

ПЕДИАТРИЯ PEDIATRICS

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕБЁНКА С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Махмутов Р.Ф.,
Пошехонова Ю.В.,
Лихобаба О.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный
медицинский университет
им. М. Горького» Минздрава России
(283003, г. Донецк, просп. Ильича, 16,
Донецкая Народная Республика)

Автор, ответственный за переписку:
Махмутов Равил Фаткулислямович,
e-mail: ravilclassic@yandex.com

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В последние годы современная медицина всё большее внимание уделяет качеству жизни пациента как в междисциплинарном подходе, так и при отдельных заболеваниях. Качество жизни не только является важной составляющей общего здоровья, но и позволяет клиницисту разрабатывать индивидуализированный подход к пациенту на основании общих критериев патологического состояния.

Цель работы. Оценить качество жизни ребёнка с постковидным синдромом.

Материал и методы. Изучали вегетативный тонус, уровень запоминания, устойчивость внимания и динамику работоспособности, эффективность работы и психической устойчивости, самооценку уровня тревожности. Оценку качества жизни проводили по собственной методике «Качество жизни детей с постковидным синдромом».

Результаты. У ребёнка с постковидным синдромом развились вегетативные, психоэмоциональные, когнитивные нарушения, которые создавали существенный дискомфорт в повседневной жизни и сохранялись в течение длительного периода. Вышеописанные нейровегетативные изменения носили функциональный характер, что позволяет надеяться на их обратимость. После проведённого лечения качество жизни подростка на основании оценивания по нашей методике имело удовлетворительную оценку, которая составляла 43 балла.

Заключение. Клинический случай характеризовался астено-невротическими расстройствами, вегетативными расстройствами, повышенной тревожностью, эмоциональной лабильностью, некоторыми нарушениями когнитивных функций, отрицательно влияющими на качество жизни пациента. Вышеописанное обуславливает возрастающую потребность дальнейшей разработки оценивания качества жизни детей с постковидным синдромом для формирования чётких персонализированных алгоритмов медицинской коррекции и реабилитации таких пациентов.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный синдром, качество жизни, дети

Статья поступила: 03.07.2023

Статья принята: 23.04.2024

Статья опубликована: 31.05.2024

Для цитирования: Махмутов Р.Ф., Пошехонова Ю.В., Лихобаба О.А. Качество жизни ребёнка с постковидным синдромом (клинический случай). *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(2): 183-190. doi: 10.29413/ABS.2024-9.2.18

QUALITY OF LIFE OF A CHILD WITH POST-COVID SYNDROME (CLINICAL CASE)

**Makhmutov R.F.,
Poshekhonova J.V.,
Likhobabina O.A.**

M. Gorky Donetsk State Medical University
(Ilyicha Ave. 16, Donetsk 283003,
Donetsk People's Republic)

Corresponding author:
Ravil F. Makhmutov,
e-mail: ravilclassic@yandex.com

ABSTRACT

Background. In recent years, modern medicine has been paying increasing attention to the patient's quality of life, both in an interdisciplinary approach and in individual diseases. Quality of life is not only an important component of overall health, but also allows the clinician to develop an individualized approach to the patient based on general criteria for the pathological condition.

The aim of the work. To assess the quality of life of a child with post-COVID syndrome.

Material and methods. We studied the tonus of autonomic nervous system, the level of memorization, attention span and performance distribution, work efficiency, mental stability, and self-assessment of the anxiety level. The quality of life was assessed using our own method "Quality of life of children with post-COVID syndrome". **Results.** A child with post-COVID syndrome developed vegetative, psycho-emotional, and cognitive disorders, which caused significant discomfort in everyday life and persisted for a long period. The neurovegetative changes described above were functional in nature, which allows us to hope for their reversibility. After the treatment, the teenager's quality of life, based on assessment using our methodology, had a satisfactory score (43 points).

Conclusion. The clinical case was characterized by asthenoneurotic disorders, autonomic disorders, increased anxiety, emotional lability, and some cognitive impairments that negatively affected the patient's quality of life. The above describes the growing need for further development of assessment of the quality of life of children with post-COVID syndrome in order to form clear personalized algorithms for medical correction and rehabilitation of such patients.

Key words: COVID-19, post-COVID syndrome, quality of life, children

Received: 03.07.2023
Accepted: 23.04.2024
Published: 31.05.2024

For citation: Makhmutov R.F., Poshekhonova J.V., Likhobabina O.A. Quality of life of a child with post-COVID syndrome (clinical case). *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(2): 183-190. doi: 10.29413/ABS.2024-9.2.18

Несмотря на то, что большинство детей и подростков переносят COVID-19 в лёгкой (бессимптомной) форме [1, 2], впоследствии (в срок свыше 12 недель) детские специалисты сталкиваются с отдалёнными проявлениями в виде постковидного синдрома (ПКС) – комплекса сохраняющихся симптомов (поражение многих систем организма, среди которых на первый план выходят изменения психоэмоциональной сферы, астенический синдром и когнитивные расстройства) [3–6]. При этом определённые затруднения в тактике ведения подобных пациентов вызывает факт недостаточности точного определения и критериев диагностики ПКС, т. е. по сути данное состояние рассматривается в качестве «диагноза исключения» [2, 7].

Клиническая картина с многообразием симптоматики (широкая вариативность лабораторных и инструментальных изменений) при ПКС позволяет утверждать, что патогномоничные критерии данного состояния пока не установлены. Характер патологических изменений, а иногда и их отсутствие, не может в полной мере объяснить длительную персистенцию астенического, вегетативного синдромов, когнитивной дисфункции и других мультисистемных жалоб ребёнка [4, 5].

В исследованиях разных авторов предпринимаются попытки оценивать качество жизни (КЖ) детей, перенёвших COVID-19 [3, 5]. Разработанные клинические протоколы, посвящённые COVID-19 у детей, содержат необходимую детским специалистам общую информацию по заболеванию в целом, но далеко не всегда рутинные клинические, лабораторные и инструментальные исследования позволяют определить тактику ведения конкретного ребёнка с ПКС, поскольку не учитывают субъективные ощущения самого пациента [8–12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить качество жизни ребёнка с постковидным синдромом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Диагноз первичной формы COVID-19 инфекции устанавливался на основании анамнестических данных, вы-

писки из истории болезни, результатов клинических, лабораторных, инструментальных исследований, консультативных заключений узких специалистов (врача-педиатра, врача-инфекциониста, врача аллерголога-иммунолога, врача-невролога) и в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

Исходный вегетативный тонус изучали по методике А.М. Вейна в модификации Н.А. Белоконов [13]. Поскольку COVID-19 вызывает ухудшение гибкости мышления, темпов познавательной деятельности и непосредственного воспроизведения слов, недостаточность управляющей функции [2, 5], дополнительно проводили несколько психологических тестов по общепринятым методикам. Уровень запоминания изучали по методике А.Р. Лурия, устойчивость внимания и динамики работоспособности – по «Таблицам Шульте», вычисление эффективности работы, степени вработываемости и психической устойчивости выполняли по методике А.Ю. Козыревой [14]. Использовали в работе шкалу самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина [15]. Исследование личности по М. Люшеру проводили с использованием проективной методики на основании субъективного предпочтения цветовых стимулов (стандартных 8 цветных квадратов) [16]. Оценку результатов эмоционального состояния проводили по нашей методике: 4 балла (в начале ряда – синий, жёлтый, фиолетовый цвета, в конце – чёрный, серый, коричневый) – благоприятное эмоциональное состояние; 3 балла (допускаются красный и зелёный цвета на первых позициях; смещение серого и коричневого в середину ряда) – удовлетворительное эмоциональное состояние; 2 балла (смещение чёрного в середину ряда; синий, жёлтый, фиолетовый – на последних позициях) – неудовлетворительное эмоциональное состояние ребёнка, требуется помощь психолога, педагога; 1 балл (чёрный и серый в начале ряда; ребёнок отказывается от выполнения) – ребёнок находится в кризисном состоянии, требуется помощь специалистов (психолога, психотерапевта).

Оценку качества жизни при постковидном синдроме проводили по нашей методике [5, 17], в соответствии со шкалой (табл. 1).

Согласно данным таблицы 1, начинают анализ с оценки жизнеугрожающих симптомов (вопросы 1.1–1.4, 2.1–2.4, 4, 5.1–5.2, 6). Баллы за эти симптомы умно-

ТАБЛИЦА 1
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ОПРОСНИК «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ»

Вопросы	Баллы			
	0	1	2	3
1. Мешает ли тебе жить головная боль? (укажи её локализацию):				
1.1. Височные области				
1.2. Затылочная область				
1.3. Теменная область				
1.4. Лобная область				

TABLE 1
SPECIAL QUESTIONNAIRE “QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH POST-COVID SYNDROME”

ТАБЛИЦА 1 (продолжение)

TABLE 1 (continued)

Вопросы	Баллы			
	0	1	2	3
2. Когда возникает головная боль?				
2.1. После физической нагрузки				
2.2. После умственной нагрузки, уроков				
2.3. После пребывания в душном помещении, транспорте				
2.4. При перемене погоды				
3. Беспокоят ли тебя головокружения?				
4. Чувствуешь ли ты перебои в работе сердца?				
5. Возникает ли у тебя боль в области сердца? Если да, то какого характера?				
5.1. Колющая				
5.2. Давящая				
6. Беспокоят ли тебя боль или стеснение в груди?				
7. Чувствуешь ли ты ежедневное повышение температуры?				
8. Беспокоят ли тебя боли в мышцах и/или суставах?				
9. Беспокоят ли тебя изменения обоняния и вкуса?				
10. Беспокоят ли тебя боль в животе, нарушения стула, потеря аппетита?				
11. Беспокоит ли тебя ухудшение (нарушение) сна?				
12. Беспокоит ли тебя быстрая утомляемость, общая слабость?				
13. Возникает ли у тебя одышка во время физической нагрузки?				
14. Чувствуешь ли ты себя сильным(ой)?				
15. Возникает ли у тебя плохое настроение?				
16. Тяжело ли тебе выполнять физические нагрузки?				
17. Тяжело ли тебе сосредоточиться на выполнении уроков?				
18. Бывают у тебя раздражительность, злость, обида?				
19. Стало ли тебе трудно запоминать учебный материал?				

Примечание. 0 – никогда; 1 – иногда; 2 – часто; 3 – постоянно.

жают на 2, затем их суммируют и в соответствии со шкалой оценивают КЖ у детей с ПКС (табл. 2).

Согласно данным таблицы 2, при значении показателя КЖ ребёнка с ПКС до 15 баллов качество жизни оценивается как «отличное», при значении показателя в пределах 16–29 баллов – как «хорошее», при значении показателя в пределах 30–45 баллов – как «удовлетворительное», при значении показателя более 46 баллов – как «неудовлетворительное».

Специальный опросник «Качество жизни детей с постковидным синдромом» рассчитан на детей в возрасте от 12 до 18 лет, поскольку именно в этом возрасте дети могут описать свои субъективные ощущения и пройти психологические тесты.

Родители пациента, как и сам ребенок, были информированы о цели исследования, диагностических про-

ТАБЛИЦА 2

ШКАЛА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУММЫ БАЛЛОВ

TABLE 2

THE SCALE OF ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH POST-COVID SYNDROME DEPENDING ON THE TOTAL POINTS

Интервал	Баллы	Оценка КЖ
1	0–15	Отличное
2	16–29	Хорошее
3	30–45	Удовлетворительное
4	> 46	Неудовлетворительное

цедурах и дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка П., 13 лет, поступила в неврологическое отделение ГБУ «Городская детская клиническая больница № 5 г. Донецка» Министерства здравоохранения ДНР с жалобами на ежедневные постоянные цефалгии в лобно-височной области, возникающие после умственной нагрузки (24 балла), не купируемые приёмом анальгетиков; постоянную усталость (6 баллов); постоянное чувство тревоги (2 балла); раздражительность, плаксивость, эмоциональную лабильность (2 балла); снижение настроения (2 балла); приступообразные состояния в виде чувства страха (2 балла); со слов девочки, «вся трясётся, подкашиваются ноги»; головокружения (2 балла); снижение физической выносливости (2 балла); периодический субфебрилитет (2 балла); боли в поясничной области (2 балла); периодические сердцебиения (1 балл). Вышеописанные жалобы оказывали влияние на КЖ подростка, в том числе сделали невозможным продолжение занятий танцами, что, в соответствии с опросником «Качество жизни детей с постковидным синдромом», подтверждалось неудовлетворительной степенью КЖ (47 баллов).

Анамнез заболевания. Девочка указывает на возникновение вышеперечисленных жалоб, исключая боли в поясничной области, через 1,5 месяца после перенесённой в феврале 2022 г. COVID-19 (лабораторное подтверждение, лечение в амбулаторных условиях).

Анамнез жизни. Ребёнок рождён от 4-й беременности в сроке 39–40 недель, протекавшей на фоне обострения у матери хронического гломерулонефрита и анемии лёгкой степени, первых срочных нормальных родов, с массой тела 3480,0 г, длиной тела 50 см, оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. На искусственном вскармливании с первых дней жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Вакцинирована в соответствии с календарём прививок. Перенесённые заболевания: острые респираторные инфекции, ветряная оспа. С 2022 г. состоит на диспансерном учёте у кардиолога по поводу диспластической кардиопатии, пролапса митрального клапана I степени, синусовой тахикардии; у ортопеда – по поводу сколиоза грудопоясничного отдела I степени, аномалии S₁₋₂, вертеброгенного болевого синдрома. До заболевания COVID-19 инфекцией занималась танцами.

Эпидемиологический анамнез. Туберкулёз, ВИЧ, венерические заболевания в семье отрицают. Дисфункции кишечника, контакта с больными COVID-19 не было. За пределы ДНР в течение последних трёх недель не выезжала.

Объективное обследование на момент поступления. Температура тела – 36,6 °C; частота дыхательных движений – 16/мин; частота сердечных сокращений – 96/мин; диастолическое артериальное давление (АД) – 120/70 мм рт. ст., систолическое АД – 110/70 мм рт. ст.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Физическое развитие (рост – 166 см, вес – 52 кг,

окружность грудной клетки – 84 см) выше среднего гармоничное, индекс массы тела Кетле в норме. Телосложение астеническое, S-образный сколиоз. Кожные покровы чистые, розовые. Волосы, ногти не изменены. Видимые слизистые розовые, чистые, язык обложен белым налётом. Развитие подкожно-жировой клетчатки нормальное, мышечной системы – хорошее. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфатические узлы в пределах возрастной нормы. Щитовидная железа в пределах возрастной нормы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание. Перкуторно – границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно – тоны сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке и в 5-й точке, без иррадиации, периодически появляется дополнительный митральный щелчок. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка в пределах возрастной нормы. Физиологические отправления в норме.

Объективное неврологическое обследование. Интеллект соответствует возрасту. Эмоционально лабильна. Глазные щели S > D, зрачки равны. Слабость конвергенции. Движения глазных яблок в полном объёме. Язык по средней линии. Мягкое нёбо симметрично подвижно. Мышечный тонус с тенденцией к пониженному. Сухожильные рефлексы с рук D = S живые; коленные рефлексы живые, равны; ахилловы рефлексы равны, живые. Умеренно выраженный гипермобильный суставной синдром. Брюшные рефлексы вызываются. Нарушения чувствительности не выявлено. Статика и координация не нарушены.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни и данных объективного обследования выставлен предварительный диагноз: Астеноневротический синдром с паническими атаками. S-образный сколиоз грудно-поясничного отдела I степени. Юношеский остеохондроз. Диспластическая кардиопатия. Постковидный синдром?

Для верификации диагноза проведены дополнительные исследования.

Клинический анализ крови. Лейкоциты – $7,03 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты – $3,14 \times 10^9/\text{л}$; содержание средних клеток – $0,63 \times 10^9/\text{л}$; гранулоциты – $3,26 \times 10^9/\text{л}$; относительное содержание лимфоцитов – 44,54 %; относительное содержание средних клеток – 8,97 %; относительное содержание гранулоцитов – 46,49 %; гемоглобин – 135 г/л; эритроциты – $4,53 \times 10^{12}/\text{л}$; гематокрит – 39,9 %; средний объём эритроцита – 88,12 фл; среднее содержание гемоглобина в эритроците – 29,82 пг; средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 338,36 г/л; ширина распределения эритроцитов – 18,06 %; ширина распределения эритроцитов (стандартное отклонение) – 47,82 фл; тромбоциты – $211 \times 10^9/\text{л}$; средний объём эритроцита – 7,48 фл; относительная ширина распределения тромбоцитов по объёму – 19,08 %; тромбоциты – 0,16 %; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 4 %, сегментоядерные нейтрофилы – 44 %, лимфоциты – 42 %, моноциты – 8 %, базофилы – 0 %; скорость оседания эритроцитов – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи. Количество – 40 мл; цвет – соломенный, прозрачная; pH – нейтральный; белок – нет; глюкоза – нет; кетоновые тела – нет; билирубин – нет; уробилиноген – нет; эритроциты – 0 в поле зрения (п/зр.); лейкоциты – 3–4 в п/зр.; эпителий плоский – 8–10 в п/зр.; цилиндры – нет; слизь – нет; соли – нет; бактерии – нет.

Биохимический анализ крови. Билирубин общий – 17,4 мкмоль/л; билирубин непрямо – 4,0 мкмоль/л; аспаратаминотрансфераза – 10,9 ед/л; аланинаминотрансфераза – 14,8 ед/л; лактатдегидрогеназа – 148,88 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; холестерин – 4,4 ммоль/л; α -амилаза – 53,3 ед/л; креатинин – 78,0 ммоль/л; мочевины – 3,8 ммоль/л; общий белок – 63,6 г/л; Ca – 2,0 ммоль/л; Na – 137,9 ммоль/л; K – 5,3 ммоль/л.

Биохимический анализ крови на острофазовые показатели. С-реактивный белок – нет; ревмофактор – отрицательный; антистрептолизин О – нет; прокальцитонин – 0,04 нг/мл; ферритин – 13,42 нг/мл; интерлейкин 6 – 3,09 нг/мл.

Коагулограмма. D-димер – 56,5 нг/мл; фибриноген – 3,2 г/л; протромбиновое время – 12,4 с; активированное частичное тромбопластиновое время – 37,4 с; международное нормализованное отношение – 1,17.

Исследование гормонов щитовидной железы. T4 свободный – 18,85 пмоль/л; тиреотропный гормон – 1,29 мкМЕ/мл; антитела к пероксидазе < 4 МЕ/мл.

Анализ методом полимеразной цепной реакции на COVID-19: отрицательный результат.

SARS-CoV-2 антитела IgG количественные к RBD-домену S-белка – 86,0 BAU/мл, что свидетельствовало о низкой вируснейтрализующей активности.

Электрокардиография: вариант возрастной нормы.

Эхокардиография: пролапс митрального клапана I степени; регургитация I степени. Полости сердца не расширены, миокард не утолщён, сократительная способность удовлетворительная.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов брюшной полости: нормальная эхокартина.

УЗИ щитовидной железы: нормальная эхокартина.

Электроэнцефалография: базовая биоэлектрическая активность соответствует возрастному варианту нормы.

Транскраниальное дуплексное сканирование сосудов основания мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи. Артерии основания мозга, полученные в местах анатомических ориентиров, проходимы. Цветовые картограммы потоков артерий обычного калибра. Окрашивание картограмм артерий однородное. Кровоток по правой средней мозговой артерии, левой передней мозговой артерии, задней мозговой артерии, позвоночной артерии, общей артерии симметричен по скоростным характеристикам, укладывается в диапазон скоростной нормы. Венозный отток из полости черепа без затруднений. Эхографических признаков гемодинамически значимых изменений магистральных артерий шеи не выявлено.

Таким образом, дополнительное лабораторное и инструментальное обследование не выявило изменений, которые могли бы объяснить наличие вышеописанных

жалоб (упорные цефалгии, изменения психоэмоционального статуса в виде высокой тревожности и эмоциональной лабильности, общей астении).

Исходный вегетативный тонус, исследованный по методике А.М. Вейна (в модификации Н.А. Белоконов), характеризовался симпатикотонией (8 баллов при норме менее 4 баллов) и ваготонией (11 баллов при норме менее 2 баллов) с преобладанием последней на фоне гиперсимпатикотонического показателя индекса Кердо (+11 при норме 0). Вегетативная обеспеченность, исследованная методом клиноортостатической пробы, имела асимпатикотонический вариант. Таким образом, у ребёнка наблюдался смешанный вариант вегетативной дисрегуляции с ваготонической направленностью.

Дополнительно девочке было предложено пройти несколько психологических тестов по общепринятым методикам. Способность запоминания по методике А.Р. Лурия была на высоком уровне (4 балла: запомнила 9 слов после 5-го предъявления, 8 слов – при отсроченном воспроизведении), тогда как при изучении устойчивости внимания и динамики работоспособности по таблице Шульте выявлено снижение эффективности работы (4 балла) и психической устойчивости внимания (1,2) с увеличением времени для подготовки к выполнению заданий. Результаты в исследовании шкалы самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина показали высокие уровни личностной (46 баллов) и ситуативной (45 баллов) тревожности. Эмоциональное состояние подростка по результатам цветового теста Люшера также было неудовлетворительным при первом и при втором выборе (1 балл).

Таким образом, у ребёнка, вероятно, после перенесённой COVID-19 инфекции, развились вегетативные, психоэмоциональные и некоторые когнитивные нарушения, придававшие существенный дискомфорт повседневной жизни и сохранявшиеся на протяжении значительного времени. Возможно, вышеописанные нейровегетативные изменения носят преимущественно функциональный характер, что позволяет надеяться на их обратимость.

В отделении ребёнку было назначено следующее лечение: режим общий; диета № 15; медикаментозная терапия, включающая атаракс по 25 мг 2 раза в день, цитофлавин по 1 таблетке 2 раза в день; физиотерапия, включающая массаж спины № 10, скат паравертебрально № 10, электросон № 10. На фоне проведённого лечения наблюдалась положительная динамика в виде снижения частоты и интенсивности головных болей (22 балла), улучшения настроения (1 балл), повышения субъективного ощущения физической выносливости (1 балл), снижения показателей АД. Повторно проведённые психологические тесты показали некоторую положительную динамику в виде снижения уровня личностной тревожности с высокого (46 баллов) до умеренного (41 балл) и тенденции эмоционального состояния к удовлетворительному по результатам цветового теста Люшера (2 балла при первом выборе и 1 балл – при втором). Также была отмечена тенденция к улучшению КЖ, которая, по результатам повторного исследования спе-

циального опросника «Качество жизни детей с постковидным синдромом», была удовлетворительной и составляла 43 балла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай характеризовался астено-невротическими и вегетативными расстройствами в виде вегетативной дисфункции, повышенной тревожности и эмоциональной лабильности, некоторых нарушений когнитивных функций при отсутствии патологических изменений в дополнительных (лабораторных и инструментальных) исследованиях, отрицательно влияющих на КЖ этого пациента. Следовательно, оценка КЖ у детей с ПКС позволяет индивидуализировать подход к лечебным, профилактическим и реабилитационным мероприятиям после перенесённой COVID-19 инфекции в каждом конкретном случае, особенно при отсутствии патологических результатов дополнительных исследований, позволяющих объяснить клинические проявления ПКС. Последнее обуславливает возрастающую потребность дальнейшей разработки оценивания КЖ детей с ПКС для формирования чётких персонализированных алгоритмов медицинской коррекции и реабилитации.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Баймухамбетова Д.В., Горина А.О., Румянцев М.А., Шихалева А.А., Эль-Тарави Я.А., Бондаренко Е.Д., и др. Постковидное состояние у взрослых и детей. *Пульмонология*. 2021; 31(5): 562-570. [Baimukhambetova DV, Gorina AO, Rummyantsev MA, Shikhaleva AA, El-Taravi YaA, Bondarenko ED, et al. Post-COVID condition in adults and children. *Pulmonologiya*. 2021; 31(5): 562-570. (In Russ.)]. doi: 10.18093/0869-0189-2021-31-5-562-570
2. Балыкова Л.А., Ширманкина М.В., Владимиров Д.О., Науменко Е.И., Самошкина Е.С., Чернышова Р.А. Постковидный синдром у детей и подростков: обзор литературы и описание клинического наблюдения. *РМЖ. Мать и дитя*. 2022; 5(4): 366-372. [Balykova LA, Shirmankina MV, Vladimirov DO, Naumenko EI, Samoshkina ES, Chernyshova RA. Post-COVID syndrome in children and adolescents: A literature review and clinical case. *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2022; 5(4): 366-372. (In Russ.)]. doi: 10.32364/2618-8430-2022-5-4-366-372
3. Исаева Е.П., Зайцева О.В., Локшина Э.Э., Муртазаева О.А., Зайцева С.В., Сирота Н.А., и др. Качество жизни детей после перенесенной новой коронавирусной инфекции. *Медицинский совет*. 2023; (1): 198-204. [Isaeva EP, Zaytseva OV, Lokshina EE, Murtazaeva OA, Zaytseva SV, Sirota NA, et al. Quality of life in children after a new coronavirus infection. *Medical Council*. 2023; (1): 198-204. (In Russ.)]. doi: 10.21518/ms2022-013
4. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19),

у детей, версия 2: клинические рекомендации. М.; 2020. [Features of clinical manifestations and treatment of the disease caused by the new coronavirus infection (COVID-19) in children, version 2: Clinical guidelines. Moscow; 2020. (In Russ.)]. doi: 10.15690/pf.v17i3.2123

5. Пошехонова Ю.В., Лихобабина О.А., Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И. Некоторые нейровегетативные проявления постковидного синдрома у детей (клинический случай). *Медико-социальные проблемы семьи*. 2023; 28(1): 104-108. [Poshekhonova JuV, Likhobabina OA, Makhmutov RF, Bobrovitskaya AI. Some neurovegetative manifestations of post-COVID syndrome in children (clinical case). *Medical and Social Problems of Family*. 2023; 28(1): 104-108. (In Russ.)].

6. Воробьев П.А. Рекомендации по ведению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в острой фазе и при постковидном синдроме в амбулаторных условиях. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021; (7-8): 3-96. [Vorobyov PA. Recommendations for the management of patients with coronavirus infection COVID-19 in the acute phase and post-COVID syndrome in an outpatient setting. *Health Care Standardization Problems*. 2021; (7-8): 3-96. (In Russ.)]. doi: 10.26347/1607-2502202107-08003-096

7. Серебрякова Е.Н., Жмаева Л.И. К вопросу о постковидном синдроме у детей и подростков: подходы к терминологии, патогенезу, клинике, диагностике и лечению. *Антибиотики и химиотерапия*. 2022; 67(11-12): 51-55. [Serebryakova EN, Zhmaeva LI. The issue of post-COVID syndrome in children and adolescents: Approaches to terminology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *Antibiotics and Chemotherapy*. 2022; 67(11-12): 51-55. (In Russ.)]. doi: 10.37489/0235-2990-2022-67-11-12-51-55

8. Соколовская Т.А. Постковидный синдром у детей: аналитический обзор. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022; 68(6). [Sokolovskaya TA. Post-COVID syndrome in children: An analytical review. *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia*. 2022; 68(6). (In Russ.)]. URL: <https://vestnik.mednet.ru/content/view/1430/30/lang.ru> [дата доступа: 15.05.2023]. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-6-2

9. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8: 416-427. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5

10. Miners S, Kehoe PG, Love S. Cognitive impact of COVID-19: Looking beyond the short term. *Alzheimers Res Ther*. 2020; 12(1): 170. doi: 10.1186/s13195-020-00744-w

11. Gao Y, Li T, Han M, Li X, Wu D, Xu Y, et al. Diagnostic utility of clinical laboratory data determinations for patients with the severe COVID-19. *J Med Virol*. 2020; 92(7): 791-796. doi: 10.1002/jmv.25770

12. Sorayaa GV, Ulhaq ZS. Crucial laboratory parameters in COVID-19 diagnosis and prognosis: An updated metaanalysis. *Med Clin (Barc)*. 2020; 155(4): 143-151. doi: 10.1016/j.medcli.2020.05.017

13. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. *Болезни сердца и сосудов у детей: руководство для врачей*; в 2 томах. М.: Медицина; 1987; 1. [Belokon NA, Kuberger MB. *Heart and vascular diseases in children: A guide for physicians*; in 2 volumes. Moscow: Meditsina; 1987; 1. (In Russ.)].

14. Методика «Таблицы Шульте». *Альманах психологических тестов*. М.; 1995: 112-116. [“Schulte tables” methodology. *Almanac of Psychological Tests*. Moscow; 1995: 112-116. (In Russ.)].
15. Прохоров О.А. (ред.). *Практикум по психологии состояний*. СПб.: Речь; 2004. [Prokhorov OA (ed.). *Workshop on the psychology of states*. Saint Petersburg: Rech; 2004. (In Russ.)].
16. Люшер М. *Цветовой тест Люшера*; пер. с англ. А. Нионовой. М.; СПб.: АСТ, Сова; 2005. [Luscher M. *Luscher color test*. Moscow; Saint Petersburg: AST; Sova; 2005. (In Russ.)]
17. Махмутов Р.Ф., Пошехонова Ю.В., Лихобабина О.А., Бобровицкая А.И. *Способ комплексной оценки качества жизни детей с постковидным синдромом*: Авторское свидетельство № 6632 Рос. Федерация; заявитель ГОО ВПО «ДОННМУ им. М. Горького». Оpubл. 25.05.2023. [Makhmutov RF, Poshekhonova YuV, Likhobabina OA, Bobrovitskaya AI. *A method for a comprehensive assessment of the quality of life of children with post-COVID syndrome*: Inventor's certificate No. 6632 of the Russian Federation. 2023. (In Russ.)].

Сведения об авторах

Махмутов Равил Фаткулислямович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры педиатрии № 2, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, e-mail: ravilclassic@yandex.com, <https://orcid.org/0000-0002-4562-7515>

Пошехонова Юлия Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры пропедевтики педиатрии, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, e-mail: ravilclassic@yandex.com, <https://orcid.org/0000-0002-4582-9715>

Лихобабина Ольга Александровна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, e-mail: ravilclassic@yandex.com, <https://orcid.org/0009-0006-6135-7291>

Information about the authors

Ravil F. Makhmutov – Dr. Sc. (Med.), Professor at the Department of Pediatrics No. 2, M. Gorky Donetsk State Medical University, e-mail: ravilclassic@yandex.com, <https://orcid.org/0000-0002-4562-7515>

Juliya V. Poshekhonova – Cand. Sc. (Med.), Docent, Associate Professor at the Department Pediatric Propaedeutics, M. Gorky Donetsk State Medical University, e-mail: ravilclassic@yandex.com, <https://orcid.org/0000-0002-4582-9715>

Olga A. Likhobabina – Cand. Sc.(Med.), Docent, Associate Professor at the Department of Public Health, Healthcare and Healthcare Economics, M. Gorky Donetsk State Medical University, e-mail: ravilclassic@yandex.com, <https://orcid.org/0009-0006-6135-7291>