



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

Kawasaki Liga

Versija 2016

2. DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

2.1. Kaip ši liga diagnozuojama?

KD yra klinikinė diagnozė. Tai reiškia, kad gydytojas diagnozuoja ligą tik pagal klinikinį įvertinimą. Galutinė diagnozė nustatoma, kai daugiau nei 5 dienas trunka febrilus karščiavimas ir pasireiškia 4 iš 5 simptomų: abipusis konjunktyvitas, padidėję limfmazgiai, odos išbėrimas, burnos ir liežuvio pažeidimai, galūnių pakitimai. Gydytojas privalo būti tikras, kad nėra kitos ligos, kuri paaikšintų tokius pačius simptomus. Kai kuriems vaikams pasireiškia nepilna ligos forma, todėl pagal mažiau klinikinių kriterijų diagnozę nustatyti daug sunkiau. Tokie atvejai vadinami nepilna KL.

2.2. Kiek liga tęsiasi?

KL turi 3 fazes. Ūminė fazė trunka 2 savaites ir pasireiškia karščiavimu bei kitais simptomais. Poūmė fazė tęsiasi nuo antrosios iki ketvirtosios savaitės, jos metu padaugėja trombocitų, gali atsirasti aneurizmų. Sveikimo fazė trunka nuo pirmojo iki trečiojo mėnesio, visi laboratorinių tyrimų pokyčiai normalizuojasi, o kai kurie kraujagyslių pažeidimai (KAA) išnyksta ar sumažėja.

Negydoma liga savaime praeina daugiau nei per 2 savaites, o koronarinių kraujagyslių pažeidimai išlieka.

2.3. Kuo svarbūs tyrimai?

Šiuo metu nėra specifinių laboratorinių tyrimų, galinčių patvirtinti diagnozę. Ligą nustatyti padeda kai kurie tyrimai, parodantys padidėjusį

ENG (eritrocitų nusėdimo greitis), aukštą CRB, leukocitozę (padidėjęs baltųjų kraujo ląstelių skaičius), anemiją (mažas raudonųjų kraujo ląstelių skaičius), žemą serumo albuminą ir padidėjusius kepenų fermentus. Trombocitų (ląstelių, dalyvaujančių kraujo krešėjime) kiekis pirmąją ligos savaitę dažniausiai būna normalus, bet antrąją savaitę pradeda didėti ir pasiekia labai didelę koncentraciją.

Vaikai turi būti periodiškai tikrinami, vertinami jų kraujo tyrimai, kol trombocitai ir ENG vėl pasieks normą.

Ligos pradžioje reikėtų atlikti elektrokardiogramą (EKG) ir echokardiogramą. Širdies echoskopijos metu tiriant koronarinių arterijų formą ir dydį, galima aptikti jų dilataciją (išsiplėtimą) ar aneurizmas. Jeigu koronarinės arterijos pažeistos, reikalingos kontrolinės echokardiogramos, papildomi tyrimai ir vertinimas.

2.4. Ar šią ligą galima išgydyti?

Dauguma vaikų, sergančių KL, visiškai pasveiksta. Tačiau kai kuriems pacientams, nors ir paskyrus tinkamą gydymą, išsivysto širdies komplikacijos. Ligos prevencijos priemonių nėra, bet sumažinti koronarinių komplikacijų skaičių geriausiai pavyksta anksti diagnozavus ligą ir kuo anksčiau pradėjus gydyti.

2.5. Kaip gydoma ši liga?

Nustačius, kad vaikas serga KL, arba turint tokių įtarimų, jį reikia hospitalizuoti. Paguldytas į ligoninę vaikas nuolat stebimas ir tiriamas, nustatoma galimo širdies pažeidimo rizika.

Norint sumažinti širdies komplikacijų dažnį, gydymas pradedamas iš karto diagnozavus ligą.

Gydymas susideda iš didelių intraveninio imunoglobulino (IVIG) dozių ir aspirino. Šis gydymas slopina uždegimą, greitai mažindamas ūmius ligos simptomus. Didelės IVIG dozės yra esminė gydymo dalis, nes gali sumažinti koronarinių pažeidimų atsiradimą didelei daliai pacientų. Nors ir labai brangus, šis gydymo būdas šiuo metu tebėra veiksmingiausias. Pacientai, turintys tam tikrą rizikos veiksnių, tuo pačiu metu gali būti gydomi gliukokortikoidais. Jeigu viena ar dvi IVIG dozės neveikia paciento, yra alternatyvių gydymo būdų, įskaitant dideles intraveninių gliukokortikoidų dozes ir biologinę terapiją.

2.6. Ar intraveninis imunoglobulinas veiksmingas visiems vaikams?

Laimei, daugumai vaikų prireiks tik vienos dozės. Tiems, kurių vaistas nepaveikia, gali prireikti antros IVIG dozės arba gliukokortikoidų. Retais atvejais gali būti gydoma biologiniais vaistais.

2.7. Koks vaistų šalutinis poveikis?

IVIG paprastai saugus ir gerai toleruojamas. Labai retai gali išsivystyti smegenų dangalų uždegimas (aseptinis meningitas).

Po gydymo IVIG skiepijimas gyvomis susilpnintomis vakcinomis turėtų būti atidėtas. Kiekvieną vakciną reikėtų aptarti su savo pediatru.

Aspirinas, vartojamas didelėmis dozėmis, gali sukelti pykinimą ar virškinimo sutrikimus.

2.8. Koks gydymas rekomenduojamas po to, kai buvo paskirtas imunoglobulinas ir didelės aspirino dozės? Kiek ilgai reikia gydytis?

Nurimus karščiavimui (paprastai po 24–48 valandų), aspirino dozė mažinama. Aspirinas mažomis dozėmis ir toliau skiriamas dėl jo poveikio trombocitams, t. y. tam, kad trombocitai tarpusavyje nesuliptų. Tai trombozų (kraujo krešulių) susidarymo aneurizmoje ir uždegimo pažeistų kraujagyslių vidiniuose sluoksniuose prevencijos priemonė. Trombai, susidarę aneurizmoje ar kraujagyslės sienelėje, gali užkirsti kelią kraujo pritekėjimui į kraujagyslių maitinamą sritį (miokardo infarktas – pavojingiausia KL komplikacija). Aspirinas vartojamas mažomis dozėmis, kol normalizuojasi uždegimo žymenys ir kontrolinė echoskopija. Gydytojas turėtų prižiūrėti, kad vaikai, turintys išliekančių aneurizmų, ilgesnį laiką gautų aspiriną ar kitus kraujo krešumą mažinančius vaistus.

2.9. Jeigu religija neleidžia naudoti kraujo ar kraujo produkto, ar gali padėti netradiciniai gydymo metodai?

Šiai ligai gydyti netradiciniai gydymo metodai netaikomi. Įrodyta, kad geriausias pasirinkimas – gydymas IVIG. Gliukokortikoidai gali būti veiksmingi, jeigu negalima naudoti IVIG.

2.10. Kokie specialistai vykdo vaiko medicininę priežiūrą?

Ūmią ligos fazę ir tolesnį jos vystymąsi turėtų prižiūrėti pediatras, vaikų kardiologas ir vaikų reumatologas. Ten, kur vaikų reumatologas neprieinamas, pacientus, ypač tuos, kurie turėjo širdies pažeidimų, turėtų stebėti pediatras ir kardiologas.

2.11. Kokia ligos ilgalaikė prognozė?

Daugelio ligonių prognozė yra gera, jie gali gyventi įprastinį gyvenimą, normaliai augti ir vystytis.

Pacientų, turinčių išliekančią koronarinių arterijų patologiją, prognozė daugiausia priklauso nuo to, kaip vystosi kraujagyslių susiaurėjimas (stenozė) ir obstrukcija (užakimas). Jų galimą polinkį į širdies susirgimų simptomus jaunystėje turėtų stebėti kardiologas, turintis ilgalaikės vaikų, sergančių KL, priežiūros patirties.