

В.Є. Ткач¹, М.С. Волошинович¹, Б.А. Зубик¹, Л.А. Вітовська²,
Ю.В. Ципочка², Н.В. Козак¹

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²КНП «Міська дитяча клінічна лікарня», Івано-Франківськ

Клінічний випадок синдрому Кавасаки

Синдром Кавасаки в країнах Європи діагностують досить рідко. Цю порівняно «молоду» хворобу вперше описав японський педіатр Томісаку Кавасаки в 1967 р. Причини її виникнення досі невідомі. Більшість вчених схиляються до думки, що «запуск» хвороби зумовлюють існуючі в організмі вогнища інфекції вірусної чи бактеріальної етіології, що спричиняють запалення і пошкодження кровоносних та лімфатичних судин. Синдром Кавасаки є неконтагіозним захворюванням, проте описано випадки його повторного епізоду.

На тлі високої температури тіла (в межах 38–40 °С) виникають поліморфні висипання: роzeоли, еритеми, уртикарії, папули, які часто подібні до таких при кору чи скарлатині. Діти стають плаксивими, дратівливими, часто прокидаються, їх турбують пронос і біль у животі. Висипання уражають кінцівки і тулуб. Нижні і верхні кінцівки стають набряклими, особливо виражений набряк долонь, підошов і пальців. Через 1,5–2 тиж починається пластинчасте лущення кінчиків пальців верхніх і нижніх кінцівок, набрякають міжфалангові з'єднання, активні рухи в суглобах спричиняють у дитини біль і плач. Слизові оболонки ротової порожнини гіперемійовані, язик має насичено червоний (малиновий) колір, виникає хейліт. Розрізняють три фази перебігу хвороби: гостру — від її початку до 2 тиж, підгостру — від 2 до 4 тиж і фазу відновлення — від 1 до 3 міс. У більшості хворих уражаються шийні лімфатичні вузли, часто пальпують один вузол діаметром від 1 до 1,5 см. Специфічних лабораторних тестів для діагностики синдрому не існує.

Враховуючи спорадичність захворювання і складність його діагностики, наводимо клінічний випадок синдрому Кавасаки у хлопчика віком 3,5 року. Ймовірною причиною хвороби було поєднання вірусу вітряної віспи і COVID-19. Розмаїття симптоматики синдрому призвело до діагностичних помилок і, відповідно, вплинуло на тактику лікування, призначеного лікарем первинної ланки медичної допомоги. Описано клінічні вияви, ускладнення, маршрут хворого, комплексне лікування та реабілітацію.

Своїм повідомленням ми прагнули привернути увагу педіатрів, сімейних лікарів і дерматологів до того, що синдром Кавасаки в період пандемії не є рідкісною хворобою, а поєднання COVID-19 з іншою вірусною та мікробною інфекцією в разі збільшує ймовірність виникнення тяжких ускладнень. Своєчасна діагностика і раціональна терапія слугують пересторогою щодо діагностичних помилок і розвитку ускладнень.

Ключові слова

Синдром Кавасаки, причини виникнення, клініка, ускладнення, лікування.

Синдром Кавасаки в країнах Європи діагностують досить рідко. Цю порівняно «молоду» хворобу вперше описав японський педіатр Томісаку Кавасаки в 1967 р. Пізніше виникли інші її назви, такі як «слизово-шкірний лімфодулярний синдром», «гострий мультисистемний васкуліт», «хвороба Кавасаки». Причини виникнення хвороби досі невідомі. Більшість вчених схиляються до думки, що «запуск» хвороби зумовлюють існуючі в організмі вогнища інфекції вірусної чи бактеріальної етіології, що спри-

чиняють запалення і пошкодження кровоносних та лімфатичних судин [1, 8, 10].

Деякі автори вказують на генетичну схильність до цієї недуги. Синдром Кавасаки є неконтагіозним захворюванням, проте описано випадки його повторного епізоду. Хвороба проявляється лихоманкою, шийним лімфаденітом, флуоресценціями на шкірі, енантемами на слизовій оболонці ротової порожнини, червоній облямівці губ, катаральним кон'юнктивітом, набряком верхніх і нижніх кінцівок. Найтяжчим ускладненням є аневризми коронарних артерій, що може закінчитись летально. Частіше (80–90 %) хворіють діти (хлопчики) віком до 5 років, особ-

ливо в перший рік життя. У більшості дітей хвороба виявляється гострими симптомами без серцевих ускладнень. У немовлят до 6 міс можуть бути тривала лихоманка і аневризми коронарних судин (атипова форма). Існує сезонність — діти хворіють переважно в зимовий і весняний періоди [4, 5, 8, 9].

На тлі високої температури тіла (в межах 38–40 °С) виникають поліморфні висипання: роzeоли, еритеми, уртикарії, папули, які часто подібні до таких при кору чи скарлатині. Діти стають плаксивими, дратівливими, часто прокидаються, їх турбують пронос і біль у животі. Висипання уражають кінцівки і тулуб. Нижні і верхні кінцівки стають набряклими, особливо виражений набряк долонь, підшов і пальців. Через 1,5–2 тиж починається пластинчасте лущення кінчиків пальців верхніх і нижніх кінцівок. Міжфалангові з'єднання набряклі, активні рухи в суглобах спричиняють у дитини біль і плач. Слизові оболонки ротової порожнини гіперемійовані, язик має насичено червоний (малиновий) колір, виникає хейліт [3, 7].

Розрізняють три фази перебігу хвороби: гостру — від її початку до 2 тиж, підгостру — від 2 до 4 тиж і фазу відновлення — від 1 до 3 міс. У більшості хворих уражаються шийні лімфатичні вузли, часто пальпують один вузол діаметром від 1 до 1,5 см. Специфічних лабораторних тестів для діагностики синдрому не існує. Як і при більшості інфекційних хвороб, відзначають лейкоцитоз, збільшену ШОЕ, високий рівень С-РБ, анемію, низький вміст альбумінів у сироватці крові, підвищені показники АлАТ і АсАТ. Може насторожити кількість тромбоцитів, яка в гострій фазі перебуває в межах норми, пізніше різко збільшується, досягає високого рівня і тривалий час, навіть після лікування, не нормалізується. За появи шумів у серці, порушення ритму, виникнення тахікардії обов'язковими є ЕКГ та УЗД серця. Діагноз встановлюють за наявності 5 із 6 характерних симптомів: лихоманка, кон'юнктивіт, зміна губ і порожнини рота, лімфаденопатія, поліморфна екзантема, зміни в периферичних відділах кінцівок [2, 11].

З огляду на спорадичність захворювання і складність його діагностики наводимо клінічний випадок синдрому Кавасаки.

Хворий Д., 3,5 року, 30.12.2020 р. направлений з районної до міської дитячої лікарні. Мати скаржилась на лихоманку у дитини, головний біль, блювання, плаксивість, збільшення лімфатичних вузлів, висипання на тілі. Хворіє 7 днів поспіль, на тлі високої температури тіла (38,5 °С) протягом доби виникли рясні віспоподібні елементи на волосистій частині голови, обличчі, тулубі,

верхніх і нижніх кінцівках, а також свербіж і блювання. Через 2 дні збільшилися шийні і підщелепні лімфатичні вузли. Сімейний лікар діагностував вітряну віспу, паротит і призначив «Алерзин», «Флемоксин», вживання великої кількості рідини. Висипні елементи змащували розчином діамантового зеленого. Стан хворого не покращився, почався незначний кашель, виникли нові висипання у вигляді плям, папул, уртикарій, набряк губ, нижніх і верхніх кінцівок, температура тіла трималась у межах 38–39 °С. Проведено консультації районного інфекціоніста та педіатра, після чого дитину було госпіталізовано до реанімаційного відділення міської дитячої лікарні.

На момент госпіталізації загальний стан хворого тяжкий, температура тіла 38,2 °С, пульс 112 на 1 хв, частота дихання 22 на 1 хв. Слизова оболонка ротоглотки гіперемійована, мигдалики не збільшені. Язик малинового кольору, незначно набряклий. Перкуторно над легеньми легеневий звук, за даними аускультатії — жорстке дихання. Межі серцевої тупості відповідають віковій нормі. Тони звучні, ритмічні. Живіт м'який, не болючий. Печінка — по краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького з обох боків негативний. Дитина має правильну будову тіла, нормального харчування. Хлопчик народився доношеним із масою тіла 3200 г і ростом 52 см. Ріс і розвивався задовільно, згідно із віком. Алергологічний анамнез не обтяжений. Тургор і еластичність шкіри збережені. На шкірі виявлено висипання, характерні для вітряної віспи, поряд з ними — плями, уртикарії, папули. Губи набряклі, червоного кольору. Кисті та стопи набряклі, шкіра має звичайне забарвлення. Підщелепні та шийні лімфатичні вузли по ходу кивального м'яза збільшені.

Загальний аналіз крові: Нb — 103 г/л, Ер. — $3 \cdot 10^{12}$, КП — 0,91, Л. — $27,9 \cdot 10^3$, е. — 2, п. — 16, с. — 60, лімф. — 18, м. — 4, ШОЕ — 21 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сліди білка.

Хворого госпіталізовано в реанімаційне відділення з діагнозом: «Двобічна негоспітальна вогнищево-зливна пневмонія, гострий перебіг, ДН 1-го ступеня, ускладнена токсичним синдромом. Вітряна віспа, менінгізм, реактивний шийний лімфаденіт. Дисметаболична кардіопатія, тахіаритмія».

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 71 г/л, альбуміни — 56,8 г/л, α_1 — 7,2 г/л, α_2 — 8,3 г/л, β — 8,8 г/л, γ — 18,9 г/л, сечовина — 4,5 ммоль/л, креатинін — 72,6 ммоль/л, тимолова проба — 2,1, білірубін — 11,3 мкмоль/л (прямий — 3,3 мкмоль/л, непрямий — 8 мкмоль/л), кальцій — 1,88 ммоль/л, хлориди — 98 ммоль/л,



Рисунок. Хворий Д., 3,5 року. Вітряна віспа, стадія регресу висипань, синдром Кавасакі, абсцеси надключичних ділянок на тлі COVID-19

АлАТ — 0,63 Од/л, АсАТ — 0,55 Од/л, глюкоза — 6,4 ммоль/л, α -амілаза — 25 Од/л, серомукоїд — 316, С-РБ — 48.

УЗД органів черевної порожнини: печінка розміщена типово, виступає з-під реберної дуги на 1,5 см. Передньозадній розмір, права частка — 107 мм (норма — до 80 мм), ліва — 59 мм (норма — до 39). Паренхіма звичайної ехогенності. Печінкові вени без особливостей, виражена периваскулярна інфільтрація. Жовчні ходи ущільнені. Жовчний міхур дугоподібний зі згином у ділянці шийки. Контури чіткі, рівні, стінка ущільнена, вміст — незначний пристінковий осад. Підшлункова залоза: розмір голівки — 14 мм (норма — до 11 мм), тіло — 12 мм (норма — до 8 мм), хвіст — 17 мм (норма — до 12 мм). Контури чіткі, рівні, паренхіма ізогенна, структура неоднорідна за рахунок поодиноких гіперехогенних включень. Розміри селезінки 98 × 42 мм (норма — 66 × 33 мм). Контури чіткі, рівні, паренхіма ізоехогенна, структура однорідна. В ділянці воріт — додаткова частка діаметром 13 мм. Нирки та сечовий міхур без відхилень від норми, є поодинокі еховключення. В кишечнику — метеоризм, рідкий вміст. У плевральних порожнинах — рідкий вміст, справа — до 15 мм, зліва — до 22 мм.

УЗД щитоподібної залози в межах норми. УЗД серця — листки перикарда без особливостей, хід магістральних судин правильний. Стінки міокарда не потовщені. Міжшлуночкова та міжпередсердна перегородки візуалізуються по всій протяжності. Сумарна скоротливість добра. Функціональний пролапс мітрального клапана, регургітація +. УЗД лімфатичних вузлів: у підщелепній ділянці з обох боків, у куті щелепи зліва, по ходу кивального м'яза справа на рівні 5–6 мм від поверхні шкіри візуалізуються збільшені лімфатичні вузли діаметром від 10–11 до 20–21 мм (норма — до 10 мм) зниженої ехогенності та однорідної структури.

Комп'ютерна томографія легень: двобічна зливна пневмонія (ймовірно, вірусного генезу), що потребує визначення етіологічного чинника СО-RADS 4, КТ-2 (середньотяжкий ступінь). Плеврит.

Призначено інтенсивну антибактеріальну, протівірусну, детоксикаційну терапію, серцеві препарати. З огляду на появу нових висипань через 7 днів після госпіталізації дитину проконсультував дерматолог. Дані огляду: стан середньої тяжкості. Неуражена шкіра звичайного забарвлення, тургор та еластичність збережені. На місці віспоподібних елементів плями рожевого кольору, кірочки, плями і папули, вкриті дрібнопластинчатою лускою, в пахових складках почервоніння. В надключичних ділянках щільні, болючі інфільтрати, шкіра над ними червоного кольору, в центрі розм'якшення. Губи незначно набряклі, малинового кольору, слизова оболонка ротової порожнини не змінена. Шийні лімфатичні вузли збільшені, чутливі, шкіра над ними не змінена (див. рисунок). Встановлено діагноз: «Вітряна віспа, стадія регресу висипань, синдром Кавасакі, абсцеси надключичних ділянок. Коронавірус-19?» Хворому і мамі проведено ПЛР-дослідження на COVID-19. Результати дослідження позитивні.

Незважаючи на інтенсивну протівірусну і антибактеріальну терапію, загальний стан дитини був середньої тяжкості, температура тіла коливалась від 37,6 до 39,5 °С, наростали явища інтоксикації. Хворого перевели в хірургічне відділення, де відкрили і дренивали абсцеси, призначили «Абіпім» (Cefepime) по 1000 мг внутрішньовенно двічі на добу на 7 днів, а також детоксикаційну терапію. На 5-й день лікування хворого перевели в палату, через 10 днів виписали. На момент виписування висипання регресували, помітні поодинокі штамповані рубчики на обличчі та тулубі після вітряної віспи. Розміри шийних лімфатичних вузлів зменшились, післяопераційні рани зажили вторинним натягом.

Хворий перебуває під наглядом сімейного лікаря, йому продовжено проведення загальнозміцнювальної терапії.

Своїм повідомленням ми прагнули привернути увагу педіатрів, сімейних лікарів і дерматологів до того, що синдром Кавасакі в період пандемії

не є рідкісною хворобою, а поєднання коронавірусу-19 з іншою вірусною та мікробною інфекцією в разі збільшує ймовірність розвитку тяжких ускладнень. Своєчасна діагностика і раціональна терапія є пересторогою щодо діагностичних помилок та ускладнень.

Список літератури

1. Burns J.C. Commentary: Translation of Dr. Tomisaku Kawasaki's original report of fifty patients in 1967 // *Pediatr. Infect. Dis. J.*— 2002.— Vol. 21 (11).— P. 993–995. doi: 10.1097/00006454-200211000-00002.
2. Gámez-González L.B., Ramírez-López M.J., Colmenero-Rascón M., Yamazaki-Nakashimada M.A. Kawasaki disease shock syndrome in the COVID-19 pandemic // *Cardiol. Young.*— 2022.— Vol. 32 (3).— P. 506–507. doi: 10.1017/s1047951121003280.
3. Jones V.G., Mills M., Suarez D. et al. COVID-19 and Kawasaki disease: Novel virus and novel case // *Hosp. Pediatr.*— 2020.— Vol. 10 (6).— P. 537–540. doi: 10.1542/hpeds.2020-0123.
4. Medaglia A.A., Siracusa L., Gioè C. et al. Kawasaki disease recurrence in the COVID-19 era: a systematic review of the literature // *Ital. J. Pediatr.*— 2021.— Vol. 47 (1).— P. 95. doi: 10.1186/s13052-021-01041-4.
5. Moradi S., Radgoodarzi M. Association between COVID-19 and Kawasaki-like disease in children is a topic that needs further investigation // *Evid. Based. Nurs.*— 2021.— Vol. 24 (2).— P. 35. doi: 10.1136/ebnurs-2020-103319.
6. Piram M., Burns J.C. Kawasaki disease for the paediatric dermatologist: skin manifestations and new insights into the pathophysiology // *Clin. Exp. Dermatol.*— 2021.— Vol. 46 (3).— P. 503–509. doi: 10.1111/ced.14558.
7. Riphagen S., Gomez X., Gonzalez-Martinez C. et al. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic // *Lancet.*— 2020.— Vol. 395 (10237).— P. 1607–1608. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31094-1.
8. Verdoni L., Mazza A., Gervasoni A. et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study // *Lancet.*— 2020.— Vol. 395 (10239).— P. 1771–1778. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31103-X.
9. Xu S., Chen M., Weng J. COVID-19 and Kawasaki disease in children // *Pharmacol. Res.*— 2020.— Vol. 159 (104951).— P. 104951. doi: 10.1016/j.phrs.2020.104951.
10. Yale S.H., Tekiner H., Yale E.S. Tomisaku Kawasaki and Kawasaki disease // *Childs. Nerv. Syst.*— 2022.— Vol. 3 (2).— P. 233–235. doi: 10.1007/s00381-020-04784-3.
11. Zhu F., Ang J.Y. 2021 update on the clinical management and diagnosis of Kawasaki disease // *Curr. Infect. Dis. Rep.*— 2021.— Vol. 23 (3).— P. 3. doi: 10.1007/s11908-021-00746-1.

V.Ye. Tkach¹, M.S. Voloshynovych¹, B.A. Zubyk¹, L.A. Vitovska²,
Yu.V. Tsipochka², N.V. Kozak¹

¹ *Ivano-Frankivsk National Medical University*

² *KNP «City Children's Clinical Hospital», Ivano-Frankivsk*

Clinical case of Kawasaki syndrome

Kawasaki syndrome is rare in Europe. This relatively «young» disease was first described by Japanese pediatrician Tomisaku Kawasaki in 1967. The causes of the disease are not clear. Most scientists tend to believe that the disease is triggered by existing foci of infection of viral or bacterial origin in the body, causing inflammation and damage to blood and lymphatic vessels. Kawasaki syndrome is a noncontagious disease, but cases of recurrence have been described.

Patients with a high temperature, in the range of 38–40 °C, develop polymorphic rashes: roseola, erythema, urticaria, papules that can mimic measles or scarlet fever. Children are tearful, irritable, often wake up, suffer from diarrhea, abdominal pain. The rash affects the extremities and torso. The lower and upper extremities are swollen; especially pronounced swelling is on the palms, soles and fingers. After 1,5–2 weeks there is a lamellar peeling of the fingertips and toes. The interphalangeal joints are swollen, active movements in children's joints cause pain and crying as a result. The mucous membranes of the oral cavity are hyperemic, the tongue is deep red (crimson), cheilitis is also diagnosed. There are three phases of the disease: acute – within 2 weeks since the onset, subacute – from 2 to 4 weeks, the recovery phase – from 1 to 3 months. In most patients, the cervical lymph nodes are affected, often one node is palpated ranging in size from 1 to 1.5 cm in diameter. There are no specific laboratory tests to diagnose the syndrome.

Considering the sporadic nature and complexity of the diagnosis, we present a clinical case of Kawasaki syndrome in a 3.5-year-old boy. The probable cause of the disease was a combination of chickenpox virus and COVID19. The variety of symptoms of the syndrome led to diagnostic errors and, accordingly, influenced the tactics of treatment of the primary care physician. Clinical manifestations, complications, route of the patient, complex treatment and rehabilitation are described.

In our report, we have focused the attention of pediatricians, family physicians and dermatologists on the fact that Kawasaki syndrome is not a rare disease during the pandemic, and the combination of COVID19 with other viral and microbial infections led to a multifold increase in the likelihood of serious complications. Timely diagnosis and rational therapy are the prevention of diagnostic errors and complications.

Keywords: Kawasaki syndrome, causes, clinic, complications, treatment.

Дані про авторів:

Ткач Василь Євтихійович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології, засл. лікар України
<https://orcid.org/0000-0001-5560-3923>

Волошинович Мар'ян Стефанович, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології
<https://orcid.org/0000-0001-7619-2289>
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Кропивницького, 16
E-mail: mvoloshynovych@gmail.com

Зубик Богдан Андрійович, к. мед. н., доц. кафедри дитячих інфекційних хвороб

Вітовська Людмила Анатоліївна, мед. директор

Ципочка Юрій Вікторович, зав. відділення інтенсивної терапії

Козак Наталія Валеріївна, викладач кафедри дерматології та венерології
<https://orcid.org/0000-0002-3190-5238>