

Supplement № 1 (129) 2022

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Видання індексується
в Google Scholar,
Index Copernicus, WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Министерство здравоохранения Украины
Национальный медицинский университет
имени Богомольца

THEORETICAL AND PRACTICAL
EDITION

UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

Journal's indexing:
Google Scholar, Index Copernicus,
WorldCat OCLC

Засновник – Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця МОЗ України
Періодичність виходу 4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку фахових видань.

Галузі наук: медичні, фармацевтичні.
(наказ МОН України 09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво KB № 17028-5798ПР.

Рекомендовано Вченою Радою НМУ імені
О.О.Богомольця (протокол №2 від 23.02.2022 р.)

Усі права стосовно опублікованих статей
залишено за редакцією.

Відповідальність за добір та викладення фактів
у статтях несуть автори, а за зміст рекламних
матеріалів – рекламодавці.

Передрук можливий за згоди редакції та з
посиланням на джерело.

До друку приймаються наукові матеріали,
які відповідають вимогам до публікації в даному
виданні

Founder – Bogomolets National Medical University
Ministry of Health of Ukraine

Publication frequency – 4 times a year.

**The Journal is included in the list of professional
publications in Medical and pharmaceutical
Sciences** (order MES Ukraine 09.03.2016 № 241)
Registration Certificate KB № 17028-5798ПР.

Recommended by the Academic Council of the
Bogomolets National Medical University, Kyiv
(protocol №2 of 23.02.2022)

All rights concerning published articles are reserved
to the editorial board.

Responsibility for selection and presentation of the
facts in the articles is held by authors, and of the
content of advertising material – by advertisers.

Reprint is possible with consent of the editorial
board and reference. Research materials accepted for
publishing must meet the publication requirements of
this edition.

ЕРОЗИВНИЙ ГАСТРИТ ПІД МАСКОЮ ПОСТКОВІДУ У ПІДЛІТКА

Єфименко О. М.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Салтикова Г. В.

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Мітюряєва-Корнійко І. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ Поширеність захворювань верхнього відділу травного каналу серед підлітків складає 41%, вони посідають 4 місце в структурі захворюваності дітей 15-17 років. Діти й підлітки схильні до інфікування на COVID-19 так само, як і представники інших вікових категорій; серед тих, що захворіли за час пандемії в Україні 26% підлітків. На фоні захворюваності підлітків на COVID-19, з подальшим розвитком постковідного синдрому, є висока ймовірність вчасно не діагностувати захворювання ШКТ.

Мета роботи Висвітлити проблему правильної та своєчасної діагностики ерозивного гастриту у підлітків.

Опис випадку Хлопчик 17 років знаходився в педіатричному стаціонарі ДКЛ №7 м. Києва зі скаргами на жовтушність склер, шкіри, спотворення смаку. Діагноз за направленням - синдром Жильбера. Постковідний синдром, дизгезія. Біля восьми місяців тому підліток мав підтверджений COVID-19, легкий перебіг, клінічно був назофарингіт та повна відсутність смаку й нюху. На фоні видужання протягом трьох тижнів рецепторні функції відновились, але через п'ять днів виникло спотворення смаку. Дитина змінила склад свого харчування, апетит відсутній, їсть невеликими порціями до 150 - 200 г три рази на день. Схуд на 4 кг. Відчуває постійний присмак металу в роті. З анамнезу життя відомо, що у віці семи років у дитини був гастрит, у батька виразка ДПК. Підліток має супутнє захворювання – синдром Жильбера, непереносимість лактози. Протягом восьми місяців один раз знаходився в стаціонарі, де проводилась корекція рівня білірубіну та вперше виявлений постковідний синдром, дизгезія. Амбулаторно обстежений ендокринологом та імунологом - без патології. Об'єктивно: загальний стан порушений за рахунок слабкості та швидкої втоми, свідомість ясна, положення активне, ІМТ-21. Статура правильна. При огляді виявлена субіктеричність склер та шкіри, змін з боку дихальної, серцево-судинної системи, сечовивідної не виявлено. При пальпації живіт м'який безболісний, гепатоспленомегалії не виявлено. Схильність до закріпів. Дитині були запропоновані лабораторні обстеження: УЗД ОЧП та проведення ФЕГДС, враховуючи вік дитини та анамнез життя. Результати обстежень: ЗАК, ЗАС в нормі, за результатами біохімічного дослідження рівень загального білірубіну складає 53,9 мкмоль/л, прямого – 8,67 мкмоль/л. Копрограма в нормі, я\гельмінтів не виявлені. Аналіз на приховану кров в калі негативний. При УЗД органів черевної порожнини відхилень не виявлено. ФЕГДС: Ерозивний (діаметр ерозії від 2 до 6 мм) антральний гастрит. Бульбіт. Рефлюкс-езофагіт. Хелікобактер не виявлено – хелікотест. Діагноз: Хронічний ерозивний антральний гастрит, поверхневий бульбіт в стадії загострення, хелікобактер не асоційований. Рефлюкс-езофагіт. Синдром Жильбера. Дизгезія. Дитині призначено відповідне лікування.

Висновок За безпечними симптомами постковідного синдрому, які на сьогодні не мають алгоритму корекції, легко пропустити серйозні захворювання ШКТ. При оцінці стану дитини необхідно враховувати всі складові анамнезу, навіть за відсутності больового синдрому, та вчасно призначати ФЕГДС, особливо коли мова йде про підлітків чоловічої статі, які є групою ризику по виникненню виразки ДПК.

Ключові слова: ерозивний гастрит, постковідний синдром, підлітки.