

Н.В. Банадига

Випадок синдрому Kawasaki

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Україна

Резюме. У статті наведено клінічний випадок рідкісної патології у дітей — синдрому Kawasaki. Показано основні етапи диференційної діагностики та ефективність терапії у динаміці захворювання.

Ключові слова: синдром Kawasaki, діагностика, лікування.

У педіатричній практиці симптом гарячки супроводжує різноманітну патологію, а не тільки інфекційні захворювання, що завжди вимагає ретельного диференційного діагнозу. Останнє пояснюється ще й тим, що варіабельність інкубаційного періоду при інфекційній патології поєднується і з деякими особливостями процесів терморегуляції у різні періоди дитинства. У зв'язку з чим існують реальні труднощі діагностики, які мають особливе значення у разі збігу з післявакцинальними періодом.

Наводимо *клінічний випадок*. Хлопчик Р. у віці 3 років 3 місяців госпіталізований в інфекційне відділення на четверту добу від початку захворювання зі скаргами на підвищення температури тіла до 38°–39°С, збільшення шийних лімфатичних вузлів, загальну слабкість, стомлюваність.

З анамнезу захворювання відомо: хворіє три доби; оглянутий педіатром за місцем проживання (діагностована ангіна), отримував антибактеріальну терапію (амоксиклав). Наступного дня дитина оглянута ЛОР-лікарем, враховуючи наявність гектичної лихоманки і ангіни, проведена заміна антибіотику на введення цефтріаксону внутрішньом'язово. Наступні дві доби лихоманка зберігалася, стан не покращився.

З анамнезу життя вдалося з'ясувати, що за три доби до захворювання дитина була здорова і отримала вакцинацію оральною поліомієлітною вакциною. Алергологічний, спадковий анамнези у хлопчика не обтяжені. На момент госпіталізації в інфекційне відділення тяжкість стану дитини обумовлена виразним інтоксикаційним синдромом, лімфаденопатією з істотним переважанням лімфовузлів шийної групи; гепатолієнальним синдромом. Свідомість збережена, хлопчик млявий. Шкірні покриви бліді, чисті, підвищеної вологості. Слизові оболонки ротоглотки гіперемовані, мигдалики збільшені, пухкі, залишки нальотів на правому мигдалику. Шийні лімфатичні вузли збільшені: розміри справа 3,0x3,5 см, щільні, болючі при пальпації; зліва — 1,0x1,5 см, еластичні, безболісні. Язик обкладений білим нальотом. Носове дихання вільне. У легенях аускультативно дихання везикулярне. Межі відносної серцевої тупості у межах вікової норми. Діяльність серця аритмічна, тахікардія, тони чисті, звучні. Живіт при пальпації м'який, безболісний; печінка виступає на 3 см нижче реберної дуги, еластична, безболісна, селезінка +0,5 см, еластична. Менінгеальні симптоми відсутні. Фізіологічні випорожнення не порушені.

Проведено первинні додаткові дослідження: загальний аналіз крові: еритроцити — $3,88 \times 10^{12}$ г/л, Нв — 116 г/л, ц.п. — 0,89, лейкоцити — $13,9 \times 10^9$ /л, е — 2%, п — 16%, с — 39%, м — 6%, л — 37%, ШОЕ — 7 мм/год. Загальний аналіз сечі: білок — сліди, епітеліальні клітини — 4–5 в полі зору, лейкоцити — 11–12, еритроцити незмінні — 2–3 в полі зору. Біохімічний аналіз крові: цукор — 4,77 ммоль/л, білірубін — 8,55 ммоль/л, сечовина — 2,91 ммоль/л, креа-

тинін — 0,062 ммоль/л, білок — 64,25 г/л, калій — 4,84 ммоль/л, натрій — 137 ммоль/л, кальцій — 2,44 ммоль/л, амілаза — 13,96, АЛТ — 0,6, АСТ — 0,54. Зроблено забір матеріалу для виключення дифтерії, ієрсиніозу, псевдотуберкульозу, інфекції Епштейн–Барра, гельмінтозів. Пацієнту зроблені наступні призначення: режим ліжковий, антибактеріальна терапія продовжена цефотаксимом, внутрішньовенно. У перші два дні проводилася інфузійна терапія (5% розчин глюкози, фізіологічний розчин NaCl, реосорбілакт, 5% розчин аскорбінової кислоти, кокарбоксілаза) з дезінтоксикаційної метою. Симптоматичне лікування: нурофен, алерон, ізопринозин у віковому дозуванні.

Стан хлопчика погіршився на третю добу госпіталізації (7-му добу захворювання): наросла млявість, утримувалася лихоманка на фебрильних — гектичних цифрах, почав шадити ліву ногу, не ставав на п'яту, при ходьбі з'явилася кульгавість. На шкірі внутрішньої поверхні стегон з'явився дрібноточковий і дрібноплямистий висип; губи стали сухими, потрісканими, яскраво-червоного кольору; «малиновий» язик, з чітко вираженими сосочками; виражена гіперемія кон'юнктив, виділень з очей немає. Утримувалися явища правостороннього шийного лімфаденіту.

Повторне дослідження крові: утримувалася лейкоцитоз ($14,0 \times 10^9$ /л), з нейтрофілієм зсувом (п — 24%, з — 43%), тромбоцитоз ($401,7 \times 10^9$ /л), токсична зернистість нейтрофілів (+++). Зважаючи на відсутність позитивної клінічної та лабораторної динаміки, антибактеріальна терапія була видозмінена: сульбактомакс парентерально та азитроміцин per os.

Беручи до уваги те, що напередодні захворювання дитина вакцинована від поліомієліту, а в подальшому в умовах ЦРЛ проводилися внутрішньом'язові ін'єкції, які, відповідно до чинного наказу МОЗ України №595 від 16.09.2011 р., заборонені протягом 40 днів після щеплення; хлопчик почав шадити ліву ногу, не ставав на п'яту, при ходьбі з'явилася кульгавість; виникла необхідність виключити можливі ускладнення. Дитина оглянута неврологом і хірургом; запідозрений лівобічний інфекційно-алергійний коксит; спостереження в динаміці підтвердило наявність лише артралгій.

Незважаючи на лікування (антибактеріальна терапія у складі сульбактомаксу; нестероїдна протизапальна терапія нурофеном), стан дитини не покращився, утримувалася інтоксикаційний синдром, лихоманка.

Отримано результати додаткових досліджень: кров на РНГА з псевдотуберкульозним ієрсинеозним діагностиком — негативний; бакпосів калу на ієрсинії — негативний; мазок із зіву на ВЛ — негативний; ІФА: IgM до капсидного антигену і IgG до ранніх антигенів EBV — негативний; коагулограма: протромбіновий індекс — 86%, АЧТЧ — 29,5 с', фібриноген — 2,33 г/л, тромбіновий час —

137"; гострофазові показники запалення: серомукоїд — 1,5, СРП — «+», антистрептолізин О — 200, ревматоїдний фактор — негативний; в калі виявлено яйця аскарид.

Враховуючи усе вищенаведене, поставлено діагноз: «Інфекційний мононуклеоз, атиповий перебіг. Аскаридоз». Триває диференційна діагностика синдрому лихоманки.

Проведена корекція терапії: антибактеріальна терапія доповнена амікацином. Стан дитини залишався важким, внаслідок виразного інтоксикаційного синдрому, лихоманки. Отримано результати повторних досліджень: загальний аналіз крові: еритроцити — $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобін — 108 г/л, к.п. — 0,8, лейкоцити — $7,2 \times 10^9/л$, е — 9%, п — 10%, з — 41%, л — 32%, м — 8%, ШОЕ — 18 мм/год, тромбоцити — $566 \times 10^9/л$. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС — 70–85', неповна блокада правої ніжки п. Гіса.

Результати ультразвукового дослідження внутрішніх органів: печінка збільшена, структура середньозерниста, права частка — 110 мм, ліва — 42 мм; жовчні ходи помірно розширені; жовчний міхур овальної форми, стінка товщиною 1,5 мм, не ущільнена; холедох не розширений. Підшлунковка залоза не збільшена ($11 \times 10 \times 11$ мм), звичайної ехогенності, однорідна. Селезінка розміром 72×32 мм (норма), селезінкова вена не розширена. Нирки: ліва розміром 72×30 мм, контур чіткий, рівний, паренхіма гідрофільна, співвідношення не порушене. Права: 72×31 мм, контур чіткий, рівний, чашково-лоханкова система не розширена.

Результати ультразвукового дослідження лімфовузлів: справа (28×12 мм) і зліва (25×9 мм) у підщелепній ділянці пакети лімфатичних вузлів, овальної форми, однорідної структури, зниженої ехогенності. Ехо-КС: структурних змін з боку серця не виявлено.

Враховуючи тяжкість стану дитини, відсутність позитивної динаміки, був скликаний консилиум. Аналізуючи особливості перебігу захворювання у дитини, наявність патогномонічних клінічних симптомів: лихоманка — більше 5 діб; зміни з боку слизової («малиновий язик»; яскраво-червоні сухі, потрескані з мнотинними кірками губи (хейліт); двобічний сухий кон'юнктивіт); пастозність кистей рук і стоп; артралгії; плямистий висип на кінцівках; правобічний шийний лімфаденіт; гіпертромбоцитоз, а також відсутність відповіді (зниження температури тіла, нормалізації показників лейкоцитів, ШОЕ) на застосовані 4 курси антибіотикотерапії (I — цефтріаксон (ЦРЛ), II — цефотаксим, III — сульбактам + азитроміцин (3 дні), IV — амікацин + сульбактам) у поєднанні з використанням нестероїдних протизапальних препаратів (нурофен), дійшли висновку, що у пацієнта гострий перебіг синдрому Кавасаки.

Проведена корекція лікування: 1) застосований біовен-моно (імуноглобулін людини нормальний рідкий) з розрахунку 2 г/кг маси тіла на добу, внутрішньовенно (розпочато на дев'яту і закінчено введення лікувальної дози на десяту добу хвороби); 2) ацетилсаліцилова кислота у початковій дозі 50 мг/кг маси тіла на добу (чотири доби), а далі (на тлі поліпшення загального стану, нормальної температури тіла) — з розрахунку 5 мг/кг маси тіла на добу.

Після завершення інфузії біовен-моно стан хлопчика кардинально покращився: температура тіла нормалізувалася; ЧСС — 100 уд/хв, дитина стала активною, з'явився апетит. Далі спостерігався зворотний розвиток явищ кон'юнктивіту, висипу, зник «малиновий язик»; покращилися показники загального аналізу крові: еритроцити — $4,63 \times 10^{12}/л$, гемоглобін — 124 г/л, кп — 0,8, лейкоцити — $4,4 \times 10^9/л$, с — 2%, с — 29%, л — 59%, м — 9%; за винятком кількості тромбоцитів ($324,8 \times 10^9/л$).

Дитина виписана зі стаціонару на 16-у добу з моменту госпіталізації у задовільному стані, з наступними реко-

мендаціями: 1) спостереження за місцем проживання; 2) продовжити прийом ацетилсаліцилової кислоти (5 мг/кг маси тіла) до 6–7 тижнів; 3) симптоматична терапія (антациди). Також необхідний контроль аналізу крові (у тому числі кількості тромбоцитів) через два тижні, місяць, три місяці. Рекомендована консультація кардіохірурга з метою вирішення питання про проведення коронарографії або МРТ серця.

Через два тижні пацієнтові було проведено поглиблене обстеження (при хорошому самопочутті) в умовах ДУ «ПАГ НАМН України» (м. Київ). Отримані наступні результати. Загальний аналіз крові: еритроцити — $4,77 \times 10^{12}/л$, гемоглобін — 111 г/л, лейкоцити — $4,7 \times 10^9/л$, ШОЕ — 5 мм/год, тромбоцити — $236 \times 10^9/л$, с — 9%, п — 3%, з — 40%, л — 39%, м — 10%. Біохімічний аналіз крові: білок — 79,6 г/л, альбуміни — 49%, альфа 1 — 5,7%, альфа 2 — 10,5%, бета — 13,3%, гамма — 21,4%, альбуміни — 0,96; СРП — негативний; білірубін — 7,4 мкмоль/л, АЛТ — 93 ОД/л, АСТ — 30 ОД/л, холестерин — 3,24 ммоль/л, сечовина — 3,40 ммоль/л, креатинін — 0,049 ммоль/л, цукор — 4,5 ммоль/л, кальцій — 2,31 ммоль/л, фосфор — 1,47 ммоль/л, лужна фосфатаза — 262 ОД/л; креатинфосфокиназа — 34,02 ОД/л (норма); тропонін 1 — негативний; альфа-ФНП — 5,6 мкг/мл (норма); інтерлейкін-1-бета) — 1 мкг/мл (норма); інтерлейкін-6 — 0,84 мкг/мл (норма); антинуклеарні антитіла — негативні; анти-ДНК-антитіла: до односпіральної — 0,45 (норма); до двоспіральної — 0,97 (норма); антифосфоліпідні антитіла: антикардіолипін — 2 И/мл (норма); антифосфатидилетаноламінові — 7,1 И/мл (норма); аутоантитіла до ендотелію судин — не визначаються.

Імунологічні дослідження: IgG — 12,6 г/л, IgA — 0,7 г/л, IgM — 1,1 г/л, ЦВК — 0,048 г/л; НСТ-тест спонтанний — 26% (1), стимульований — 34%, ФР — 8%. Субпопуляції лімфоцитів: лімфоцити — 71,16%; Т-ліфоцитів (CD3+) — 60,6%, Т-хелпери (CD4+) — 37,3%, Т-цитотоксичні (CD8+) — 23,18%, Тх/Тс — 1,61, В-лімфоцити (CD19+) — 27,11%, НК (CD56+) — 11,66%, НК активовані — 5,42%, НК (CD8+) — 75,8%. Коагулограма: протромбіновий індекс — 75%; час рекальфікації >180 с, фібриноген — 1,77 г/л, фібриноген — В+. Згортання крові: початок — 4 хв 30 с. Дослідження сечі — змін не встановлено.

Результати ЕКГ: синусова аритмія, ЧСС — 101 уд/хв, неповна блокада правої ніжки п. Гіса. Ехо-КС: патологічних змін не виявлено.

Враховуючи хороше самопочуття дитини, за винятком підвищеної пітливості, позитивну динаміку клінічних симптомів (зникнення кон'юнктивіту, хейліту, глоситу, лімфаденіту, артралгій) і параклінічних результатів, було прийнято рішення про продовження нестероїдної протизапальної терапії (ацетилсаліцилова кислота по 50 мг двічі на добу два тижні, надалі (при нормальних значеннях ШОЕ, СРБ, кількості тромбоцитів) — зниження дози до 50 мг на добу, протягом 15–20 місяців), дезагрегантної терапії (курантил) — два місяці; симптоматичної терапії (кардіометаболічні препарати, жовчогінні засоби; санація носоглотки).

Водночас існує необхідність контролю загального аналізу крові, рівня тромбоцитів, коагулограми, СРБ — кожні два тижні. Повторне визначення креатинфосфокинази в крові — через місяць, Ехо-КС — через місяць; за результатами останніх вирішити питання про необхідність проведення коронарографії (або МРТ серця).

Висновки

Наведений клінічний випадок акцентує увагу практичного лікаря на важливості діагностики синдрому

Кавасаки з огляду на небезпеку віддалених наслідків несвоєчасного виявлення та цілеспрямованої терапії (людським імуноглобуліном у поєднанні із нестероїдною протизапальною (ацетилсаліцилова кислота) терапією),

що асоціюється із ураженням коронарних судин серця та ймовірністю розвитку серйозної патології (інфаркт міокарда в молодому віці, аневризми коронарних судин) з летальним наслідком.

ЛІТЕРАТУРА

1. Банадига Н. В. Труднощі діагностики синдрому Кавасаки в дитячому віці / Н. В. Банадига, О. М. Дивоняк // Матеріали Всеукр. наук.—практ. конф. і пленуму АІУ (Алушта, 3—4 жовт. 2013 р.). — С. 207—209.
2. Лыскина Г. А. Синдром Кавасаки — проблемы диагностики и лечения по материалам собственных наблюдений / Г. А. Лыскина, О. Г. Ширинская, И. С. Есаян // Инфекционные аспекты соматической патологии у детей : материалы Всерос. науч.—практ. конф. — М., 2008. — С. 42—5.
3. Лыскина Г. А. Слизисто-кожный лимфонодулярный синдром (синдром Кавасаки) / Г. А. Лыскина, О. Г. Ширинская // Диагностика и лечение. — М. : Видар-М, 2008.
4. Associated symptoms in the ten days before diagnosis of Kawasaki disease / Baker A. L., Lu M., Minich L. L. [et al.] // J. Pediatr. — 2009. — Vol. 154. — P. 592—5.
5. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association / Newburger J. W., Takahashi M., Gerber M. A. [et al.] // Pediatrics. — 2004. — Vol. 114. — P. 1708—33.
6. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children / T. Kawasaki // Alerugi. — 1967. — Vol. 16. — P. 178—222.

Случай синдрома Кавасаки

Н.В. Банадыга

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я.Горбачевского МОЗ Украины», Украина

Резюме. В статье приведен пример редкой патологии у детей — синдрома Кавасаки. Показаны основные этапы дифференциальной диагностики и эффективность терапии в динамике заболевания.

Ключевые слова: синдром Кавасаки, диагностика, лечение.

Kawasaki syndrome, clinical case

N.V. Banadyha

Shmri «ternopil state medical university by i.ya.gorbachevsky moh of ukraine»

Resume. The article presents a clinical case of rare disease among children — Kawasaki syndrome. It tracks the differential diagnosis, therapy efficiency, dynamics of the disease.

Key words: Kawasaki syndrome, diagnostic, treatment.

Сведения об авторах:

Банадыга Наталья Васильевна — д. мед. н., проф., зав. каф. педиатрии НИПО Тернопольского государственного медицинского университета им. И. Горбачевского. Адрес: г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел. 0352526747; эл. адрес: banaduga_natalia@mail.ru

Статья поступила в редакцию 2.04.2014 г.

ПОСТ-РЕЛІЗ

Санofi в Україні п'ятий рік поспіль забезпечує оздоровлення маленьких українців з діабетом та продовжує підвищувати рівень знань громадськості про діабет та самоконтроль серед пацієнтів

Санofi в Україні в рамках глобальної програми Групи Санofi «Діабет. Допоможемо разом» п'ятий рік поспіль забезпечує оздоровлення і соціальну реабілітацію дітей із цим захворюванням. Один із найкращих спеціалізованих санаторіїв країни — «Березовий гай» в м. Миргород — цього разу прийняв понад 60 маленьких пацієнтів з різних куточків України, в тому числі і переможців п'ятого Всеукраїнського конкурсу малюнка серед дітей з діабетом, який щороку організовує компанія Санofi в Україні спільно з Асоціацією дитячих ендокринологів.

Крім того, Санofi в Україні вперше організувала **дискусійний клуб «DIACAMP»**, у центрі уваги якого були саме діти з діабетом. Під час розмови своїм досві-

дом поділилися Жан-Поль Шоер, Генеральний директор Санofi в Україні та Білорусі, і Світлана Чумак, лікар-ендокринолог. Учасники також могли безпосередньо поспілкуватися з маленькими пацієнтами та їхніми батьками, щоб зрозуміти, які конкретні кроки потрібно зробити для покращення життя дітей з діабетом.

Фотографії доступні за посиланням:
<http://www.ex.ua/329112578918>

Більше інформації та фотоматеріалів, будь-ласка, шукайте на спеціальній сторінці в соціальній мережі Facebook: <https://www.facebook.com/DopomozhemoRazom>

Контакти для отримання додаткової інформації:

Людмила Бабич, Директор з корпоративних комунікацій Санofi в Україні та Білорусі
Тел: + 38 044 354 20 00
E-mail: lyudmyla.babych@sanofi.com