

**ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ (ДИАГНОСТИКА,
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ).**

Пулатова Р.З.

Университет Альфраганус, кафедра внутренних болезней, НОУ
факультет «Тиббиот», доктор медицинских наук (Dcs) , доцент;

для связи: e-mail: madi448@rambler.ru

ID <https://orcid.org/0009-0008-0251-2479>

*Ключевые слова: постковидный синдром, дети, COVID-19,
клиническое течение, бронхопневмония*

Постковидный синдром является одной из самых актуальных проблем последних лет. По данным различных авторов дети болеют от 10 до 18% в структуре всех инфицированных, причем у детей преимущественно регистрируют легкие (42,5-51%) и среднетяжелые (38,7-39,6%) формы заболевания. В то же время дети остаются наименее изученной группой пациентов, в том числе и в аспекте отдаленных последствий COVID-19.

Цель исследования. Оценка состояния здоровья детей на основании изучения особенностей течения постковидного синдрома.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 180 детей ранее, перенесшие COVID-19, в возрасте от 6 месяцев до 12 лет. Всем детям был поставлен постковидный синдром, который был внесён в Международный классификатор болезней (МКБ-10), код рубрики U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное», включающее также постковидное состояние.

Основную группу составили 98 детей с постковидным синдромом - клинические проявления заболевания, длящиеся более 4-х недель с начала острого процесса болезни.

Контрольная группа – 48 детей, впервые поступившие в стационар с диагнозом внебольничная бронхопневмония. Ранее перенесенный COVID -19

подтверждался при помощи обнаружения антител к S-RBD SARS CoV-2 IgG ИФА-БЕСТ (Новосибирск) на COVID-19 (нейтрализующие S антитела). Титры антител к COVID-19 выше 1 ME/ml считали положительными. В контрольной группе титры антител не определялись вообще и были ниже 1 ME/ml.

Математическая обработка полученных данных проводилась методом вариационной статистики с вычислением средних арифметических значений (M), их стандартных ошибок (m), доверительных интервалов средних арифметических (σ) и доверительных различий по критерию t -критерию Стьюдента.

Результаты исследования показали, наиболее частыми симптомами в обеих группах были лихорадка, кашель, признаки интоксикации (миалгии, тошнота, слабость), боль в горле, заложенность носа, ринорея, симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (боли в животе, диарея, рвота). Статистически значимых различий в клиническом течении внебольничной бронхопневмонии неуточненной этиологии и бронхопневмонии как продолжения постковидного синдрома нами выявлено не было ($p > 0,05$).

В анамнезе обследованных детей всех возрастов имелись указания на перенесенные респираторные инфекции. Нами было установлено, что дети после COVID-19 статистически значимо чаще имели эпизоды ОРЗ, осложненные бронхопневмонией (более 6 раз) в течение года [79,5% ($n=78$) соответственно 41,6% ($n=20$) $p < 0,05$].

Таким образом, перенесенная новая коронавирусная инфекция у некоторых пациентов приводит к продолжительному ухудшению состояния здоровья, однако, имеющиеся данные по частоте и симптоматике постковидного синдрома у детей очень переменны. Наибольший интерес представляют особенности течения постковидного синдрома у пациентов, перенесших COVID-19 легкого течения, как самую распространенную форму этого заболевания у детей. В настоящее время актуальным является улучшить качество медицинской помощи детям, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, путем разработки и внедрения алгоритмов диспансерного наблюдения данной категории пациентов.

Список литературы:

1. Carvalho PR, Feldens L.et.al[Prevalence of systemic inflammatory syndromes at a tertiary pediatric intensive care unit].J Pediatr (Rio J).2005 Mar-Apr;81(2):143-8.
2. Chernyh U.R., Leplina O.J., Tikhonova M.A., Paltsev A.V., Ostanin A.B. Cytokinoviy balans v patogeneze sistemnogo vospalitelnogo otveta: novaya mishen immunoterapevticheskikh vozdeystviy pri lechenii sepsisa.(Cytokine balance in pathogenesis of systemic inflammatory answer: a new target ofimmunetherapeutic influences for sepsis treatment). Med.Immunology. 2001; 3(3): 415-429.
3. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan; 6(1):2-8.
- 4.Haglund U., Iwarson S., Lunberg D. Sepsis sirs mods. Gotthenburg, Sweden, Bogas. 1995; 1- 165.(Etiology and therapy)
5. Lin XJ, Li YL, Mei GP, Zou F, He DD, Liu XQ, Li YJ, Zhao TB,Lin MT. Activated protein c can be used as a prophylactic as well as a therapeutic agent for heat stroke in rodents. Shock. 2009 Mar 13.
- 6.Meduri G.U.// J. Chemotec.-1999.-Vol.11, №6.-P.541-550.
7. Murakami K, McGuire R, Cox RA, Jodoin JM, Bjertnaes LJ,Katahira J, et al. Heparin nebulization attenuates acute lunginjury in sepsis following smoke inhalation in sheep. Shock. 2002;18:236–41.
- 8.Michalek J, Svetlikova P et.al. Interleukin-6 gene variants and the risk of sepsis development in children. Hum Immunol. 2007 Sep;68(9):756-60. Epub 2007 Jul 16.
9. Rey C, Los Arcos M, Concha A, Medina A, Prieto S, Martinez P, Prieto B. Procalcitonin and C-reactive protein as markers of systemic inflammatory response syndrome severity in critically ill children. Intensive Care Med. 2007 Mar;33(3):477-84. Epub 2007 Jan 27.
10. Wolfler A, Silvani P, Musicco M, Antonelli M, Salvo I. Incidence of and mortality due to sepsis, severe sepsis and septic shock in Italian Pediatric Intensive Care Units: prospective national survey.Intensive Care Med. 2008 Sep;34(9):1690-7. Epub 2008 May 24.