

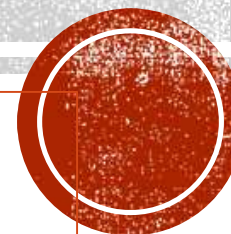
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ

Прохоров Е.В., Челпан Л.Л., Островский И.М.,

Пшеничная Е.В., Толченникова Е.Н.

Кафедра педиатрии №1

Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького



БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ ОТКРЫТА ЯПОНСКИМ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ КАВАСАКИ



- **В 1961 г.** Т. Кавасаки впервые описал новый и необычный симптомокомплекс у ребенка в возрасте 4 лет, который обозначил как «**кожно-слизисто-лимфоузельный синдром с лихорадкой**». Свои наблюдения впервые опубликовал **в 1967 г. в Японии,** а **в 1974 г. описал в англоязычном медицинском журнале.** С тех пор о болезни узнало все мировое педиатрическое сообщество.
- Автор установил взаимосвязь между кожно-слизистыми симптомами болезни и сердечно-сосудистыми осложнениями. **В 1965 г.** патологоанатом Н. Танака впервые описал причину смерти ребенка с симптомами БК от тромбоза коронарной артерии, а педиатр Т. Якимото впервые описал симптомы болезни с сердечно-сосудистыми проявлениями.



mucocutaneous lymph node syndrome — MCLNS

- **В МКБ-10 болезнь Кавасаки вошла под кодом M30.3.**
- **БК представляет собой острую безрецидивную форму первичного СВ неизвестной этиологии с преобладающим поражением сосудов мелкого, среднего калибра и коронарных артерий с развитием деструктивно-пролиферативного васкулита**
- **Общепризнано, что БК наблюдается чаще у детей в возрасте до 5 лет и является ведущей причиной приобретенных заболеваний сердца у детей.**



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Из всех стран мира БК наиболее распространена в **Японии**. Ежегодно заболевают **90 – 100 из 100 тыс. детей в возрасте до 5 лет, что в 10 раз выше, чем в странах Запада.**
- В **Италии** заболеваемость составляет 14,7 на 100 тыс. детей в возрасте до 5 лет. В **Швеции** уровень заболеваемости составляет 2,9 на 100 тыс. детей в возрасте до 16 лет и 6,2 на 100 тыс. — в возрасте до 5 лет. В **Финляндии** ежегодный уровень заболеваемости колеблется от 3,1 до 7,2 на 100 тыс. детей в возрасте до 5 лет.
- **Иркутской области** исследования за период 1995 – 2009 г. показали, что средний уровень заболеваемости составил 2,7 на 100 тыс. детей в возрасте до **17 лет** и 6,6 на 100 тыс. детей — в возрасте до 5 лет.



ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БК

1. Лихорадка: 38° - 40° , > 5 дней до 4 недель!
2. Конъюнктивит, склерит
3. Трещины, сухость губ, красный малиновый язык (земляничный), напоминает язык при скарлатине, гиперемия СО, хейлит
4. Одностороннее увеличение шейных лимфоузлов
5. Сыпь – полиморфная, напоминает сыпь при кори
6. Плотный отек, гиперемия межфаланговых сочленений кистей и стоп. Шелушение кожи (на 2 - 3 неделе болезни)
 - Коронарит, эктазия/аневризма коронарных сосудов, инфаркт миокарда



ЦИКЛИЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БК

- Острая лихорадочная стадия: 1 - 3 недели
- Подострая стадия: 3 – 5 недель
- Выздоровление: через 8 – 10 недель



ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ БК У ДЕТЕЙ

- Лимфатические узлы поражаются одновременно со слизистыми и кожей (полиморфная экзантема) в дебюте острой лихорадочной стадии БК
- Поражение лимфатических узлов при БК характеризуется как острая негнойная шейная лимфаденопатия. Регистрируется в 50-70% случаев
- Увеличение лимфатических узлов (одного или нескольких) чаще наблюдается с одной стороны, в области переднего шейного треугольника, изредка – в надключичной области



ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ БК У ДЕТЕЙ

- Размеры вовлеченных в процесс шейных лимфатических узлов составляют от 1,5 до 2 – 4 см в диаметре
- Описана форма БК, проявляющаяся только шейной лимфаденопатией и лихорадкой. Подобная форма отмечена у 16 (8,56%) из 187 пациентов с БК, преимущественно старше 5 лет (клиника Медицинской ассоциации г. Кагосима).
- Морфологически наиболее типичным является негнойное некротическое поражение лимфатических узлов с наличием субкапсулярных некротических очагов, а также наличие неспецифических изменений в виде увеличения паракортикальной зоны и расширения синуса





Поражение лимфатических узлов при БК у детей



Дифференциальный диагноз БК представляет довольно трудную задачу. Перечень заболеваний, с которыми нужно дифференцировать это заболевание, включает:

- 1) стрептококковую инфекцию (включая скарлатину)
- 2) стафилококковую инфекцию (как синдром токсического шока или синдром «чешуйчатой кожи»)
- 3) корь, краснуху, *roseola infantum*, Эпштейна – Барр-инфекцию, грипп А и В, аденовирусную инфекцию, инфекцию, вызванную *Mycoplasma pneumoniae*
- 5) синдром Стивенса – Джонсона
- 6) системные формы ювенильного ревматоидного артрита



Перечень заболеваний для дифференциальной диагностики (продолжение)

- 7) Узелковый полиартериит
- 8) Инфекционный мононуклеоз
- 9) Лимфогранулематоз
- 10) шейный лимфаденит, в т.ч. туберкулезной этиологии
- 11) Дифтерия
- 12) острый доброкачественный лимфобластоз,
- 13) Мультинодулярный аденоз



ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- Лейкоцитоз, анемия
- Тромбоцитоз: на 2 – 3 неделе = 1.000.000 Г/ л
- Увеличена СОЭ
- Высокие значения СРБ

В острой фазе возможно также:

- Повышение трансаминаз
- Гипербилирубинемия
- Лейкоцитурия

