

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.14.2.017>



Грынчак В.П.¹, Байко С.В.²✉, Батян Г.М.²

¹ Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Клинико-лабораторные особенности болезни Кавасаки и мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19, у детей: сравнительный анализ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Грынчак В.П. – концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка литературных источников, статистическая обработка, написание и окончательное редактирование; Байко С.В. – концепция и дизайн исследования, статистическая обработка, написание и окончательное редактирование; Батян Г.М. – сбор материала, окончательное редактирование.

Для цитирования: Грынчак В.П., Байко С.В., Батян Г.М. Клинико-лабораторные особенности болезни Кавасаки и мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19, у детей: сравнительный анализ. *Педиатрия Восточная Европа*. 2026;14(2):239–248. <https://doi.org/10.34883/PI.2026.14.2.017>

Подана: 17.02.2026

Принята: 25.05.2026

Контакты: baiko@yandex.ru

Резюме

Введение. Дифференциальная диагностика болезни Кавасаки (БК) и мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19 (МВС), у детей остается сложной задачей из-за сходства клинических проявлений и отсутствия специфических лабораторных тестов.

Цель. Провести сравнительный анализ клинического течения, лабораторных данных, терапии и исходов БК и МВС у детей для выявления дифференциально-диагностических критериев.

Материалы и методы. В исследование включено 146 пациентов: основную группу составили 76 детей с полным вариантом БК (2009–2020 гг.), группу сравнения – 70 детей с МВС (2020–2022 гг.). Все пациенты находились на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска. Диагнозы установлены в соответствии с критериями Американской кардиологической ассоциации (2017) и ВОЗ (2020). Проведен анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных. Статистическая обработка выполнена с использованием U-критерия Манна – Уитни и двустороннего точного критерия Фишера.

Результаты. БК чаще встречалась у детей до 5 лет (87% случаев), МВС – у детей старше 5 лет и подростков (74%). В обеих группах преобладали мальчики (71% и 67%). Медиана возраста: 1,8 года (БК) против 8,2 года (МВС), $p < 0,001$. При БК достоверно чаще наблюдались полиморфная экзантема (93,4% vs 72,9%), хейлит (93,4% vs 67,1%), «малиновый язык» (44,7% vs 27,1%), шейный лимфаденит (75,0% vs 24,3%), отек кистей и стоп (65,8% vs 17,1%), околоногтевое шелушение (46,1% vs 4,3%). Поражения ЖКТ (94,3% vs 25,0%), спленомегалия (68,6% vs 51,3%) и изменения в моче (90,0% vs 31,6%) были характерны для МВС. Миокардит при МВС чаще сопровождался сердечной

недостаточностью (14,3% vs 1,3%, $p=0,0035$). Лабораторно при МВС отмечались более высокие уровни лейкоцитов, СРБ и прокальцитонина, при БК – тромбоцитоз. Все пациенты выписаны с улучшением.

Заключение. БК и МВС имеют сходство, но различаются по возрасту, частоте отдельных клинических проявлений, лабораторным маркерам и тяжести поражения сердца. Ранняя дифференциальная диагностика позволяет своевременно назначить патогенетическую терапию (ВВИГ, ацетилсалициловая кислота, глюкокортикостероиды) и улучшить прогноз.

Ключевые слова: болезнь Kawasaki, мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19, дети, дифференциальная диагностика

Hrynchak V.¹, Baiko S.² ✉, Batsian G.²

¹ City Children's Infectious Diseases Clinical Hospital, Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Clinical and Laboratory Features of Kawasaki Disease versus Multisystem Inflammatory Syndrome Associated with COVID-19 in Children: A Comparative Analysis

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Hrynchak V. – study concept and design, material collection, literary sources processing, statistical processing, text writing and final editing; Baiko S. – study concept and design, statistical processing, text writing and final editing; Batsian G. – material collection, final editing.

For citation: Hrynchak V., Baiko S., Batsian G. Clinical and Laboratory Features of Kawasaki Disease versus Multisystem Inflammatory Syndrome Associated with COVID-19 in Children: A Comparative Analysis. *Pediatrics Eastern Europe*. 2026;14(2):239–248. (In Russ.). <https://doi.org/10.34883/PI.2026.14.2.017>

Submitted: 17.02.2026

Accepted: 25.05.2026

Contacts: baiko@yandex.ru

Abstract

Introduction. Differentiating Kawasaki disease (KD) from multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 (MIS-C) in children remains challenging due to overlapping clinical features and the lack of specific laboratory tests.

Purpose. To perform a comparative analysis of clinical course, laboratory data, treatment and outcomes of KD and MIS-C in children in order to identify differential diagnostic criteria.

Materials and methods. The study included 146 patients: the main group consisted of 76 children with complete KD (2009–2020), and the comparison group consisted of 70 children with MIS-C (2020–2022). All patients were treated at the Children's infectious diseases hospital, Minsk. The diagnoses were established according to the American Heart Association (2017) and WHO criteria (2020). Clinical, laboratory and instrumental data were analyzed. The statistical analysis was performed using Mann – Whitney U test and two-sided Fisher's exact test.

Results. KD was more common in children under 5 years (87%) while MIS-C in children over 5 years and adolescents (74%). Males predominated in both groups (71% and 67%). Median age was 1.8 years (KD) vs 8.2 years (MIS-C), $p < 0.001$. In KD, polymorphic exanthema (93.4% vs 72.9%), cheilitis (93.4% vs 67.1%), strawberry tongue (44.7% vs 27.1%), cervical lymphadenopathy (75.0% vs 24.3%), extremity edema (65.8% vs 17.1%), and periungual desquamation (46.1% vs 4.3%) were significantly more frequent. Gastrointestinal involvement (94.3% vs 25.0%), splenomegaly (68.6% vs 51.3%) and urinary abnormalities (90.0% vs 31.6%) were characteristic of MIS-C. Myocarditis in MIS-C more often was accompanied by heart failure (14.3% vs 1.3%, $p = 0.004$). Laboratory findings showed higher white blood cells, C-reactive protein and procalcitonin levels in MIS-C, while thrombocytosis was typical for KD. All patients recovered.

Conclusion. KD and MIS-C share similarities but differ in age distribution, frequency of specific clinical manifestations, laboratory markers and severity of cardiac involvement. An early differential diagnosis enables timely pathogenetic therapy (IVIg, acetylsalicylic acid, and corticosteroids) and improves prognosis.

Keywords: Kawasaki disease, multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19, children, MIS-C, differential diagnosis

■ ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Kawasaki (БК) (слизисто-кожный лимфонулярный синдром) – острое системное заболевание, характеризующееся поражением средних и мелких артерий с развитием деструктивно-пролиферативного васкулита у генетически предрасположенных лиц, которое встречается у детей преимущественно младшего возраста и в последующем является одной из основных причин заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста [1–4].

БК наиболее распространена среди лиц азиатского происхождения. В Японии ежегодно болеют 250 детей на 100 000 в возрасте до 5 лет, что превышает заболеваемость в странах Европы в десятки раз и подтверждает теорию о генетической предрасположенности к развитию болезни [3, 5]. Во многих странах мира существует проблема недостаточной диагностики БК и недооценивается частота заболеваемости. Между тем БК считается одной из основных причин приобретенных заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста [6]. Начало и течение болезни напоминает развитие инфекционного процесса (лихорадка, сыпь, катаральные явления, лимфаденит), но при этом отсутствуют патогномичные симптомы и специфические диагностические тесты, что значительно препятствует ранней диагностике заболевания. Более того, наличие лабораторно подтвержденной инфекции у пациента не исключает диагноз БК, так как исследования показывают, что около трети пациентов, соответствующих всем критериям БК, имеют положительный результат на тот или иной инфекционный агент [1, 7–9].

Доказано, что своевременно начатая терапия значительно снижает риски развития осложнений и улучшает прогноз жизни [3, 4, 6]. В связи с тем, что этиология БК неизвестна, терапия направлена на модуляцию иммунного ответа и ингибирование активации тромбоцитов для предотвращения образования коронарных аневризм и их тромбоза. Стандартом в лечении острого периода БК является применение высоких

доз внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой. Препарат ВВИГ может вводиться на любом сроке болезни, однако максимальный эффект и результат достигается при раннем введении в течение первых 10 дней заболевания [6, 10, 11]. У части пациентов может наблюдаться резистентность к ВВИГ. В таких ситуациях возможно повторное введение препарата, а также использование пульс-терапии глюкокортикостероидами и генно-инженерной терапии (инфликсимаб) [12]. При своевременной диагностике и терапии прогноз заболевания благоприятный [4].

В период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 в странах Европы, а затем и в США стали появляться описания случаев тяжелого заболевания у детей на фоне перенесенной коронавирусной инфекции, которое по клиническим проявлениям напоминало болезнь Kawasaki (лихорадка, поражение кожи и слизистых, сердечно-сосудистые нарушения) [13, 14]. Примечательно, что большинство симптомов имело сходство с клиническими проявлениями БК, но в некоторых случаях сопровождалось развитием выраженного гипервоспалительного ответа с признаками синдрома токсического шока, миокардита с кардиогенным шоком, сепсиса. Данное заболевание получило название мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19 (MBC, MIS-C), как гипервоспалительное состояние, которое поражает детей и подростков через 2–6 недель после заражения SARS-CoV-2 [3, 15–18].

Аналогично БК, основным диагностическим критерием MBC является лихорадка, но с более короткой продолжительностью. С различной частотой наблюдаются сыпь, поражение слизистых, лимфаденопатия, реже регистрируются респираторные симптомы (кашель, заложенность носа, боль в горле, одышка). Часто отмечаются симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (рвота, диарея, боли в животе). Основную угрозу для жизни представляют осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: расширение коронарных артерий вплоть до формирования аневризм, нарушения ритма сердца, миокардит с дисфункцией левого желудочка [5, 10, 13, 15, 19, 20].

Таким образом, понимание различий в диагностических критериях и лабораторных маркерах необходимо для того, чтобы помочь врачам дифференцировать эти два заболевания.

За последние 15 лет в Республике Беларусь регистрируется в среднем 10–12 случаев БК в год. Первый случай MBC диагностирован в мае 2020 года. В период с 2020 по 2022 год зарегистрировано более 100 случаев MBC у детей по стране. Несмотря на окончание пандемии, проблема не потеряла своей актуальности, поскольку циркуляция вируса SARS-CoV-2 продолжается.

При дифференциальной диагностике MBC и БК в первые годы использовался серологический анализ крови на специфические антитела к вирусу SARS-CoV-2. На сегодняшний день в связи с наличием антител к вирусу SARS-CoV-2 у большинства людей, переболевших коронавирусной инфекцией, диагностическая значимость серологических маркеров инфекции снизилась.

Внешнее сходство этих двух состояний и отсутствие специфических лабораторных тестов создает серьезные диагностические трудности. Врачи-клиницисты зачастую сталкиваются с дилеммой: перед ними классический вариант БК или MBC на фоне постинфекционного иммунного ответа?

Изучение и анализ течения, исходов и дифференциально-диагностических критериев БК и МВС, выявление четких клинико-лабораторных особенностей позволят врачам уже на раннем этапе отличить одно заболевание от другого, избежать тактических ошибок, своевременно назначить патогенетическую терапию и улучшить прогноз.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительный анализ клинического течения, лабораторных данных, терапии и исходов БК и МВС у детей для выявления дифференциально-диагностических критериев.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 146 пациентов, сформировано 2 группы. Основную группу составили 76 пациентов с установленным диагнозом «болезнь Kawasaki», полный вариант за период с 2009 по 2020 год (до начала пандемии COVID-19). Группу сравнения составили 70 детей с установленным диагнозом «мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19» за период с 2020 по 2022 год.

Все пациенты находились на стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Городская детская инфекционная клиническая больница» (УЗ «ГДИКБ») г. Минска.

Диагноз БК устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Американской кардиологической ассоциации (2017) [3]. Диагноз МВС соответствовал критериям, установленным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2020) [21].

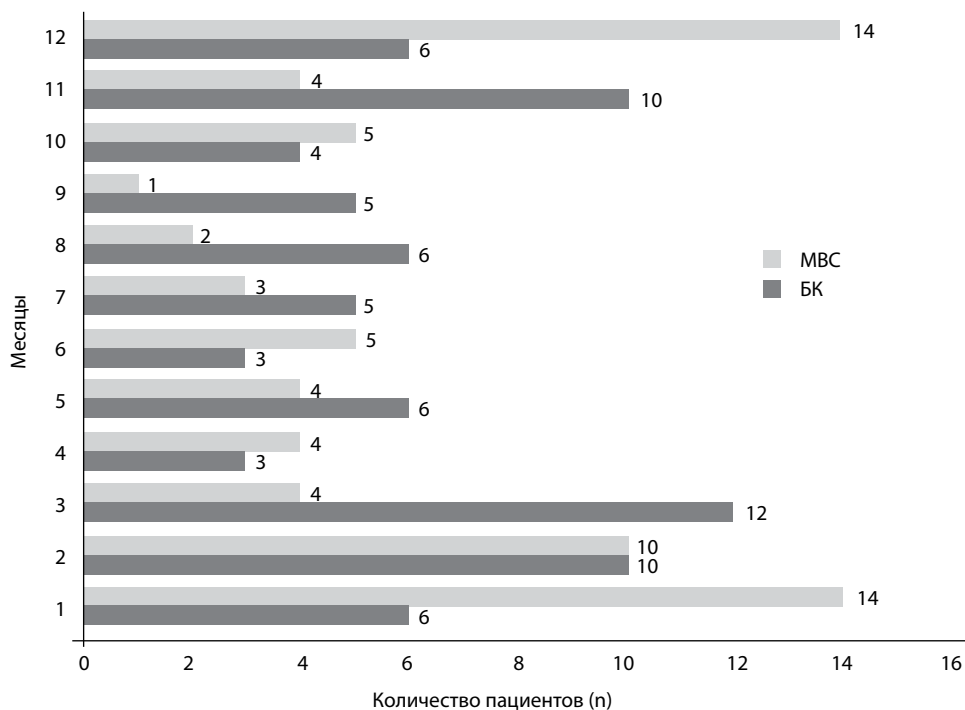
В рамках исследования был проведен анализ клинических проявлений заболеваний, данных лабораторных и инструментальных методов обследования.

Статистическая обработка выполнена с использованием программ MS Excel и Statistica 10. Ввиду распределения количественных признаков, отличного от нормального, описательная статистика представлена медианой (Me) и межквартильным интервалом (Q_1 ; Q_3). Сравнение двух независимых выборок по количественным признакам проведено с помощью U-критерия Манна – Уитни. Сравнение частот бинарных категориальных признаков выполнено с применением двустороннего точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе БК ($n=76$) подавляющее большинство пациентов (66 человек; 87%) были младше 5 лет, включая 16 детей первого года жизни. В группе МВС ($n=70$), напротив, большинство составили дети старшего возраста и подростки: 52 пациента (74%) были старше 5 лет. Медиана возраста составила 1,8 года (1,0; 3,4) при БК и 8,2 года (4,5; 11,5) при МВС ($p < 0,001$). В обеих группах отмечалось преобладание мальчиков (71% и 67% соответственно).

Заболеваемость БК и МВС регистрировалась круглогодично, однако БК преобладала в весенне-осенний период, тогда как пик заболеваемости МВС приходился на зимние месяцы и был связан с подъемами заболеваемости COVID-19 (см. рисунок).



Сравнительная сезонная динамика заболеваемости болезнью Кавасаки и мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с COVID-19
Comparative seasonal trends in the incidence of Kawasaki disease and multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19

При оценке сроков госпитализации было установлено, что пациенты с БК и MBC поступали в стационар в среднем на 5-е (3,0; 7,0) сутки от начала заболевания. Однако длительность пребывания в стационаре была выше у пациентов с БК, чем с MBC (15,0 (11,0; 21,0) против Me 13,0 (10,0; 16,0) койко-дней, $p=0,003$). В то же время дети с MBC значительно чаще требовали госпитализации в отделение интенсивной терапии (92,9% против 32,9%, $p<0,001$).

Поводом к госпитализации пациентов с БК являлась сохраняющаяся лихорадка, не отвечающая на антибактериальную терапию. Дети с MBC поступали в стационар в связи с тяжелым течением заболевания.

Одним из основных симптомов и критериев постановки диагнозов БК и MBC является длительная лихорадка. Следует отметить, что у пациентов с БК лихорадка наблюдалась дольше и составила в среднем 10 дней в связи с более поздней постановкой диагноза, у пациентов с MBC – 7 дней ($p<0,001$).

В исследуемых группах среди основных клинических проявлений при БК значительно чаще встречались полиморфная экзантема, изменения слизистой губ и языка (хейлит, «малиновый язык»), шейный лимфаденит, отек кистей и стоп с последующим околоногтевым шелушением. Поражения глаз (конъюнктивит, склерит), эритема слизистой полости рта, эритема ладоней и стоп встречались в равной степени в двух

Таблица 1

Сравнительная характеристика клинических симптомов болезни Kawasaki и мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19**Table 1****Comparative characteristics of clinical symptoms of Kawasaki disease and multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19**

Критерий	Болезнь Кавасаки, % (n)	Мультисистемный воспалительный синдром, % (n)	p
Лихорадка	100 (76/76)	100 (70/70)	–
Полиморфная экзантема	93,4 (71/76)	72,9 (51/70)	0,001
Конъюнктивит	72,4 (55/76)	72,9 (51/70)	1,0
Склерит	82,9 (63/76)	72,9 (51/70)	0,16
Хейлит	93,4 (71/76)	67,1 (47/70)	<0,001
«Малиновый язык»	44,7 (34/76)	27,1 (19/70)	0,038
Эритема слизистой полости рта и глотки	96,1 (73/76)	91,4 (64/70)	0,31
Шейный лимфаденит	75,0 (57/76)	24,3 (17/70)	<0,001
Эритема ладоней и стоп	52,6 (40/76)	34,3 (24/70)	0,030
Отек кистей и стоп	65,8 (50/76)	17,1 (12/70)	<0,001
Околоногтевое шелушение	46,1 (35/76)	4,3 (3/70)	<0,001
Поражения желудочно-кишечного тракта	25,0 (19/76)	94,3 (66/70)	<0,001
Артралгии	25 (19/76)	12,9 (9/70)	0,091

группах. Доля пациентов с артралгиями была выше в группе пациентов с БК. Поражения желудочно-кишечного тракта, такие как рвота, диарея, боли в животе, значительно чаще встречаются в группе пациентов с МВС (табл. 1).

По данным инструментальных исследований (рентгенография, ультразвуковая диагностика), спленомегалия значительно чаще выявлялась при МВС ($p=0,042$), тогда как частота гепатомегалии и рентгенологических изменений в легких не различалась между группами. При оценке общего анализа мочи патологические изменения также преобладали у пациентов с МВС (табл. 2).

Поражения сердечно-сосудистой системы, включая коронарит, миокардит и перикардит, регистрировались с одинаковой частотой в обеих группах (табл. 2). Однако течение миокардита у пациентов с МВС было более тяжелым и сопровождалось признаками сердечной недостаточности: снижением сократительной функции левого желудочка, дилатацией полостей, тахикардией, нарушениями ритма. Дополнительная кардиотропная поддержка потребовалась 14% пациентов с МВС.

Сравнение и анализ лабораторных данных показали, что при МВС активность воспалительного процесса выше (лейкоцитоз, нейтрофилез, уровни С-реактивного белка и прокальцитонина). При БК у большинства пациентов при поступлении регистрировался тромбоцитоз и у части пациентов сохранялся на протяжении острого периода болезни вплоть до выписки из стационара. У пациентов с МВС чаще наблюдалась тромбоцитопения (табл. 3).

Основным методом лечения БК и МВС является введение препаратов, подавляющих системный воспалительный ответ. 74 ребенка (97%) с БК получили ВВИГ (в дозе 2 г/кг/сут) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой (в дозе 3–5 мг/кг/сут длительностью до 6 недель). В связи с выраженными иммунопатологическими проявлениями у 29 детей (38%) потребовалось назначение глюкокортикостероидов коротким курсом в дозе 1 мг/кг/сут в течение 3–5 дней.

Таблица 2
Сравнительная характеристика поражения сердечно-сосудистой системы, легких, органов брюшной полости и мочевыделительной системы у пациентов с болезнью Kawasaki и мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с COVID-19
Table 2
Comparative characteristics of damage to the cardiovascular system, lungs, abdominal organs and urinary system in patients with Kawasaki disease and multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19

Критерий	Болезнь Кавасаки, % (n)	Мультисистемный воспалительный синдром, % (n)	p
Изменения в легких на рентгенограмме	44,1 (26/59)	59,4 (41/69)	0,11
Гепатомегалия	84,2 (64/76)	85,7 (60/70)	0,82
Спленомегалия	51,3 (39/76)	68,6 (48/70)	0,042
Изменения в моче	31,6 (24/76)	90,0 (63/70)	<0,001
Протеинурия >0,033 г/л	18,4 (14/76)	74,3 (52/70)	<0,001
Лейкоцитурия >10/1	22,4 (17/76)	22,9 (16/70)	1,0
Гематурия >5/1	5,3 (4/76)	18,6 (13/70)	0,018
Коронарит	38,7 (29/75)	28,6 (20/70)	0,22
Миокардит	33,3 (25/75)	28,6 (20/70)	0,59
Перикардит	10,7 (8/75)	15,7 (11/70)	0,46
Сердечная недостаточность	1,3 (1/76)	14,3 (10/70)	0,004

В лечении MBC высокую эффективность показала комбинированная терапия высокими дозами ВВИГ (2 г/кг/курс) в сочетании с внутривенным введением глюкокортикостероидов в дозе 2 мг/кг/сут в течение 5 дней. Данную схему получили 64 пациента (91%).

Таблица 3
Сравнительная характеристика лабораторных изменений при болезни Kawasaki и мультисистемном воспалительном синдроме, ассоциированном с COVID-19 (Me (Q₁; Q₃))
Table 3
Comparative characteristics of laboratory changes in Kawasaki disease and multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 (Me (Q₁; Q₃))

Показатель	Болезнь Kawasaki	Мультисистемный воспалительный синдром	p
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л, при поступлении	15,1 (12,2; 20,3)	11,8 (9,4; 15,4)	<0,001
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л, max	18,7 (14,9; 24,5)	16,9 (13,7; 21,9)	0,07
Нейтрофилы, %, при поступлении	70 (58; 77)	65 (56; 72)	<0,05
Тромбоциты, ×10 ⁹ /л, при поступлении	305 (249; 380)	177 (126; 254)	<0,001
Тромбоциты, ×10 ⁹ /л, max	619 (519; 768)	505 (397; 628)	<0,001
Тромбоциты, ×10 ⁹ /л, при выписке	508 (370; 607)	409 (338; 474)	0,004
СОЭ, мм/ч, при поступлении	41 (25; 50)	22 (14; 31)	<0,001
СОЭ, мм/ч, max	55 (46; 63)	48 (32; 58)	<0,001
Гемоглобин, г/л, при поступлении	117 (108; 125)	117 (109; 133)	0,23
СРБ, мг/л, при поступлении	87 (41; 148)	138 (79; 183)	0,002
СРБ, мг/л, max	97 (47; 170)	158 (114; 195)	<0,01
Прокальцитонин, нг/мл	0,34 (0,14; 1,80)	3,20 (0,90; 7,2)	<0,01
Альбумин г/л, при поступлении	37 (31; 43)	39 (35; 42)	0,34
Натрий, ммоль/л, при поступлении	137 (135; 140)	137 (136; 140)	0,35

С учетом клинической картины заболевания и наличия воспалительных изменений в крови большинство пациентов с БК и МВС получали антибактериальную терапию в дебюте заболевания до верификации диагноза (92% и 99% соответственно).

Все дети с БК (n=76; 100%) и МВС (n=70; 100%) были выписаны с улучшением на амбулаторный этап под наблюдение участкового педиатра и детского кардиоревматолога. Большинство пациентов наблюдались в диспансерном кабинете УЗ «ГДИКБ» г. Минска в течение 1 года после перенесенного заболевания. Первый диспансерный осмотр проводился спустя 1 месяц после выписки из стационара с целью оценки показателей общего анализа крови (тромбоциты, СОЭ), доплерокардиографии и коррекции дальнейшей терапии аспиринотерапией. Повторные осмотры проводились через 3, 6 и 12 месяцев после выписки с оценкой общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, электрокардиограммы и эхокардиографии с доплерокардиографией. Развившиеся у части пациентов осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (коронарит, миокардит) в острый период болезни купировались к концу диспансерного этапа наблюдения.

■ ВЫВОДЫ

1. Болезнь Kawasaki чаще встречается у детей младшего возраста (до 5 лет), в то время как мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19, в большинстве случаев поражает детей старшего возраста и подростков. В обоих случаях чаще болеют мальчики.
2. Несмотря на сходство клинических проявлений заболеваний, следует отметить, что слизисто-кожные проявления, шейный лимфаденит, артралгии значительно чаще встречаются при БК. Для МВС в большей степени характерны поражения желудочно-кишечного тракта, легких и мочевыделительной системы.
3. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, такие как коронарит, миокардит и перикардит, в равной степени могут проявляться у пациентов с БК и МВС. Однако для пациентов с МВС характерно более тяжелое течение миокардита с проявлениями сердечной недостаточности.
4. Повышение уровня маркеров острой фазы воспаления характерно для обеих нозологий, однако при МВС наблюдается более высокая активность иммунновоспалительного процесса. Такие пациенты имеют более тяжелое течение заболевания и требуют более длительной интенсивной терапии.
5. Основу терапии БК и МВС составляют препараты, подавляющие системный воспалительный ответ. Раннее начало лечения (в течение первых 10 дней от появления симптомов) значительно снижает риск поражения коронарных артерий и улучшает исходы. Ведение пациентов предполагает мультидисциплинарный подход с участием кардиологов, инфекционистов и, при необходимости, реаниматологов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ho-Chang K. Diagnosis, Progress, and Treatment Update of Kawasaki Disease. *Int. J. Mol. Sci.* 2023;24(13948):1–16. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijms241813948>
2. Llinas-Caballero K., Rodriguez Y., Fernandez-Sarmiento J. Kawasaki disease in Colombia: A systematic review and contrast with multisystem inflammatory syndrome in children associated with COVID-19. *Rev colombiana reumatol.* 2022;29(51):66–76. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.11.004>

3. Beketova G., Soldatova O. Kawasaki Disease in Children and Pediatric Multisystem Inflammatory Syndrome Associated with SARS-CoV-2 During the Pandemic (Clinical Lecture). *Pediatrics Eastern Europe*. 2020;8(2):157–168. doi: 10.34883/PI.2020.8.2.001 (in Russian)
4. Kirilina S.A. Kawasaki syndrom in children – current. *Pediatrician's Practice*. 2021;4:5–11. (in Russian)
5. Wang Y., Fu C., Wu K. et al. Multicenter registry of multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) and Paired comparison with Kawasaki disease. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2024;123:1131–1138. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2024.07.009>
6. Burlutskaya A., Tril V. Kawasaki Syndrome: a diagnostic algorithm in the practice of a pediatrician. *Bulletin of the Dagestan State Medical Academy*. 2021;2(39):55–60. (in Russian)
7. Darby J.B., Jackson J.M. Kawasaki Disease and Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: An Overview and Comparison. *Am Fam Physician*. 2021;104(3):244–252.
8. Okonenko T., Mosicheva K., Rummyantsev Ye. et al. Pathophysiological mechanisms of symptoms development in Kawasaki disease. *Vestnik NovSU*. 2024;2(136):221–229. doi: 10.34680/2076-8052.2024.2(136).221-229 (in Russian)
9. Fabi M., Dondi A., Andreozzi L. et al. Kawasaki disease, multisystem inflammatory syndrome in children, and adenoviral infection: a scoring system to guide differential diagnosis. *Eur J Pediatr*. 2023;182(11):4889–4895. doi: 10.1007/s00431-023-05142-6
10. Wessels P.A., Bingle M.A. A comparison of Kawasaki Disease and multisystem inflammatory syndrome in children. *Prog Pediatr Cardiol*. 2022;65:101516. doi: 10.1016/j.ppedcard.2022.101516
11. Bezrodnova S., Kuznetsova I., Drepa T. Mucocutaneous lymphonodular syndrome (Kawasaki disease) the children (clinical cases). *Bulletin of the Dagestan State Medical Academy*. 2025;2(55):15–19. (in Russian)
12. Hrynchak V., Baiko S., Batsian G. et al. Kawasaki Disease in Children of the Belarusian Population: Clinical Features of the Course, Experience of Observation and Treatment. *Pediatrics Eastern Europe*. 2023;11(4):444–452. Available at: <https://doi.org/10.34883/PI.2023.11.4.001> (in Russian)
13. Sedky Y., Wannes S., Saleh A.S. et al. Clinical characteristics and outcomes of Kawasaki disease and multisystem inflammatory syndrome in Arab children during the COVID-19 pandemic: a single-center experience from the middle East. *Italian Journal of Pediatrics*. 2025;51:273. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13052-025-02120-6>
14. Savitski D., Romanova O., Kolomiets N. et al. Course of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in the Republic of Belarus Depending on the Age. *Pediatrics Eastern Europe*. 2024;12(1):17–34. Available at: <https://doi.org/10.34883/PI.2024.12.1.002> (in Russian)
15. Lupu A., Gavrilovici C., Mihai C.M. et al. Multisystem inflammatory syndrome in children and Kawasaki disease. *Front. Immunol*. 2025;16:1554787. doi: 10.3389/fimmu.2025.1554787
16. Alfalasi M., Snobar R., Shaalan I. et al. Kawasaki disease in the pre- and post-COVID-19 era: shifts in patterns and outcomes from a multi-center study. *European Journal of Pediatrics*. 2025;184:367. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00431-025-06211-8>
17. Prasad U., Jha S., Manjhi A.K. et al. Meta-analysis on clinical manifestation and laboratory parameters of COVID-19-associated multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C). *J Family Med Prim Care*. 2025;14(10):4125–4129. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_381_24
18. Ulu K., Caglayan S., Coskuner T. et al. Differentiating Kawasaki Disease and Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Using Blood Composite Scores: Insights into Clinical Outcomes and Predictive Indices. *Pediatric Cardiology*. 2025;46:1390–1399. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00246-025-03785-w>
19. Walton M., Raghuveer G., Harahsheh A. et al. Cardiac Biomarkers Aid in Differentiation of Kawasaki Disease from Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with COVID-19. *Pediatr Cardiol*. 2025;46(1):116–126. doi: 10.1007/s00246-023-03338-z
20. Khongsrattha S., Vijarnsorn C., Santimahakullert K. et al. Midterm cardiovascular outcomes in children with MIS-C compared to Kawasaki disease: a multicenter prospective cohort study. *Sci Rep*. 2025;1–32. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-30867-9>
21. World Health Organization. *Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19*. 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19> (accessed 11.05.2026).