



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/BG/intro>

Болест на Kawasaki

Версия на 2016

2. ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ

2.1. Как се диагностицира ?

БК е клинична диагноза. Това означава, че диагнозата е поставена само въз основа на клинична оценка от лекар. Сигурна диагноза може да се постави, ако необяснимо висока температура с продължителност 5 или повече дни е придружена от 4 от следните възможни 5 характеристики: двустранен конюнктивит (т.е. възпаление на мембраната, покриваща очната ябълка); увеличени лимфни възли; обрив по кожата; промени в устната кухина и езика; промени в крайниците. Лекарят трябва да се увери, че няма доказателства, за всяко друго заболяване, което би могло да се обясни със същите симптоми. Някои деца показват непълни форми на заболяването, което означава, че те представят с по-малко клинични критерии, и при тях поставянето на диагнозата е по-трудно. Такива случаи се наричат непълна БК.

2.2. Колко дълго продължава?

БК е заболяване с три фази: остра- която включва първите 2 седмици, когато треската и другите симптоми са налице; подостра- от втората до четвъртата седмица, период, в който броят на тромбоцитите започва да се покачва и могат да се появят аневризми; и фазата на възстановяване- от първия до третия месец, когато всички променени лабораторни тестове се връщат към нормалното, а някои от аномалиите на кръвоносните съдове (като КАА) се негативират или намаляват по размер. Ако не се лекува заболяването може да се самоограничи след

около 2 седмици но с оставаща коронарна увреда.

2.3. Какво е значението на тестовете?

В момента, няма лабораторен тест, който може да помогне за убедително диагностициране на заболяването. Някои тестове, като например повишена СУЕ (скорост на утаяване на еритроцитите), високо ниво на CRP, левкоцитоза (увеличен брой на белите кръвни клетки), анемия (нисък брой на червените кръвни клетки), нисък серумен албумин и повишени чернодробни ензими, може да помогне в поставяне на диагноза. Броят на тромбоцитите (клетките, участващи в съсирването на кръвта) обикновено е нормален в първите седмици на заболяването, но започва да се покачва през втората седмица, достигайки много висок брой. Децата трябва да преминават през периодични прегледи и оценка на кръвните изследвания, докато броят на тромбоцитите и СУЕ се нормализират.

Трябва да се извършат начална електрокардиограма (ЕКГ) и ехокардиография. В ехокардиограмата може да се открие дилатация (разширяване) или аневризми на коронарните артерии. В случай на коронарни нарушения, ще бъдат необходими по-нататъшни ехокардиограми и допълнителни проучвания и оценки на формата и размера на коронарните съдове..

2.4. Може ли да се лекува/излекува?

По-голямата част от децата с БК може да се излекуват; Въпреки това, някои пациенти развиват сърдечни усложнения, независимо от използването на подходящо лечение. Болестта не може да бъде предотвратена, но най-добрият начин за намаляване на коронарните усложнения е да се направи ранна диагностика и лечението да започне възможно най-рано.

2.5. Какво е лечението?

Едно дете с доказан БК или съмнение за такава трябва да бъде прието в болница за наблюдение и контрол и трябва да бъде изследвано за възможно засягане на сърцето.

За да се намали честотата на сърдечните усложнения лечението

трябва да започне колкото може по-рано. Лечението се състои от единична висока доза интравенозен имуноглобулин (IVIg) и аспирин. Това лечение намалява възпалението, драстично облекчава острите симптоми. Висока доза IVIg е съществена част от лечението, тъй като е в състояние да намали появата на коронарни аномалии в голяма част от пациентите. Въпреки, че много скъпо, засега тя остава най-ефективната форма на лечение. При пациенти със специални рискови фактори, могат да се прилагат едновременно кортикостероиди. Пациентите, които не отговарят на една или две дози от IVIg имат други терапевтични алтернативи, включително високи дози кортикостероиди интравенозно и биологична лекарствена терапия.

2.6. Всички деца ли отговарят на лечението с венозен имуноглобулин?

За щастие, при повечето деца е необходима само една доза. При тези, които не отговарят може да се наложи втора такава или необходимост от кортикостероид. В редки случаи се налага биологично лечение.

2.7. Какви са страничните ефекти от лекарствената терапия?

IVIg терапията е обикновено безопасна и се понася добре. Рядко може да възникне възпаление на менингите (асептичен менингит) След IVIg имунизациите с живи ваксини се отлагат. (Обсъдете всяка ваксина с вашия педиатър). Аспиринът във високи дози може да предизвика гадене или болка в стомаха.

2.8. Какво лечение се препоръчва след имуноглобулина и високата доза аспирин? Колко дълго трае лечението?

След овладяване на треската (обикновено за 24-48 часа), дозата на аспирин се намалява постепенно. Ниската доза аспирин се поддържа известно време поради нейния ефект върху тромбоцитите; да не групират заедно и да не залепват. Това лечение е полезно за предотвратяване на образуването на тромби

(кръвни съсиреци) във вътрешността на аневризмите или вътрешните повърхности на възпалените кръвоносни съдове, тъй като образуването на тромби вътре аневризма или кръвоносен съд може да доведе до прекъсване на кръвоснабдяването на зоните, снабдявани от съответните съдове (сърдечен инфаркт, най-опасното усложнение на БК). Ниската доза аспирин продължава до нормализиране на възпалителните маркери и нормална ехоКГ, проследена в динамика. Деца с трайни аневризми трябва да получават аспирин или други лекарства против съсирване под наблюдение на лекар за по-дълги периоди.

2.9. Моята религия не позволява използване на кръв и кръвни продукти. Какво е мнението за неконвенционална/допълнителна терапия?

Няма място за неконвенционални лечения на това заболяване. IVIG е доказана терапия на избор. Кортикостероиди могат да бъдат ефективни в случаи, когато IVIG не могат да се използват.

2.10. Какви специалисти са включени в медицинските грижи за детето?

Педиатърът, детски кардиолог и детски ревматолог може да се грижат за острата фаза и проследяване на деца с БК. В местата, където детски ревматолог не е в наличност, педиатър заедно с кардиолог трябва да следят пациентите, особено тези, които са имали сърдечно засягане.

2.11. Каква е дългосрочната еволюция (прогноза) на заболяването?

За много болни прогнозата е отлична, тъй като те имат нормален живот, растеж и развитие.

Прогнозата на пациенти с трайни увреждания в коронарните артерии зависи главно от развитието на съдовата стеснение (стеноза) и обструкции (запушвания). Те могат да бъдат предразположени към сърдечни симптоми в началото на живота и може да се наложи да останат под грижите на кардиолог с опит в дългосрочна грижа за деца с БК.