

З метою прогнозування розвитку фіброзу печінки у підлітків з ожирінням та НАЖХП в якості залежної змінної в моделі логістичної регресії визначали бінарну змінну, що характеризувала наявність у особи, яка обстежувалася, фіброзу печінки за даними індексу PNFI і мала значення «0» / «1»: значення «1» відповідало наявності фіброзу, а «0» - його відсутності. У результаті покрокового відбору було сформовано модель, до якої увійшли наступні 3 предиктори ризику формування фіброзу: ІМТ, рівень АЛТ, рівень греліну

**Висновки.** У 76,5 % підлітків з ожирінням за даними ультразвукового дослідження виявлено ознаки НАЖХП, а у 31,8 % з урахуванням індексу PNFI - прояви фіброзу. Ожиріння у підлітків супроводжується зниженням вмісту греліну, порівняно із здоровими підлітками, більш виражене у групі хворих з наявністю інсулінорезистентності. Виявлені кореляційні зв'язки між рівнями греліну та індексом PNFI, можливо, свідчать про участь цих гормонів у прогресуванні НАЖХП. До моделі логістичної регресії ризику формування фіброзу увійшли: ІМТ, рівні АЛТ та греліну.

### **КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ З СИМПТОМАТИЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ ВРОДЖЕНОЇ АНОМАЛІЇ АОРТИ**

*Ткаченко О.Д.<sup>1</sup>, Міньков І.В.<sup>1</sup>, Коновалова Н.В.<sup>1</sup>*

Науковий керівник: Гончарь М.О.<sup>2</sup>, Сенаторова Г.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня»

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет

**Актуальність:** Коарктація аорти (КоА) - вроджене звуження сегменту аорти, яке зустрічається у 7,5-15% від усіх вроджених вад серця та судин. Дана вада може бути в ізольованому вигляді або в поєднанні з іншими вродженими або набутими вадами серця і судин, що значно впливає на характер перебігу захворювання, клінічні прояви та прогноз. КоА характеризується дуже несприятливим перебігом та може ускладнитися розвитком аневризм аорти, колатеральних судин, судин головного мозку, а також ішемічною хворобою серця. Наявність КоА є абсолютним показанням до хірургічного лікування. За останні 5 років відмічається тенденція до зростання кількості багатоцентрових досліджень, до яких включаються пацієнти з КоА різних країн світу, для створення єдиного методу оцінки якості життя та порівняння різних підходів до хірургічної корекції.

**Мета роботи:** Проаналізувати перебіг захворювання дитини з вродженою вагою серця (ВВС) (коарктація дистального відділу грудної аорти та проксимального відділу черевної аорти з множинними артеріальними коллатераліями).

**Клінічний випадок:** Дитина Л., лікувався у кардіологічному відділенні КНП ХОР «ОДКЛ» у 2020 році зі скаргами на шуми в серці та розміри печінки, які наростили після ГРВІ. З урахуванням клініки, анамнезу та результатів обстеження встановлений діагноз: вроджена вада розвитку аорти (постдуктальна коарктація дистального відділу грудного та черевного відділів аорти з множинними артеріальними колатерелями) ПК0. Проведено консилиум лікарів ОДКЛ та зав. відділенням кардіохірургії (КТ грудної клітини та черевної порожнини з контрастуванням) - діагноз підтверджено. Рекомендовано оперативне лікування. Хлопчик виписаний з кардіоцентру ОДКЛ в стабільному стані без скарг та направлений до НПЦДКтаКХ (м.Київ) для вирішення питання тактики відносно патології аорти. В НПЦДКтаК було проведено обстеження - д-з: Гіпоплазія черевного відділу Ао, дилатація лівої коронарної артерії, хвороба Такаюсу ( ? ). Для проведення рекомендованого обстеження та виключення можливої хвороби Такаюсу госпіталізований в ОДКЛ. При госпіталізації дитини анамнез життя та спадковий анамнез не обтяжений, фізичний розвиток середній гармонійний. В соматичному статусі звертало на себе увагу: зовнішні прояви недеферційованої сполучнотканинної дисплазії (гіпереластоз шкіри, гіпермобільність суглобів, м'які вуха, що стерчать). З боку серцево-судинної системи: тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум у 4-тому міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії. ЧСС -100 на хв. АТ на руках 120-140/80 мм рт ст, права нога - 90/50 мм рт ст, але на лівій нозі виміряти неможливо (не визначається пульсація у підколінній ямці). Призначине лікування: Еналаприл 1,25 мг 2 р/добу при підвищенні АТ вище 125 мм. рт. ст.. За даними лабораторних методів дослідження: у клінічному аналізі крові звертає на себе увагу підвищення СОЕ до 20 мм/год, клінічний аналіз сечі в нормі, креатинфосфокіназа - 66,5 (од/л) при нормі до 190 од/л., антитіла до ДНК нативного, НК денатурованного - норма, антитіла IgG до нуклеарних антигенів (ANA Screen) – в нормі. Печінкові проби – в нормі, ниркові проби – в нормі. Білкові фракції сироватки крові -в нормі. Гострофазові показники: серомукоїди - 6.3 од, гаптоглобін 0.5г/л, СРБ - негативний. Інструментальні методи дослідження: УЗД ОБП – в нормі. Холтеровське моніторування АТ: даних за АГ немає. ДПЕХОКГ: КДР 33.0, ЛП 22.0, Δ Р кл ЛА 5.3 мм рт ст, Δ Р нисх Ао 6.3 мм рт ст, Δ Р кл Ао 5.9 мм рт ст, Δ Р МК 7.2 мм рт ст, Аорта д 17.0. Розширення лівої коронарної артерії до 5.0 мм, правої коронарної артерії до 3.5 мм. Гіпоплазія черевної аорти до 3.4 мм, з наявністю коллатералів Δ Р = 47.0 мм рт ст.

Корекція ВВС проведена в ДУ «ІЗНХ АМНУ» м. Харків. у листопаді 2020р. Було виконано процедуру рентгенендоваскулярної дилатації звуженої ділянки аорти. За 2021 дитина регулярно, 1 раз на 3 місяці, проходила обстеження в кардіоцентрі ОДКЛ. Під час попередніх госпіталізацій стан дитини за захворюванням був стабільним, задовільним.

Звертало на себе увагу підвищення артеріального тиску до 130-140/85-90 мм.рт.ст. на обох кінцівках.

21.09.2021 госпіталізовано до ОДКЛ на контроль зі скаргами на підвищення АТ до 130/80 мм.рт.ст., слабкість. При надходженні: фізичний розвиток середній гармонійний, ЧД-22, ЧСС-82 уд. за хв. АТ=120/80мм.рт.ст., стан стабільний. В соматичному статусі звертало на себе увагу межі відносної серцевої тупості: права - парастернальна лінія, верхня - 3р, ліва – середньо-ключична лінія. Тони серця гучні, ритмічні, систолічний шум в III м/р. Дитина обстежена: кл. аналіз крові - в нормі, кл. аналіз сечі – в нормі. ДпЕХО-КГ: КДД=30,2мм. dЛП= 20,9мм. d Ao=16,7мм., Δr кл.ЛА=7,2 мм.Нг. Δr кл.Ао=4,9 мм.Нг. Δr МК=7,5 мм.Нг. При проведенні добового моніторингу артеріального тиску на фоні гіпотензивної терапії (ІАПФ 15 мг/добу + β-блокатори 10 мг/добу) реєструється навантаження за рахунок систолічного артеріального тиску протягом доби: ІВ САТ д/н = 22% / 69%. Порушена циркадність ритму артеріального тиску - недостатнє нічне зниження систолічного артеріального тиску (САТ) та нічне підвищення діастолічного артеріального тиску (ДАТ): СІ САД/ДАТ = 1% / - 1,5% - (non dipper /night peakers).

Виписан у задовільному стані. Отримане лікування: режим загальний, стіл лікувальний. Всередину: еналаприл, атенолол. Лікувальні і трудові рекомендації: - еналаприл: 10 мг (19.00) атенолол 5 мг 2 раза/добу – тривало.

**Висновок:** В наведеному клінічному спостереженні резидуальна артеріальна гіпертензія спостерігається у зв'язку з пізньою діагностикою та хірургічною корекцією вродженої вади аорти. Лікування коарктації аорти має бути комплексним та містити в собі як медикаментозну терапію для усунення проявів порушення кровообігу, так і хірургічне втручання. Раннє хірургічне втручання дає можливість зменшити критичний період, запобігти розвитку АГ і аневризм, знизити легеневу гіпертензію, сповільнити прогресування супутніх клапанних вад та інших ускладнень. Індивідуальний підбір терапії та вчасне хірургічне лікування – запорука запобігання виникнення фатальних ускладнень у дітей.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІДЛІКІВ З ОЖИРІННЯМ**

*О.О. Толстікова*

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

**Актуальність.** Ожиріння є глобальною проблемою охорони здоров'я, признано медичною спільнотою хронічною запальною хворобою. Наукові дослідження приділяють