

Андросюк Ю.Б.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КАВАСАКИ У РЕБЕНКА ДВУХ МЕСЯЦЕВ

Научный руководитель: канд. мед. наук Лазарчик И.В.

*Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница»,
г. Минск*

Актуальность. Синдром Кавасаки (СК) – остро протекающее системное заболевание, связанное с отложением иммунных комплексов в тканях и преимущественным поражением средних и мелких артерий. СК встречается в основном у детей до 5 лет, характерен возрастной пик в 2-3 года. Заболевание очень редко наблюдается в первые месяцы жизни ребенка и, как правило, протекает тяжело, иногда с резистентностью к внутривенному иммуноглобулину (ВВИГ), высоким риском формирования аневризм коронарных артерий, что обуславливает необходимость ранней диагностики и принятия адекватных лечебных мероприятий.

Цель: представить клинико-лабораторную характеристику СК у ребенка в возрасте двух месяцев.

Материалы и методы. Анализ клинического случая синдрома Кавасаки у ребенка двух месяцев.

Результаты и их обсуждение. Девочка родилась в срок. Ребенок в возрасте 8 недель поступил в Минскую областную детскую клиническую больницу на второй день заболевания в тяжелом состоянии с жалобами на внезапное повышение температуры до 38,6°C, насморк, гнойное отделяемое из глаз, обильную сыпь на теле. При объективном осмотре: хейлит, склерит, пятнисто-папулезная, точечная сыпь в области ладоней, живота, нижних конечностей, припухлость стоп и кистей, гепатомегалия. В гемограмме: лейкоциты $18,8 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 11%, моноциты 18%, тромбоциты $499,0 \cdot 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов 27 мм/ч. Выявлено повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) до 101 мг/л, лактатдегидрогеназы – 1022 Ед/л, прокальцитонина – 0,28 нг/мл. ВВИГ, 2,0 г/кг, введен на второй день заболевания, назначена ацетилсалициловая кислота. Положительная динамика: нормотермия, купирование сыпи; к 5-му дню заболевания лейкоциты $10,9 \cdot 10^9/\text{л}$, СРБ 7,7 мг/л. На 9-й день наблюдения вновь появились лихорадка до 39,1°C и хейлит, мраморность кожного покрова, тахикардия 180-200 ударов в минуту. Выявлены выраженные изменения лабораторных параметров: лейкоцитоз до $36,6 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 40%, тромбоцитоз – $851,0 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень СРБ увеличился до 62 мг/л, обнаружена дополнительная жидкость в полости перикарда, плевры. Повторно введен ВВИГ с глюкокортикостероидами (ГКС, преднизолон 5мг/кг). Максимальный уровень тромбоцитов $1269,0 \cdot 10^9/\text{л}$ на 19-е сутки болезни. На ЭКГ, при динамическом контроле, зарегистрированы неполная блокада правой ножки пучка Гиса и нарушение процессов реполяризации. Ребенок выписан с выздоровлением на 27-е сутки.

СК у ребенка 2-х месяцев характеризовался тяжелым, рецидивирующим течением, полным вариантом заболевания с выраженными воспалительными и гемодинамическими нарушениями, потребовалось проведение двух курсов ВВИГ с использованием синхронизированного введения ВВИГ и ГКС. Динамическое наблюдение за пациентом – 2 года, аневризм коронарных артерий не выявлено.

Выводы: необходима настороженность и осведомленность врачей разных специальностей о клиническом и лабораторном фенотипе СК и возможности развития заболевания у детей первых месяцев жизни. Чрезвычайно важна ранняя диагностика, назначение ВВИГ и ацетилсалициловой кислоты в дебюте патологического процесса, что минимизирует риск развития аневризм коронарных артерий, тромбозов и неблагоприятного исхода. У детей первых месяцев жизни, при рецидивирующем характере заболевания допустимо использовать комбинированную терапию (ВВИГ, ГКС) и рассматривать вопрос о дополнительном назначении ингибитора фактора некроза опухоли α , цитостатических препаратов (циклоспорин, метотрексат, циклофосфамид), плазмофереза.