

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

КАФЕДРА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

**Клинический случай**

**Кавасаки-подобного синдрома  
при COVID-19 – инфекции**

Выполнили: Кучеренко Н. П., Бобровицкая А.И., Коваленко Т. И.,  
Лепихова Л. П., Гончарова Л. А., Медведева В. В.,  
Голосной Э. В., Киреев А. В., Ульянов А. А.

# Определение

**Болезнь (синдром) Кавасаки (БК, СК, слизисто-кожный лимфонодулярный синдром)** - это остро протекающее системное заболевание, характеризующееся поражением средних и мелких артерий с развитием деструктивно-пролиферативного васкулита, а клинически — лихорадкой, изменениями со стороны слизистых, кожи, лимфатических узлов, возможным поражением коронарных и других висцеральных артерий.

# История

- Впервые болезнь была описана в 1967 г. д-ром Томикасу Кавасаки (07.02.1925 — 05.06.2020).
- Это достаточно редкое заболевание, хотя среди детей встречается чаще других системных васкулитов.
- Высокая частота этого заболевания отмечается в Японии, Корее, в других азиатских странах.
- Однако, в связи с улучшением осведомленности о СК, улучшением диагностики, с конца XX века отмечается рост выявления СК в странах Европы, США.

# Диагностические критерии

**Эссенциальный критерий — лихорадка более 5 дней (резистентная к жаропонижающим препаратам) и наличие любых 4-х нижеперечисленных критериев (полная форма):**

1. Двусторонняя конъюнктивальная инъекция.
2. Изменения на губах (хейлит) или в полости рта: «клубничный язык», эритема или трещины на губах, инъектирование слизистой полости рта и глотки.
3. Любые из перечисленных изменений, локализованные на конечностях:
  - \* эритема ладоней и стоп;
  - \* плотный отек кистей или стоп на 3-5-й день болезни;
  - \* шелушение на кончиках пальцев на 2-3-й неделе заболевания.
4. Полиморфная эритема на туловище без пузырьков или корочек.
5. Острая негнойная шейная лимфаденопатия (диаметр одного л/у  $> 1,5$  см).

# Клинический случай

- Ребенок 12 лет, поступил в ОИТдДСИП ЦГКБ№1 г. Донецка 24.02.2021г. с жалобами на повышение температуры тела до 40°C, сыпь на теле, боль в мышцах, гиперестезию, склерит, конъюнктивит.
- Доставлен в детское приемное инфекционное отделение ЦГКБ№1 без сопровождения родственников по линии РЦЭМП и МК из ЦРБ г. Снежное.

# Анамнез заболевания

- Заболел 22.02.2021г. (со слов воспитательницы), остро, когда днем отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C, получил панадол, температура снизилась, но ночью состояние ухудшилось, отмечалось повышение температуры тела до 40°C, тошнота, головная боль, боль в мышцах, вызвана СМП, введен анальгин, димедрол, доставлен в детское инфекционное отделение, осмотрен дежурным врачом заподозрена ОРВИ, аллергическая сыпь, госпитализирован. По линии санавиации вызван детский анестезиолог. Ребенок обследован, получал лечение (Цефтриаксон в/м по 1 мл 3 р/с №2; инфузионная терапия: натрия хлорид 0,9%, реосорбилакт, 10% глюкоза; рибоксин, лазикс, витамин В6, дексаметазон, милдронат, Л-лизина эсцинат). На фоне проведенной терапии состояние ребенка без положительной динамики, остается тяжелым. По линии санавиации ребенок доставлен в ОИТдДСИП ЦГКБ №1 г. Донецка.

# Эпидемиологический анамнез

- Ребенок находится на попечении у бабушки, проживает в г. Горловка, прибыл в г. Снежное в РЦОД 04.02.2021г. Ребенок состоит на диспансерном учете по поводу задержки психомоторного развития (ЗПР), болел простудными заболеваниями.

# Объективно при поступлении

Общее состояние на момент осмотра тяжелое. Тяжесть обусловлена интоксикационным, гипотермическим и общеневрологическим синдромами. На момент поступления у ребенка определяются гипотермия, гиперестезия, ноющая боль в крупных суставах. Ребенок в сознании, продуктивному контакту доступен, ориентирован в пространстве, личности и времени. Вял, адинамичен. С трудом поворачивается в постели. Отмечается легкая сглаженность левой носогубной складки. Ригидность мышц затылка выраженная. Резко положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Мышечный тонус снижен с тенденцией к гипотонии. Сила в конечностях снижена симметрично. Не стоит, не сидит. Сухожильные рефлексы: ахилловы, коленные, кремастерные, с рук - вызываются, симметрично снижены, D=S. Брюшные рефлексы не вызываются. Выраженные проявления гиперестезии. Светобоязнь умеренная. Язык по средней линии.

# Объективно при поступлении

Тонус глазных яблок снижен. Глаза открывает наполовину из-за отечности век. Движения глазных яблок в полном объёме. Тургор мягких тканей и эластичность снижены. Кожные покровы бледно-иктеричные. Время капиллярного заполнения более 3 секунд. Непостоянная «мраморность» конечностей. Мацераций и опрелостей нет. На пояснице, над крупными суставами (коленными, тазобедренными, голеностопными), ягодицах, мошонке пятнисто-розеолезная с тенденцией к слиянию, исчезающая при надавливании сыпь. Зуда нет. Отечности суставов и в месте высыпаний нет. Веки отечные, цианотично гиперемированы, полностью не открываются, глаза приоткрыты, глазные яблоки слегка запавшие. Глазные щели D=S. Зрачки до 4 мм в диаметре, равны, фотореакция сохранена, содружественная. Склера обоих глаз гиперемирована, иктерична, обильные кровоизлияния в склеру обоих глаз.

# Объективно при поступлении

На коже левого бедра розово-бордового цвета шрам размером 4x2 см, имеются следы от в/в, в/м инъекций. Язык густо обложен белым налетом. Слюна густая, вязкая. Задняя стенка глотки, небные дужки, миндалины умеренно гиперемированы. Миндалины гипертрофированы до 2 степени, разрыхлены. Налетов нет. На твердом небе единичные мелкоточечные элементы кровоизлияний. Губы сухие, потрескавшиеся, покрыты геморрагическими корками, болезненные при обработке. Лимфатические узлы по типу микрополиадении. Носовое дыхание свободное. Из носовых ходов отделяемого нет. Одышки нет. Над легкими перкуторно: ясный легочной звук, притупление в межлопаточной области. Аускультативно: жесткое дыхание, единичные сухие хрипы в нижних отделах. Кислородонезависим. Степень насыщения крови кислородом, при дыхании атмосферным воздухом, держится в пределах 97 – 99%.

# Объективно при поступлении

Перкуторно границы сердца в пределах возрастной нормы. Деятельность сердца ритмичная, тоны умеренно приглушены. Тахикардия. Склонность к гипотонии. АД - 81/59; пульс на периферических сосудах сниженных пальпаторных свойств. Живот не вздут, при пальпации умеренно напряжен из-за явлений гиперестезии. Чувствителен при пальпации в правом подреберье и эпигастральной области. Перистальтика кишечника ослаблена, петли кишечника «урчат» в подвздошных областях, больше справа. Печень + 2 см от края реберной, мягко-эластической консистенции, селезенка + 1 см от края реберной дуги. Аппетит снижен. Установлен назогастральный зонд. Получено 270 мл жидкого содержимого типа «кофейной гущи». Стул, со слов, за прошедшие сутки, 1 раз после очистительной клизмы в местном стационаре, кал, со слов жидкий. До этого несколько дней стула не было. Стула на момент осмотра не было. В связи с тяжестью состояния ребенок госпитализирован в ОИТдДСИП.

# Лабораторная диагностика

Общий анализ крови:

- От 24.02.2021г.: Эритроциты – 3,9 Т/л; Гемоглобин – 121 г/л; Цветовой показатель – 0,92; СОЭ – 50 мм/ч; Тромбоциты – 70 Г/л; Лейкоциты – 34,0 Г/л; Миелоциты – 2%; Метамиелоциты – 5%; Палочкоядерные – 60%; Сегментоядерные – 23%; Лимфоциты – 5%; Моноциты – 5%; Токс. Зернистость - 60%; Анизоцитоз; Пойкилоцитоз.
- От 04.03.2021г.: Эритроциты – 4,0 Т/л; Гемоглобин – 126 г/л; Цветовой показатель – 0,95; СОЭ – 8 мм/ч; Тромбоциты – 356 Г/л; Лейкоциты – 15,0 Г/л; Миелоциты – 2%; Метамиелоциты – 4%; Палочкоядерные – 12%; Сегментоядерные – 64%; Лимфоциты – 15%; Моноциты – 5%; Токс. Зернистость 40%.

# Лабораторная диагностика

Биохимический анализ крови:

- От 24.02.2021г.: Общий белок – 55 г/л; Мочевина – 13,3 мкмоль/л ; Креатинин – 134 мкмоль/л; Глюкоза 1,9; Билирубин общий – 110 мкмоль/л; Прямой – 43 мкмоль/л; Непрямой – 67 мкмоль/л; АЛТ – 79 мкмоль/л; АСТ – 136 мкмоль/л;  $\alpha$ -амилаза крови – 70 г/ч. л.; Протромбиновое время – 18,4 сек.; ПТИ – 76%; МНО – 1,38; АЧТВ – 43 сек.; Фибриноген – 7,13 г/л.
- От 27.02.2021г.: Общий белок – 51 г/л; Мочевина – 6,3 мкмоль/л; Креатинин – 69 мкмоль/л; Глюкоза 6,8; Билирубин общий – 31,7 мкмоль/л; Прямой – 8,5 мкмоль/л; Непрямой – 23,2 мкмоль/л; АЛТ – 98,5 мкмоль/л; АСТ – 66,7 мкмоль/л.

# Лабораторная диагностика

## Общий анализ мочи:

- От 24.02.2021г.: Прозрачность – мутная; Плотность – 1032 кг/л; Белок - 0,03 г/л; Глюкоза – отрицательно; Ацетон – отрицательно; Эпителий – умеренное количество; Лейкоциты – 3 – 5 в п/зр.

## Ликвор:

- От 24.02.2021г.: Белок – 1080 мг/л; Цитоз – 73 в 1 мкл.; Нативный: лейкоциты – 6-8 в п/зр.; Окрашенный препарат: Нейтрофилы – 93%; Лимфоциты – 7%; Глюкоза – 2,7 ммоль/л.
- От 01.03.2021г.: Белок – 328 мг/л; Цитоз – 9 в 1 мкл.; Нативный: лейкоциты – 1-2 в п/зр.; Окрашенный препарат: Нейтрофилы – 40%; Лимфоциты – 60%; Глюкоза – 3,7 ммоль/л.

# Лабораторная диагностика

- Мазок из зева на флору от 24.02.2021г. – Гр. Рода *Candida albicans*  $10^7$
- Анализ Ecotest rapid diagnostic test COVID-19, IgG/IgM от 03.03.2021г. – обнаружены IgG в высоком титре.

# Инструментальная диагностика

- ЭКГ от 26.02.2021г.: синусовая аритмия.

# Консультации профильных специалистов

- Окулист от 26.02.2021г.: Острый гнойный конъюнктивит обоих глаз, субконъюнктивальное кровоизлияние.
- Невролог от 26.02.2021г.: Острый менингоэнцефалит. Задержка психомоторного развития.
- Консилиум 01.03.2021г.: в составе заместитель главного врача по лечебной работе, заведующий кафедры детских инфекционных болезней и анестезиологии, доцент кафедры детских инфекционных болезней, заведующий реанимационным отделением, лечащие врачи, республиканский кардиоревматолог.

# Лечение

- Меропенем курсом с 24.02.2021г по 06.03.2021г., Флуканозол в стартовой дозе 200 мг, далее по 100 мг x 1 р. сут. в/в с 25.02.2021г. по 06.03.2021г., Гепарин, Анальгин, Этамзилат, Викасол, Дексаметазон 16 мг в сутки в течение 8 суток, Аспирин, Левомецетиновые капли, Ведисик, Офтальмодекс, Ибупрофен, Ибупрофен мазь, Привиджен в/в введение 100 мл x 2 раза в сутки с 02.03.2021г. по 08.03.2021г., Милдронат, Цитофлавин.
- В динамике состояние больного улучшилось, на 16 сутки болезни переведен для восстановления в соматическое отделение.

# Клинический диагноз

Мультисистемный воспалительный синдром у детей, ассоциированный с COVID-19, Ecotest rapid diagnostic test №1025 от 03.03.2021г. (IgG к SARS Cov2 «+») с поражением слизистых, кожи, мышц, суставов, мозговых оболочек, печени. Вторичный системный васкулит, Кавасаки-подобный синдром.

# Выводы

- Данный клинический случай продемонстрировал Кавасаки-подобный синдром как компонент и следствие мультисистемного поражения органов.
- Дети, перенесшие новую коронавирусную инфекцию COVID-19, а также имевшие контакт в анамнезе с больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19, должны в течение одного месяца находиться под диспансерным наблюдением в поликлинике по месту жительства у участкового врача-педиатра. Через 3-6 недель у этих детей может развиваться БК или MIS-C.

# Выводы

- В случае выявления при осмотре клинических проявлений: конъюнктивит, хейлит, отечность ладоней и/или стоп, появления сыпи любого характера, увеличения л/у в сочетании с лихорадкой, ребенок должен быть госпитализирован в стационар для исключения БК и мультисистемного воспалительного синдрома (MIS-C) и проведения необходимой терапии.
- При возникновении лихорадки в период наблюдения: выше 38 (продолжающейся 4-5 дней); 39 и выше — необходима госпитализация в многопрофильный стационар с консультацией инфекциониста, ревматолога, детского кардиолога, реаниматолога.
- Контрольный осмотр ребенка (взятие общего анализа крови) на диспансерном наблюдении должен осуществляться на 21 дни после выписки из стационара или даты снятия карантина.