

проявлялися у даної групи пацієнтів змутненістю периваскулярного фону. Артеріовенозні анастомози у досліджуваних нами пацієнтів не визначалися.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження показало, що у хлопців пубертатного віку із первинною артеріальною гіпертензією визначено мікроциркуляторні порушення на судинному, внутрішньосудиному та периваскулярному ланках, від яких може залежати рівень артеріального тиску та подальші ускладнення.

Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія: оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / В. З. Нетяженко [та ін.]. Київ. 2012. 129 с.
2. Всесвітній день боротьби з артеріальною гіпертензією 2022 року – Вимірюй кров'яний тиск ретельно, контролюй його, живи довше! URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/vsesvitnij-den-borotby-z-arterialnoyu-gipertenziyeyu-2022-roku-vumiryuj-krovyanuj-tysk-retelno-kontrolyuj-jogo-zhyvy-dovshe/>
3. Артеріальна гіпертензія у дітей / Г. С. Сенаторова, М. О. Гончарь, І. С. Аленіна та ін. Харків : ПЛАНЕТА-ПРИНТ, 2018. 103с.
4. Діагностика та лікування артеріальної гіпертензії у дітей і підлітків: методичні рекомендації / В. Г. Майданник [та ін.]. Київ. 2014. 23 с.

УДК 616-097-07-053.2

СКЛАДНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ DRESS-СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Фрич С.В., Кись М.О.

Керівник: к.мед.н., доцент Корбут О.В.

Міністерство охорони здоров'я України

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця (м. Київ)

Актуальність: DRESS-синдром (The Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptom)-гострий лікарсько-індукований синдром гіперчутливості, що є потенційно загрозливим для життя. DRESS-синдром виникає від 1 із 1000 до 1 із 10 000 випадків першого контакту з лікарськими препаратами. В основі патогенезу лежить механізм неадекватної імунної відповіді на метаболіти лікарського препарату. Мутації генів, що кодують ферменти деактивації препарату, призводять до накопичення його реактивних метаболітів, які можуть біохімічно взаємодіяти з клітинними білками та їх модифікувати, викликати автоімунні реакції проти шкіри або клітин печінки, змінювати імунну реакцію і викликати реактивацію вірусних інфекцій. Смертність від ускладнень DRESS-синдрому сягає 10%. DRESS-синдром є рідкісною патологією, яку важко диференціювати, зокрема через довгий латентний період, поліморфізм та неспецифічність клінічної симптоматики.

Мета роботи: Провести аналіз клінічного випадку рідкісної патології Dress-синдрому у підлітка.

Результати та обговорення: В інфекційне відділення 08.09.22 поступила дитина 16 років зі скаргами на млявість, запаморочення, набряки, розеолезний висип по всьому тілу, нудоту, діарею. Температура тіла 38.7 С; ЧСС 100 уд. /хв; АТ 80/60 мм.рт.ст.

З анамнезу відомо: хворіє десяту добу. Захворювання почалось з підвищення температури тіла до 37.5–39.5 С, появи нежитю, через 2 дні з'явився біль в животі та висип по всьому тілу. Лікується з приводу психо-неврологічного захворювання у лікаря психіатра, був призначений Фінлепсин (карбомазепін) 02.08.2022 р., препарат отримувала на момент поступлення в стаціонар протягом 38 днів.

Діагностичний пошук: Враховуючи скарги при поступленні на тривале підвищення температури тіла, дискомфорт у животі, діарею та об'єктивні дані – яскравий плямисто-папулезний висип на гіперемованому фоні по всьому тілу, пастозність обличчя, кистів, свербіж шкіри, збільшення шийних лімфовузлів, гепатомегалію запідозрили:

- 1) мультисистемний запальний синдром, асоційований з SARS-Co-V-2.
- 2) Інфекційний мононуклеоз.
- 3) Алергічні реакції (лікарсько-індукований синдром полі органної гіперчутливості (drug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS)); синдром Стівенса–Джонсона гострий генералізований екзантематозний пустульоз; еритродермія.)

З першого дня перебування в стаціонарі були призначені глюкокортикостероїди, жарознижувальні препарати та інфузійна терапія. Спостерігали покращення загального стану дитини-зниження температури тіла до 36,9 С, але одночасно погіршились дермальні симптоми: висип став поліморфним, розеолезний висип змінився на плямисто-папулезний, з'явилися мілкі геморагічні елементи на передпліччях та стегнах. Збільшилися пастозність обличчя, кистей та свербіж шкіри .

Дані лабораторних досліджень:

За результатами серологічних досліджень у пацієнтки відсутні антитіла до CMV; SARS-Co-V-2; EBV; HSV ½ типу. За результатами ПЛР діагностики у крові пацієнтки не виявлено РНК SARS-Co-V-2; ДНК CMV; EBV; HSV ½ типу але виявлена ДНК HHV 6 типу. В динаміці з моменту госпіталізації пацієнтки до 29.09 показники червоної крові були сталими та не виходили за межі референтних значень. Відзначалися високі рівні лейкоцитозу, також були наявні ознаки нейтрофіліозу.

Дані лабораторних досліджень	
Загальний аналіз крові	
Дата	Показники
	WBC
10.09.2022р.	14 x10 ⁹ /л

12.09.2022р.	31,6 x10 ⁹ /л
13.09.2022р.	19,1 x10 ⁹ /л
15.09.2022р.	18,3 x10 ⁹ /л
20.09.2022р.	10 x10 ⁹ /л
29.09.2022р.	14 x10 ⁹ /л

Біохімічний аналіз крові в динаміці характеризувався зменшенням рівня загального білка, підвищення рівня СРБ, підвищенням рівня креатиніну на фоні нормальних показників сечовини, підвищенням рівня трансаміназ. Антистрептолізини-О та ревматоїдний фактор-негативні.

Дані лабораторних досліджень				
Біохімічний аналіз крові				
Дата	Показники			
	АЛТ	Лужна фосфатаза	СРБ	креатинін
08.09.2022 р.	162 Од/л	-	24 мг/л	96 мкм/л
13.09.2022 р.	122,3 Од/л	832,7 Од/л	96 мг/л	85 мкм/л
15.09.2022 р.	127,2 Од/л	849,2 Од/л	96 мг/л	78 мкм/л
20.09.2022 р.	100 Од/л	242,8 Од/л	6 мг/л	77 мкм/л
29.09.2022 р.	89,2 Од/л	303 Од/л	6 мг/л	89 мкм/л

Дані інструментальних досліджень:

Результати інструментальних досліджень (УЗД) продемонстрували збільшення печінки, неоднорідність структури паренхіми, посилений судинний малюнок; неоднорідність структури щитовидної залози, за рахунок поодиноких фолікулів, є підозра на АІТ.

Результати ЕКГ, Ехо-КГ, рентенографії грудної клітини патологічних змін не виявили.

Отже, враховуючи скарги пацієнтки на млявість, запаморочення, набряки, реzeольозний висип по всьому тілу, нудоту, діарею; анамнез захворювання та клінічні симптоми на момент поступлення (захворювання маніфестувало на 30 день від початку прийому тригерного препарату, піретична температура тіла, тахікардія та знижений АТ, гепатомегалія, лімфаденопатія, поліморфний висип, пастозність обличчя та кистей); дані анамнезу життя (обтяжений преморбід та прийом препарату з діючою речовиною «карбамазепін», що має побічну реакцію у вигляді гіперчутливості, зокрема DRESS-синдрому); дані лабораторних досліджень: (значний лейкоцитоз, високі показники печінкових ферментів, СРБ та креатиніну; ПЛР підтвердження наявності активної інфекції, викликаної HHV6 типу), даних інструментальних досліджень (УЗД ознаки ураження печінки), та провівши диференційну діагностику з захворюваннями зі схожою клінічною картиною інфекційного та неінфекційного генезу був поставлений діагноз DRESS-синдром.

Лікування: Відміна фінлепсину призвела до зменшення вираженості загальних та місцевих ознак. Було призначено глюкокортикостероїди

(преднізолон/дексаметазон) з поступовим зниженням дозування протягом місяця. Проведена інфузійна, дезінтоксикаційна та симптоматична терапія (НПЗЗ).

На фоні проведеного лікування поступово зникли клінічні симптоми та нормалізувалися лабораторні показники.

Дитина виписана з одужанням на 42 день перебування в стаціонарі.

Висновки: Рідкість патології та поліморфізм клінічної симптоматики DRESS-синдрому ускладнює діагностику. Обізнаність лікарів з етіологією, патогенезом та клінікою захворювання надає можливості для вчасної постановки діагнозу та призначення адекватної терапії, що покращує прогноз для хворого.

Список літератури

1. Casoub, P., Musette, P., Descamps, V., Meyer, O., Speirs, C., Finzi, L., & Roujeau, J. C.: The DRESS Syndrome: A Literature Review (2011). *The American Journal of Medicine*, 124(7), 588–597. doi:10.1016/j.amjmed.2011.01.017
2. Zain Husain, MD, a Bobby Y. Reddy, MD, b and Robert A. Schwartz, MD, MPH, FRCP (Edin) c Washington, DC; Boston, Massachusetts; and Newark, New Jersey : DRESS syndrome Part I. Clinical perspectives (2013) *J Am Acad Dermatol*. 2013 May; 68(5):693.e1-14; quiz 706-8. doi: 10.1016/j.jaad.2013.01.033.
3. Zain Husain, MD, a Bobby Y. Reddy, MD, b and Robert A. Schwartz : DRESS syndrome: Part II. Management and therapeutics (2013) *J Am Acad Dermatol*. 2013 May; 68(5):709.e1-9; quiz 718-20. doi: 10.1016/j.jaad.2013.01.032.
4. Галникіна С. О. (2014) DRESS-синдром: етіологія, патогенез, лікування (клінічна лекція). *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*, 1-4. С. 131-138. ISSN 1561-3607

УДК 616.1:616.98:578.834 COVID19]-06-053.2

УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19 В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХВИЛІ ХВОРОБИ. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

Хамбір І.О.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Глебова Л. П.

Кафедра педіатрії № 4

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

Вступ. В кінці грудня 2019 року в Ухані зафіксовано спалах коронавірусної інфекції (COVID-19), який було викликано коронавірусом SARS-COV-2. 11 березня 2020 року ВОЗ оголосила пандемію COVID-19 [1]. Україна повідомила про перший підтверджений випадок COVID-19 3 березня 2020 року, що був