

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°C. 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, антибиототики, инфузионную терапию. Сохранялось состояние без положительной динамики.

При поступлении в отделение ДРИТ состояние девочки тяжелое. Температура тела 39 °C. Сознание ясное. Ребенок вялый, капризный. Отмечалась бледность кожных покровов, на

спине, животе, голенях — пятнистая сыпь. Губы алые, сухие, язык обложен белым налетом. Конъюнктивы гиперемированы, кровоизлияния в склеры обоих глаз. Деформация 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 $14,1 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы палочкоядерные 21%, сегментоядерные 63%), ускорение СОЭ до 30 мм/час. Кроме того, со второй недели заболевания отмечалось увеличение тромбоцитоза, максимально до $870 \cdot 10^9/\text{л}$.

Выполнялись попытки найти очаг бактериальной инфекции. Рентгенограмма ОГК без патологии. В мазках из носа и зева вирусов респираторной группы не выявлено. **Результаты.** анализ 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 конъюнктивита, 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.