

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Лазарчик Игорь Викторович¹, Галашевская Алла Александровна², Почкайло Алексей Сергеевич²

¹Минская областная детская клиническая больница. 223040, а/г Лесной, д.40, Республика Беларусь

²Белорусская медицинская академия последипломного образования. 220013, г.Минск, ул. П.Бровки, д.3, Республика Беларусь

E-mail: igorlazarchik65@gmail.com

Ключевые слова: синдром Кавасаки; дети моложе 12 месяцев.

Введение. Синдром Кавасаки (СК) — остро протекающее системное заболевание, представляет собой системный васкулит с преимущественным вовлечением в процесс средних и мелких артерий. Клинические проявления СК после первых его описаний Tomisaku Kawasaki (1967) и до настоящего времени достаточно хорошо изучены, разработаны и сформулированы клинические диагностические критерии СК. Встречается преимущественно у детей младше 5 лет, пик заболеваемости приходится на возрастной период 18–24 месяца. У детей первого года жизни СК встречается реже, может иметь более тяжелое течение с высоким риском формирования аневризм коронарных артерий и большей частотой резистентности к внутривенному иммуноглобулину (ВВИГ).

Цель исследования. Изучить особенности течения СК у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 6 пациентов первого года жизни с СК, госпитализированных в Минскую областную детскую клиническую больницу (МОДКБ) в 2009–2022 гг. Дети до года в выборке всех пациентов с СК (13) составили 46,2% (n=6), М:Д=1:1; возраст манифестации СК колебался в диапазоне 2–11 месяцев.

Результаты. До поступления в МОДКБ диагноз СК не был установлен. Пациенты были направлены с диагнозами: ОРИ, аллергическая реакция, многоформная эритема, лихорадка неутонченная. Длительность гипертермии до момента начала патогенетического лечения составила от 2 до 10 суток. У всех пациентов выявлен склерит, хейлит с вертикальными трещинами, причем явления хейлита обычно возникали в дебюте заболевания. У двух детей обнаружена гиперемия с отеком на месте введения БЦЖ вакцины (33,3%). Полиморфная эритема (преимущественно — на коже конечностей, туловища), отеки тыльной поверхности кистей и стоп выявлены в 100% случаев. Шейную лимфаденопатию наблюдали только у одного пациента (16,7%). Все указанные симптомы манифестировали в различной последовательности и ни у одного из пациентов не присутствовали одновременно, что вызывало обоснованные трудности в своевременной верификации диагноза. Даже в условиях стационара девочке 5 месяцев СК диагностирован только на 16 сутки заболевания, мальчику 7 месяцев с неполной формой СК диагноз был установлен только на аутопсии. Наблюдались выраженные отклонения от нормы лабораторных параметров, характерные для СК. Отмечен нейтрофильный лейкоцитоз с лейкомоидной реакцией у ребенка 2 месяцев (лейкоциты $36,6 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я — 40%, с/я — 43%). Количество тромбоцитов нарастало постепенно на 5–7 сутки заболевания, от $510 \cdot 10^9/\text{л}$ до $1269 \cdot 10^9/\text{л}$. Такие маркеры воспаления, как содержание С-реактивного белка в сыворотке крови и скорость оседания эритроцитов на фоне остроты процесса увеличивались в пределах 19,1–123,5 мг/л и 28–74 мм/час, соответственно. У ребенка 2 месяцев выявили повышение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 158 Ед/л, аспаратаминотрансферазы (АСТ) до 84 Ед/л, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) до 1022 Ед/л. Процесс у данного пациента был крайне тяжелыми с развитием гемодинамических нарушений, шока, гепатита, перикардита, плеврита. Из 6 пациентов курс ВВИГ 2,0 г/кг проведен 5 детям (не проведен мальчику 7 месяцев жизни). После использования ВВИГ и назначения ацетилсалициловой кислоты (АК) состояние детей стабилизировалось, температура снижалась до субфебрильной и нормализовалась обычно в течение 48 часов. У 2 детей (девочка 2 месяцев и мальчик 6 месяцев жизни) после первого

.....

курса ВВИГ через 6 и 7 дней соответственно, возник рецидив лихорадки, был применен повторный курс ВВИГ в комплексе с внутривенным введением глюкокортикостероидов. Д-ЭхоКГ не выявила поражений коронарных артерий у 4 пациентов; у девочки 10 месяцев показатели Д-ЭхоКГ в сопоставлении с данным ЭКГ (инверсия зубца Т) не позволили полностью исключить коронарит. Ребенку выполнена мультиспиральная компьютерная томография сердца с контрастированием, патологии не обнаружено. У мальчика 7 месяцев на аутопсии выявлены аневризмы коронарных артерий с их тромбозом. Все пациенты получали курс АК в дозе 5 мг/кг курсом до 8 недель.

Выводы. Синдром Кавасаки может манифестировать у детей первого года жизни и иметь тяжелое течение. Чрезвычайную важность имеет осведомленность и настороженность врача любой специальности в отношении развития СК у детей. У детей в возрасте до одного года может иметь место резистентное к введению внутривенных иммуноглобулинов течение заболевания, что требует пересмотра тактики лечения. Следует принимать во внимание наличие гиперферментемии, рецидива лихорадки после начала лечения, которые могут указывать на тяжелое течение заболевания, угрозу развития аневризм коронарных артерий.