

УДК 616.98:582.281.21-06:616.98:578.834COVID-19
DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5593302>

А. І. Савчук^{1,2}, В. Ю. Ільїна-Стогнієнко¹, В. Р. Гайдей¹, М. В. Пилипюк³,
Т. В. Бандаш³, Л. К. Бошкова³, О. В. Проніна³

ВИПАДОК МУКОРМИКОЗУ ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА У ПАЦІЄНТКИ З ІНФЕКЦІЄЮ COVID-19

¹Одеський національний медичний університет;

²Одеська міська клінічна інфекційна лікарня;

³Одеська міська клінічна лікарня № 11

Савчук А. І. ORCID 0000-0002-9759- 2916

Гайдей В. Р. ORCID 0000-0003-0730- 2936

Проніна О. В. ORCID 0000-0002-5911-2608

Бошкова Л. К. ORCID 0000-0001-6688 -8215

Ільїна-Стогнієнко В. Ю. ORCID 0000-0002-0564- 9621

Пилипюк М. В. ORCID 0000-0002-1264-8635

Бандаш Т. В. ORCID 0000-0003-221-6250

Summary. Savchuk A. I., Ilyina-Stohnienko V. Y., Gaidey V. R., Pylypyuk M. V., Bandash T. V., Boshkova L. K., Pronina O. V. **A CASE OF MUCORMYCOSIS OF THE PARANASAL SINUSES IN A PATIENT WITH COVID-19 INFECTION.** - *Odessa National Medical University; Odessa City Clinical Infectious Diseases Hospital; Odessa City Clinical Hospital № 11; e-mail:* A clinical case of COVID-19 infection complicated by the development of mucormycosis of the paranasal sinuses in a patient with concomitant chronic pathology (hypertension, diabetes, obesity, coronary heart disease) was described. The use of tocilizumab in therapy and a long course of dexamethasone led to a decrease in immunity against the background of metabolic disorders that existed in the patient before the disease. These factors contributed to the accession of generalized bacterial-fungal infection with lesions of the paranasal sinuses and subsequent generalization with sepsis. Prolonged therapy with broad-spectrum antibiotics and antifungal drugs, surgery to rehabilitate the primary focus were ineffective.

Key words: COVID-19 infection, mucormycosis.

Реферат. Савчук А. І., Ільїна-Стогнієнко В. Ю., Гайдей В. Р., Пилипюк М. В., Бандаш Т. В., Бошкова Л. К., Проніна О. В. **СЛУЧАЙ МУКОРМИКОЗА ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА У ПАЦИЕНТКИ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19.** Приведено описание клинического случая инфекции COVID-19, осложнившейся развитием мукормикоза придаточных пазух носа у пациентки на фоне сопутствующей хронической патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, ишемическая болезнь сердца). Использование в терапии тоцилизумаба и длительный курс дексаметазона привели к снижению иммунитета на фоне нарушения обмена веществ, который существовал у пациентки до болезни. Эти факторы способствовали присоединению генерализованной бактериально-грибковой инфекции с поражением придаточных пазух и последующей генерализацией с выходом в сепсис.

Длительная терапия антибиотиками широкого спектра действия и противогрибковыми препаратами, оперативное вмешательство с целью санации первичного очага были неэффективными.

Ключевые слова: инфекция COVID-19, мукоормикоз.

Реферат. Савчук А. І., Ільїна-Стогнієнко В. Ю., Гайдей В. Р., Пилипюк М. В., Бандаш Т. В., Бошкова Л. К., Проніна О. В. **ВИПАДОК МУКОРМІКОЗУ ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ НОСА У ПАЦІЄНТКИ З ІНФЕКЦІЄЮ COVID-19.** Наведений опис клінічного випадку інфекції COVID-19, що ускладнилася розвитком мукоормікозу придаткових пазух носа у пацієнтки на тлі супутньої хронічної патології (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, ішемічна хвороба серця). Використання в терапії тоцілізумабу і тривалий курс дексаметазону привели до зниження імунітету на тлі порушення обміну речовин, яке існувало у пацієнтки до хвороби. Ці фактори сприяли приєднанню генералізованої бактеріально-грибкової інфекції з ураженням придаткових пазух і подальшою генералізацією з вихідом в сепсис. Тривала терапія антибіотиками широкого спектра дії і протигрибковими препаратами, оперативне втручання з метою санации первинного вогнища були неефективними.

Ключові слова: інфекція COVID-19, мукоормікоз.

Мукоормікоз - мікоз, що викликається нижчими грибами мукоорміцетами. Збудники мукоормікозу широко поширені в навколишньому середовищі: в ґрунті, харчових продуктах і відходах, схильних до гниття. До захворювання на мукоормікоз привертають увагу імуносупресивні стани внаслідок тривалого застосування глюкокортикоїдів і імунодепресантів [3]; у онкогематологічних хворих він посідає 3-є місце серед інвазивних мікозів після кандидозу і аспергилезу [2, 8]. Найчастіше вражаються додаткові пазухи носа, легені, шкіра і слизова. Можливо також розвиток дисемінованого процесу [8]. Летальність при генералізованому процесі може досягати 70-95% [2, 8].

Одним з патогенетичних механізмів ураження легень при COVID-19 є активація імунної системи з масованим викидом інтерлейкіну-6, так званий «цитокіновий шторм». Для купірування цього стану в практиці широко використовують глюкокортикоїди (дексаметазон, преднізолон, метилпреднізолон) і терапію моноклональними антитілами, що призводить до глибокої і тривалої імуносупресії. В зв'язку з цим підвищується ризик розвитку сепсису і грибкових уражень внутрішніх органів.

У літературних джерелах описуються численні випадки мукоормікозу у хворих з COVID-19 в Індії [5], викликаних штамом вірусу з подвійною мутацією S-білка. Захворювання відрізняється високою контагіозністю і більш агресивним перебігом зі швидким розвитком дихальної недостатності, в порівнянні з інфекцією, викликаною "Уханьским" штамом. Особливою вагою відрізняється перебіг захворювання у хворих на цукровий діабет. У літературі описані поодинокі випадки мукоормікозу у пацієнтів з інфекцією COVID-19 [4-7].

Наводимо опис клінічного випадку інфекції COVID-19, що ускладнилася розвитком мукоормікозу.

Хвора Ш., 1949 року народження, 07.04.2021 року госпіталізована у 10 відділення Одеської міської клінічної інфекційної лікарні.

Пацієнтка Ш., 1949 року народження (історія хвороби № 1972), надійшла в 10-е відділення Одеської міської клінічної інфекційної лікарні 07.04. 2021 року зі скаргами на загальну слабкість, кашель, лихоманку, відчуття браку повітря.

Захворіла 03.04.2021 року, коли підвищилася температура до 38°C, з'явилася слабкість, біль в суглобах і м'язах. Спостерігалася сімейним лікарем, приймала жарознижуючі. 07.04.2021 року з'явилася задишка при фізичному навантаженні, в зв'язку з чим була проведена комп'ютерна томографія органів грудної клітини, узятий назофарінгеальний мазок для дослідження на COVID-19 методом ПЛР. На отриманих томограмах у всіх відділах обох легень визначалися вогнища ущільнення по типу "листового скла". Обсяг ураження становив 70%. У назофарінгеальному мазку виявлена

РНК коронавірусу SARS-Cov-2 (збудника COVID-19).

З анамнезу відомо, що хвора страждає на ІХС, гіпертонічну хворобу II ступеня, має ожиріння III ступеня.

Стан на момент надходження розцінювалося як важкий за рахунок дихальної недостатності. Відзначалася задишка при фізичному навантаженні до 22-24 в 1 хвилину, температура 37,8°C, сатурація 96% без кисневої підтримки. Шкірні покриви і видимі слизові рожеві, без ціанозу. Аускультативно в легенях вислухувалось жорстке дихання, різко ослаблене нижче кута лопатки з обох сторін. На тлі ослабленого дихання визначалася крепітація.

Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, пульс слабкого наповнення, АТ 120/80 мм. рт. ст. Живіт м'який, безболісний, симптомів подразнення очеревини немає.

Обстежена: загальний аналіз крові, в якому відзначався помірний паличкоядерних зрушення вліво і прискорена ШОЕ. Гострофазові показники запалення підвищені, глюкоза 7,5 ммоль/л; сечовина 9.2 ммоль/л; креатинін 99 ммоль/л; помірно виражений цитолітичний синдром (АЛТ - 1,5 ммоль/л).

На ЕКГ (08.04., 13.04., 23.04., 27.04., 03.05.) – синусовий ритм, дифузні зміни міокарда, уповільнення процесів реполяризації міокарда. Кардіосклероз. Гіпертрофія лівого шлуночка. Порушення внутрішньосерцевої провідності. В динаміці відзначалися високі показники глюкози крові до 14,2 ммоль/л, хоча, зі слів пацієнтки, до захворювання вона не страждала на цукровий діабет.

Діагноз: ГРЗ COVID-19, викликане вірусом SARS-Cov-2 (ПЛР +), важкий перебіг. Двостороння полісегментарна пневмонія, ДН.

Згідно з Протоколом «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого Наказом МОЗ України № 762 від 02.04.2020 року, проводилася антибактеріальна, дезінтоксикаційна, антикоагулянтна, протизапальна терапія дексаметазоном з розрахунку 0,5 мг / кг / сут.

Незважаючи на проведене лікування, стан пацієнтки початок прогресивно погіршуватися: наростала дихальна недостатність, почала прогресивно знижуватися сатурація і 13.04.2021 хвора була переведена на кисневу подушку, введено 200 мг тоцілізумабу. Стан хворої стабілізувався, перебувала на кисневому потоці 10 L/хв. Однак 16.04.2021 пацієнтка почала скаржитися на головний біль і зниження гостроти слуху. 18.04.2021 з'явилася асиметрія обличчя: згладження носо-губної складки зліва і опущення кута рота зліва. 19.04.2021 і 21.04.2021 хвора була оглянута невропатологом, який поставив діагноз: Дисциркуляторна енцефалопатія II з ліквородинамічними порушеннями.

Надалі відзначалося підвищення сатурації, і з 23.04. 2021 хвора була переведена на самостійне дихання. З 24.04.2021 з'явився птоз лівого повіку, потім приєднався екзофтальм. Повторно оглянута невропатологом, діагностований вторинний неврит лицьового нерва. Також пацієнтка повторно оглядалася офтальмологом і отоларингологом. Проводилася судинна терапія препаратами L-лізину есцинат, цераксон, актовегін з незначною позитивною динамікою. Також призначались наступні препарати:

- per os: брілінта (90 мг*2 р.), медформін (850 мг*2 р), ацекор кардіо 100 мг, парацетамол (0,5*3 р), нольпаза 40 мг, амброксол сироп (1*2 р);

- в/в: актемра 200 мг (13.04), L- лізін 5,0, ксілат 100,0, реосорбілакт 100,0, аскорбінова кислота 5% 5,0, інфулган 100,0, левофлоксацин (100,0*2 р), дексаметазон (4 мг/2 р), лінезолід (300,0*2 р), нейроцитін 100,0, осетрон 2,0, актовегін 6,0, нейроксон 100,0;

- в/м: вітаксон 2,0, ревомоксікам (1,5*1 р), цефтум (1,0*2 р);

- в/ш: фраксіпарін (0,3*2 р), клексан (0,4*2 р).

Киснева терапія.

На КТ придаткових пазух носа відзначалися явища пансинусита. Пацієнтка була виписана зі стаціонару на 40-й день (12.05.21 р.) з позитивною динамікою на санаторно-курортне лікування.

Діагноз: гостра респіраторна хвороба COVID-19, викликана вірусом SARS-CoV-2 (ПЛР РНК + позитивний), тяжкий перебіг. Двобічна полісегментарна пневмонія. Гострий не Q передньо поширений інфаркт міокарда від 20-23.04. ІХС, ДКС, ГХ 2 ст, II ст. Ризик 3. СН II Б. Вперше виявлений цукровий діабет II типу. Ожиріння II ступеня.

13.05-22.05.21 р. – санаторно-курортне лікування в санаторії «Сартус», м. Одеса.

22-05. – 27.05. 21 р. – госпіталізована в неврологічне відділення Одеської міської клінічної лікарні № 1 зі скаргами на слабкість у правих кінцівках.

Неврологічний статус при надходженні у відділення: свідомість загальмована, астенозована. Очні щілини D>S (ліва щілина повністю закрита, зіниці D=S, фото реакції зправа уповільнені, зліва – відсутні, екзофтальм зліва). Офтальмодинаміка зліва повністю відсутня. Злегка згладжена права носогубна складка. Язик по середній лінії, ковтання, фонація не порушені. Тригемінальні точки при пальпації безболісні. Сухожильні і періостальні рефлексії на верхніх кінцівках знижені. D<S, на нижніх кінцівках середньої жвавості, D<S. Сила м'язів знижена у правих кінцівках: у руці до 1 балу, у нозі – до 1,5-2 балів. Тонус м'язів знижений у правих кінцівках. Патологічні стопні ознаки позитивні зправа (Бабінського, Оппенгейма). Менінгеальні знаки відсутні. Шкала NIHSS – 14-15 балів.

Лабораторно-інструментальні дослідження:

- ЕКГ (22.05., 27.05.): синусова тахікардія, ЧСС 100 та 76/хв., ЕВС – серединно. Помірні зміни міокарда.

- R-графія ОГК (17.05.): легеневі поля емфізематозні. Підсилення, ущільнення легеневого малонку зправа у нижньому полі. Правий корінь розширений, мало структурний. Зліва уповільнена шварта, синуси вільні. Діафрагма звичайно розташована, серце – гіпертрофія лівого шлуночка.

- МРТ головного мозку та орбіт (22.05.): МР-ознаки дисциркуляторної енцефалопатії, множинних зливних вогнищ гострих ішемічних інфарктів у басейнах СМА та ЗМА лівої гемісфери мозку, пансинусита (вірогідно гнійного) з розповсюдженням запального процесу у ліву орбіту. Двобічний середній отит.

- КТ придаткових пазух носа (26.05.): КТ-картина пансинусита, з деструкцією стінок лівої гайморової пазухи, загальної пазухи та розповсюдженням процесу у підскроневу, крилопіднебінну ямки зліва з можливим формуванням абсцесу в ліву орбіту з формуванням субперіостального абсцесу. Викривлення носової перегородки. Двобічний отомастоїдит.

- консультація ЛОР-лікаря: пансинусит з деструкцією стінок лівої гайморової, загальної пазухи. Ретробульбарний абсцес.

- консультація терапевта: ІХС, дифузний кардіосклероз. СН І.

- консультація ендокринолога: цукровий діабет II тип, середньої тяжкості.

Лікування: рінгер, цефтріаксон, лефлацин, цефепім, лінкоміцин, реосорбілакт, медіатори, феррумлек, ксиліт, нейроцитін, анальгін, ентерол, клопідогрель, ксарелто, нольпаза, метапролол, аскорбінова кислота, кокарбоксілаза.

В результаті проведеного лікування стан пацієнтки залишався тяжким, стабільним. Переведена 27.05.21 р. для продовження лікування в умовах ЛОР-відділення міської клінічної лікарні № 11.

Діагноз: Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним (септикоемболічним?) типом в басейні лівої середньої мозкової артерії на фоні церебрального атеросклерозу. Правобічний геміпарез. Шкала NIHSS – 10-11 балів. Пансинусит з деструкцією стінок лівої гайморової, загальної пазухи. Ретробульбарний абсцес. ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН II Б. Вперше виявлений цукровий діабет II типу, середньої тяжкості. Ожиріння II ст.

27.05.21 р. надійшла до відділення отоларингології-хірургії «Голова-Шия» міської клінічної лікарні № 11 м. Одеси з діагнозом: гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним (септикоемболічним?) типом в басейні лівої середньомозкової артерії на фоні церебрального атеросклерозу. Правобічний геміпарез. Шкала NIHSS – 10-12 балів. Пансинусит з деструкцією стінок лівої гайморової, загальної пазухи. Ретробульбарний абсцес? ІХС. ДКС, ГХ 2 ст. II ст. Ризик 3. СН II Б. Вперше виявлений цукровий діабет II типу, середньої тяжкості. Була переведена з МКЛ № 1 для оперативного лікування у зв'язку з деструктивно-запальними явищами у придаткових пазухах.

27.05.21 р. в ургентному порядку прооперована: двобічна гаймороектомія за Вінклер-Янсеном. Лівобічна трипанопункція. Під час операції були виявлені обширні некрози слизової оболонки та кісток гайморових пазух в області медіальних стінок та

гранчастого лабіринту, передньої стінки основної пазухи зліва, які були вкриті налітом чорно-сірого кольору, що можна вважати результатом тромбозу дрібних судин, характерним для мукозиту. Операція виконувалась практично без кровотечі.

Під час операції встановлено клінічний діагноз: Мукозиту. Мукозиту, риноцеребральна форма (підтверджено гістологічно № 16132-48 від 31.05.21). Інтраопераційно був узятий бактеріальний посів з чутливістю до антибіотиків та бактеріофагів, який показав високий ступінь наявності *Enterobacter aerogenes* – 10⁶ КОЕ-4 с.р. та чутливості до карбепенемів, лінкозамідів та антисептиків, таких як мерамістін та хлоргексидин.

В післяопераційному періоді була переведена у ВРІТ у зв'язку з важким загальним станом, де була додатково обстежена з проведенням симптоматичного лікування. 28.05.21 у зв'язку з неефективним самостійним диханням та для санації трахеобронхіального дерева була виконана нижня трахеотомія та введено назогастральний зонд для штучного годування.

Консультувана суміжними спеціалістами: хірургом, офтальмологом, невропатологом (стан після ГПМК за ішемічним типом (22.05.21) в БАСМА у виді грубого геміпареза справа по центральному типу. Тромбоз кавернозного синуса. Дисциркуляторна енцефалопатія III ст., декомпенсація).

Отримувала наступне лікування: щоденно проводилося промивання післяопераційних порожнин антисептиками – розчином хлоргексидину 0,05%, мірамістину та зрошення розчином флуконазолу. Неодноразово (№ 5) виконували переливання еритроцитарної маси та альбуміну. В/в введено амфотеріцин-В (№ 7), меропенем (№ 3), далацин (№ 9), метоклопрамід (№ 25), анальгін (№ 28), цитікон (№ 4), норадреналін (№ 6), флуконазол (№ 7), трентал (№ 4), тріас (№ 3), кальцію глюконат (№ 2). Підшкірно – еноксапарин 0,4 (№ 8).

На фоні лікування стан хворої погіршувався, з'явилися ознаки поліорганної недостатності.

15.06.21 о 22.00 у хворої настала зупинка серця. Розпочаті реанімаційні заходи, які не дали результатів. В 22.30 констатована біологічна смерть.

Обговорення

Таким чином, у пацієнтки на тлі супутньої хронічної патології (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, ішемічна хвороба серця) розвинувся важкий перебіг інфекції COVID-19.

Використання в терапії тоцілізумабу і тривалий курс дексаметазону привели до зниження імунітету на тлі порушення обміну речовин, яке існувало у пацієнтки до хвороби. Ці фактори сприяли приєднанню генералізованої бактеріально-грибкової інфекції з ураженням придаткових пазух і подальшою генералізацією з вихідом в сепсис.

Тривала терапія антибіотиками широкого спектра дії і протигрибковими препаратами, оперативне втручання з метою санації первинного вогнища були неефективними.

Література/References:

1. Мукозиту у дітей с гематологическими и онкологическими заболеваниями в Санкт-Петербурге / Клименко Н. Н., Хостамиди С. Н., Бойченко Э Г. и др. Журнал инфектологии. 2016. Т. 8, № 3. С. 75-81. [Mucormycosis in children with hematological and oncological diseases in St. Petersburg / Klimenko NN, Khostamidi SN, Boychenko EG et al. Journal of Infectology. 2016. Vol. 8, No. 3. S. 75-81.]

2. Неблагоприятный исход мукозиту у пациента с неходжкинской лимфомой / Михайлова Е. А., Кулева С. А., Иванова С. В. и др. Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. № 6 (3). С. 72-76 [Unfavorable outcome of mucormycosis in a patient with non-Hodgkin's lymphoma / Mikhailova E. A., Kuleva S. A., Ivanova S. V. et al. Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology. 2019. No. 6 (3). S. 72-76.]

3. Baker R. D. Mucormycosis - a new disease? J. Am. Med. Assoc. 1957. № 163. P. 805–808. Improved outcome of mucormycosis in patients with haematological diseases? / Gleissner B., Schilling A., Cenagostopolous I. et al. Leuk. Lymph. 2014. Vol. 45. P. 1351-1360.

4. Kubin C. J., McConville T. H., Dietz D. Characterization of bacterial and fungal infections in hospitalized patients with COVID-19 and factors associated with healthcare-associated infections. *Open Forum Infect. Dis.* 2021. Vol. 8, № 6. P. 1-10.

5. Mucormycosis in COVID-19: A systematic review of cases reported worldwide and in India / A. K. Singh, R. Singh, S. R. Joshi, A. Misra. *Diabetes Metab. Syndr.* 2021. May 21. doi: 10.1016/j.dsx.2021.05.019.

6. Rhino-Orbital Mucormycosis Associated With COVID-19 / A. Muacevic J. R. Adler, S. Mehta, A. Pandey. *Cureus.* 2020. Vol. 12, № 9. e10726.

7. Saldanha M., Reddy R., Vincent M. J. Paranasal Mucormycosis in COVID-19 Patient. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2021. № 22. P. 1–4.

8. Yanin H. S., Glastal A. Y., Bakri I. Pulmonary mucormycosis over 130 years. A case report and literature review. *Turk. Thorac. J.* 2017. Vol. 18. P. 1-5.

Робота надійшла в редакцію 19.07.2021 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616-0.22.363.3-07

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5593305>

Ю. П. Харченко, А. В. Зарецька, О. О. Буйко, В. Ю. Ільїна-Стогнієнко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ

Одеський національний медичний університет

Summary. Kharchenko Yu. P., Zaretskaya A. V., Buyko E. A., Iluina- Stohnienko V. Yu. **FEATURES OF CLINICAL-PARACLINICAL COURSE OF COVID-19 IN CHILDREN.** Despite increasing amount of children infected with COVID-19 there are insufficient data on the prevalence, clinical and paraclinical manifestation of the disease in different age groups. The aim of the study was to determine the features of clinical and paraclinical manifestation of COVID-19 in different age children. The study involved 60 children aged 3 months to 18 years with confirmed COVID-19, who from April to September 2020, were treated at the Odessa City Clinical Infectious Diseases Hospital. Collected data show that in young children COVID-19 begins acutely (90.0%) with manifestations of intoxication (75.0%), fever (65.0%), leukocytosis, increased ESR and C-reactive protein (55.0%). In children 4-6 years - acute onset (85.71%), subfebrile fever (57.14%), pharyngitis (85.71%), ($p < 0.05$), lymphopenia (28.56%) and no lesions of the bronchi and lungs (71.43%). 7-12 years - intoxication (88.89%), ($p < 0.05$), headache (16.67%), fever (83.33%) to high numbers, pharyngitis (55.56%), dry cough (77.78%), accelerated ESR (38.9%), ($p < 0.05$), and pneumonia (38.9%). In children older than 13 years - subfebrile fever (46.67%), pharyngitis (66.67%), dry cough (73.33%), olfactory loss (20.0%) and decreased prothrombin (13.33%). Thus, intensity and duration of the clinical and paraclinical manifestation COVID-19 depends on the child's age.

Key words: COVID-19, children, clinical manifestation

Реферат. Харченко Ю. П., Зарецкая А. В., Буйко О. О., Ильина-Стогнієнко В. Ю. **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ.** Несмотря на увеличение количества детей инфицированных COVID-19 недостаточно данных относительно особенностей распространения, клинических и