

лікуванні яких не рекомендована антибіотикотерапія. Для лікування ГРІ в дітей раннього віку лікарі надають перевагу цефалоспоринам III покоління: на догоспітальному етапі — (39%) цефіксим, у стаціонарі — (89%) цефтріаксон, цефотаксим, та дуже рідко призначають препарати пеніцилінового ряду, незважаючи на національні рекомендації про привілейоване емпіричне призначення амоксицилінів. Дане дослідження є підґрунтям для майбутнього фармакоаналізу антибіотикотерапії у стаціонарі з позиції раціональності та цінового еквіваленту.

Богуцька Н.К., Іванова Л.А, Гречаник Г.В. (Чернівці, Україна)

РЕСПІРАТОРНІ ПРОЯВИ ЗА МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ, АСОЦІЙОВАНОГО ІЗ COVID-19

COVID-19, спричинений SARS-CoV-2, призвів до глобальної пандемії, починаючи з грудня 2019 року. Перші дослідження вказували на легший або безсимптомний перебіг інфекційної хвороби, спричиненої SARS-CoV-2, у дітей. Однак наприкінці квітня 2020 р. вчені Великої Британії повідомили про новий синдром, пов'язаний із SARS-CoV-2 інфекцією, що характеризувався гіперзапаленням та поліорганими проявами у дітей і був подібним до хвороби Кавасакі та синдрому токсичного шоку. Цей синдром пізніше був названий мультисистемним запальним синдромом у дітей (MIS-C), асоційованим із COVID-19, хоча існує багато синонімів (мультисистемний запальний синдром (MIS) у дітей та підлітків, який тимчасово пов'язаний з COVID-19; дитячий запальний мультисистемний синдром (PIMS), Kawa-COVID-19; системний запальний синдром при COVID-19 тощо). Різні визначення MIS-C можна знайти як на веб-сайті Королівського коледжу педіатрії та здоров'я дітей (RCPCH, Велика Британія), так і на веб-сайтах ВООЗ і Центру контролю та профілактики захворювань CDC (США).

Не зважаючи на все зростаючу кількість повідомлень про MIS-C, досі не існує повної інформації про його природу та особливості перебігу, включаючи епідеміологію, патогенез, клінічний спектр, лабораторні особливості, оптимальне лікування та довгострокові результати, тому вважали за доцільне представити клінічні випадки MIS-C у дітей, яких лікували на базі ЧОДКЛ у порівнянні з даними огляду наукових джерел. Метою дослідження було описати клінічні особливості та респіраторні прояви клінічних випадків MIS-C

у дітей, яких лікували на базі ЧОДКЛ, у порівнянні з даними огляду наукових джерел. Проаналізовано 264 наукові джерела за 2020-21 рр у пошуковій системі Web of Science Core Collection, більшість – педіатричні джерела. Проаналізовано 2 медичні карти стаціонарних пацієнтів, хлопчиків, період аналізу 2020-2021 рік: грудень-лютий.

За гострої SARS-CoV-2 інфекції у дітей не завжди наявна лихоманка та найпоширенішими проявами є респіраторні ознаки, в той час як при MIS-C, асоційованому з COVID-19 у дітей, симптоми з боку органів дихання маніфестують лише у 14-47% пацієнтів, а лихоманка наявна у 100% випадків. Пацієнт 8 років, поступив на 3-й день хвороби, одужав та виписаний на 21-й день госпіталізації. В анамнезі вітряна віспа. Двічі мазки ПЛР на РНК вірусу SARS-CoV-2 негативні, однак ІФА IgG до SARS-CoV-2 – 20,3 індекс антитіл (позитивний - більше 6). Встановлено контакт з членами родини, які хворіли на COVID-19 2 міс тому. При поступленні хлопчика турбували лихоманка, сухий кашель, нездужання, за даними огляду була запідозрена правобічна пневмонія, не підтверджена в подальшому. Гіпертермія резистентна до жарознижуючих в цілому тривала впродовж перших 10-и днів хвороби, сухий кашель турбував лише тиждень, трохи довше відмічали гіперемію зіву, мікрополіаденію, SpO₂ постійно була в межах 96-99%. Один раз відмітили розріджені випорожнення. Незначна гепатоспленомегалія тривала впродовж 18 днів. Пізніше з'явилися кон'юнктивіт, крововилив субкон'юнктивальний зліва, набряки і сухість стоп і долонь, плямиста висипка на шкірі тулуба та кінцівок. За даними УЗД: реактивні зміни печінки та підшлункової залози, серце – без структурних змін, на ЕКГ – неспецифічні зміни (синусова тахікардія, перевантаження міокарду лівого шлуночка, порушення реполяризації міокарду, пізніше – синусова брадиаритмія, перевантаження міокарду правого шлуночка, порушення реполяризації міокарду). При додатковому обстеженні відмічено істотне підвищення С-реактивного білку (12 мг/л при нормі 0.08-3.1мг/л), АСЛО, та нормативні значення феритину, АлАТ, АсАТ, Д-димеру та тропоніну за пришвидшення АПТЧ та нормативних значень інших показників коагулограми. Спочатку дитина отримувала цефтріаксон, замінений на цефтазидим (усього 12 днів), крім того, після діагностики MIS-C було призначено дексаметазон (5-8 днів), біовен-моно (3 дні), ескалація малоефективної жарознижувальної терапії (парацетамол, анальгін, інфулган) завершилась нормалізацією температури тіла у відповідь на введення лише біовену-моно.

Пацієнт 12 років поступив на 3-й день хвороби, одужав та виписаний на 15-й день госпіталізації. В анамнезі кашлюк та скарлатина, нагляд уролога через лівобічні рефлюкс та гіпоплазію нирки. Двічі ПЛР назорофарингеальних мазків на РНК вірусу SARS-CoV-негативна, однак ІФА - IgG до SARS-CoV-2 – 20,4 індекс антитіл (позитивний - більше 6). В родині контакт із хворим на COVID-19 татом. При поступленні хлопчика турбували лихоманка, сухий кашель, больовий синдром, відмічали яскраву гіперемію зіву, була запідозрена правобічна пневмонія, яку пізніше не підтверджено, SpO₂ постійно була в межах 96-99%. Інші клінічні прояви: гіпертермія (тривала 10 днів), виражений головний біль, біль в животі, в м'язах, пізніше доєдналися гіперемія, набряклість, сухість губ, кільцеподібна еритема на шиї, гіперемія набряклість, дрібноточковий висип та лущення долонь та стоп, кон'юнктивіт / склерит, переймоподібний біль у підребер'ї зліва, одностороннє збільшення шийних лімфовузлів, відмічали тривалу нудоту та одноразове блювання, язик був обкладений нальотом весь час та очищувався поступово, різке зниження апетиту впродовж кількох днів, здутий живіт. Діагностованою вторинну метаболічну кардіоміопатію, однократно АТ знижувався до 70/40 мм рт.ст. на фоні поліпшення загального стану без інших гемодинамічних проявів шоку. Експрес тест на грип А – негативний. Початкові синусова тахікардія, перевантаження міокарду лівого шлуночка, порушення реполяризації міокарду на ЕКГ змінились на синусову брадиаритмію. На тлі нормативних значень тропоніну, в пацієнта відмічали тривале помірне підвищення АлАТ та АсАТ, С-реактивного білку, сечовини, та незначні гіпопротеїн- та гіпоальбумінемію, неспецифічні зміни в сечі. УЗД серця, органів черевної порожнини – без змін. В коагулограмі відмічено подовження тромбінового та протромбінового часу, підвищення міжнародного нормалізованого співвідношення, істотне підвищення Д-димеру, впродовж кількох днів ці показники нормалізувались. Пацієнт отримувач цефтріаксон та цефепім (8 днів), біовен-моно (5 днів), анальгін, нурофен, інфулган, дексаметазон, аспаркам, магнікор призначено на 3 міс. Обом пацієнтам рекомендоване подальше спостереження кардіолога впродовж 6 тижнів, контроль УЗД серця та ЕКГ через 1 міс. MIS-с, асоційований із COVID-19, є діагнозом виключення (серед інфекційних хвороб перш за все слід диференціювати із гострим COVID-19 або іншими вірусними інфекціями, синдромом токсичного шоку тощо), дуже подібним до хвороби Кавасакі та інших системних неінфекційних хвороб. Клініцист повинен

розглянути діагноз MIS-C у будь-якої дитини із стійкою лихоманкою без клінічного вогнища та будь-якою лихоманкою, пов'язаною з погіршенням загального стану, що збігається з недавнім впливом SARS-CoV-2. Згідно даних літератури, пацієнтам з MIS-с без симптомів, що загрожують життю, рекомендована підтримуюча терапія та моніторинг клінічного стану, за потреби, імуномодулююче лікування (препарати першої лінії - імуноглобулін людини нормальний для внутрішньовенного введення в дозі 1-2 г/кг переважно однократно, та друга лінія терапії - системні кортикостероїди за відсутнього ефекту через 24 години після введення імуноглобуліну). Через підозру на пневмонію обидва пацієнти на початку отримували антибіотикотерапію.

Висновки. Хоча COVID-19 зустрічається у дітей рідше та переважно перебігає у легкій формі, однак у дитячому віці може виникнути важкий ймовірно асоційований із SARS-CoV-2 рідкісний прояв – мультисистемний запальний синдром у дітей. У обох пацієнтів на початку хвороби відмічали незначні респіраторні прояви, які пізніше супроводжувались симптоматикою з поліорганим залученням, персистувальна лихоманка щезла після введення внутрішньовенного імуноглобуліну. Невідомий довгостроковий прогноз MIS-C, тому рекомендується кардіологічне спостереження. Потрібні подальші дослідження для кращого визначення різних аспектів MIS-C.

Бредун О. Ю., Бредун С. О. (Київ, Україна)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЦЕВИНИ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ У ДІТЕЙ ПРИ ЇХНІЙ ГІПЕРТРОФІЇ ТА ХРОНІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ

Вступ. Безліч досліджень тонзиллярної патології сьогодні сформували закінчену бактеріологічну картину цих захворювань. Але в більшості випадків це стосується бактеріологічних досліджень з поверхні піднебінних мигдаликів (ПМ), що часто не відповідає тим патогенам, які є можливими причинними факторами у розвитку захворювань лімфоїдної тканини глотки. Кількість досліджень в дитячому віці є обмеженою.

Метою нашого дослідження було визначити мікрофлору серцевини мигдаликів при гіпертрофії піднебінних мигдаликів (ГПМ) та хронічному тонзиліті (ХТ) у дітей і провести можливі кореляційні зв'язки.