколагеном (лізис колагену клітин) за К. Н. Веремеєнко (1988) і метаболітами оксиду азоту за Н. Л. Ємченко (1994).

Встановлено, що протеолітична активність за лізисом азоальбуміну в конденсаті видихуваного повітря в дітей 1-ї групи сягала $(1,38 \pm 0,07)$ мл/год, у пацієнтів 2-ї групи – $(1,61 \pm 0,07)$ мл/год ($p < 0,05$), протеолітична активність за лізисом азоказеїну становила в 1-й групі $(1,21 \pm 0,09)$ мл/год та в 2-й групі – $(1,54 \pm 0,08)$ мл/год ($p < 0,05$). Водночас протеолітична активність за лізисом азоколу практично не відрізнялась у групах порівняння – $(0,16 \pm 0,02)$ мл/год у 1-й групі та $(0,17 \pm 0,01)$ мл/год у 2-й групі пацієнтів ($p > 0,05$). Слід зазначити, що вміст метаболітів оксиду азоту вірогідно не відрізнявся в дітей груп порівняння та становив $(51,5 \pm 8,65)$ мкмоль/мл у 1-й групі та $(47,0 \pm 4,17)$ мкмоль/мл у 2-й клінічній групі ($p > 0,05$).

Таким чином, у дітей з повільним типом ацетилювання, порівняно з пацієнтами зі швидким ацетиляторним фенотипом, у конденсаті видихуваного повітря спостерігається вища інтенсивність протеолітичної активності, що свідчить про більш виражене запалення бронхів у цих пацієнтів при загостренні бронхіальної астми.