ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КАВАСАКИ

© *Аникеева Наталья Александровна, Лукичев Вячеслав Евгеньевич, Лашко Алла Юрьевна*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lukichev.vyacheslav@yandex.ru

Ключевые слова: синдром Кавасаки; реанимация; лихорадка; диагностика; лечение.

Введение. Синдром Кавасаки — системное заболевание, характеризующееся поражением средних и мелких артерий. Клинически проявляется лихорадкой, изменениями слизистых оболочек, кожи, лимфатических узлов, возможным поражением коронарных артерий. Низкая настороженность врачей педиатров в отношении синдрома Кавасаки связана с редкостью данной нозологии и сходством симптомов с различными заболеваниями. Это приводит к поздней диагностике, неадекватному лечению, формированию тяжелого состояния больного и развитию осложнений, в связи с чем детей нередко госпитализируют в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Цель исследования. Представить клинический случай синдрома Кавасаки у шестилетней девочки, госпитализированной в отделение детской реанимации и интенсивной терапии ГКБ №11 города Рязани.

Материалы и методы. Проанализирована научная литература, медицинская документация и данные объективного осмотра пациента с диагнозом — Синдром Кавасаки, полная форма, острая фаза.

Результаты. Больная Л., 6 лет, экстренно поступила в отделение ДРИТ ГКБ №11 из Шиловской ЦРБ с диагнозом — Вирусно-бактериальная инфекция, тяжелая форма, нейротоксикоз. Из анамнеза заболевания известно, что неделю назад повысилась температура до 38°С. На 3 день болезни появилась пятнистая сыпь на ладонях, стопах, подмышечной области, развилась отечность в области голеностопных суставов, а также припухлость и покраснение склер. Была госпитализирована в районную больницу, где получала жаропонижающие, антибиотики, инфузионную терапию. Сохранялось состояние без положительной динамики.

При поступлении в отделение ДРИТ состояние девочки тяжелое. Температура тела 39 °С. Сознание ясное. Ребенок вялый, капризный. Отмечалась бледность кожных покровов, на спине, животе, голенях — пятнистая сыпь. Губы алые, сухие, язык обложен белым налетом. Конъюктивы гиперемированы, кровоизлияния в склеры обоих глаз. Дефигурация голеностопных суставов, движения в них болезненны, ограничены. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет, частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС 96 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме.

Лабораторно в общем анализе крови выявлен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (лейкоциты $14{,}1*10^9$/л, нейтрофилы палочкоядерные 21%, сегментоядерные 63%), ускорение СОЭ до 30 мм/час. Кроме того, со второй недели заболевания отмечалось увеличение тромбоцитоза, максимально до $870*10^9$/л.

Выполнялись попытки найти очаг бактериальной инфекции. Рентгенограмма ОГК без патологии. В мазках из носа и зева вирусов респираторной группы не выявлено. **Результаты.**анализов крови на иерсиниоз и псевдотуберкулез отрицательные. ЭКГ — синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭхоКГ — дилатация и снижение сократимости левого желудочка, митральная недостаточность 2 степени.

Получала антибактериальную терапию (цефтазидим), инфузионную терапию с целью дезинтоксикации, симптоматические средства. Несмотря на проводимое лечение, сохранялось тяжелое состояние.

Наличие фебрильной лихорадки более 5 дней, двустороннего катарального конъюктивита, эритемы губ, отека и покраснения кистей и стоп, пятнистой сыпи, а также развитие артрита голеностопных суставов, кардита с поражением митрального клапана и митральной недостаточностью 2 степени послужили основанием для постановки диагноза «Синдром Кавасаки, полная форма, острая фаза».

Была назначена терапия внутривенным человеческим иммуноглобулином (габриглобин) в курсовой дозе 20 г в три введения, а также ацекардиол 25 мг 3 раза в день. На фоне проводимого лечения состояние девочки значительно улучшилось. Были купированы лихорадка, кожный и суставной синдромы, нормализовались лабораторные показатели. Была переведена в педиатрическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. Выписана через 4 недели от начала заболевания.

Выводы.

1. Синдром Кавасаки — редкое и до сих пор неизученное заболевание.
2. Информированность врачей о данном синдроме значительно влияет на сроки его диагностики и лечения.
3. Полное комплексное обследование детей с длительной лихорадкой (рентгенограмма ОГК, ЭКГ, ЭхоКГ) позволяет своевременно заподозрить и выставить правильный диагноз.
4. Вовремя начатое лечение с применением внутривенного иммуноглобулина и ацетилсалициловой кислоты в острой фазе синдрома Кавасаки позволяет быстро купировать симптомы и снизить риск развития осложнений.