

(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

зафіксований в Чернівцях [2]. За даними ВООЗ США захворюваність дітей до 18 років на COVID-19 складає близько 17,6% та близько 0,1 % смертей від загального числа захворювань. Експерти Національного центру біотехнологічної інформації Сполучених Штатів Америки відзначили ураження серця, як один із можливих наслідків перенесеної COVID-19 інфекції [3]. Міокардит та перикардит були виявлені у 40% та 25% дітей та підлітків відповідно [4]. Як можливий результат запального процесу, гіпоксії або нейрогуморальних зсувів, у пацієнтів, хворих на COVID - 19, можуть діагностувати порушення ритму [5,6,7].

**Мета роботи:** оцінити стан серцево-судинної системи у дітей, які перехворіли на Covid-19 за результатами фізикальних та інструментальних методів обстеження з урахуванням хвилі Covid-19.

**Результати.** Були проаналізовані історії хвороби 10 дітей (група 1), які перехворіли на Covid-19 легкого та середнього ступеня важкості влітку - восени 2020 року (китайський штам?) та 10 дітей ( група 2), які перехворіли на Covid-19 легкого та середнього ступеня важкості в весняно-літній період 2021 року (британський штам?) ( група 2). Діти були обстежені на 2-3 тижні від початку захворювання в період реконвалесценції, коли почували себе здоровими (причинами звернення були отримання довідки в школу, спортивні секції).

В 1 групі всі діти не мали змін в ехоморфології та функціональних характеристиках серця, але, за результатами ЕХО-КГ, 50% мали залишкові явища перенесеного перикардиту.

#### **Опис клінічного випадку № 1.**

Хлопчик, 2006 року народження, займається в ДЮШ, проходив планове обстеження в грудні 2020 року у кардіолога з проведенням ЕХО-КГ, ЕКГ.

Результати обстеження були наступними: ЕКГ: ритм синусовий, міграція водія ритму, на вдиху – стабільний синусовий ритм, ЕВС розташована вертикально. Реполяризаційних порушень немає. ЕХО-КГ – співвідношення порожнин серця відповідало віку, систолічна, діастолічна функція міокарда не порушена, клапанний апарат без патологічних змін, в перикарді по задній стінці лівого шлуночка виявлена невелика кількість рідини до 5 мм.

З анамнезу відомо, що місяць тому хлопчик переніс COVID-19, перебіг був середньої важкості.

Беручи до уваги, що стан дитини був задовільний, було прийнято рішення відкласти початок тренувального сезону на місяць, після проведення контрольного ЕХО-КГ. Аналіз літературних джерел, та власні спостереження свідчать про дуже повільне розсмоктування рідини – до 3–4 місяць.

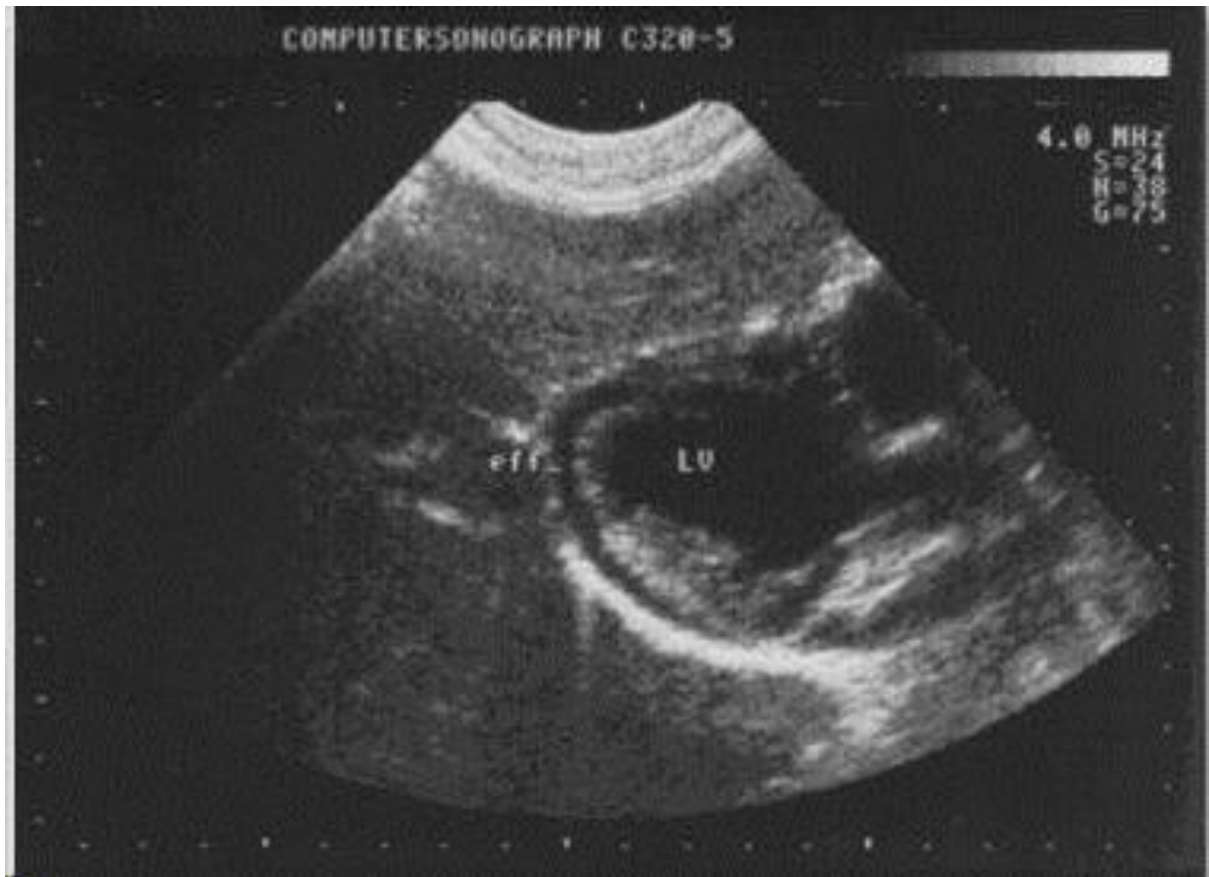


Рис. 1. ЕХО-КГ пацієнта (клінічний кейс 1)

В 2 групі при плановому обстеженні із 10 хворих не було виявлено ні одного випадку перикардиту, але на ЕКГ у 3-х дітей реєструвалися гетеротопні порушення ритму.

### **Опис клінічного випадку № 2.**

Хлопчик, 2006 року народження, проходив планове обстеження з проведенням ЕХО-КГ, ЕКГ з навантаженням і консультацію кардіолога в серпні 2021 року, у зв'язку з початком тренувального сезону. При проведенні ЕКГ у дитини було виявлено порушення ритму у вигляді шлуночкової екстрасистолії: у горизонтальному положенні – до 3%, у вертикальному до 22%, при фізичному навантаженні – до 21%.

З анамнезу відомо, що на початку серпня хлопчик перехворів на COVID-19 в легкій формі. При попередньому обстеженні в січні 2021 року змін з боку серцево-судинної системи виявлено не було. Дитина була визнана здоровою і допущена до тренувань.

Виявлені зміни були розцінені, як ускладнення хвороби. Дитині був призначений курс протизапальної терапії. Тренувальний режим був значно ослабленим.

Через місяць при проведенні повторного обстеження позитивної динаміки на ЕКГ виявлено не було, хлопчик був направлений на холтеровський моніторинг. По результатам холтеровського монітування у дитини було встановлено комбіноване порушення ритму: часта мономорфна правошлуночкова

екстрасистолія бігеменія й трігеменія, правошлуночкова парасистолія. Порушення ритму переважало в активний проміжок часу. Хлопчик отримав консультацію у відділенні аритмології науково-практичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії. Була запропонована катетерна абляція вогнища аритмії.



Рис. 2. ЕКГ пацієнта (клінічний кейс 2)

**Висновки:** зміни з боку серцево-судинної системи не завжди відповідали тяжкості перенесеної хвороби COVID-19. Не можна виключити, що кожний окремий штаб COVID-19 має свою мішень ураження в серцево-судинної системи, тобто це може бути як ураження провідної системи, так і кардит з ураженням перикарду.

## Список літератури

1. Mary Beth F Son, MD, Kevin Friedman, MD Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Multisystem inflammatory syndrome in children management and outcome UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-clinical-features-evaluation-and-diagnosis> COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) management and outcome
2. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 2 червня 2021 року N 1513-IX.
3. World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. <https://www.who.int/publications-detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>
4. Wolfler A, Mannarino S, Giacomet V, Camporesi A, Zuccotti G. Acute myocardial injury: a novel clinical pattern in children with COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020
5. Trogen B, Gonzalez FJ, Shust GF. COVID-19-Associated Myocarditis in an Adolescent. *Pediatr Infect Dis J*. 2020
6. Pouletty M, Borocco C, Ouldali N, Caseris M, Basmaci R, Lachaume N, et al. Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 mimicking Kawasaki disease (Kawa-COVID-19): a multicentre cohort
7. Blondiaux E, Parisot P, Redheuil A, Tzaroukian L, Levy Y, Sileo C, et al. Cardiac MRI in Children with Multisystem Inflammatory Syndrome Associated with COVID-19. *Radiology*.

УДК 616-002-036-053.2:[616.98:578.834COVID19]

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Щербаківа Л.С.

Науковий керівник: доцент к. мед. н. Буц О.Р.

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

**Вступ** Мультисистемний запальний синдром у дітей (Multisystem inflammatory syndrome in children – MIS-C) – це гіперзапальний синдром, який проявляється переважно у віковій групі від 5–14 років і виникає через 2–6 тижнів після початкової інфекції COVID-19 [5]. У квітні 2020 р було ідентифіковано першу серію випадків в Англії, а потім в Європі та США, які були описані як MIS-C, пов'язаний з COVID-19 [1, 7]. Незважаючи на зростання обізнаності про MIS-C, діагностика залишається важкою, оскільки клінічні ознаки збігаються з хворобою Кавасакі (Kawasaki disease – KD), синдромом токсичного шоку (Toxic shock syndrome – TSS) та іншими запальними розладами [3].