

## ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ

П.И. АБУ АЗНАИТ

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,  
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail: tul94ka1@mail.ru*

**Аннотация.** Обзор посвящён разбору клинической картины по стадиям, важности ранней диагностики различными методами, с учётом детей, находящихся в группе риска. Проведенный анализ литературных данных и мировой статистики показал, что синдром Кавасаки является редким заболеванием, чаще болезнь поражает детей от 1 года до 5 лет, реже всего дети до 4 месяцев и подростки. В следствии поздней диагностики часто встречаются случаи с летальным исходом. В настоящее время этиология данного заболевания мало изучена, предположительно на развитие синдрома Кавасаки влияет вирусная инфекция. В данной статье так же рассматриваются методы лечения выявленного синдрома.

**Ключевые слова:** клиническая картина, синдром Кавасаки, диагностика, группа риска, статистика.

## REVIEW OF CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF KAWASAKI SYNDROME IN CHILDREN

P. I. ABU AZNAIT

*Tula State University, Medical Institute, Boldin Str., 128, Tula, 300028,  
Russia, e-mail: tul94ka1@mail.ru*

**Abstract.** The review is devoted to the analysis of the clinical picture by stages, the importance of early diagnosis by various methods, taking into account children at risk. The analysis of literature data and world statistics showed that Kawasaki syndrome is a rare disease, most often the disease affects children from 1 to 5 years old, less often children under 4 months and adolescents. As a result of late diagnosis, fatal cases are often encountered. Currently, the etiology of this disease is poorly understood, presumably a viral infection affects the development of Kawasaki syndrome. This article also discusses methods of treating the identified syndrome.

**Key words:** clinical picture, Kawasaki syndrome, diagnosis, risk group, statistics.

**Клинические проявления заболевания характеризуются тремя последовательными стадиями:**

- острая лихорадочная стадия протяженностью 1-2 нед (иногда до 4-5 нед),

- подострая стадия – 3-5 недель,

- выздоровление – через 6-10 недель с момента начала болезни.

Первая стадия проявляется лихорадкой, острым воспалением кожи и слизистых, также могут проследиваются симптомы миокардита и выпота в полость перикарда. Она заканчивается с концом лихорадки и переходит в подострую, которая обычно характеризуется шелушением кожи рук и ног, тромбоцитоз, также может возникнуть артериит коронарных артерий, что повышает риск внезапной смерти. Далее идёт стадия выздоровления, симптомы болезни исчезают, полным выздоровлением считается нормализация СОЭ в анализе крови.

Классические клинические проявления Синдрома Kawasaki позволяют поставить диагноз в типичных случаях уже на 3-8 день болезни.

#### **Критерии постановки диагноза синдрома Kawasaki:**

1. Лихорадка, часто до 40 С° и выше, длительностью минимум 5 дней и наличие хотя бы четырех из приведенных ниже признаков:

2. Изменения слизистых оболочек, особенно ротовой полости и дыхательных путей, губы сухие, в трещинах, малиновый язык, гиперемия губ и ротоглотки.

3. Изменения кожи кистей, стоп, (в том числе плотный отек, покраснение ладоней и подошв, часто – яркая эритема над мелкими суставами кистей и стоп) в ранней фазе, а также генерализованное или локализованное шелушение в паховых областях и на подушечках пальцев рук и ног на 14-21 день от начала заболевания.

4. Изменение со стороны глаз, прежде всего двусторонняя инъекция сосудов склер и конъюнктивы, без слезотечения и изъязвления роговицы. При осмотре в проходящем свете может быть выявлен передний увеит.

5. Увеличение размеров лимфоузлов, особенно шейных, чаще возникает одиночный болезненный узел диаметром более 1,5 см.

6. Сыпь, которая появляется в первые несколько дней болезни и угасает через неделю; сыпь чаще диффузная, полиморфная - макулопапулезная, уртикарная, скарлатиноподобная или даже кореподобная без везикул или корочек.

Также рекомендуется при наличии следующих симптомов и признаков предположить наличие синдрома Kawasaki у ребенка:

1. Сердечно-сосудистая система: аускультация (сердечный шум, ритм галопа), изменения на ЭКГ (удлинение интервалов PR/QT аномальная Q волна, низкий вольтаж комплекса QRS, изменения сегмента ST и T-зубца, аритмии), кардиомегалия по данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, ЭхоКГ (жидкость в полости перикарда, аневризмы коронарных сосудов), аневризмы периферических артерий (например, аксиллярной), загрудинные боли (стенокардия) или инфаркт миокарда.

2. Проявления со стороны ЖКТ: диарея, рвота, боль в животе, водянка желчного пузыря, паралитический илеус, легкая желтушность кожи, небольшое кратковременное повышение сывороточных трансаминаз.

3. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитоз (до 1-1,2 млн), ускорение СОЭ, повышение уровня СРБ, гипоальбуминемия, повышение уровня  $\alpha_2$ -глобулина, небольшое повышение количества эритроцитов и уровня гемоглобина.

4. Анализ мочи: протеинурия, стерильная лейкоцитурия.

5. Кожа: гиперемия и появление корки на месте введения БЦЖ вакцины мелкие пустулы, поперечные борозды на ногтях пальцев рук.

6. Со стороны дыхательной системы: кашель, ринорея, затемнения легочных полей на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки

7. Суставы: боль, отек

8. Неврологические проявления: плеоцитоз в цереброспинальной жидкости (с преобладанием мононуклеаров с нормальным уровнем белка и углеводов), судороги, потеря сознания, паралич лицевого нерва, паралич конечностей

Следует подчеркнуть важность выявления склерита для предположения о Синдроме Кавасаки при скудности или необычности другой симптоматики. Обнаружение при ультразвуковом исследовании расширения или, хотя бы, изменений стенок коронарных артерий, позволяет подтвердить диагноз при наличии лишь 2 признаков из 6.

Поздняя диагностика у некоторых детей связана с тем, что клиническая картина Синдрома Кавасаки сочетается с другими симптомами, не столь характерными данному заболеванию. Так, в серии из 198 наблюдений Синдрома Кавасаки рвота была отмечена у 44% больных, диарея у 26%, боли в животе у 18%, кашель у 28%, ринит у 19%, артралгии у 15% пациентов. Один или более желудочно-кишечный симптом зарегистрирован у 61% больных, а респираторные симптомы у 35%. Также имеется описание начала Синдрома Кавасаки с холестаза с желтухой, у 5% болезнь манифестировала симптомами острого живота. У 0,16% отмечался тяжелый миокардит, у 0,09% - тахикардия. У

некоторых детей наблюдаются признаки асептического менингита, при котором в спинномозговой жидкости выявляют лимфоцитарный плеоцитоз 25-100 в 1 мкл, нормальные уровни глюкозы и белка, реже могут развиваться инсульты. К редким проявлениям этого синдрома можно отнести отек яичек, гемофагоцитарный синдром, плевральный выпот.

Нередко в начале заболевания выявляется тонзиллит, симптомы пневмонии или инфекции мочевыводящих путей. В таких случаях, особенно при неполной картине Синдрома Кавасаки, лихорадку принимают за симптом бактериальной инфекции. Но сохранение температуры после назначения антибиотика ребенку с признаками ИМП или пневмонии позволяет усомниться в диагнозе. Таким образом, стартовая эмпирическая антибактериальная терапия задерживает диагностику данного заболевания не более, чем на 2-3 дня.

**Лечение консервативное.** Рекомендовано применение инфузии внутривенного иммуноглобулина человека нормального на фоне антиагрегантной терапии ацетилсалициловой кислотой, как основного метода лечения Синдрома Кавасаки. Лечению подлежат как манифестные, так и «неполные» случаи, поскольку последние, по ряду наблюдений, чаще приводят к изменениям коронарных артерий.

Если же по какой-либо причине пациент не отвечает на стартовую терапию иммуноглобулина падением температуры в течении 48 часов, следует незамедлительно повторить введение внутривенного иммуноглобулина человека нормального в той же дозе. Также ацетилсалициловая кислота может использоваться в больших дозах как противовоспалительная терапия.

Имеется несколько случаев эффективного использования инфликсимаба при резистентности к проведенной стандартной терапии. Также при неэффективности второй дозы иммуноглобулина рекомендуется назначение глюкокортикостероидов.

## Литература

1. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Таточенко В. К., Басаргина Е. Н., Бакрадзе М. Д., Вишнёва Е. А., Селимзянова Л. Р., Куличенко Т. В., Вашакмадзе Н. Д., Ревуненков Г. В., Полякова А. С., Фёдорова Н. В. Обзор клинических рекомендаций по болезни/синдрому Кавасаки // Педиатрическая фармакология. — 2017.

2. Сапожников В. Г. Некоторые разделы детских болезней. Тула: Издательство ТулГУ, 2021. 227 с.

3. Тарасова О.В., Сапожников В. Г., Кузнецова Т. А., Харитонов Д. В. Задачи тестового контроля и пояснения к ним для студентов медицинского института, ординаторов-педиатров и неонатологов: учебное пособие. Тула: Полиграфинвест, 2020.- 200с.

4. Guidelines for Diagnosis and Management of Cardiovascular Sequelae in Kawasaki Disease (JCS 2013) Digest version. JCS Joint Working Group Circ J. 2014;

5. Sasaki T(1), Miyata R, Hatai Y. et al. Hounsfield unit values of retropharyngeal abscess-like lesions seen in Kawasaki disease. Acta Otolaryngol. 2014;

6. D Eleftheriou, M Levin, D Shingadia, R Tulloh, NJ Klein, PA Brogan Management of Kawasaki disease. Arch Dis Child. 2014 Jan;

7. Onouchi Y. Susceptibility genes for Kawasaki disease. Nihon Rinsho. Sep 2014

8. David J. Cennimo. Fast Five Quiz: Kawasaki Disease // Medscape, 2020.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В  
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №1 ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ №2 Г. ТУЛЫ ИМ. Е. Г. ЛАЗАРЕВА**

О.А. АКИМОВА, Е.М. КЕЛЬБЕРЕР, Ю.О. ВОЛОДИНА

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,  
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail: v\_j\_o@mail.ru*

**Аннотация.** В работе представлен анализ 37 амбулаторных карт детей с ДЦП. Указано соотношение пациентов по половой и возрастной группам. Изучены анамнез заболевания, включая акушерский анамнез матерей, роль генетической патологии, проводимое лечение, текущий ортопедический статус пациентов. Результаты исследования показывают, что чаще встречаются такие формы ДЦП, как спастическая диплегия и спастический церебральный паралич. Соответственно в представленной выборке наибольший процент составляют дети с тяжелыми двигательными нарушениями. Выявлено, что в условиях амбулаторного лечения широко применяются ортезы для коррекции ортопедических осложнений. Однако основной метод консервативного лечения, а именно