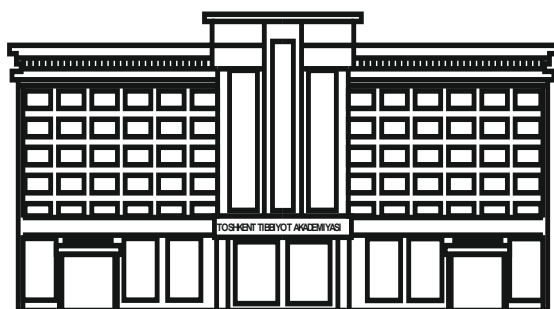


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

№10, 2025

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2, Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №10, 2025

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Силина Т. (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Зуева Л. (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

доц. Рахматуллин А.Р. (Россия)

проф. Саломова Ф.И.

проф. Трескач С. (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Дмн. Абдуллаева Р.М.

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Ataniyazova R.A., Nishonov B.E., Karimov I.A., Mamajonov S.Sh., Ataxanova D.O. 2023-YILDA NUKUS SHAHRI ATMOSFERA HAVOSI IFLOSLANISHINING YILLIK DINAMIKASI	Ataniyazova R.A., Nishonov B.E., Karimov I.A., Mamajonov S.Sh., Atakhanova D.O. ANNUAL DYNAMICS OF ATMOSPHERIC AIR POLLUTION IN THE CITY OF NUKUS IN 2023	183
Туркманбоева Ф.Н. ИСТЕЪДОДЛИ БОЛАЛАРНИНГ КООРДИНАЦИОН ҲАРАКАТЛАРИ ВА КОГНИТИВ ҚОБИЛИЯТЛАРИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ	Turkmanboeva F.N. HYGIENIC ASSESSMENT OF CO-ORDINATED MOVEMENTS AND COGNITIVE ABILITIES IN GIFTED CHILDREN	187
Шайхова Г.И., Рахимова Д.Ж. МАКТАБЛАРДА ОВҚАТЛАНИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ: БОШЛАНҒИЧ СИНФ ЎҚУВЧИЛАРИ УЧУН РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МОДЕЛИ	Shaykhova G.I., Rakhimova D.Zh. ORGANIZATION OF NUTRITION IN SCHOOLS, A MODERN MODEL OF RATIONAL NUTRITION FOR PRIMARY SCHOOL STUDENTS	191
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	HELPING A PRACTITIONER	
Ashurova A.Sh. SURXONDARYO VILOYATIDA KO'KYO'TAL ASORATLARINI QIYOSIY TASHXISLASH	Ashurova A.Sh. COMPARATIVE DIAGNOSTICS OF PERTUSSIS COMPLICATIONS IN SURKHANDARYA REGION	196
Боймуратов Ш.А., Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Алимов Ж.У. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	Boymuradov Sh.A., Tillyashaikhov M.N., Boyko Ye.V., Alimov J.U. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PROSTATE CANCER	199
Насиров Т.К. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ТОКСИКОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОМ ОТРАВЛЕНИИ У ДЕТЕЙ	Nasirov T.K. FORENSIC TOXIMETRY IN DRUG POISONING IN CHILDREN	201
Нурматова Н.Ф., Кенжаева Д.Т., Пулатова Р.З. МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19	Nurmatova N.F., Kenzhayeva D.T., Pulatova R.Z. MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME ASSOCIATED WITH COVID-19 IN CHILDREN	203
Talibjanova M.Kh. SARCOIDOSIS IN CHILDREN: MODERN PERSPECTIVES ON THE DISEASE	Tolibjonova M.X. BOLALARDAGI SARKOIDOZ: KASALLIK BO'YICHA HOZIRGI QARASHLAR	207
Холыева Н.Х., Дадамухамедова Х.Э. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЛОД	Kholieva N.Kh., Dadamuxamedova X.E. PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA DURING CORONAVIRUS INFECTION AND THEIR EFFECT ON THE FETUS	209

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19

Нурматова Н.Ф., Кенжаева Д.Т., Пулатова Р.З.

BOLALARDA COVID-19 BILAN BOG'LIQ KO'P TIZIMLI YALLIG'LANISH SINDROMI

Nurmatova N. F., Kenjayeva D. T., Pulatova R. Z.

MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME ASSOCIATED WITH COVID-19 IN CHILDREN

Nurmatova N.F., Kenzhayeva D.T., Pulatova R.Z.

Ташкентский государственный медицинский университет

Bolalarda COVID-19 nisbatan oson kechayotganiga qaramay, ayrim "sog'ayganlar"da 2-9 haftadan keyin ko'p organ etishmovchiligi va ko'p tizimli yallig'lanish bilan kechadigan kattalardagi yangi koronavirus infeksiyasining og'ir shakllarining namoyon bo'lishiga o'xshash alomatlar paydo bo'ladi. Mualliflar 29-haftada homiladorlik paytida COVID-19 bilan kasallangan onadan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqning kasallik tarixini retrospektiv tahlil qilishdi.

Kalit so'zlar: postkovid sindromi, COVID-19, bolalar, ko'p tizimli yallig'lanish sindromi, Stevens-Jonson kasalligi.

Despite the fact that COVID-19 is relatively mild in children, some "convalescents" develop symptoms after 2-9 weeks that are largely identical to the manifestations of severe forms of the new coronavirus infection in adults, accompanied by multiple organ failure and multisystem inflammation. The authors conducted a retrospective analysis of the medical history of a newborn child born to a mother who suffered COVID-19 during pregnancy at 29 weeks. The authors discuss possible clinical variants of the syndrome, its origin and outcomes.

Key words: COVID-19, COVID-19, children, multisystem inflammatory syndrome, Stevens – Johnson disease.

Детский мультисистемный воспалительный синдром (ДМВС, синоним – мультисистемный воспалительный синдром у детей; код по МКБ-10 – М35.81 – мультисистемный воспалительный синдром), ассоциированный с COVID-19 – редкое острое жизнеугрожающее иммунопатологическое отсроченное (развивающееся через 1-6-9 нед.) осложнение новой коронавирусной инфекции COVID-19, которое протекает с лихорадкой, артериальной гипотензией/шоком, системным васкулитом сосудов мелкого и среднего калибра и мультиорганным воспалением, поражающим кожу и слизистые оболочки, сердце, ЖКТ, нервную систему, легкие, почки [7-10].

ДМВС – самое тяжелое проявление COVID-19 у детей – впервые был описан в апреле-мае 2020 г., когда в разных странах появились сообщения о случаях Kawasaki-подобного синдрома с последующим развитием полиорганной недостаточности и шока у детей, перенесших COVID-19 [5,11-13]. Кроме детей, мультисистемный воспалительный синдром как осложнение COVID-19 описывают и у взрослых [6].

В конце лета прошлого года отечественные специалисты и медики ряда стран Европы, Северной Америки и России, сообщили о тяжелых заболеваниях у детей, проявляющихся лихорадкой и полиорганными изменениями с характерными лабораторными признаками выраженного воспаления [1,3,4,6]. Была обнаружена и связь наблюдаемой болезни с перенесенной ранее новой коронавирусной инфекцией, что во всех случаях подтверждалось наличием специфических антител (IgG) в крови пациентов. Ранее острая фаза COVID-19, как показывает практика, у большинства детей протекала достаточно легко, в стертой или даже в субклинической форме. На сегодняшний день у большинства детей COVID-19 протекает тяжело с наличием полиорганной недостаточности,

с формированием аутоиммунных системных заболеваний, вовлечением в воспалительный процесс различных органов и систем, заболеванием, имеющим признаки синдрома Стивена – Джонсона или симптомы Кавасаки.

Ранее наибольшее количество клинических и лабораторно-инструментальных манифестаций и исходов COVID-19, которые получили название детского мультисистемного воспалительного синдрома, зарегистрированы в Италии, Франции, Швейцарии, Англии, США [2,12,13].

Патогенетически COVID-19 характеризуется вирусемией, локальным и системным иммуновоспалительным процессом, гиперактивностью коагуляционного каскада, эндотелиопатией, гипоксией, что приводит к развитию микро- и макротромбозов; протекает от бессимптомных до клинически выраженных форм с интоксикацией, лихорадкой, поражением эндотелия сосудов, легких, сердца, почек, ЖКТ, центральной и периферической нервной систем с риском развития осложнений: острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), острой дыхательной недостаточности (ОДН), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), сепсиса, шока. У детей и подростков может быть вариант клинического течения в виде мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19 [2,5]. Другие названия синдрома, встречающиеся в иностранной литературе: Kawasaki-подобный синдром, Paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS TS), multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) [3,4].

Нами была проанализирована история болезни новорожденного ребенка с ДМВС, ассоциированным с COVID-19, получавшего стационарную помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии ОДММЦ.

С целью получения информации выполнен поиск публикаций, посвященных ДМВС, ассоцииро-

ванному с COVID-19, в базе данных PubMed, Web of Science, Google Scholar, Clinical Trials, в электронной научной библиотеке CyberLeninka. В работе использовались личные наблюдения авторов.

Диагноз МВС, ассоциированный с COVID-19, у пациента был поставлен консилиумом специалистов республиканского уровня (сотрудники научных центров, вузов) на основании обнаружения S-RBD Ig класса G 11 (нейтрализующие антитела) на COVID-19. Клинико-лабораторные исследования, диагностика и лечение больных проводились соответственно действующему клиническому протоколу диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Описание клинического случая из личной практики

Ребенок А., мальчик, родился доношенный, масса тела при рождении 2500 г, рост 52 см. В возрасте 2-х недель поступил в ОДММЦ сразу после рождения в ОПН, а затем был переведен в хирургическое отделение с диагнозом: мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19, синдром Стивенса – Джонсона, внутриутробная инфекция (ВУИ), осложнение: сепсис, пренатальный период, подострое молниеносное течение, септикопиемическая форма, тяжелая форма. Очаги инфекции: инфекционно-токсическая энцефалопатия, инфекционный кардит, гастроэнтероколит, нефрит, прикорневых зонах бронхопневмония, гнойно-некротический орхит, эпидермальный некролиз кожи, слизистых оболочек, омфалит, сухая гангрена костей, инфекционно-токсический гепатит (билирубинемия). Сопутствующие заболевания: ЦМВ (+), ВПГ1/2 тип (+), ВЭБ-вирус Эпштейн – Барра (+). Анемия инфекционно-алиментарная. Белково-энергетическая недостаточность (-3СО). Продолжительность госпитализации составила 37 койко-дней. Заболевание протекало в крайне тяжелой форме.

Из анамнеза ребенок от 2 беременности, 1 роды (первый ребенок самопроизвольный выкидыш), родился с обвитием пуповины, оценка по шкале Апгар 6 баллов. Мать перенесла во время беременности (на 29-й нед.) COVID-19 (есть документальное подтверждение: экспресс-тест на COVID-19 положительный двукратно). У матери антитела S-RBD SARS CoV-2 IgG ИХЛА на COVID-19 (нейтрализующие S антитела) -4330/норма $\geq 4,33$ -положительно. Состояние матери во время беременности было тяжелое. Была госпитализирована в областной инфекционный стационар с диагнозом острый COVID-19, тяжелое течение. Высоко лихорадила до 39-42°C, поражение легких на МСКТ – 30%, одышка, диарея, системный васкулит сосудов мелкого и среднего калибра с мультиорганным воспалением, поражающим кожу и слизистые оболочки, сердце, ЖКТ, нервную систему, легкие, почки. Длительность пребывания в стационаре матери составило 17 дней.

Объективные данные. Заболевание началось внезапно, сразу после рождения ребенка с высо-

кой температурой, сыпью, гипербилирубинемия была сразу после рождения, гипогликемия, тромбоцитопения. На фоне тяжелого общего состояния на губах, слизистой щёк, языка, мягкого неба, задней стенки зева, дужках, гортани, на коже появлялись периодически пузыри, после вскрытия которых образовывались кровоточащие эрозии. Эрозии сливались и превращались в сплошную кровоточащую резко болезненную поверхность. Часть эрозий покрылись фибриновым налётом черного цвета (рис. 1-2, 3-4)

Кормление ребенка через зонд. Сразу после рождения ребенка стало лихорадить. Температура около недели до 39-40°C, после чего стала снижаться резко до 34°C. Синдром Стивенса – Джонсона и токсический эпидермальный некролиз обычно вызываются лекарственными препаратами или инфекциями. Типичные симптомы обоих заболеваний включают отслоение кожи, повышение температуры, боли в теле, плоскую красную сыпь и волдыри и язвы на слизистых оболочках. В данном случае заболевание стало прогрессировать после перенесенной мамой коронавирусной инфекции и наличия у ребенка аллергической реакции на цефалоспорины, которая привела к развитию мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19 и такому очень тяжелому септическому состоянию.

Для синдрома Стивенса – Джонсона была характерна болезненность кожи и слизистых оболочек. На кожном покрове формируются множественные высыпания в виде багрово-красных пятен с синюшным оттенком, папул, пузырьков, мишеневидных очагов4). У ребенка антитела S-RBD SARS CoV-2 IgG ИХЛА на COVID-19 (нейтрализующие S антитела) -433/норма $\geq 4,33$ /положительно.

Период появления высыпаний синдрома Стивенса – Джонсона длился примерно 2-3 недели, язвы не заживали. Заболевание осложнилось кровотечением из мочевого пузыря, пневмонией, гепатоспленомегалией, колитом, острой почечной недостаточностью, вторичной бактериальной инфекцией, потерей зрения и слуха.

Тяжелое течение заболевания сопровождалось отслаиванием больших участков эпидермиса, а на коже и слизистых оболочках образовались обширные эрозии. Повреждения сопровождались водно-электролитными нарушениями и массивной потерей белка. На фоне этих процессов и утраты барьерной функции кожи развился сепсис.

Лабораторные анализы подтвердили наш диагноз. У ребенка показатели были выше или ниже пороговых величин нормы. Отмечалась гипербилирубинемия, повышение уровня ферментов печени в 4 и 5 раз (АЛТ, АСТ), нарушение липидного обмена, поражение мочевыводящих путей – в моче сплошь лейкоциты и эритроциты, в анализе крови выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ до 38 мм/ч.

На иммунограмме – выраженный лейкоцитоз 41700 мкл (норма 4500-9000), выраженная лимфо-

пения 7 (норма 30,00-42%), Т-хелперы индукторы – 56% (норма до 48), Т-цитотоксические лимфоциты 41 (норма 9-35), ЕК и IgE увеличены, фагоцитоз снижен, ЦИК крупные (связанные с IgM) и мелкие (связанные с IgG) увеличены, содержание Д-димера и фибриногена С-реактивного белка, прокальцитонина в крови было увеличено.

занные с IgG) увеличены, содержание Д-димера и фибриногена С-реактивного белка, прокальцитонина в крови было увеличено.



Рис. 1-2. Ребенок 2-х недель, МВС, ассоциированный с COVID-19. ВУИ. Сепсис. Синдром Стивенса – Джонсона. Сухая гангрена кожи и костей левой ножки.

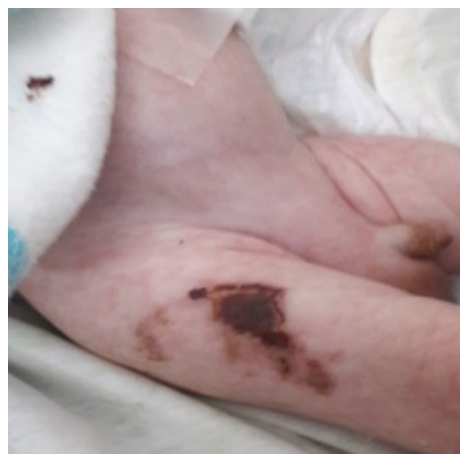


Рис. 3-4. Ребенок 2-х недель, МВС, ассоциированный с COVID-19. ВУИ. Сепсис. Синдром Стивенса – Джонсона. Сухая гангрена кожи и пениса.



Рис. 5-6. Ребенок 2-х недель, МВС, ассоциированный с COVID-19. ВУИ. Сепсис. Синдром Стивенса – Джонсона. Сухая гангрена кожи и мошонки.

В диагностике генерализованной инфекции большую роль играет определение уровня прокальцитонина – маркера системного воспаления, индуцированного бактериями. Главными индукторами его синтеза являются эндотоксин грамотрицательных бактерий (ИЛ-6 также был выше нормы), а FNO-α был низкий и составил 0,9 пг/л, что говорило уже о неблагоприятном прогнозе заболевания.

Бактериологическое исследование крови: был высеян *Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*; из мочи *Staph. aureus*, из кала *E. coli*; из зева *Ps. aeruginosa*; из носа *Str. haemolyticus*, *Proteus*. Отделяемое из видимых очагов инфекции показало обсемененность организма грамположительными и грамотрицательными микроорганизмами.

Симптоматическое лечение было направлено на снижение интоксикации, десенсибилизацию, снятие воспаления и ускорение эпителизации поражённой кожи. При лечении использовали антибиотики (ампицилин, меркапин, ванкомицин), десенсибилизирующие препараты, бактериофаги, препараты, антикоагулянты по показаниям, противовоспалительные средства (салицилаты), препараты кальция, этакридина лактат и левамизол с целью купирования обострения, кортикостероиды, проводили детоксицирующую терапию.

Местное лечение было направлено на ликвидацию воспаления, отёчности и ускорение эпителизации поражённых участков кожи. Использовали обезболивающие, антисептические препараты, протеолитические ферменты. Несмотря на мощную противошоковую терапию, ребенок экзистировал на 37-й день жизни.

Таким образом, у ребенка диагностирован МВС – это новый синдром, который временно связан с воздействием вируса SARS-CoV-2 и может приводить к тяжелому и жизнеугрожающему течению заболевания. МВС, ассоциированный с COVID-19, – это отложенное иммунологическое явление, связанное с развитием воспаления после симптоматической или бессимптомной инфекции COVID-19.

Литература

1. Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Кривуша Е.Л., Никулина А.А. Патогенез COVID-19 // *Здоровье ребенка*. – 2020. – №15 (2). – С. 133-144.
2. Бобомуратов Т.А. Каримова Н.А., Турсунбаев А.К., Нурматова Н.Б. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы у детей, перенесших COVID-19 // *Материалы конференции*. – Ташкент, 2023. DOI:10.1051/e3sconf/202338101092.
3. Зайратьянц О.В., Самсонова М.В., Михалева Л.М. и др. Патологическая анатомия COVID-19: атлас; Под общ. ред.

О.В. Зайратьянца. – М.: ДЗМ, 2020. – 116 с.

4. Зверева Н.Н., Сайфуллин М.А., Ртищев А.Ю. и др. Коронавирусная инфекция у детей // *Педиатрия*. – 2020. – Т. 99, №2. – С. 270-278.
5. Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Овсянников Д.Ю. // *Детская фармакология*. – 2020. – 17, №3. – С. 219-229. doi: 10.15690/pf.v17i3.2126
6. Намазова-Баранова Л.С. Коронавирусная инфекция (COVID-19) у детей (состояние на апрель 2020) // *Педиатр. фармакол.* – 2020. – Т. 17, №2. – С. 93-94.
7. Belhadj Z., Meot M., Bajolle F. et al. Acute heart failure in multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in the context of global SARS-CoV-2 pandemic // *Circulation*. – 2020. – Vol. 142, №5. – P. 429-436. <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048360>.
8. Esper F., Shapiro E.D., Weibel C. et al. Association between a novel human coronavirus and Kawasaki disease // *J. Infect Dis.* – 2005. – Vol. 191. – P. 499-502.2
9. Gomes A., Gonzales Martinez S. et al. // *Lancet*. – 2020. – Vol. 23. – P. 395 (10237). – P. 1607-1608.
10. Hennon T.R., Penque M.D., Aziz R.A. et al. COVID-19 associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) guidelines; a Western New York approach // *Prog. Pediatr. Cardiol.* – 2020. – Vol. 23. – P. 101232. Epub ahead of print. doi: 10.1016/j.ppedcard.2020.101232.
11. Verdoni L., Mazza A., Gervasoni A. et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: An observational cohort study // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395 (10239). – P. 1771-1778. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31103-X](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31103-X).
12. Whitaker E., Bamford A., Kenny J. et al. // *J.A.M.A.* – 2020. – Vol. 6. – P. 10369. Published online doi 10.1001/jama.
13. Whittaker E., Bamford A., Kenny J. et al. Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 // *J.A.M.A.* – 2020. – Vol. 324, №3. – P. 259-269. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.10369>.

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19

Нурматова Н.Ф., Кенжаева Д.Т., Пулатова Р.З.

Несмотря на то, что COVID-19 у детей протекает сравнительно легко, у отдельных «реконвалесцентов» через 2-9 недель появляются симптомы, во многом идентичные проявлениям тяжелых форм новой коронавирусной инфекции у взрослых, сопровождающиеся полиорганным недостаточностью и мультисистемным воспалением. Ретроспективно проанализирована история болезни новорожденного ребенка, рожденного от матери, которая во время беременности на 29 неделе перенесла COVID-19.

Ключевые слова: постковидный синдром, COVID-19, дети, мультисистемный воспалительный синдром, болезнь Стивенса – Джонсона.

Сведения об авторах

Нурматова Наргиза Фатхуллаевна, д.м.н., доц. каф. пропедевтики детских болезней №1 ТГМУ. Тел: +998 903213478, e-mail: nargiza-nurmatova78@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2770-5735>

Пулатова Рушания Захидовна, д.м.н., доц. каф. внутренних болезней Университета Альфраганус. Тел: +998903251593, e-mail: madi448@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0008-0251-2479>

Кенжаева Дилором Тоштемуровна, асс. каф. пропедевтики детских болезней, детских болезней и педиатрии практики семейного врача. Тел: +998902460625, e-mail: madi448@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0007-0290-5398>