

Научная статья
УДК 616.13.002.1
DOI: 10.18101/2306-1995-2021-1-20-24

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ КАВАСАКИ

© **Жданова Лариса Владимировна**

кандидат медицинских наук, доцент,

Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова

Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36

l.zhdanova@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена описанию клинического случая у ребенка 6 лет, который перенес болезнь Кавасаки с формированием аневризмы коронарной артерии. Из анамнеза известно, что заболел остро. Клинические проявления наблюдаются в виде длительной лихорадки, на фоне которой по телу появились эритематозная пятнисто-папулезная сыпь, конъюнктивит, яркая окраска слизистых рта, «малиновый язык», увеличение шейных лимфатических узлов, шелушение кончиков пальцев кистей, стоп. В анализах крови отмечалось повышение СОЭ 36 мм/ч, СРБ 14 мг/л, тромбоцитоз 500 тыс/мкл, лейкоцитоз 12 тыс/мкл нейтрофильного характера 70%. После выздоровления сделана Эхо-КГ, выявлена аневризма левой коронарной артерии до 5,1 мм с аневризмой на протяжении 1 см. При обследовании в подострый период были выявлены антитела IgG SARS-CoV-2. Автор рассуждает, что в данном случае нельзя исключить мультисистемный воспалительный синдром.

Ключевые слова: болезнь Кавасаки, мультисистемный воспалительный синдром, аневризма коронарной артерии, дети

Для цитирования

Жданова Л. В. Случай формирования аневризмы коронарной артерии у ребенка с болезнью Кавасаки // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2021. № 1. С. 20–24.

Введение

Болезнь Кавасаки — это васкулит с преимущественным поражением мелких и средних сосудов. Впервые заболевание описал профессор Томисаку Кавасаки в 1967 г. [1], имя которого в последующем было присвоено болезни. Болезнь Кавасаки чаще встречается в детском возрасте. Причины заболевания остаются неизвестными, пусковым механизмом являются инфекции: иерсинии, вирусы, стрептококки и многие другие. В 2020 г. был опубликован ряд статей о развитии болезни Кавасаки, подобного синдрома у детей, обусловленного инфекцией SARS-CoV2 [2, 3, 4], в дальнейшем он получил название «мультисистемный воспалительный синдром» (MBS).

Клиническая картина мультисистемного воспалительного синдрома во многом схожа с болезнью Кавасаки и характеризуется высокой лихорадкой, которая рефрактерна к антибактериальной терапии, наличием полиморфной эритематозной сыпи, поражением слизистой ротоглотки. В отдельных сообщениях есть данные о развитии конъюнктивита, миокардита, тромбозов, гипотензии.

Стандартные методы лечения болезни Кавасаки включают введение внутривенного иммуноглобулина, аспирина. Но в 25% случаев могут сформироваться аневризмы коронарных артерий.

Цель работы: описание случая болезни Кавасаки у 6-летнего ребенка с формированием аневризмы левой коронарной артерии.

Материалы: Мальчик, 6 лет, поступил в Детскую республиканскую клиническую больницу через месяц от начала заболевания, в связи с выявленной на Эхо-КГ аневризмой левой коронарной артерии. Из анамнеза известно, что заболел остро. Клинические проявления были в виде длительной лихорадки, на фоне которой по телу была эритематозная пятнисто-папулезная сыпь, появились конъюнктивит, яркая окраска слизистых рта, «малиновый язык», увеличение шейных лимфатических узлов, шелушение кончиков пальцев кистей, стоп. В анализах крови отмечалось повышение СОЭ 36 мм/ч, СРБ 14 мг/л, тромбоцитоз 500 тыс/мкл, лейкоцитоз 12 тыс/мкл нейтрофильного характера 70%. Лечился в Республиканской клинической инфекционной больнице. В процессе лечения получал преднизолон по 30 мг парентерально № 5, ВВИГ в курсовой дозе 3,75 г (0,13 г/кг). На фоне проводимой терапии купирована лихорадка. После выздоровления сделана Эхо-КГ, выявлено расширение левой коронарной артерии до 5,1 мм с аневризмой, правой коронарной артерии до 3,7–4,4 мм с утолщением стенки. При анализе предыдущих Эхо-КГ подобных патологических изменений не было. По данным ЭКГ настоящего времени, а также предыдущих ЭКГ, ST-T нарушений нет.

Из анамнеза жизни: ребенок от первых физиологических родов в срок, масса при рождении 3200 gm, длина 50 см. Неонатальный период без особенностей. Находился на искусственном вскармливании. В физическом и НПП не отставал. Хронических заболеваний не имеет. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Вакцинирован согласно национальному календарю прививок, р. Манту отрицательная.

При поступлении состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее. Не лихорадит. Кожные покровы и слизистые ротоглотки чистые, розовые. Склеры незначительно инъецированы. Периферические лимфоузлы не увеличенные. ЧДД 24'. Дыхание везикулярное. АД правая рука 118/76 мм рт. ст., левая рука 115/73 мм[Hg], левая нога 128/79 мм рт. ст., правая нога 123/80 мм рт. ст. ЧСС 86'. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Проведены лабораторные анализы крови. В общем анализе крови выявлено ускорение СОЭ 27 мм/ч, в биохимическом анализе крови СРБ в норме, незначительное повышение ферритина 177,4 мкг/л. Уровень NTproBNP, тропонина в норме. При исследовании гемостаза определялись незначительно высокие Д-димеры (0,92 мг/л). По данным иммуноферментного анализа выявлены антигена IgG SARS-CoV-2.

Также проведен ряд инструментальных методов обследования для исключения ишемии миокарда. По данным ЭКГ велоэргометрии ишемических изменений ST-T, нарушений ритма и проводимости сердца не выявлено.

На Эхо-КГ правая коронарная артерия 3,5–4,1 мм, стенка утолщена. Левая коронарная артерия 5,1 мм на расстоянии 1,0–11 мм (аневризма). Со стороны брахиоцефальных, ренальных и сосудов брюшного отдела аорты патологических изменений не выявлено.



Рис. 1. Аневризма левой коронарной артерии

В лечении, с учетом высокой СОЭ, ферритина, несмотря на подострую фазу заболевания, проведена инфузия ВВИГ из расчета 2 г/кг/курс, назначен аспирин 100 мг/сут. (5 мг/кг/сут.) и ривароксабан 10 мг/сут. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями дальнейшего наблюдения.

Обсуждение: у пациента на основании диагностических критериев: длительная лихорадка более 5 дней, изменения слизистых оболочек полости рта, сыпь, конъюнктивит, лимфоаденопатия, поражения коронарных сосудов. Были все основания для установления диагноза: болезнь Kawasaki. Причина данного заболевания нельзя установить, но наличие a-SARS-Cov IgG не исключает развитие МВС, который определен как синдром, протекающий с лихорадкой у лиц в возрасте менее 21 года в сочетании с лабораторными признаками воспаления. Мультисистемный воспалительный синдром может быть установлен на основании положительного результата для текущей или перенесенной инфекции SARS-CoV-2 с помощью ПЦР, ИФА или теста на антиген у тех пациентов, которые имели предшествующую инфекцию COVID-19 в течение 4 недель до появления симптомов заболевания: лихорадка $\geq 38,0$ °C в течение ≥ 24 часов или лихорадка не менее 24 часов, в том числе один или более из следующих признаков: повышенный С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), фибриноген, прокальцитонин, Д-димер, ферритин,

молочная кислота, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), или интерлейкин 6 (ИЛ-6), повышение нейтрофилов, снижение лимфоцитов и низкий альбумин¹. При уточнении анамнеза было выяснено, что ребенок имел контакт с родителями, перенесшими два месяца назад инфекцию COVID-19. Формирование аневризмы коронарной артерии могло быть следствием использования малых доз ВВИГ 0,13 г/кг/курс, при рекомендованных 2 г/кг/курс, а также возможным рефрактерным течением болезни Kawasaki, которое встречается в 25%.

Лечение глюкокортикоидами, инфликсимабом в подострую фазу было сочтено нами нецелесообразным.

Таким образом, данный клинический случай показывает низкую настороженность у педиатров и инфекционистов в диагностике болезни Kawasaki, мультисистемного воспалительного синдрома как заболеваний, которые при неправильном лечении могут привести к сердечно-сосудистым осложнениям.

Литература

1. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome in children with specific desquamation of the digits (clinical observation of 50 self-reported cases) // *Arerugi*. 1967. Т. 16. С. 178–222.
2. SARS-CoV-2-related Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome, an Epidemiological Study, France. doi: 10.2807 / A. Belot, D. Antona [et al.]. 1560-7917.ES.2020.25.22.2001010
3. COVID-19-associated multisystem inflammatory syndrome in children: case series at a pediatric hospital in Peru / L. E. Coll-Vela, M. K. Zamudio-Aquise [et al.] // *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020. Т. 37(3). С. 559–565.
4. Shock and Myocardial Injury in Children With Multisystem Inflammatory Syndrome Associated With SARS-CoV-2 Infection: What We Know. Case Series and Review of the Literature / G. L. Caro-Patón, A. M. de Azagra-Garde [et al.] // *J Intensive Care Med*. 2021. Т. 36(4). С. 392–403.

Статья поступила в редакцию 09.01.2021; одобрена после рецензирования 25.01.2021; принята к публикации 09.04.2021.

A CASE OF CORONARY ARTERY ANEURISM DEVELOPMENT IN A CHILD WITH KAWASAKI DISEASE

Larisa V. Zhdanova

Cand. Sci. (Medicine), A/Prof.,
Dorzhi Banzarov Buryat State University
36 Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670000, Russia
l.zhdanova@mail.ru

Abstract. The article describes a clinical case of coronary artery aneurysm development in a 6-year-old child with Kawasaki disease. Medical case history testifies that disease was acute. Clinical manifestations included prolonged fever, erythematous maculopapular rash on the body, conjunctivitis, intensive red oral mucosa, "strawberry tongue", enlarged cervi-

¹ Reporting Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. Information for Healthcare Providers about Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C). URL: <https://www.cdc.gov/mis-c/hcp> (дата обращения: 06.03.2020).

cal lymph nodes, exfoliation of skin on fingertips of hands and feet. Blood tests showed an increase in sedimentation rate of erythrocytes 36 mm/h, C-reactive protein was 14 mg/l, thrombocytosis — 500 thousand / μ l, leukocytosis — 12 thousand/ μ l, neutrophilic — 70%. After recovery, ultrasonic encephalography was performed, which revealed an aneurysm of the left coronary artery up to 5.1 mm with an aneurysm extending over 1 cm. Examination in the subacute period revealed SARS-CoV-2 IgG antibodies. We believe that in this case, multisystem inflammatory syndrome cannot be ruled out.

Keywords: Kawasaki disease, multisystem inflammatory syndrome, coronary artery aneurysm, children

For citation

Zhdanova L. V. A Case of Coronary Artery Aneurism Development in a Child with Kawasaki Disease. Bulletin of Buryat State University. Medicine and Pharmacy. 2021; 1: 20–24 (In Russ.).

The article was submitted 09.01.2021; approved after reviewing 25.01.2021; accepted for publication 09.04.2021.