

Инфаркт миокарда в подостром периоде болезни Kawasaki у ребенка с ожирением

А.А.Глазырина^{1,2}, Г.Г.Торосян¹,
О.Ф.Выхристюк², И.Е.Колтунов²,
Е.Е.Петряйкина²

¹Московский городской детский
ревматологический, Москва

²Российский университет дружбы народов,
Москва

В статье представлено описание клинического случая Болезни Kawasaki у ребенка 3 лет. Болезнь Kawasaki относится к аутоиммунным васкулитам, наиболее частым осложнением которого, является образование аневризм коронарных артерий в остром периоде заболевания (до 25% случаев, по данным разных авторов). Однако ишемические изменения миокарда встречаются и в подостром периоде заболевания и вероятнее всего обусловлены тромбозом коронарных артерий.

Ключевые слова: болезнь Kawasaki, аневризмы коронарных артерий.

Myocardial Infarction in The Subacute Phase of Kawasaki Disease in a Child with Obesity

A.A.Glazyrina^{1,2}, G.G.Torosyan¹, O.F.Vyhristyuk²,
I.E.Koltunov², E.E.Petryaikina²

¹Moscow City Children's Center Rheumatic

²RUDN University, Moscow

The article presents the clinical case of Kawasaki Disease in a 3 year old child. Kawasaki disease refers to autoimmune vasculitis, the most frequent complication of which is the formation of aneurysms of the coronary arteries in the acute period of the disease (up to 25% of cases according to different authors). However, ischemic changes of the myocardium occur in the subacute period of the disease and most likely due to thrombosis of the coronary arteries.

Keywords: Kawasaki Disease, aneurysms of the coronary arteries.

Болезнь Kawasaki (БК) или слизисто-лимфнодулярный синдром, описанный впервые в 1967 г., относится к аутоиммунным васкулитам. Наиболее вероятным триггером данного заболевания, по данным различных авторов, представляется вирусная инфекция, чаще вызываемая вирусом Эпштейн-Барр, цитомегаловирусом, простым герпесом 1, 2, 6-го типов. Распространенность заболевания в разных странах колеблется от 50 до 300 челок на 100 000 населения. На территории Российской Федерации заболе-

ваемость, по данным разных авторов, составляет до 120 человек на 100 тыс населения.

На рис. 1 представлено число детей за последние три года прошедших лечение с болезнью Kawasaki в отделении кардиорематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». На рисунке видно тенденцию к возрастанию детей в стационаре с БК. Вероятнее всего, данная тенденция связана с появлением профильного отделения в г. Москве на базе городского многопрофильного стационара, более точной диагностикой заболевания и возможностью наблюдения этой группы детей в катамнезе.

В остром периоде болезни Kawasaki отмечаются следующие симптомы: лихорадка более 5 дней, пятнисто-папулезная либо скарлатиноподобная сыпь на теле, отек ладоней и стоп, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, хейлит, склерит. В подострой стадии заболевания, продолжающейся со 2-й по 8-ю неделю, могут отмечаться: крупнопластинчатое шелушение ладоней и стоп, начинающееся с проксимальных отделов дистальных фаланг, коронарит, формирование аневризм коронарных артерий различного диаметра, тромбозитоз и тромбоз сосудов различного диаметра и локализации, повышение СОЭ и СРБ.

На сегодняшний день, интерес к БК связан с формированием гигантских аневризм и последующим тромбозом артерий среднего калибра. Наиболее часто диагностируется повреждение коронарных артерий. Как правило, аневризмы формируются у детей младшего возраста, получивших лечение внутривенными иммуноглобулинами (ВИИГ) позднее 10-го дня заболевания и составляет до 10% детей. Вышеизложенные данные соответствуют данным мировой статистики.

Наиболее опасным исходом БК представляется тромбоз коронарных и сонных артерий с формированием ишемических изменений миокарда и головного мозга, соответственно, с возможным летальным исходом.

Клинический случай

Больной М., 2 г 7 мес. Из анамнеза известно, что ребенок болен с 14.04.2015 г. – отмечались ежедневные подъемы температуры до 38,5°C, правосторонний шейный лимфаденит, редкий кашель. 16.04.2015 появилась мелкоочечная сыпь в шейных и паховых складках, купирована приемом антигистаминных средств. С 19.04.15 г отмечались явления хейлита и склерита. Получал антибактериальную терапию – флемоксин солутаб в течение 5 дней. На фоне антибактериальной терапии сохранялась фебрильная лихорадка. С 23.04.15 г. – жалобы на боли в обоих коленных суставах, расцениваемые как явления реактивного артрита на фоне течения вирусно-бактериальной инфекции. 26.04.2015 г. – жалобы на боли в животе

Рис. 1. Число детей с БК за 2012–2015 гг.

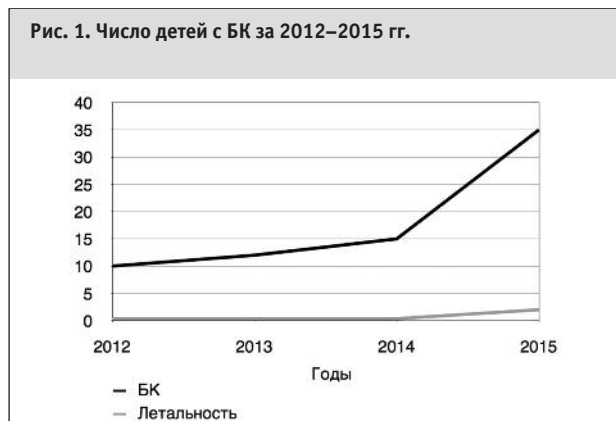


Рис. 2. ЭКГ больного М. от 29.04.2015

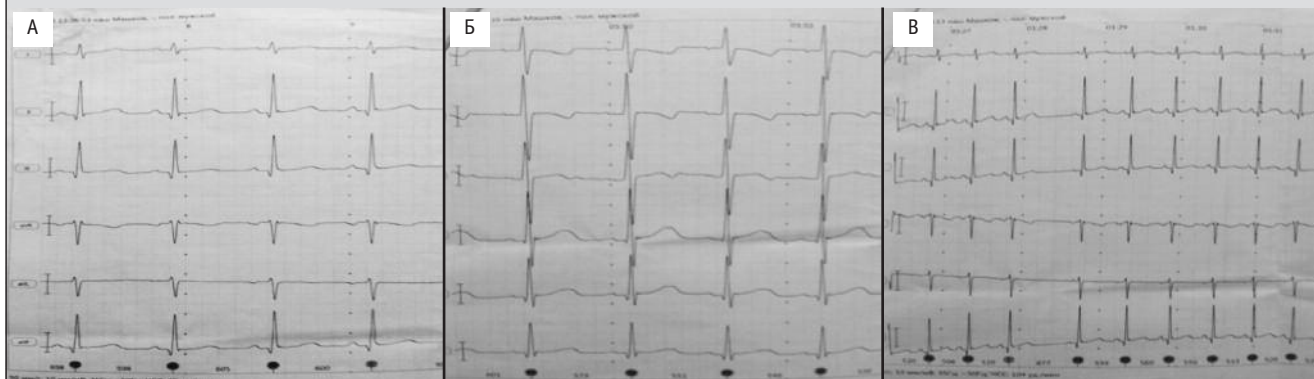


Таблица 1. Общий анализ крови

Дата	Лейкоциты	Эритроциты	НЬ	Тромбоциты	Юные	п/я	с/я	эоз	лф	мон	Баз	Пл кл	СОЭ по Вест
29.04.2015	6,6	3,9	103	778		1	59	3	29	8			140
05.05.2015	6,3	4,7	124	598			17	5	62	16			130

Таблица 2. Биохимический анализ крови

Показатель	29.04.2015 г	05.05.2015	Норма
Общий белок	76		65–85 г/л
Альбумин	34		35–52 г/л
Мочевина	4,1		2,8–7,2 ммоль/л
Креатинин	33		45–105 мкмоль/л
Калий	4,2		3,5–6,0 ммоль/л
Натрий	138		135–150 ммоль/л
Хлориды	103		97–110 ммоль/л
Щелочная фосфатаза	95		86–315 Ед/л
АлТ	25		До 45 Ед/л
АсТ	50		До 50 Ед/л
ЛДГ	180		110–295 Ед/л
АСЛО	122	97	0–150 МЕ/мл
СРБ	0,142	0,076	До 0,005 г/л

Таблица 3. Анализ крови на иммуноглобулины от 29.04.2015 г.

Ig	Результат	Норма
A	140	22–119
G	1796	422–1090
M	125	45–190

без определенной локализации, тошноты и рвоты не было. С подозрением на острый аппендицит госпитализирован по каналу СМП в ДГКБ №9. В ДГКБ №9 находился на стационарном лечении с 26.04.2015 г.

В стационаре с учетом клинико-анамнестических данных ребенку диагностирована болезнь Kawasaki полная форма и 27.04.2015 – на 13-й день болезни, введен ВВИГ 10 г, что составило 0,7 г/кг. Для продолжения дальнейшего лечения ребенок был переведен в профильное отделение МДГКБ.

Состояние при поступлении расценено как средней степени тяжести. Жалобы на вялость. Аппетит избирательный. Не лихорадит. Кожные покровы умеренной бледности, чистые от инфекционной сыпи, умеренной влажности, эритема ладоней. Тургор тканей сохранен. Губы ярко красные, сухие, хейлит. Лимфатические узлы тонзиллярные размерами до 0,5 см, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, эластичной консистенции. Дыхание через нос незначительно затруднено. Кашля и одышки нет. Над легкими дыхание пуэрильное,

равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шум короткий систолический в 5 точке аускультации. Зев – гиперемия задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, без наложений. Живот – мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень – +2,5 см от края реберной дуги. Селезенка – у края реберной дуги. Стул – без патологических примесей. Мочится достаточно. Масса при поступлении – 17 кг. Рост – 95 см. ИМТ – 20,0.

В общем анализе крови отмечается резкое увеличение СОЭ – до 140 мм/ч, тромбоцитоз – до 778 (табл. 1), с постепенной тенденцией к снижению данных показателей на фоне лечения.

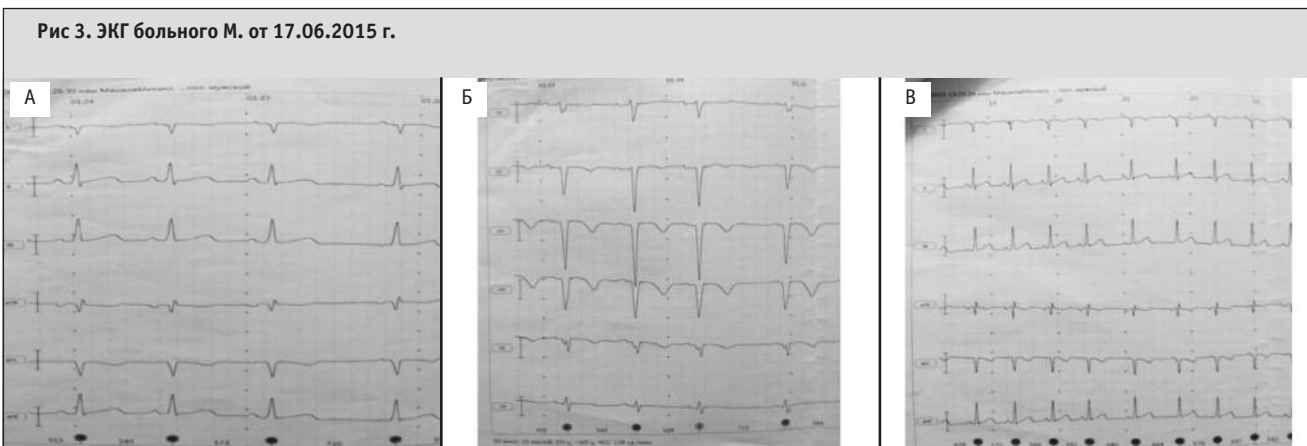
В биохимическом анализе крови отмечается повышение показателей СРБ с тенденцией к снижению на фоне проводимой терапии (табл. 2) и повышение уровня общих Ig (табл. 3).

Данные коагулограммы: протромбиновый индекс по Квику, МНО, протромбиновое время, фибриноген по Клаусу, тромбиновое время, АЧТВ, в пределах возрастной нормы.

На ЭКГ от 29.04.2015 г. Заключение: Синусовая аритмия, периодами выраженная брадикардия. Вертикальное положение ЭОС. Стоя ЧСС – 122 уд/мин (рис. 2 А, Б, В).

На ЭХО-КГ от 28.04.2015 г. – клапанный аппарат сердца не изменен. Левая коронарная артерия: рас-

Дата	Лейкоциты	Эритроциты	Нв	Тромбоциты	Юные	п/я	с/я	эоз	лф	мон	Баз	Пл кл	СОЭ по Вест
17.06.2015	5,00	4,8	130	251	–	3	54		32	11	–	–	25



положена в типичном месте (на 5 часах), диаметром – до 2,5 мм (n 2–3,5 мм) (в проксимальном и среднем сегментах). Правая коронарная артерия: расположена в типичном месте (на 11 часах), диаметром 2,5–3 мм (n 1,5–3 мм) (в проксимальном сегменте). Размеры камер не сердца не увеличены. Систолическая функция миокарда левого желудочка в пределах возрастной нормы.

В отделение проводилось следующее лечение: ВВИГ 24 г, Аспирин 250 мг 4 раза в день, внутрь с последующим снижением дозы до 50 мг 2 раза в день, симптоматическая терапия. Ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями о длительном приеме ацетилсалициловой кислоты в дозе 50 мг 2 раза в день и необходимости дальнейшего катамнестического наблюдения врачом-ревматологом Городского детского ревматологического центра на базе МДГКБ.

Следующая госпитализация ребенка осуществлялась в плановом порядке для оценки эффективности проводимой терапии через 2 мес.

Состояние при поступлении – средней тяжести. Жалоб нет. Аппетит сохранен. Не лихорадит. Кожные покровы – умеренной бледности, чистые от инфекционной сыпи, умеренной влажности. Тургор тканей сохранен. Гиперстенический тип телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Лимфатические узлы мелкие безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, эластичной консистенции. Дыхание через нос не затруднено. Кашля и одышки нет. Над легкими дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны – ясные, ритмичные, шум короткий систолический в 5 точке аускультации. Зев – гиперемия задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, без наложений. Живот – мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень – +1,5 см от края реберной дуги. Селезенка – у края реберной дуги. Стул – без патологических примесей. Мочится достаточно. Масса – 18,5 кг. Рост – 95 см. ИМТ – 20,5.

В общем анализе крови умеренное повышение СОЭ до 25 мм/ч (табл. 4).

В биохимическом анализе крови умеренное повышение СРБ и общего IgG (табл. 5).

На ЭКГ: Миграция водителя ритма, периодически брадикардия. Отклонение ЭОС вправо. Возможно, рубцовые (постинфарктные) изменения миокарда, передней, переднесептальной и боковой стенок ле-

Показатель	17.06.2015	Норма
Общий белок	71	65–85 г/л
Альбумин	46	35–52 г/л
Мочевина	4,8	2,8–7,2 ммоль/л
Креатинин	40	45–105 мкмоль/л
Билирубин общий	3,8	0,0–20,0 мкмоль/л
Билирубин прямой	0,7	0,0–3,4 мкмоль/л
Билирубин не прямой	3,1	0,0–16,5 мкмоль/л
Калий	4,3	3,5–6,0 ммоль/л
Натрий	139	135–150 ммоль/л
Хлориды	108	97–110 ммоль/л
АлТ	19	До 45 Ед/л
АсТ	35	До 50 Ед/л
СРБ	0,018	До 0,005 г/л
Ig A	75	14–92 мг/дл
IgG	1054	275–1020 мг/дл
IgM	74	36–142 мг/дл

вого желудочка. ЧСС – 100 уд/мин (рис. 3, А, Б, В).

Креатинфосфокиназа – МВ – отрицательно.

ЭХО-КГ: умеренная дилатация левого желудочка (КДР – до 39 при норме 29–36 мм). Умеренное снижение систолической функции ЛЖ. Область бифуркации и огибающую артерию четко вывести не удалось.

Холтер-ЭКГ: во время мониторинга регистрируется синусовый ритм, средняя дневная ЧСС – 128 уд/мин (норма 115–126), средняя ночная ЧСС – 92 уд/мин (норма 97–111). Циркадный индекс – 1,39. Циркадный профиль – нормальный. Во время ночного сна зарегистрировано 3 одиночных суправентрикулярных экстрасистолы. Пауза ритма, превышающая возрастную норму (норма при ХМ до 1200 мс) не зарегистрирована, максимальный RR составил 1152 мсек (брадикардия во время ночного сна). Продолжительность интервала QT при максимальной ЧСС 69 уд/мин – 413 мс (норма ХМ – до 4830 мс). Структура ночного сна не сформирована. Вариабельность ритма: основной уровень функционирования синусового узла снижен, функция разброса ритма нормальная, остальные показатели вариабельности оценить невозможно из-за отсутствия возрастных норм.

Диагностически значимых изменений сегмента *ST* не зарегистрировано.

Учитывая клиничко-anamнестические данные ребенку поставлен окончательный диагноз: Болезнь Кавасаки, полная форма (хейлит, склерит, лимфаденит, сыпь, артралгии, абдоминальный синдром) подострый период. Осложнения основного заболевания: Рубцовые изменения в миокарде в переднебоковой, переднесептальной стенках и верхушки левого желудочка (постинфарктный кардиосклероз?). Формирующаяся кардиомиопатия по дилатационному типу. НК 1 ст.

Проведенное лечение: ТромбоАСС по 50 мг 3 раза в день внутрь, Фрагмин 1000 ЕД 2 раза в день п/к, Капотен 3 мг 3 раза в день внутрь, Рибоксин 1/2 таблетки 3 раза в день внутрь, Фуросемид 20 мг 1 раз в день утром, Верошпирон 12,5 мг 2 раза в день.

Таким образом, в приведенном клиническом примере, обращает на себя внимание возможность формирования осложнений болезни Кавасаки в подостром периоде без клинической картины острого заболевания.

Сведения об авторах:

Глазырина Анастасия Александровна – отделение кардиоревматологии и пульмонологии МДГКБ, ассистент кафедры доказательной медицины РУДН

Выхристюк Ольга Филипповна – д-р мед. наук, проф. кафедры доказательной медицины РУДН, профессор кафедры педиатрии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Колтунов Игорь Ефимович – д-р мед. наук, проф., главный врач МДГКБ, заведующий кафедрой доказательной медицины РУДН

Петрайкина Елена Ефимовна – д-р мед. наук, проф., заместитель главного врача МДГКБ по медицинской части, профессор кафедры доказательной медицины РУДН