

Литература

1. Денге и тяжелая Денге. Информационный бюллетень ВОЗ – № 117. – Май 2015 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/ru/> (дата обращения: 21.05.2016).
2. Ларичев В.Ф., Сайфуллин М.А., Акиншина Ю.А., Хуторецкая Н.В., Бутенко А.М. Завозные случаи арбовирусных инфекций в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2012. – № 1. – С. 35-38.
3. Новак К.Е., Эсауленко Е.В., Федуняк И.П., Дьячков А.Г. Анализ завозных случаев лихорадки Денге в Санкт-Петербурге // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2016. – № 21 (5). – С. 262-267.
4. Юничева Ю.В., Рябова Т.Е., Маркович Н.Я. и др. Первые данные о размножающейся популяции комаров *Aedes aegypti* в районе Большого Сочи и отдельных городах Абхазии // Мед. паразитол. – 2008. – № 3. – С. 40-43.
5. Dengue control – Dengue data application. – Электронный ресурс ВОЗ. – Режим доступа: http://www.who.int/denguecontrol/epidemiology/dengue_data_application/.
6. Wichmann O., Gascon J., Schunk M., et al. Severe dengue virus infection in travelers: risk factors and laboratory indicators // J. Infect. Dis. – 2007. – № 195 (8). – P. 1089-1096.

Literature

1. Dengue and severe dengue. WHO Newsletter. – №117. – May, 2015. [Electronic resource]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/ru/> (Date of access: 21.05.2016).
2. Larichev V.F., Saifullin M.A., Akinshina Yu.A., Khutoretskaya N.V., Butenko A.M. Imported cases of arbovirus infections in Russia // Epidemiology and Infectious Diseases. – 2012. – № 1. – P. 35-38.
3. Novak K.E., Esaulenko E.V., Fedunyak I.P., Dyachkov A.G. Analysis of imported dengue fever cases in St. Petersburg // Epidemiology and Infectious Diseases. – 2016. – № 21 (5). – P. 262-267.
4. Yunicheva Yu.V., Ryabova T.E., Markovich N.Ya., et al. First data on breeding population of *Aedes aegypti* in Great Sochi area and some Abkhazia towns // Medical Parasitology. – 2008. – № 3. – P. 40-43.
5. Dengue control – Dengue data application. – http://www.who.int/denguecontrol/epidemiology/dengue_data_application/.
6. Wichmann O., Gascon J., Schunk M., et al. Severe dengue virus infection in travelers: risk factors and laboratory indicators // J. Infect. Dis. – 2007. – № 195 (8). – P. 1089-1096.

Координаты для связи с авторами: Мокрецова Евгения Викторовна – доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ДВГМУ, тел. +7-962-584-09-21, e-mail: bremet68@mail.ru; Томилка Геннадий Степанович – зав. кафедрой кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ДВГМУ; Цупрун Павел Юрьевич – студент 6-го курса лечебного факультета ДВГМУ; Лиходовская Ксения Михайловна – студентка 6-го курса лечебного факультета ДВГМУ; Здановская Нина Ивановна – зав. вирусологической лаборатории ФКУЗ «Хабаровская противочумная станция» Роспотребнадзора; Иванов Леонид Иванович – врач-вирусолог ФКУЗ «Хабаровская противочумная станция» Роспотребнадзора.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-1-106-110>

УДК 616.13-002-06-07-08]-053.2(571.62-25)

В.П. Молочный¹, Н.В. Чернышева¹, Е.Е. Бондарчук¹, Т.А. Капура²

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ (СИНДРОМА) КАВАСАКИ В Г. ХАБАРОВСКЕ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича,
680003, ул. Прогрессивная, 6, тел. +7-924-213-16-70, e-mail: dkkb@dkkb.medkhv.ru, г. Хабаровск

Резюме

Описан случай диагностики и лечения болезни (синдрома) Кавасаки у ребенка в возрасте 3,5 лет, госпитализированного с подозрением на скарлатину и иерсиниоз в инфекционное отделение КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» им. А.К. Пиотровича. Отражены основные клинические проявления синдрома и лабораторные данные, позволившие установить данный диагноз.

Ключевые слова: болезнь (синдром) Кавасаки, дети, диагноз, слизисто-кожный лимфонулярный синдром.

KAWASAKI DISEASE (SYNDROME) IN THE CITY OF Khabarovsk

¹Far Eastern State Medical University;

²Children's regional clinical hospital named after A.K. Piotrovich, Khabarovsk

Summary

A case of diagnostics and treatment of Kawasaki disease (syndrome) in a child aged 3.5 years old, hospitalized with suspected scarlet fever and yersiniosis, is described. The main clinical syndrome manifestations and laboratory data, confirming this diagnosis, are presented.

Key words: Kawasaki Disease (Syndrome), children, diagnostics, mucocutaneous lymph node syndrome.

Болезнь Kawasaki (слизисто-кожный лимфонодулярный синдром) – одно из редко диагностируемых в России заболеваний, протекающих с фебрильной лихорадкой у детей раннего возраста [2, 6, 7]. Представляет собой системный васкулит, с преимущественным поражением коронарных артерий, от асимптоматического расширения коронарных артерий, до гигантских коронарных аневризм, сопровождающихся тромбозом, инфарктом миокарда и внезапной смертью [5, 8, 13]. Этиология болезни Kawasaki остается неизвестной [3]. Клинико-эпидемиологические особенности, такие как острое начало заболевания, сезонность, эпидемическая возрастная характеристика и эндемичность, свидетельствуют об инфекционной этиологии. Однако аутоиммунный компонент также может присутствовать. Постановка диагноза [1,3] требует наличия лихорадки не менее 5 дней и присутствия четырех из следующих критериев: двусторонний катаральный конъюнктивит, изменения слизистых ротовой полости и губ, полиморфная (но не везикулярная) сыпь, изменения дистальных отделов конечностей (эритема, отечность, десквамация), шейная лимфаденопатия (чаще одиночный лимфоузел, более 1,5 см).

Заболевание начинается остро с подъема температуры до фебрильных цифр. Лихорадка до 1-2 недель, устойчивая к действию антибиотиков.

В течении заболевания выделяются три стадии [6, 7]: острая фебрильная (10–14 дней), подострая (10–25 дней) и реконвалесценции. В острую стадию отмечаются лихорадка, изменения со стороны слизистых, отечность, эритема кистей и стоп, сыпь, миокардит, перикардит. Во второй стадии на фоне сохраняющейся раздражительности, анорексии, инъецированности склер исчезают сыпь, лимфаденопатия, лихорадка. Персистирование лихорадки свидетельствует о развитии осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). Характерно появление десквамации пальцев кистей и стоп, артритов, артралгий, тромбоза. Возможно формирование аневризм коронарных сосудов, велик риск внезапной смерти. Третья стадия может продолжаться до 6–8 недель, до нормализации лабораторных показателей (СОЭ, СРБ). Поражение сердца и коронарных сосудов – одно из грозных проявлений заболевания. Отмечены случаи внезапной и неожиданной смерти детей на 3–4-й неделе заболевания, в период кажущегося выздоровления. Причиной смерти являлся массивный инфаркт миокарда в результате коронарного тромбоза или разрыва гигантских аневризм коронарных артерий. Эффективная терапия с одновременной профилактикой коронарного

синдрома заключается в назначении внутривенного иммуноглобулина курсом (ВВИГ) и аспирина в малых дозах длительно [5, 8].

Из всех стран мира болезнь Kawasaki наиболее распространена в Японии. Ежегодно заболевают 90-100 из 100 тыс. детей в возрасте до 5 лет, что в 10 раз выше, чем в странах Запада [10, 12]. Кроме эндемичных случаев, в Японии наблюдались вспышки болезни в среднем каждые 3 года. Зарегистрировано 3 эпидемии: в 1979 г. – 6 967 заболевших, в 1982 г. – 15 519 и в 1986 г. – 12 847 детей. Общенациональные исследования проводились в Японии 14 раз, начиная с 1970 г. [9, 12] Их результаты позволяют предположить, что болезнь может быть вызвана неизвестным возбудителем, который распространен в популяции и воздействует преимущественно на детей раннего возраста. Это заболевание диагностируется во многих странах мира – США, Италии, Швеции, Финляндии и др. [4, 12]. При этом многие авторы считают, что в мире существует ситуация гиподиагностики болезни Kawasaki, а реальная частота недооценивается [4, 5].

В России официальных данных о заболеваемости болезнью Kawasaki нет. Проведенные в Иркутской области исследования за период 1995–2009 гг. показали, что средний уровень заболеваемости составил 2,7 на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет и 6,6 на 100 тыс. детей – в возрасте до 5 лет [1]. В Хабаровском крае она не описывалась. Поэтому нам представляется важной возможность демонстрации случая болезни Kawasaki.

Больная К., 3 года 6 месяцев, поступила в приёмный покой КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» (ДККБ) им. А.К. Пиотровича 24.11.18 г., с жалобами на повышение температуры до 39-40 °С в течении 6 дней, вынужденный наклон головы влево, болезненность при сгибании головы, отсутствие аппетита, разжиженный стул в течение трех дней перед поступлением в стационар. Из анамнеза жизни было установлено, что она росла и развивалась по возрасту. Болела ОРВИ в среднем 4 раза в год, ветряной оспой, на диспансерном учете не состояла. Аллергии нет. Вакцинация по возрасту. Наследственность не отягощена. Кровь, плазму не получала. Туберкулез отрицают, реакция Манту положительная в 2018 году, фтизиатром инфицирование микобактериями было исключено.

Из анамнеза заболевания: 17.11.18 г. повышение температуры до 40 °С, появился наклон головы влево. Лихорадка сохранялась все дни до 39-40°, болезненности при разгибании шеи. Осмотрена педиатром, в

лечении назначен клацид. 20.11.18 г. появилась сыпь по всему туловищу. 21.11.18 г. девочка была осмотрена амбулаторно инфекционистом, диагностирована скарлатина, подчелюстной лимфаденит. В лечении назначен цефтриаксон. 21.11.18 г. была осмотрена ЛОР-врачом – подчелюстной лимфаденит. Осмотрена травматологом 23.11.18 г. – подвывих атланта, болезнь Гризеля исключены. По УЗИ лимфоузлов от 22.11.18 г. – подчелюстной лимфаденит. В анализе крови от 20.11.18 г. лейкоцитоз $13,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез – 81 %, повышение СОЭ – 50 мм/час. 23.11.18 г. утром осмотрена в приёмном покое инфекционного отделения ДККБ, установлен диагноз: скарлатина, рекомендовано амбулаторное лечение. 24.11.18 г. температура до 40 °С, сохранялась боль в шее, отсутствие аппетита, тризм. Больная осмотрена врачом СМП, затем госпитализирована в инфекционное отделение ДККБ.

Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что в семье 2 взрослых и 2 детей, проживающих в 3-комнатной, благоустроенной квартире. Выезды за границу отрицали. Последнее посещение ребенком детского сада было 15.11.18 г.

При поступлении девочки в стационар температура тела составила 38,6 °С. Состояние средней тяжести, обусловленное интоксикацией. Аппетит снижен. При осмотре – вялая, капризная. Положение головы вынужденное с наклоном влево, выраженная инъектированность склер. Кожные покровы влажные, горячие. В паху, в области промежности – угасающая, мелкоочечная сыпь на гиперемизованном фоне. Губы яркие, сухие, с трещинками. Слизистая ротовой полости суховатая, чистая. Язык яркий, сосочковый по типу «малинового». В зеве яркая гиперемия, налётов нет. Периферические лимфоузлы: тонзиллярные справа 1,5×1,5 см, слева конгломерат лимфоузлов размером 2×3 см, болезненный, кожа не гиперемизована. Кашля, одышки нет, число дыхательных движений – 27 в минуту. Дыхание жёсткое, проводится во все отделы, проводные хрипы по задней поверхности. Тоны сердца громкие, ритмичные, число сердечных сокращений – 120 в минуту. Живот не вздут, мягкий, чувствительный в подвздошных областях. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стула при осмотре не было. Мочеиспускание снижено по частоте. Отёков нет. Проверить менингеальные знаки из-за вынужденного положения головы оказалось затруднительным. Лабораторно в общем анализе крови (ОАК) от даты поступления: анемия лёгкой степени тяжести, нормохромная: гемоглобин – 109 г/л, эритроциты – $3,46 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $17,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 3 %, с/я – 75 %, СОЭ – 54 мм/час.

Высказано заключение по диагнозу: Скарлатина типичная. Дифференцировать с мононуклеозом. Назначено лечение: диета № 4, инфузионная терапия с целью дезинтоксикации, антибактериальная терапия: цефтриаксон из расчёта 50 мг/кг, смекта – 2 пакетика в сутки, дробно.

В динамике наблюдения на 8-й день болезни (25.11) состояние ребёнка оставалось средней степени тяжести. Температура на фебрильных цифрах. Вынужденное положение головы влево. Губы сухие,

яркие в корочках. Кожные покровы горячие, в области промежности угасающая, мелкоочечная сыпь. Стул разжижен. Исключен заглочный абсцесс, болезнь Гризеля. По УЗИ лимфатического узла – абсцедирования нет. Увеличена доза цефтриаксона до 75 мг/кг в сутки. На 9-й день болезни состояние средней степени тяжести. Температура фебрильная. На момент осмотра вялая, капризная, шея зафиксирована воротником Шанца. Склерит. Язык сосочковый «малиновый». Учитывая сохраняющийся жидкий стул, проводилась дифференцировка с иерсиниозной инфекцией. Анализ уровня С-реактивного белка в крови – результат отрицательный. По ЭКГ – выраженная синусовая тахикардия (на фоне беспокойства), блокада правой ножки пучка Гиса. По УЗИ были выявлены реактивные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, мезентеральная лимфоаденопатия. По данным рентгенографии органов грудной клетки (ОГК), выявлены признаки очаговой пневмонии в проекции верхней доли слева. На 10-й день болезни – температура фебрильная, состояние средней степени тяжести без динамики. В области промежности сыпь угасла, наблюдается крупнопластинчатое шелушение. Появилась пастозность рук и стоп. ОАК – лейкоцитоз до $15,9 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез (80 %), СОЭ – 54 мм/час. На 11-й день болезни температура субфебрильная. Состояние прежнее. Девочка адинамичная, вялая. Была однократная рвота. Склерит. Губы сухие, яркие, в корочках, язык сосочковый – «малиновый». В области промежности продолжается крупнопластинчатое шелушение. Пастозность рук и стоп уменьшилась. Кровь методом ИФА на вирус Эбштейн-Барр, РНГА с иерсиниозными диагностикумами, многократные посевы мазков из носоглотки на микрофлору и ВЛ, посевы кала на кишечную микрофлору – результаты отрицательные. На 12-й день болезни температура тела на фебрильных цифрах. Состояние средней степени тяжести. Вялость и адинамичность, склерит, яркость и сухость губ, сосочковость языка сохраняются. Повторная рвота. В области промежности наблюдается среднепластинчатое шелушение. Пастозность кистей и стоп минимальна. Появился кашель, жёсткое дыхание по всей поверхности лёгких при аускультации, хрипы. Стул 2 раза, жидкий со слизью. Диурез снижен. ОАК: снижение гемоглобина до 108 г/л, в динамике уменьшение лейкоцитоза до $11,7 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез – 85 %, СОЭ уменьшилась до 35 мм/час. Биохимия крови – снижение общего белка до 55,4 г/л. К лечению добавлен аспирин 100 мг/кг/сутки. На 13-й день болезни температура тела фебрильная. Состояние средней степени тяжести. При аускультации лёгких – жёсткое дыхание по всей поверхности, хрипы. Стул 1 раз, жидкий со слизью. Диурез снижен. Эхокардиография без патологии. Кровь на анти-О-стрептолизин – результат отрицательный.

На основании острого начала, длительной лихорадки до 40 °С, рефрактерной к антибактериальной терапии, характерной скарлатиноподобной экзантемы на 5-ый день болезни, данных клинического осмотра («малиновый язык, яркие, сухие, губы в трещинах, склерит, отёки кистей и стоп, шелушение в паховой

области, наличие лимфаденопатии и одного крупного конгломерата в области шеи), отрицательных бактериологических анализов, анализов на ВЭБ-инфекцию, иерсиниоз, анти-О-стрептолизин, установлен основной диагноз: Болезнь Kawasaki, М 30.3. Сопутствующий диагноз: Внебольничная пневмония, левосторонняя, верхнедолевая, очаговая, средней степени тяжести, острого течения, неосложненная, этиологически неуточненная. Шейный лимфаденит, вторичный миотонический синдром, установочная кривошея.

С лечебной целью, для профилактики осложнений со стороны ССС были назначены иммуноглобулин «Гамунакс-С» в дозе 2 г/кг массы тела № 2 (29.11. и 30.11.) внутривенно и аспирин по 100 мг 1 раз в сутки внутрь.

На 14-й день болезни получена положительная динамика. Нормализовалась температура тела, девочка стала активной. Губы сухие, яркие, в корочках, язык сосочковый. Кожные покровы бледные, в области промежности сохранялась десквамация эпителия. В легких при аускультации жесткое дыхание, хрипы. Диурез сохранён. На 15-й день заболевания температура тела нормальная. Стала активной. Появился полноценный аппетит. Губы сухие, яркие, в корочках. Язык «малиновый». Кашель купирован, везикулярное дыхание по всей поверхности лёгких, остаточные хрипы. Стул однократный, оформленный. Диурез сохранён. На 16-й день болезни (03.12) девочка активная. Губы влажные, частично в корочках, язык сосочковый по центру. Кожные покровы бледные, в области промежности – мелкопластинчатое шелушение. Везикулярное дыхание по всей поверхности лёгких при аускультации, хрипов нет. Стул однократный, оформленный.

Диурез сохранён. По результатам контрольной рентгенографии ОГК очагов инфильтрации не выявлено. В ОАК – положительная динамика. Стойкая нормализация температура тела.

Выписана с улучшением на амбулаторный режим. Рекомендовано диспансерное наблюдение педиатра, консультация ревматолога. Контроль ОАК через 10 дней. ЭКГ и эхокардиография – через 2 недели. Аспирин 125 мг 1 раз в день утром после завтрака по 12.12.18 г, затем по 50 мг – еще 2 месяца. 28.01.2019 г. были проведены контрольные обследования: общий анализ крови, ЭКГ и эхокардиография – патологии не было выявлено.

Таким образом, представлен случай болезни Kawasaki у ребенка 3,5 лет, которая проходила под маской ряда инфекционных заболеваний. Назначение ВВИГ с аспирином в рекомендуемых дозах [6, 7, 8] существенно повлияло на динамику болезни и снизило риск развития осложнений на ССС. Учитывая приведенный случай, можно рекомендовать детям с длительным фебрилитетом (более 4 суток), экзантемой, суставным синдромом и шелушением кожи, катаральными явлениями со стороны слизистых ротоглотки, конъюнктивитом и шейным лимфаденитом обязательно проводить эхокардиографию и дифференциальную диагностику с синдромом Kawasaki. Важное значение, при этом, имеет своевременное назначение ВВИГ в дозе 2 мг/кг в виде 2-3 (до 5) ежедневных инфузий и аспирина после снижения лихорадки в дозе 3-5 мг/кг/сутки длительно (1,5-3 месяца), предупреждающее развитие коронарита и артериальных аневризм [4].

Литература

1. Белозеров Ю.М., Брегель Л.В., Субботин В.М. Болезнь Kawasaki – особенности клинических симптомов и кардиальных проявлений у детей российской популяции // Педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 31-37.
2. Брегель Л.В., Белозеров Ю.М., Субботин В.М. Болезнь Kawasaki у детей – первые клинические наблюдения в России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 4. – С. 25-29.
3. Брегель Л.В., Субботин В.М., Белозеров Ю.М. Этиология болезни Kawasaki // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2002. – № 4 (3). С. 239-247.
4. Лутфуллин И.Я. Синдром Kawasaki: клинические алгоритмы и проблема гиподиагностики заболевания // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 52-60.
5. Лыскина Г.А., Ширинская О.Г. Клиническая картина, диагностика и лечение синдрома Kawasaki: известные факты и нерешенные проблемы // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – № 1. – С. 63-73.
6. Лыскина Г.А., Ширинская О.Г. Слизисто-кожный лимфонодулярный синдром (синдром Kawasaki). – ВИДАР, 2008. – 144 с.
7. Мазанкова Л.Н., Нестерина Л.Ф., Чеботарева Т.А. и др. Особенности болезни Kawasaki у детей раннего возраста // Детские инфекции. – 2003. – № 2. – С. 64-65.
8. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям со слизисто-кожным лимфонодулярным синдромом (Kawasaki) / Под ред. А.А. Баранова. – М., 2015. – 22 с.
9. Burns J.C., Kushner H.I., Bastian J.F., et al. Kawasaki Disease: A Brief History // Pediatrics. – 2000. – № 106 (2). – P. 27.
10. Dean A.G., Melish M.F., Hicks R., Palumbo N.E. An epidemic of Kawasaki syndrome in Hawaii // J. Pediatr. – 1982. – № 100 (4). – P. 552-557.
11. Kawasaki T., Kosaki F., Okawa S., et al. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome (MCLS) prevailing in Japan // Pediatrics. – 1974. – № 54. – P. 271-276.
12. Nakamura Y., Yashiro M., Uehara R., et al. Increasing incidence of Kawasaki disease in Japan: nationwide survey // Pediatr. Int. – 2008. – № 50 (3). – P. 287-290.
13. Marshal S., Anderson, et al. Delayed diagnosis of Kawasaki Syndrome: an analysis of the problem // Pediatrics. – 2005. – № 115. – P. 428-433.

Literature

1. Belozеров Yu.M., Bregel L.V., Subbotin V.M. Kawasaki disease – peculiarities of clinical symptoms and cardiac manifestations in children of the Russian population // *Pediatrics*. – 2010. – № 3. – P. 31-37.
2. Bregel L.V., Belozеров Yu.M., Subbotin V.M. Kawasaki disease in children – first clinical observations in Russia // *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. – 1998. – № 4. – P. 25-29.
3. Bregel L.V., Subbotin V.M., Belozеров Yu.M. Etiology of Kawasaki disease // *Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy*. – 2002. – № 4 (3). – P. 239-247.
4. Lutfullin I.Ya. Kawasaki syndrome: clinical pathways and the problem of underdiagnosis of the disease // *Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. – 2016. – Vol. 9, Iss. 2. – P. 52-60.
5. Lyskina G.A., Shirinskaya O.G. The clinical picture, diagnosis and treatment of Kawasaki syndrome: known facts and unsolved problems // *Questions of Modern Pediatrics*. – 2013. – № 1. – P. 63-73.
6. Lyskina G.A., Shirinskaya O.G. Mucocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki syndrome). – *VIDAR*, 2008. – 144 p.
7. Mazankova L.N., Nesterina L.F., Chebotareva T.A., et al. Peculiarities of Kawasaki disease in children of tender age // *Journal of Children's Infections*. – 2003. – № 2. – P. 64-65.
8. Federal clinical recommendations on providing medical aid to children with mucocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki syndrome) / Ed. by A.A. Baranov. – M., 2015. – 22 p.
9. Burns J.C., Kushner H.I., Bastian J.F., et al. Kawasaki Disease: A Brief History // *Pediatrics*. – 2000. – № 106 (2). – P. 27.
10. Dean A.G., Melish M.F., Hicks R., Palumbo N.E. An epidemic of Kawasaki syndrome in Hawaii // *J. Pediatrics*. – 1982. – № 100 (4). – P. 552-557.
11. Kawasaki T., Kosaki F., Okawa S., et al. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome (MCLS) prevailing in Japan // *Pediatrics*. – 1974. – № 54. – P. 271-276.
12. Nakamura Y., Yashiro M., Uehara R., et al. Increasing incidence of Kawasaki disease in Japan: nationwide survey // *Pediatr. Int.* – 2008. – № 50 (3). – P. 287-290.
13. Marshal S., Anderson, et al. Delayed diagnosis of Kawasaki Syndrome: an analysis of the problem // *Pediatrics*. – 2005. – № 115. – P. 428-433.

Координаты для связи с авторами: Молочный Владимир Петрович – д-р мед. наук, профессор кафедры поликлинической педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ДВГМУ, тел. +7-924-302-44-40, e-mail: molochnyu@yandex.ru; Чернышева Наталья Витальевна – канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ДВГМУ, тел. +7-914-540-76-05, e-mail: snv.kh@yandex.ru; Бондарчук Екатерина Евгеньевна – ординатор кафедры поликлинической педиатрии с курсом детских инфекционных болезней ДВГМУ, тел. +7-999-083-11-79; Капура Татьяна Анатольевна – врач-инфекционист Детской краевой клинической больницы им. А.К. Пиотровича, тел. +7-924-213-16-70.

