COVID-19 у дітей

For citation: Zdorov'e Rebenka. 2021;16(5):351-354. doi: 10.22141/2224-0551.16.5.2021.239714

Резюме. Актуальність. У 2020 році новий людський коронавірус, названий коронавірусом-2 тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS-CoV-2), спричинив пандемію, викликавши перебіг захворювання від легких симптомів до тяжких випадків. **Мета:** проаналізувати особливості перебігу коронавірусної хвороби серед дітей віком від 3 до 18 років. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз медичних карт 69 дітей віком від 3 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Комунальному некомерційному підприємстві Львівської обласної ради «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ» у період із квітня по грудень 2020 року з діагнозом «коронавірусна хвороба». Лабораторні дослідження наявності РНК вірусу SARS-CoV-2 проводили в зразках мазків з носоглотки методом полімеразної ланцюгової реакції в Державній установі «Львівський обласний лабораторний центр МОЗ України». Статистично результати опрацьовували за допомогою програмного забезпечення Excel із пакетів Microsoft Office 2019. **Результати.** Встановлено, що 88,4 % дітей контактували з інфікованими членами родини. Супутні захворювання спостерігались у 17,3 % дітей. Основними проявами коронавірусної хвороби у дітей були: гарячка > 38 °C — 52,2 % дітей, < 38 °C — 39,1 %, біль у горлі — 14,5 %, нежить — 13 %, втрата нюху та смаку — 8,7 %, кашель — 24,6 %, біль у животі та діарея — 10,1 %, загальна слабкість — 52,2 %. При лабораторному обстеженні лейкоцитоз спостерігався у 5,9 % дітей, лейкопенія — у 53,6 %. У 36,2 % дітей виявилася пневмонія. У 2 дітей діагностовано ускладнення у вигляді синдрому мультизальної системної відповіді, що мав тяжкий, загрозливий для життя перебіг. У період з 14-го по 48-й день після перенесеного COVID-19 цей синдром був діагностований ще у 10 дітей. **Висновки.** Діти, незалежно від віку, є чутливими до коронавірусу та не були першоджерелом SARS-CoV-2 у сім'ї. Клінічний перебіг захворювання проявлявся у більшості випадків гарячкою та загальною слабкістю. Пневмонія спостерігалася у 36,2 % дітей, тяжкі ускладнення у вигляді мультисистемного запального синдрому діагностовано у 2 дітей на фоні гострого перебігу хвороби та у 10 дітей цей синдром виник протягом 48 днів після перенесеного COVID-19.

Ключові слова: коронавірусна хвороба; діти

Вступ

Коронавірусна хвороба (COVID-19) — це хвороба, спричинена тяжким гострим респіраторним синдромом коронавірусу-2 (SARS-CoV-2). Цей вірус швидко поширюється по всьому світу та є безпрецедентною глобальною проблемою охорони здоров'я.

Простежується залежність тяжкості перебігу COVID-19 від віку: тяжкість, потреба в госпіталізації та смертність стрімко зростають з віком, а тяжкий перебіг захворювання та смерть відносно рідкісні у дітей та молодих людей. У всьому світі випадків COVID-19 у дітей зареєстровано менше, ніж у дорослих [1–3]. Великі епідеміологічні дослідження показують, що діти становлять

лише 1–2 % усіх випадків коронавірусної хвороби [4–6], також діти рідше заражаються після контакту з позитивною на SARS-CoV-2 людиною. Відзначено, що передача в школах від дітей іншим дітям або дорослим була рідкісним явищем [7, 8].

Крім того, перебіг захворювання у більшості дітей, інфікованих вірусом SARS-CoV-2, є безсимптомним або має легку форму, найчастіше це лихоманка, кашель, фарингіт, шлунково-кишкові симптоми та зміни нюху або смаку. Однак ця модель різко відрізняється від такої при зараженні більшістю інших респіраторних вірусів (наприклад, респіраторно-синцитіальним вірусом, вірусами парагрипу або грипу), для яких поширеність та

© 2021. The Authors. This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Косминіна Неля Станіславівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри пропедевтики педіатрії та медичної генетики, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна; e-mail: nskosmylina@ukr.net; контактний тел.: +38 (096) 388 75 08.

For correspondence: Nelya Kosmylina, PhD, Assistant at the Department of Propaedeutic Pediatrics and Medical Genetics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Pekarska st., 69, Lviv, 79010, Ukraine; e-mail: nskosmylina@ukr.net; phone +38 (096) 388 75 08.

Full list of authors information is available at the end of the article.

тяжкість перебігу серед дітей значно вищі [9]. На сьогодні залишається невизначеною різниця в клінічних особливостях перебігу коронавірусної інфекції порівняно з іншими респіраторними інфекціями та є незрозумілим, чи пов'язано це з віком або з іншими факторами, які захищають молодші вікові групи.

У сучасній літературі виділено деякі фактори, що пропонують пояснення різниці в тяжкості перебігу COVID-19 у дітей та дорослих. Вони включають такі, що ставлять дорослих у групу підвищеного ризику, та ті, що захищають дітей. До перших належать: вікове збільшення ураження ендотелію та зміни функції згортання крові; більш висока щільність, підвищена спорідненість і різний розподіл рецепторів ангіотензинперетворюючого ферменту 2 та трансмембранної сериної протеази 2; наявні попередні антитіла до коронавірусу та Т-клітини; більша поширеність супутніх захворювань, пов'язаних з тяжким COVID-19, та нижчий рівень вітаміну D. До факторів, які можуть захистити дітей, належать: різниця у вродженому та адаптивному імунітеті; частіші повторні та одночасні інфекції; наявний імунітет до коронавірусів; відмінності мікробіоти; більш високий рівень мелатоніну; захисні нецільові ефекти живих вакцин і менша інтенсивність впливу SARS-CoV-2 [1, 2, 4].

Мета дослідження: проаналізувати особливості перебігу коронавірусної хвороби серед дітей віком від 3 до 18 років.

Матеріали та методи

Проведено аналіз медичних карт 69 дітей віком від 3 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Комунальному некомерційному підприємстві Львівської обласної ради «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ» (КНП ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ») у період із квітня по грудень 2020 року з діагнозом «коронавірусна хвороба». З урахуванням особливостей перебігу цієї хвороби залежно від віку всі діти були розподілені на три групи: дошкільний вік (3–6 років) — 15 (21,7 %), молодший шкільний вік (7–11 років) — 23 (33,4 %); старший шкільний вік (12–18 років) — 31 (44,9 %). Серед 69 дітей при гендерному розподілі хлопчиків було 31 (44,9 %), дівчаток — 38 (55,1 %).

Лабораторні дослідження наявності РНК вірусу SARS-CoV-2 проводили в зразках мазків із носоглотки методом полімеразної ланцюгової реакції у Державній установі «Львівський обласний лабораторний центр МОЗ України». Лабораторні дослідження крові та сечі проводилися на базі лабораторії КНП ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ».

Статистично результати опрацьовували за допомогою програмного забезпечення Excel із пакетів Microsoft Office 2019. Кількісні ознаки наведені як ($M \pm m$) (середнє арифметичне $\pm$ стандартна похибка середнього арифметичного).

Відповідно до вимог з біоетики «Про проведення лабораторних досліджень біологічного матеріалу» від батьків отримана письмова згода на обстеження їхніх дітей.

Результати

Під час аналізу медичних карт встановлено, що 61/69 (88,4 %) дитина контактувала з інфікованими членами

родини, в яких була підтверджена наявність коронавірусної інфекції, а отже, діти не були першоджерелом SARS-CoV-2 у сім'ї; у 8/69 (11,6 %) дітей наявність контакту невідома або заперечена.

У першу добу захворювання було госпіталізовано 13/69 (18,8 %) дітей; серед 56/69 (81,2 %) дітей, госпіталізованих на другу добу та більше, амбулаторне лікування отримували 47/56 (83,9 %) дітей. На догоспітальному етапі діти переважно отримували жарознижуючі препарати, противірусну та антибактеріальну терапію, що не призводила до покращення загального стану.

Була ретельно вивчена та проаналізована клінічна картина дітей з коронавірусною хворобою. Перебіг захворювання був поліморфним, проте у більшості дітей спостерігалися такі симптоми: гарячка $> 38^\circ\text{C}$ — у 36/69 (52,2 %) дітей, $< 38^\circ\text{C}$ — у 27/69 (39,1 %) дітей, у 6/69 (8,7 %) дітей температура тіла була в межах норми. Біль у горлі був наявний у 10/69 (14,5 %) дітей, нежить — у 9/69 (13 %); такий специфічний симптом, як втрата нюху та смаку, спостерігався у 6/69 (8,7 %) дітей та лише в групі дітей віком від 12 до 18 років; кашель — у 17/69 (24,6 %); біль у животі та діарея — у 7/69 (10,1 %); 36/69 (52,2 %) дітей скаржилися на загальну слабкість та головний біль.

Супутні захворювання спостерігались у 12/69 (17,3 %) дітей. У двох дітей коронавірусна хвороба мала перебіг на фоні гострого лімфобластного лейкозу; в одному випадку була діагнована пневмонія, що супроводжувалася субфебрильною гарячкою та кашлем, а в іншому — без будь-яких клінічних проявів. Крім того, у двох дітей із бронхіальною астмою та у двох з ожирінням II ступеня також була діагнована пневмонія. Двоє дітей мали супутній цукровий діабет, причому в однієї дитини COVID-19 був безсимптомний, а в іншій проявлявся фебрильною гарячкою та загальною слабкістю. При лабораторному обстеженні дітей були зроблені спостереження, наведені в табл. 1.

Лейкоцитоз спостерігався у 4/69 (5,9 %) дітей, лейкопенія — у 37/69 (53,6 %), рівень лейкоцитів був у межах норми в 28/69 (40,5 %) дітей.

Знижений рівень гемоглобіну виявився у 8/69 (11,6 %) дітей, його середній рівень становив $91,0 \pm 18,2$ г/л; рівень гемоглобіну в межах вікової норми визначено у 61/69 (88,4 %) дитини ($130,7 \pm 11,2$ г/л). Рівень тромбоцитів у дітей досліджуваної групи знаходився в межах вікової норми ($266,5 \pm 82,1 \cdot 10^9/\text{л}$). Рівень С-реактивного білка як біомаркера запалення був підвищений у 17/69 (24,6 %) дітей і становив $22,5 \pm 21,7$ мг/л.

Оцінюючи функціональний стан печінки на момент захворювання шляхом визначення рівня аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ), ми встановили, що підвищення рівня АлАТ спостерігалось у 5/69 (7,2 %) дітей ($99,6 \pm 81,1$ Од/л), середній рівень цього показника в межах норми становив $19,01 \pm 7,30$ Од/л; відповідно підвищення рівня АсАТ спостерігалось у 9/69 (13 %) дітей та становило $49,8 \pm 8,8$ Од/л, середній рівень цього показника в межах норми був $21,5 \pm 7,5$ Од/л. Оцінка функціонального стану нирок проводилася шляхом визначення рівня креатиніну та загального аналізу сечі. Рівень такого показника знаходився у межах вікової норми в групах дітей віком

Таблиця 1. Лабораторна характеристика COVID-19 у дітей

Рівень показника	3–6 років (n = 15)			7–11 років (n = 23)			12–18 років (n = 31)		
	M ± m	n	%	M ± m	n	%	M ± m	n	%
Норма лейкоцитів (5,5–12,0 · 10 ⁹ /л)	7,04 ± 1,60	7	46,7	7,87 ± 1,40	9	9,2	7,23 ± 2,10	12	38,7
Лейкоцитоз (> 12,0 · 10 ⁹ /л)	16,53 ± 0,00	1	6,6	13,26 ± 0,00	1	4,3	12,7 ± 0,2	2	6,4
Лейкопенія (< 5,5 · 10 ⁹ /л)	3,54 ± 1,10	7	46,7	4,03 ± 1,20	13	6,5	3,91 ± 0,60	17	54,8

від 3 до 11 років — 47,0 ± 6,7 мкмоль/л, у групі дітей 12–18 років — 62,0 ± 8,5 мкмоль/л. Змін у загальному аналізі сечі дітей виявлено не було.

Пневмонія спостерігалась у 25/69 (36,2 %) дітей, що було підтверджено шляхом проведення рентгенографії органів грудної клітки, при цьому рівень насичення крові киснем (SpO₂) на рівні 92–95 % був у 5/25 (20 %) дітей і не потребував кисневої терапії; у 20/25 (80 %) дітей SpO₂ був на рівні 96–99 %. В однієї дитини спостерігалось ускладнення у вигляді серозного менінгіту.

Також слід згадати про нове тяжке захворювання у педіатричній популяції, описане в сучасній медичній літературі та асоційоване з SARS-CoV-2, що дістало назву «педіатричний мультисистемний запальний синдром», або «мультисистемний запальний синдром у дітей» (Multisystem Inflammatory Syndrome, MIS-C) [10]. Це захворювання характеризується різними фенотипами: хвороба Кавасакі (повна чи неповна форма), тривала лихоманка з ознаками запалення, синдром токсичного шоку [11]. Дві дівчинки віком 3,3 та 3,9 року з досліджуваної групи дітей мали прояви MIS-C на фоні гострого захворювання, спричиненого вірусом SARS-CoV-2. У них спостерігалися симптоми ураження з боку практично всіх органів та систем. Загальний стан дітей був тяжкий, в однієї дівчинки навіть загрозливий для життя. У цієї дитини спостерігалися: двобічна полісегментарна пневмонія, дихальна недостатність III ст., поліорганна недостатність, серцево-судинна недостатність II ст., сепсис, гіпоксичне ураження центральної нервової системи, тубулоінтерстиціальний нефрит, псевдомембранозний коліт. Дитина впродовж 29 днів була підключена до апарата штучної вентиляції легень, однак покращити її стан вдалося тільки після приєднання до апарата екстракорпоральної мембранної оксигенації.

Встановлено також, що MIS-C виникав у дітей не тільки на фоні гострого захворювання, але і після перенесеної коронавірусної хвороби: у 2 дітей через 14–20 днів, у 6 дітей через 30–40 днів та ще у 2 через 41–48 днів. Ці діти перебували на стаціонарному лікуванні в КНП ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ».

Обговорення

Встановлено, що діти різних вікових груп мають високу ймовірність розвитку COVID-19 через передачу в сім'ї, якщо у члена родини позитивний результат тесту на SARS-CoV-2, тоді як практично немає інформації про зараження від дітей, і це дозволяє припустити, що роль дітей у передачі коронавірусної інфекції залишається незрозумілою або малоімовірною, що збігається з результатами метааналізу, проведеного M. U. Bhuiyan et al. [12].

У багатьох випадках інфекція COVID-19 в дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні, класифікована як захворювання середнього ступеня тяжкості (що потребує госпіталізації), проте насправді була легким захворюванням, оскільки здебільшого госпіталізація пов'язана з вимогою ізоляції та лікарського спостереження, особливо дітей із супутніми захворюваннями, а не обов'язково через тяжкість захворювання і клінічного стану дитини. Крім того, на початку пандемії складно було спрогнозувати перебіг і розвиток ускладнень, які могла спричинити коронавірусна хвороба, особливо серед дитячого населення.

Нині аналіз літературних даних свідчить про те, що у світі більшість лабораторно підтверджених випадків SARS-CoV-2 у дітей викликає легкі та помірні симптоми, а тяжкий перебіг вважається рідкістю [13–15]. Проте тяжкі ускладнення MIS-C, пов'язані з новим вірусом SARS-CoV-2, трапляються у дітей і були зареєстровані в педіатричній популяції США, Сполученого Королівства, Італії [16–18]. Ми також спостерігали тяжкий перебіг цього синдрому в дітей нашої досліджуваної групи.

Висновки

1. Діти, незалежно від віку, є сприйнятливими до коронавірусної хвороби та у 88,4 % випадків не були першоджерелом SARS-CoV-2 у сім'ї, а захворіли на коронавірусну хворобу після контакту з хворими родичами. Не встановлено вірогідної гендерної відмінності у чутливості до вірусу.

2. Клінічний перебіг захворювання в більшості дітей був легким і проявлявся фебрильною гарячкою та загальною слабкістю.

3. Пневмонія спостерігалась у 36,2 % дітей з коронавірусною хворобою.

4. Тяжке ускладнення коронавірусної хвороби у вигляді мультисистемного запального синдрому спостерігалось у двох дітей на фоні гострого перебігу хвороби та у 10 дітей цей синдром виник до 48 днів після перенесеного COVID-19.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Lu X, Zhang L, Du H, et al; Chinese Pediatric Novel Coronavirus Study Team. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med.* 2020 Apr 23;382(17):1663–1665. doi:10.1056/NEJMc2005073.
2. Parri N, Lenge M, Buonsenso D; Coronavirus Infection in Pediatric Emergency Departments (CONFIDENCE) Research Group. Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy. *N Engl J Med.* 2020 Jul 9;383(2):187–190. doi:10.1056/NEJMc2007617.

3. Shen K, Yang Y, Wang T, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr.* 2020 Jun;16(3):223-231. doi:10.1007/s12519-020-00343-7.
4. Zimmermann P, Curtis N. Why is COVID-19 less severe in children? A review of the proposed mechanisms underlying the age-related difference in severity of SARS-CoV-2 infections. *Arch Dis Child.* 2020 Dec 1;archdischild-2020-320338. doi:10.1136/archdischild-2020-320338.
5. Castagnoli R, Votto M, Licari A, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatr.* 2020 Sep 1;174(9):882-889. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1467.
6. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.* 2020 Jun;109(6):1088-1095. doi:10.1111/apa.15270.
7. Milani GP, Bottino I, Rocchi A, et al. Frequency of Children vs Adults Carrying Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Asymptotically. *JAMA Pediatr.* 2021 Feb 1;175(2):193-194. doi:10.1001/jama-pediatrics.2020.3595.
8. Ladhani SN, Baawuah F, Beckmann J, et al. SARS-CoV-2 infection and transmission in primary schools in England in June-December, 2020 (sKIDS): an active, prospective surveillance study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021 Jun;5(6):417-427. doi:10.1016/S2352-4642(21)00061-4.
9. Tregoning JS, Schwarze J. Respiratory viral infections in infants: causes, clinical symptoms, virology, and immunology. *Clin Microbiol Rev.* 2010 Jan;23(1):74-98. doi:10.1128/CMR.00032-09.
10. Royal College of Paediatrics and Child Health. Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. Available from: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/paediatric-multisystem-inflammatory-syndrome-temporally-associated-covid-19-pims-guidance>.
11. Hennon TR, Penque MD, Abdul-Aziz R, et al. COVID-19 associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) guidelines; a Western New York approach. *Prog Pediatr Cardiol.* 2020 May 23;101232. doi:10.1016/j.pppedcard.2020.101232.
12. Bhuiyan MU, Stiboy E, Hassan MZ, et al. Epidemiology of COVID-19 infection in young children under five years: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2021 Jan 22;39(4):667-677. doi:10.1016/j.vaccine.2020.11.078.
13. Lee PI, Hu YL, Chen PY, Huang YC, Hsueh PR. Are children less susceptible to COVID-19? *J Microbiol Immunol Infect.* 2020 Jun;53(3):371-372. doi:10.1016/j.jmii.2020.02.011.
14. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics.* 2020 Jun;145(6):e20200702. doi:10.1542/peds.2020-0702.
15. Márquez-Aguirre MP, Gutiérrez-Hernández A, Lizárraga-López SL, et al. Clinical spectrum of COVID-19 in the pediatric patient. *Acta Pediatr Mex.* 2020;41(Suppl. 1):64-71.
16. Viner RM, Whittaker E. Kawasaki-like disease: emerging complication during the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2020 Jun 6;395(10239):1741-1743. doi:10.1016/S0140-6736(20)31129-6.
17. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ; HLH Across Speciality Collaboration, UK. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet.* 2020 Mar 28;395(10229):1033-1034. doi:10.1016/S0140-6736(20)30628-0.
18. Wang W, Gong F, Zhu W, Fu S, Zhang Q. Macrophage activation syndrome in Kawasaki disease: more common than we thought? *Semin Arthritis Rheum.* 2015 Feb;44(4):405-10. doi:10.1016/j.semarthrit.2014.07.007.

Отримано/Received 22.06.2021

Рецензовано/Revised 05.07.2021

Прийнято до друку/Accepted 18.07.2021 ■

Information about authors

Nelya Kosmyrina, PhD, Assistant at the Department of Propaedeutic Pediatrics and Medical Genetics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: nskosmyrina@ukr.net; phone +38(096)388 75 08; <https://orcid.org/0000-0003-0422-7002>

Iryna Avramenko, MD, PhD, Associate Professor at the Department of Propaedeutic Pediatrics and Medical Genetics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: isavulaavramenko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7812-6602>

Olena Lychkovska, MD, PhD, Professor at the Department of Propaedeutic Pediatrics and Medical Genetics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: olychkovska@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8789-6310>

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

N.S. Kosmyrina, I.Yu. Avramenko, O.L. Luchkovska

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

COVID-19 in children

Abstract. Background. In 2020, a new human coronavirus, called severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), became a pandemic, causing the disease course from mild symptoms to severe cases. In this article we analyze the features of the course of coronavirus disease among children from 3 to 18 years. **Materials and methods.** Medical records of 69 pediatric inpatients aged 3 to 18 years were analysed. They were hospitalized in the Lviv Regional Children's Clinical Hospital "OHMATDYT" from April to December 2020 with a diagnosis of coronavirus disease. Laboratory tests for the presence of SARS-CoV-2 RNA were performed in samples of nasopharyngeal swabs by polymerase chain reaction at the Lviv Regional Laboratory Center of the Ministry of Health of Ukraine. The results were processed statistically using Excel software from Microsoft Office 2019 packages. **Results.** It was found that 88.4 % of children came into contact with infected family members. The presence of comorbidities was observed in 17.3 % of patients. The main manifestations of coronavirus disease in children were: fever

> 38 °C — 52.2 %, < 38 °C — 39.1 %, sore throat — 14.5 %, runny nose — 13 %, loss of smell and taste — 8.7 %, cough — 24.6 %, abdominal pain and diarrhea — 10.1 %, general weakness — 52.2 %. Laboratory examination showed leukocytosis in 5.9 % of children, leukopenia in 53.6 %. Pneumonia was observed in 36.2 % of cases. Two patients had complications in the form of systemic inflammatory response syndrome, which had a severe, life-threatening course. In the period from 14 to 48 days after COVID-19, this syndrome was diagnosed in 10 children. **Conclusions.** Children, regardless of age, are susceptible to coronavirus and have not been the primary source of SARS-CoV-2 in the family. The clinical course of the disease was manifested in most cases by fever and general weakness. Pneumonia was observed in 36.2 % of patients, severe complications in the form of systemic inflammatory response syndrome was detected in 2 children on the background of the acute course of the disease and in 10 children this syndrome occurred within 48 days after COVID-19. **Keywords:** coronavirus disease; children