



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

Kawasaki slimība

Versija 2016

2. DIAGNOZE UN ĀRSTĒŠANA

2.1. Kā tā tiek diagnosticēta?

KS nosaka klīniski vai stacionāri – diagnoze tiek noteikta, pamatojoties uz ārsta klīnisko izvērtējumu. Diagnozi var noteikt, ja pacientam ir neizskaidrojams drudzis, kas ilgst 5 vai vairāk dienas, kā arī 4 - 5 tālāk minētie simptomi: abpusējs konjunktivīts (acs ābola membrānas iekaisums), palielināti limfmezgli, ādas izsitumi, mutes un mēles apsārtums. Ārstam ir jāpārliedz, ka ar šiem simptomiem nevar izskaidrot kādu citu slimību. Dažiem pacientiem attīstās nepilnīga šīs slimības forma, netiek diagnosticēti minimālie klīniskie kritēriji, padarot precīzas diagnozes noteikšanu sarežģītu. Šie gadījumi tiek diagnosticēti kā netipiska KS izpausme.

2.2. Cik ilgi jāārstējas?

KS ir trīs stadijas: akūtā stadija (drudzis un citi slimības simptomi), kura ilgst pirmās divas nedēļas; subakūtā stadija, kura norisinās no otrās līdz ceturtajai nedēļai, kad sāk palielināties trombocītu skaits un var parādīties aneirismas; atveseļošanās stadija, kas norisinās no pirmā līdz trešajam mēnesim, kad visi laboratoriskie izmeklējumi sāk atgriezties normas robežās un asinsvadu patoloģijas (KAA) ir izzudušas vai samazinājušās.

Ja slimība netiek ārstēta, tā var kļūt pašlimitējoša un pēc 2 nedēļām saglabāt koronāros bojājumus iepriekšējā līmenī.

2.3. Cik liela nozīme ir pārbaudēm?

Šobrīd nav zināmi laboratoriski izmeklējumi, kas varētu palīdzēt diagnosticēt šo slimību. Tomēr tādu laboratorisku izmeklējumu veikšana kā paaugstināts EGĀ (eritrocītu grimšanas ātrums), augsts CRP līmenis, leukocitoze (palielināts leukocītu skaits), anēmija (zems eritrocītu skaits), zems albumīna seruma līmenis un paaugstināti aknu enzīmi, var palīdzēt diagnosticēt šo slimību. Trombocītu skaits (šūnas, kas ir saistītas ar asins recēšanu) slimības pirmajā nedēļā ir normas robežās, taču slimības otrajā nedēļā to skaits palielinās un šūnu skaits var ievērojami pārsniegt normas robežas.

Bērniem ieteicams regulāri nodot asins analīzes, lai kontrolētu trombocītu skaita izmaiņas un EGĀ atgriešanos normas robežās. Slimības sākuma stadijā ir nepieciešams veikt elektrokardiogrammu (EKG) un ehokardiogrammu. Ar ehokardiogrammas palīdzību iespējams diagnosticēt koronāro artēriju dilatāciju (paplašināšanos) vai aneirismas, kuru formu un izmērus iespējams izvērtēt pēc ehokardiogrammas rezultātiem. Gadījumos, kad bērnam tiek diagnosticēta koronāra patoloģija, nepieciešami papildus ehokardiogrammas izmeklējumi un papildu padziļināta slimības izpēte.

2.4. Vai slimība var tikt izārstēta vai novērsta pilnībā?

Lielāko daļu bērnu, kuri slimo ar KS var izārstēt, tomēr dažiem pacientiem attīstās sirds komplikācijas, neraugoties uz pariezu ārstēšanu. No slimības nevar izsargāties, bet vislabākais veids, kā samazināt koronāro komplikāciju iespējamību, ir savlaicīga slimības diagnosticēšana un ārstēšanās kursa uzsākšana.

2.5. Kāda ir ārstēšana?

Bērni, kuriem jau uzstādīta KS diagnoze vai arī ir aizdomas par KS, ir jāhospitalizē slimības tālākai novērošanai un izmeklēšanai, kā arī iespējamo sirds komplikāciju izmeklējumu veikšanai.

Pēc diagnozes uzstādīšanas ārstēšana jāuzsāk nekavējoties, lai samazinātu sirds komplikāciju rašanās risku.

Ārstēšanu uzsāk ar augstu aspirīna un intravenozu imūnglobulīna (IVIG) devu. Abi preparāti samazinās iekaisumu un atvieglos akūto simptomu izpausmes. Augstas imūnglobulīna (IVIG) devas ir terapijas pamatā, jo tas pasargā lielu pacientu daļu no koronārām anomālijām. Lai gan imūnglobulīns ir ļoti dārgs, tas joprojām ir visefektīvākais ārstēšanas

līdzeklis. Pacienti ar riska faktoriem, ārstēšanai var nozīmēt kortikosteroīdu terapiju. Savukārt pacientiem, kuru organisms nereaģē uz vienu vai divām imūnglobulīna (IVIG) devām, var tikt piemērotas citas alternatīvas, ieskaitot intravenozi ievadītu augstu kortikosteroīdu devu un bioloģisko medikamentu terapiju.

2.6. Vai visi bērni reaģē uz intravenozo imūnglobulīnu?

Lielākajai daļai bērnu ir nepieciešama tikai viena deva. Pacienti, kuri nereaģē uz pirmo devu, var tikt nozīmēta otra deva vai kortikosteroīdi. Retos gadījumos tiek izrakstīti jauni bioloģiskie medikamenti.

2.7. Kādas ir medikamentu terapijas radītās blakusparādības?

Imūnglobulīna (IVIG) terapija ir labi panesama. Retos gadījumos novērojams meningīts (aseptiskais meningīts).

Pēc imūnglobulīna (IVIG) terapijas ir jāatliek vakcīnu (dzīvo infekciju) veikšana. Turpmāko vakcīnu veikšanas grafiks jāpārrunā ar bērna pediatru. Aspirīns augstās devās var izraisīt sliktu dūšu vai kuņģa darbības traucējumus.

2.8. Kāda ārstēšana ir ieteicama pēc imūnglobulīna un aspirīna lietošanas augstās devās? Cik ilgi jāārstējas?

Pēc drudža samazināšanās (24 - 48 stundas) aspirīna deva ir jāsamazina. Aspirīns jālieto zemās devās, lai novērstu trombocītu salipšanu kopā. Šī ārstēšanas metode ir noderīga trombu (asins recekļu veidošanās) novēršanā aneirismas iekšpusē vai iekaisušo asinsvadu sienīnās, jo trombu veidošanās aneirismas vai asinsvadu sienīnās var bloķēt asins piegādi, kas var novest pie sirds infarkta – KS smagākās komplikācijas. Aspirīns zemās devās tiek lietots līdz brīdim, kad normalizējas iekaisuma marķieri un ehokardiogramma ir normas robežās. Bērniem ar aneirismu tiek turpināta aspirīna vai citu asins pret sarecēšanas medikamentu lietošana ārsta uzraudzībā.

2.9. Mana reliģija man neļauj izmantot asinis saturošus produktus. Kā ir ar netradicionālo ārstēšanu vai citām terapijas metodēm?

Šo slimību nedrīkst ārstēt netradicionāli. IVIG ievadīšana intravenozi ir pārbaudīta un klīniski apstiprināta ārstēšanas metode. Kortikosteroīdi var būt efektīvs ārstēšanas veids gadījumos, kad IVIG nedrīkst tikt izmantots.

2.10. Kurš ir iesaistīts bērna medicīniskajā aprūpē?

Akūtā slimības stadijā par bērniem rūpējas pediatrs, bērnu kardiologs un bērnu reimatologs. Ārstniecības iestādēs, kur bērnu reimatologs nav pieejams, pediatrs kopā ar bērnu kardiologu uzrauga pacientus, īpašu uzmanību pievēršot bērniem, kuriem ir bijuši sirds darbības traucējumi.

2.11. Kāda ir slimības ilgtermiņa attīstība (prognoze)?

Lielākajai daļai pacientu slimības prognoze ir ļoti laba, tas nozīmē atgriešanos pie normāla dzīvesveida ar normālu augšanu un attīstību. Pacientiem ar izteiktām koronāro artēriju anomālijām, prognoze atkarīga no asinsvadu sašaurināšanās attīstības (stenoze) un asins trombu veidošanās (oklūzijas). Pacientiem, kuri slimojuši ar KS, var parādīties sirdsdarbības traucējumi, tāpēc regulāras pārbaudes pie kardiologa jāveic ilgtermiņā.