

УДК: 616.13–002–053.37

© Коллектив авторов, 2013.

ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Е.Ф. Лукушкина¹, В.В. Мещерякова¹, М.Г. Афраймович¹, И.Р. Масленникова¹,
И.Н. Власова¹, Л.А. Беленцова¹, И.А. Азовцева², Т.Ю. Костарева², А.Р. Катмарчиев²¹ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ,²ГБУЗ НО Нижегородская областная детская клиническая больница, г. Нижний Новгород.

FOR KAWASAKI DISEASE IN CHILDREN OF EARLY AGE

E.F. Lukushkina, V.V. Mescheryakova, M.H. Afracymovych, Y.R. Maslennykova, Y.N. Vlasova,
L.A. Belentsova, Y.A. Azovtseva, T.Yu. Kostareva, A. R. Katmarchyev

SUMMARY

Kawasaki disease, also known as mucocutaneous lymph node syndrome is an autoimmune (systemic) disease in which the medium-sized blood vessels throughout the body become inflamed. The cause of the disease remains unknown, but epidemiologic investigations suggest a microbial agent. 80% of affected children are younger than five years of age. Kawasaki disease can cause coronary artery abnormalities, including coronary aneurysms. The principal cause of death from Kawasaki disease is myocardial infarction. Diagnostic criteria, including fever and other principle features, such as, changes in extremities, polymorphic exantem, bilateral conjunctival injection, changes in the lips and oral cavity, cervical lymphadenopathy, have been established. In the acute phase of the disease, treatment with acetylsalicylic acid and intravenously administered immunoglobulin is directed at reducing inflammation of the coronary arteries and myocardium. Early recognition and treatment of Kawasaki disease can reduce the development of potentially life-threatening coronary artery abnormalities.

ПЕРЕБІГ ХВОРОБИ КАВАСАКИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Е.Ф. Лукушкіна, В.В. Мещерякова, М.Г. Афраймовіч, І.Р. Масленнікова,
І.Н. Власова, Л.А. Беленцова, І.А. Азовцева, Т.Ю. Костарева, А.Р. Катмарчієв

РЕЗЮМЕ

Хвороба Кавасаки, також відомий як шкірно-слизовий синдром лімфатичного вузла є аутоімунним захворюванням, при якому середні кровоносні судини по всьому тілу запалюються. Причина цього захворювання залишається невідомою, але епідеміологічні дослідження свідчать про мікробного агента. 80% постраждалих дітей молодше п'яти років. Хвороба Кавасаки може призвести до аномалій коронарної артерії, в тому числі коронарних аневризм. Основною причиною смерті від хвороби Кавасаки є інфаркт міокарда. Були створені діагностичні критерії, в тому числі лихоманка та інші особливості, такі як зміни в кінцівках, поліморфні еритеми, двосторонні ін'єкції кон'юнктиви, зміни губ і порожнини рота, лімфаденопатії. У гострій фазі захворювання, лікування ацетилсаліциловою кислотою та внутрішньовенному введенні імуноглобуліну спрямоване на зменшення запалення коронарних артерій міокарда. Рання діагностика і лікування хвороби Кавасаки може зменшити розвиток потенційно небезпечних для життя порушень коронарної артерії.

Ключевые слова: Болезнь Кавасаки, дети раннего возраста, критерии диагностики, исходы.

Болезнь Кавасаки (БК) – системный артериит с поражением средних и мелких артерий, сочетающийся с лихорадкой, изменениями слизистых оболочек, кожи, лимфатических узлов, преимущественным поражением коронарных артерий, и имеющий относительно доброкачественное течение. Этиология БК не установлена. Возможно воздействие инфекционного агента на генетически предрасположенных индивидуумов. БК особенно распространена в Японии (в 10 раз чаще, чем в Америке, и в 30 раз чаще, чем в Британии) [3,4]. Пик заболеваемости приходится на возраст 9–11 мес. Преимущественно болеют дети раннего возраста (80% до 5 лет, и только 2–3% после 8 лет). Подъем заболеваемости отмечается зимой и весной. Поздняя диагностика и лечение БК – риск развития аневризм и тромбозов коронарных артерий, инфаркта миокарда в молодом возрасте, летального исхода. Раннее начало лечения (до 10-го дня заболевания) большими дозами вну-

тривенного иммуноглобулина (ВВИГ) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой снижает риск осложнений. В России пока БК встречается чаще, чем распознается [1].

Цель. Анализ течения и исходов болезни Кавасаки у детей раннего возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 5 лет в отделении раннего возраста «Мать и дитя» ГБУЗ НО НОДКБ болезнь Кавасаки диагностирована у 10 детей (7 девочек, 3 мальчика): у 6 человек в возрасте до 1 года, у 2-х от 1 года до 2-х лет, у 2-х с 2 до 3 лет. У 9 детей наблюдалось благоприятное течение заболевания, у 1 больного БК привела к летальному исходу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст манифестации БК составил $15,1 \pm 2,82$ мес., средний срок диагностики $11,1 \pm$

2,07 день заболевания. Диагнозы, выставляемые при первичной обращаемости: ОРВИ – 5 чел, ангина – 2 чел, сепсис – 1 чел, токсико-аллергический дерматит – 1 чел, поствакцинальная реакция – 1 чел. Критериями диагностики БК в стационаре стали общепринятые рекомендации Американской ассоциации кардиологов, принятые в 1990 году: фебрильная лихорадка, длительностью минимум 5 дней при наличии 4 из 5 признаков [2]. Критерии диагностики БК у наблюдаемых нами детей представлены в таблице №1.

Таблица 1

Основные симптомы	Выраженность у больных, чел
Лихорадка до 39–40 С более 5 дней	10 чел
Двусторонняя инъекция сосудов склер и конъюнктивы	8 чел
Изменения слизистой губ и ротовой полости: сухость, эритема, трещины малиновый/клубничный язык	6 чел 1 чел 2 чел
Изменения периферических отделов конечностей эритема ладоней и подошв плотный отек тыльной поверхности кистей и стоп шелушение пальцев ладоней или стоп	1 чел 2 чел 6 чел
Сыпь – диффузная и полиморфная	9 чел
Шейная лимфаденопатия	7 чел

Среди других клинических проявлений, не относящихся к основным критериям диагностики, но часто встречающиеся при БК были: гиперемия и расчесы вокруг рубчика БЦЖ у 5 человек, артралгии и артриты у 3 детей.

Все 10 человек постепенно развили основные симптомы БК с тромбоцитозом, лейкоцитозом, ускоренным СОЭ. Изменения со стороны ССС: перикардит – 4 чел, в том числе с коронаритом у 2 чел, коронарит с расширением устьев коронарных артерий и утолщением их стенок – 4 чел, миокардит – 1 чел, без поражения ССС – 1 чел. Всем больным назначена терапия ВВИГ 1–2 г/кг/курс, ацетилсалициловая кислота 80–100 мг/кг/сут до нормализации температуры, затем 3–5 мг/кг/сут до нормализации маркеров острого воспаления и числа тромбоцитов без наличия аневризм коронарных артерий, а так же дезагреганты (трентал).

Больной М., 2 лет 5 мес. развивал симптомы: фебрильная лихорадка до 39°С (от начала заболевания до 14 дней), двусторонний конъюнктивит

(на 5-ый день заболевания), хейлит (6-ой день), плотно-папулезная ярко-розовая сыпь на ступнях и ладонях (7-ой день), шелушение кожи стоп и ладоней (9-ый день), признаки умеренно выраженного выпотного перикардита до 10 мм, коронарные артерии 2 мм с обеих сторон, просвет свободный по ЭХО-КГ, тромбоцитоз до $537,5 \times 10^9/\text{л}$ (11-ый день). Клинико-анамнестических и лабораторно-инструментально диагностирована болезнь Кавасаки (10-ый день заболевания) и начато лечение: ВВИГ 1 г/кг/курс, тромбоасс 35 мг/кг/сут. Выписан через 23 дня госпитализации в удовлетворительном состоянии с купированием клинических симптомов, перикардита, тенденцией к снижению тромбоцитоза до $477,2 \times 10^9/\text{л}$.

Больной Щ., 6 мес, заболел остро с подъема температуры до фебрильных цифр в течение 12 дней, с далее субфебрилитет – 6 дней, полиморфная сыпь на теле с округлым пятном вокруг рубчика БЦЖ и двусторонний конъюнктивит (3-ий день), хейлит (10-ый день), десквамация кожи пальцев рук и ног (16-ый день), тромбоцитоз $505 \times 10^9/\text{л}$. На ЭХО-КГ (18-ый день заболевания и поступления в стационар) выпотной перикардит 10 мм по передней стенке ПЖ с истончением стенок и размытостью контура коронарных артерий. Диагностирована болезнь Кавасаки, начата терапия ВВИГ, на фоне которой ребенок развил клинику кардиогенного шока с летальным исходом. Результаты аутопсии: болезнь Кавасаки с тромбозом и обструкцией передней ветви левой коронарной артерии и основного ствола правой коронарной артерии.

ВЫВОДЫ

Ранняя диагностика и правильная терапия БК залог благоприятного исхода заболевания. Лихорадка неясного генеза, продолжающаяся 7 и более дней у ребенка раннего возраста – абсолютное показание для проведения ЭХО-КГ с обязательной визуализацией коронарных артерий [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиника, диагностика и лечение синдрома Кавасаки. Клинические рекомендации. / Лыскина Г.А. [соавт]. – М., 2011. – 120 с.
2. Лихорадочные синдромы у детей: рекомендации по диагностике и лечению / под общ. ред. А.А.Баранова, В.К.Таточенко, М.Д.Бакрадзе. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 228 с.
3. Yanagawa H., Nakamura Y., Yashiro M. et al. Incidence survey of Kawasaki disease in 1997 and 1998 in Japan // 2001. – V. 107. – P. 33.
4. Holman R.C., Curns A.T., Belay E.D., et al. Kawasaki syndrome hospitalization in the United States, 1997 and 2000 // Pediatrics. 2003. – V. 112. – P. 495–501.