

Падерина К.В., Царькова С.А.

Респираторный синдром в практике участкового педиатра: от простой клиники к сложному диагнозу. Клинический случай

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Paderina K.V., Tsarkova S.A.

Respiratory syndrome in the practice of the local pediatrician: from a simple clinic to a complex diagnosis. Clinical case

Резюме

В статье рассмотрен клинический случай неполного синдрома Kawasaki у ребенка 8 лет. В течение первых двух недель наблюдения на амбулаторно-поликлиническом этапе ребенок лечился с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция. При госпитализации проводилась дифференциальная диагностика с системной красной волчанкой и дермато-миозитом. Сложности в постановке диагноза заключались в отсутствии типичных клинических симптомов болезни Kawasaki на начальном этапе болезни. По данным эпидемиологических исследований частота синдрома Kawasaki в России составляет 2,7 на 100 тыс. детей. Заболевание нередко диагностируют в поздние сроки, вследствие чего лечение назначают несвоевременно и не всегда адекватно. Синдром Kawasaki – одна из причин приобретенных заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. Своевременно поставленный диагноз и адекватно назначенная терапия, позволяет избежать развития тяжелых осложнений.

Ключевые слова: респираторный синдром, лихорадка, синдром Kawasaki, сложный диагноз

Summary

The article deals with the clinical case of incomplete Kawasaki syndrome in a child of 8 years. During the first two weeks of observation at an outpatient clinic stage, a child was diagnosed with an acute respiratory viral infection. During hospitalization, differential diagnosis was performed with systemic lupus erythematosus and dermatomyositis. Difficulties in diagnosing were the absence of typical clinical symptoms of Kawasaki's disease at the initial stage of the disease. According to epidemiological studies, the incidence of Kawasaki syndrome in Russia is 2.7 per 100,000 children [3]. The disease is often diagnosed in late terms, as a result of which treatment is prescribed untimely and not always adequate [3]. Kawasaki syndrome is one of the causes of acquired cardiovascular diseases in children [3]. Timely diagnosed and adequately prescribed therapy, avoids the development of severe complications.

Key words: respiratory syndrome, fever, Kawasaki syndrome, complex diagnosis

Введение

В педиатрической практике респираторный синдром принято ассоциировать с острыми респираторными вирусными и бактериальными инфекциями. Однако под маской этого синдрома может скрываться целый ряд других заболеваний: туберкулез легких, аллергические заболевания дыхательных путей, глистно-паразитарные инвазии, орнитоз, гепатит, ВИЧ-инфекция и др. Одной из таких масок, которая до настоящего времени не описана в литературе, является болезнь Kawasaki.

Слизисто-кожный лимфонулярный синдром (синдром/болезнь Kawasaki) – это остро протекающее

системное заболевание, характеризующееся морфологически преимущественным поражением средних и мелких артерий с развитием деструктивно-пролиферативного васкулита, а клинически – лихорадкой, изменениями слизистых оболочек, кожи, лимфатических узлов, возможным поражением коронарных и других висцеральных артерий [1].

Эпидемиология болезни Kawasaki изучена недостаточно. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в Иркутской области с 2005 по 2009 г у 35% детей с синдромом Kawasaki в дебюте болезни отмечались респираторные симптомы: у 28% – кашель,



Рис. 1. Разлитая эритема лица.



Рис.2. Крупнопластинчатое шелушение кожи кончиков пальцев рук

у 19% - ринит. В работе Annette L. Baker et al в то же время (2009) представлены аналогичные данные, свидетельствующие о том, что в первые 10 дней дебюта болезни Kawasaki 35% пациентов имели более одного респираторного симптома (ринорея или кашель), наряду с такими симптомами как раздражительность (50%), рвота (44%), снижение потребления пищи/ жидкости (37%), диарея (26%), слабость (19%), боль в животе (18%) и боль в суставах (артралгия или артрит) (15%) [4]. Нередко при данном заболевании выявляются тонзиллит и пневмония [3].

Возможно, возникновение респираторных симптомов в ранний период болезни Kawasaki обусловлено респираторными вирусами, о чем свидетельствуют результаты недавнего зарубежного исследования [5], в котором показано, что более половины детей при данном заболевании выделяли те или иные респираторные вирусы при ПЦР обследовании (50,4% против 16,4% в контрольной группе, $p < 0,001$), включая энтеровирус (16,8% против 4,4%, $p < 0,001$), аденовирус (8,0% против 1,8%, $p = 0,007$), риновирус человека (26,5% против 9,7%, $p < 0,001$) и коронавирус (7,1% против 0,9%, $p = 0,003$).

Точная и своевременная диагностика болезни Kawasaki является сложной задачей для клинициста, и знание ее особенностей помогает исключить другие болезни, которыми она может маскироваться. Критерии постановки диагноза при полном синдроме Kawasaki представлены в клинических рекомендациях Союза педиатров России [1, 3]: лихорадка, часто до 40°C и выше, длительностью минимум 5 дней и наличие хотя бы четырех из приведенных ниже пяти признаков:

1. Изменения слизистых оболочек, особенно ротовой полости и дыхательных путей, сухие, в трещинах губы; «земляничные»/малиновый язык, гиперемия губ и ротоглотки.

2. Изменения кожи кистей, стоп, в ранней фазе, а также генерализованное или локализованное шелушение в паховых областях и на подушечках пальцев рук и ног на 14-21-й день от начала заболевания.

3. Изменение со стороны глаз, прежде всего двусторонняя инъекция сосудов склер и конъюнктивы, без слезотечения и изъязвления роговицы.

4. Увеличение размеров лимфоузлов (в 50% случаев), особенно шейных, чаще возникает одиночный болезненный узел диаметром более 1,5 см.

5. 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.

Рекомендуется также при наличии следующих симптомов и признаков рассмотреть вероятность синдрома Kawasaki у ребенка [3]:

- органы дыхания: кашель, ринорея, затемнения легочных полей на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки

- кровь: нейтрофильный лейкоцитоз (более $15-20 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз (до $1-1,2$ млн), ускорение СОЭ ≥ 40 мм/ч, повышение уровня СРБ ≥ 5 г/л, гипоальбуминемия, повышение уровня $\alpha 2$ -глобулина, небольшое повышение количества эритроцитов и уровня Hb.

При своевременно начатом лечении прогноз заболевания благоприятный, летальность составляет менее 1%, рецидивы наблюдаются редко (1-3%) [1].

Целью работы явилась демонстрация клинического случая болезни Kawasaki у 8-ми летнего ребенка, которая в дебюте болезни длительно маскировалась респираторными симптомами.

Девочка, 8 лет, заболела 13 ноября 2017 года с подъемом температуры тела до субфебрильных цифр, редкого кашля, насморка. Диагноз участкового педиатра: ОРВИ. Получала симптоматическую терапию. Через 10 дней выписана в школу. В последующие два дня отмечен подъем температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$ без эффекта от антипиретиков, отмечено появление пятнисто-папулезной сыпи на сгибательных поверхностях предплечий, в паховой области, верхней части спины, лице. Сухой навязчивый кашель. Участковым педиатром поставлен диагноз ОРВИ, назначен арбидол. В ночь с 26.11.2017 на 27.11.2017 сыпь распространилась по всему телу, сухой кашель и лихорадка сохранялись. В последующие дни сыпь нарастала, появились гиперемия склер, отечность век, отмечена четырехкратная рвота, в связи с чем, на 15-й день болезни, бригадой СМП ребенок доставлен в инфекционное отде-

ление с диагнозом ОРВИ. Скарлатина? Через 2 дня с диагнозом системная красная волчанка девочка переведена в кардиоревматологическое отделение, где отмечались жалобы на снижение аппетита, повышение температуры тела до 40°C, сухой кашель, сыпь по всему телу, выраженную слабость.

При госпитализации и в последующие 2 недели общее состояние девочки тяжелое, стойкое повышение температуры до 39°C. Ребенок вялый, с трудом разговаривает, отказывается от еды, предпочитает лежать, выражена сонливость, гиперестезия кожи.

При объективном осмотре: полиморфная сыпь, сливающаяся местами, гиперемия кожи тела, рук, лица, склер, отечность век, язык сухой, обложен белым налетом, саливация снижена, клинически признаки тонзиллофарингита, микрополиадения шейных лимфатических узлов, в легких жесткое дыхание (рис. 1).

По данным лабораторных и инструментальных методов исследования на 3-й неделе от начала заболевания в анализе крови – лейкоцитоз 22,2*10⁹/л, тромбоцитопения 99*10⁹/л, СОЭ – 40 мм/час, С-реактивный протеин 150 мг/л, на ЭКГ – АВ-блокада I степени, изменение процессов реполяризации миокарда в виде снижения зубца T, незначительного подъема ST в стандартных и V5-V6 отведениях, миграция водителя ритма, на рентгенограмме органов грудной клетки - сосудистый рисунок усилен в прикорневой зоне. Кардиомегалия. Диагноз: Системная красная волчанка? Дерматомиозит? Синдром Kawasaki (неполный)?

Дополнительные исследования: LE-клетки – не обнаружены. ПЦР крови – ЦМВ, вирус Эпштейн-Барра, вирус герпеса 6 типа не обнаружены. В иммунограмме – ЦИК – 169 ед (в норме 109 ед), антинуклеарный фактор – 320 (в норме до 100), антитела к ДНК – 22,27 (в норме до 100). Эхо-КГ – фракция выброса 57%. Жидкость в перикарде слева и справа до 10 мм. Левая коронарная артерия – стенки четкие, ровные; правая коронарная артерия – стенки четкие, ровные. УЗИ органов брюшной полости – свободная жидкость в брюшной полости и в малом тазу. R-грамма грудной клетки – жидкость в плевральных полостях. Усиление бронхосудистого рисунка.

На основании клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных обследований поставлен диагноз неполный синдром Kawasaki.

Проведено лечение в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями Союза педиатров России: лечебный стол 5; инфузионная терапия; сульперацеф 14 дней; пульс-терапия метипредом в дозе 500 мг №4; Иммуноглобулин человеческий нормальный в дозе 2 г/кг в одну инфузию; аспирин 30 мг/кг до 14 дня болезни, затем 2-5 мг/кг с 14 дня болезни до 8 недель, если нет поражения коронарных сосудов, если есть, то до нормализации состояния коронарных сосудов.

На второй неделе лечения в кардиоревматологическом отделении состояние больной улучшилось, температура тела нормализовалась, сыпь исчезла, отмечено крупнопластинчатое шелушение кожи кончиков пальцев рук, общее мелкое шелушение на туловище (рис.2). Девочка выписана с выздоровлением на 45 день от начала болезни под наблюдение участкового педиатра.

Заключение

Основной проблемой в диагностическом поиске при болезни Kawasaki у данного ребенка явилась неспецифическая клиническая картина в дебюте заболевания, манифестирующая исключительно с респираторного синдрома.

Ввиду отсутствия диагностических тестов и патогномоничных клинических симптомов в раннем периоде Болезнь Kawasaki - один из диагнозов, который должен обязательно рассматриваться у детей в качестве причины фебрильной лихорадки неясной этиологии, сопровождающейся длительным кашлем и катаральными симптомами [3, 4]. Участковым педиатрам необходимо иметь настороженность в отношении постановки данного диагноза и при лихорадке более 5 дней на фоне катаральных явлений и появления сыпи следует исключить синдром Kawasaki. ■

Царькова С.А., проф., д.м.н., зав. кафедрой поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП, член российского респираторного педиатрического общества, Европейского респираторного общества (ERS), Евроазиатского общества по инфекционным болезням, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ). Падерина К.В., асс. кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП. Автор, ответственный за переписку — Падерина К.В., E-mail: only-sunny@mail.ru

Литература:

1. *Детская ревматология. Атлас / Под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой. – М.: Педиатр, 2014. – 348 с.*
2. *Детская ревматология. Руководство для врачей/ Под ред. А.А.Баранова, Л.К.Баженовой. - М.: Медицина, 2002. – 336 с. – ил.*
3. *Слизисто-кожный лимфонодулярный синдром [Kawasaki] (синдром/болезнь Kawasaki) у детей. Федеральные клинические рекомендации / Под ред. Баранова А.А., Намазовой-Барановой Л.С. - 2016.*
4. *Annette L. Baker, M.S.N., P.N.P., Minmin Lu et all. Associated Symptoms in the Ten Days Prior to Diagnosis of Kawasaki disease. J Pediatr. 2009 Apr;154(4):592-595.*
5. *Chang LY, Lu CY, Shao PL et all. Viral infections associated with Kawasaki disease. J Formos Med Assoc. 2014 Mar;113(3):148-54.*



«НОВАЯ БОЛЬНИЦА»

ПРИГЛАШАЕТ НА КОНКУРСНОЙ ОСНОВЕ:

- Врач невролог
- Врач отоларинголог взрослый оперирующий
- Врач отоларинголог детский
- Врач физиотерапевт, ЛФК
- Врач стоматолог-терапевт
- Врач диетолог

**ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ВЫСОКАЯ.
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА.**

NEW HOSPITAL  НОВАЯ БОЛЬНИЦА

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ

Екатеринбург, Заводская, 29, каб. 238
тел.: +7 (343) 242 55 25
e-mail: personal@newhospital.ru