

Оценка клинико-лабораторных показателей синдрома Кавасаки в детском возрасте

Бакланов Михаил Алексеевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент Чистякова Вера Юрьевна

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. Синдром Кавасаки (СК) — остро протекающее системное заболевание с васкулитом средних и мелких артерий, проявляющееся лихорадкой, поражением слизистых оболочек, кожи, лимфатических узлов. Частота встречаемости в России составляет 6,6 случая на 100 тыс. населения против 137,7 случая на 100 тыс. в других странах. Важное значение в прогнозе имеют ранняя диагностика СК и своевременное начало терапии.

Цель исследования. Оценить критерии ранней клинико-лабораторной диагностики СК.

Пациенты и методы. Изучены истории болезни 13 пациентов с СК. Анализ научной литературы по теме из открытых источников.

Результаты. Проанализированы истории болезни 13 пациентов: 46% ($n = 6$) мальчики, 54% ($n = 7$) — девочки. Средний возраст — 5 лет 2 мес (± 4 года 6 мес). Поступление в стационар было с 3-го по 21-й день от начала заболевания, в среднем на $10,5 \pm 6,4$ сут.

Жалобы при первичном обращении имели неспецифический характер: лихорадка — 100% ($n = 13$), сыпь — 77% ($n = 10$), диарея — 38% ($n = 5$), поражение глаз — 31% ($n = 4$), у 8–15% были рвота, боли в животе, кашель, арто- и миалгии. Эти жалобы не имели клинической картины, укладывающейся в критерии диагностики СК. Все дети до госпитализации получали лечение, включавшее в себя антибактериальную и симптоматическую терапию, без видимого положительного эффекта.

На момент поступления в стационар основными жалобами являлись: некупируемая лихорадка — 100% $39,3 \pm 0,5$ °С, слабость — 85%, сниженный аппетит — 69%, сыпь — 69%, кашель — 62%, поражение глаз — 54%, насморк — 46%, рвота — 38%, жидкий стул — 38%.

Объективно выявлено: увеличение шейных лимфоузлов — 92%, жесткое дыхание — 92%, склерит — 85%, хейлит — 77%, пятнисто-папулезная сыпь — 53%, малиновый

язык — 46%, гепатомегалия — 46%, пастозность кистей — 30,7%.

В клиническом анализе крови: нормохромная, нормоцитарная анемия — у 92% (гемоглобин $105 \pm 7,68$ г/л) с нормальными показателями RDW. У 84% — лейкоцитоз ($18,49 \pm 4,99 \times 10^9$ /л) с нейтрофилизом, сдвигом влево и токсигенной зернистостью нейтрофилов. Тромбоцитоз — у 53%. У 92% — повышенное СОЭ ($39,5 \pm 11,2$).

В биохимическом анализе: повышение СРБ у 100% детей, составившее $172,1 \pm 131,6$ мг/л, гипоальбуминемия — у 85% ($32,5 \pm 2,5$ г/л), повышение аминотрансфераз — 61,5%. Повышение прокальцитонина было только у одного ребенка (7,5%). Показатели ферритина были ниже нормы у 5 из 7 обследованных ($14,08 \pm 9,1$), а у 2 детей составили 47–49 мкг/л. Вероятно, высокий СРБ и низкий ферритин могут являться одним из лабораторных критериев диагностики СК. Характерно повышение фибриногена — до $6,08 \pm 1,18$ у 85% детей.

Инструментальные исследования: гепатомегалия — 85% ($n = 11$), спленомегалия — 53% ($n = 7$). По данным ЭКГ у 77% выявлено сочетание неполной блокады левой ножки пучка Гиса с синусовой тахикардией.

ЭхоКГ — аневризмы коронарных сосудов выявлены только у 1 ребенка (7,6%), поступившего на 25-й день заболевания и получавшего терапию с 30-го дня с момента заболевания.

Заключение. Поздняя диагностика СК связана с неспецифичностью клинической картины на ранних этапах. Более поздняя симптоматика укладывается в критерии диагностики СК, описанные в литературе. Сочетание резистентной лихорадки, отсутствия динамики на терапию, включая антибактериальную, поражение кожи и слизистых оболочек, шейная лимфаденопатия и изменения анализов, характерные для воспалительных процессов при низких уровнях ферритина, возможно, позволят заподозрить СК на ранних этапах.