

ПОЛНЫЙ СИНДРОМ КАВАСАКИ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ COVID-19

Мусатова Людмила Александровна, Краснова Людмила Ивановна, Бакулина Ирина Вячеславовна, Теплухина Олеся Владимировна

«Пензенский государственный университет» Медицинский институт. 440026, Пенза, ул. Красная, д. 40

E-mail: lik72@list.ru

Ключевые слова: дети, синдром Кавасаки; новая коронавирусная инфекция COVID-19; ЭХО-КГ.

Введение. С 2020 года во всем мире отмечается рост заболеваемости синдромом Кавасаки у детей после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. Синдром Кавасаки относится к трудно диагностируемой патологии детского возраста, с малоизученной этиологией, при которой прослеживается связь с перенесенными вирусными заболеваниями, в т.ч. новой коронавирусной инфекцией COVID-19 [1,3].

Цель исследования. поделиться опытом работы педиатра по выявлению полного синдрома Кавасаки у ребенка и представить клинический случай из практики.

Материалы и методы. на базе ревматологического отделения №9 ГБУЗ ПОДКБ им.Н.Ф. Филатова (г.Пенза) проанализирован клинический случай развития синдрома Кавасаки у ребенка 13 лет после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. Для диагностики выполнены лабораторные (общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, ПЦР крови на ДНК ВПГ 1, 2, 6; ВЭБ, ЦМВ) и инструментальные исследования (ЭХО-КГ, УЗИ коленных суставов, УЗИ органов брюшной полости и почек).

Результаты. Девочка 13 лет поступила в инфекционное отделение 22.02.22г. с жалобами на длительную фебрильную лихорадку, артралгии, слабость. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, росла и развивалась по возрасту, привита по Национальному календарю прививок, наследственность неотягощена. В жизни болела ОРВИ без особенностей, в 4 года перенесла ветряную оспу, в 9 лет — пневмонию, в январе 2022 года — COVID-19. Через 1 месяц от начала заболевания COVID-19 отметила повышение температуры до 38,5°C⁰, лихорадила 8 дней, без положительной динамики от амбулаторного лечения, в связи с чем 22.02.22 ребенок госпитализирован в инфекционное отделение, где с помощью инструментальных методов обследования выявили признаки незначительной дилатации коронарных артерий (ЭХО-КГ от 22.02.22г.), осмотрена кардиологом, выставлен диагноз: синдром Кавасаки. В динамике — склерит, размеры коронарных артерий на верхней границе нормы (ЭХО-КГ от 02.03.22г.). 4.03.2022г. ребенок был переведен в ревматологическое отделение, где в ОАК отмечалось изолированное повышение СОЭ (15мм/ч). При ПЦР диагностике ВПГ1, 2, 6; ВЭБ, ЦМВ — выявлены не были. В ОАМ определяется протеинурия, гематурия. На ЭХО-КГ определяется увеличение диаметров ЛКА и ПКА, признаки незначительного количества жидкости в перикардиальной полости (4.03.22г.); УЗИ ОБП и почек — без признаков патологии; УЗИ коленных суставов — признаки незначительного отека мягких тканей в области суставов, двусторонняя реактивная лимфаденопатия подколенных лимфатических узлов (признаки гоноартрита). Диагностирован синдром Кавасаки, полная форма (артрит, склерит, лихорадка, поражение почек, кардит, коронарит, перикардит), НК 0–1. В результате проведенной терапии отмечается нормализация общего состояния ребенка, произошел регресс воспалительных изменений, отмечается положительная лабораторно-инструментальная динамика.

Выводы.

1. Представленный клинический случай демонстрирует трудность диагностики синдрома Кавасаки у детей, что связано с малоизученностью патологии и камуфлированием под другие заболевания.

.....

2. Этиология синдрома Кавасаки до конца не выяснена, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

3. Представленный клинический случай диктует необходимость учета значимости синдрома Кавасаки как осложнения вирусных инфекций у детей, в том числе COVID-19, для врачей педиатрического профиля специальностей.