

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

Востокова А. А.¹, Грунина Е. А.², Клеменов А. В.¹

Болезнь Kawasaki — острый системный васкулит с частым вовлечением коронарных артерий — поражает почти исключительно детей. Наиболее серьезными проявлениями болезни Kawasaki являются коронарит и формирование аневризм коронарных артерий. Тромбоз аневризмы выступает возможным осложнением болезни Kawasaki и потенциальной причиной инфаркта миокарда у молодых. Описан случай болезни Kawasaki, осложненной развитием инфаркта миокарда у взрослого пациента.

Российский кардиологический журнал 2015, 12 (128): 129–130
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-12-129-130>

Ключевые слова: болезнь Kawasaki, клинический случай, инфаркт миокарда у молодых.

¹ГБУЗ Нижегородской области Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород; ²ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Россия.

Востокова А.А. — к.м.н., консультант, Грунина Е.А. — к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней, Клеменов А.В.* — д.м.н., консультант.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
 klemenov_av@list.ru

Рукопись получена 10.07.2014

Рецензия получена 24.07.2014

Принята к публикации 31.07.2014

AN ADULT WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND KAWASAKI DISEASE

Vostokova A. A.¹, Grunina E. A.², Klemenov A. V.¹

Kawasaki disease — an acute systemic vasculitis with often involvement of coronary arteries — develops almost only in children. The most serious signs of Kawasaki disease are coronaritis and coronary arteries aneurisms. Aneurism thrombosis is possible complication of the disease and potential cause of myocardial infarction in youths. The case study presented of Kawasaki disease, complicated by myocardial infarction development in adult patient.

Russ J Cardiol 2015, 12 (128): 129–130
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-12-129-130>

Key words: Kawasaki disease, clinical case, myocardial infarction in youths.

¹City Clinical Hospital №5, Nizhny Novgorod; ²Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russia.

Болезнь Kawasaki (кожно-слизисто-железистый синдром) — острый системный васкулит с частым вовлечением коронарных артерий, поражающий почти исключительно детей младшего возраста. Впервые эта патология была описана японским педиатром Т. Kawasaki, обобщившим серию наблюдений за детьми с высокой лихорадкой, сыпью, конъюнктивитом, покраснением глотки, припухлостью кистей и стоп и увеличением шейных лимфоузлов [1].

Типичным и наиболее серьезным проявлением болезни Kawasaki является коронарит и формирование аневризм коронарных артерий. Динамика сформировавшихся коронарных аневризм может быть различной [2]. В половине случаев аневризмы регрессируют в течение двух лет. Менее благоприятные варианты: в раннем периоде заболевания — разрыв аневризмы или ее тромбоз, в отдаленном периоде — стенозирование коронарной артерии. Повышенный риск коронарных тромбозов при болезни Kawasaki обусловлен снижением скорости кровотока в аневризмах, эндотелиальной дисфункцией вследствие текущего или перенесенного коронарита и типичным для данной патологии тромбоцитозом.

Предлагаем описание случая болезни Kawasaki, исключительность которого заключается в том, что

он возник у взрослого пациента, имел рецидивирующее течение, проявился активным васкулитом и коронаритом, завершившимся развитием неатеросклеротического инфаркта миокарда.

Больной Н., 29 лет, поступил в больницу 08.02.2012 с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной, отдающие в левую руку, одышку и резкую слабость.

Из анамнеза: в 2001г у пациента впервые появилась эритема щек и переносицы, которую он связывал с пребыванием на солнце. В 2005г в связи с высокой лихорадкой госпитализирован в инфекционную больницу, где был диагностирован инфекционный мононуклеоз; выписан с улучшением. За неделю до настоящего поступления вновь отмечалось повышение температуры до 39–40° С, появились отеки кистей и боли в коленных суставах, а 08.02.2012 развилась клиника острого коронарного синдрома. Кардиологической бригадой скорой помощи зафиксирован подъем сегмента ST над изолинией в отведениях II, III, aVF (рис. 1), и с диагнозом инфаркта миокарда пациент был госпитализирован в отделение интенсивной терапии.

При поступлении отмечены лихорадка 39° С, бледность кожи, эритема лица и области декольте,

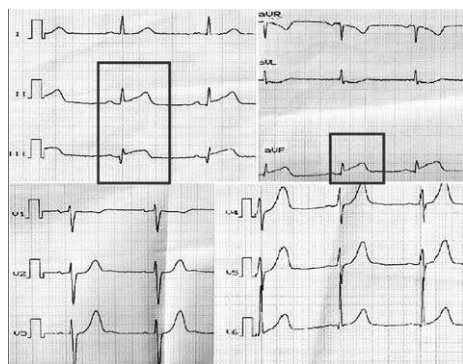


Рис. 1. ЭКГ пациента Н. при поступлении в стационар (первый день заболевания).

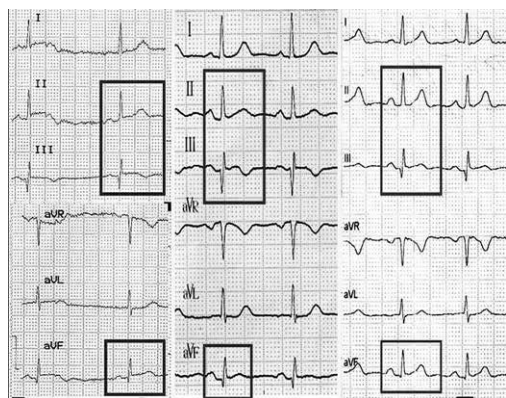


Рис. 2. Динамика ЭКГ пациента Н.: а – на третий день заболевания, б – на 17-й день, в – на 28-й день.

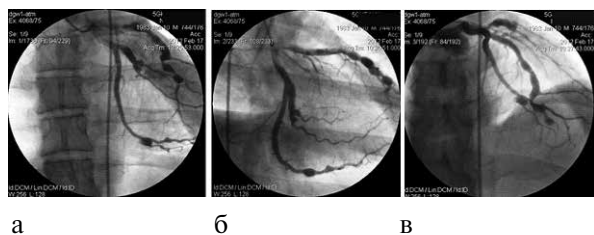


Рис. 3. Селективная коронароангиограмма аневризматически расширенных коронарных артерий у пациента Н.

трещины слизистой губ, подушкообразный отек тыльной поверхности кистей, боли при пассивных движениях в коленных суставах. Тоны сердца ритмичные, глухие, 80 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, без хрипов, ЧД 22 в мин.

Диагноз инфаркта миокарда подтверждался трехкратным повышением концентрации МВ-фракции

креатинфосфокиназы (75 МЕ/л). Зафиксировано изменение острофазовых показателей крови: СОЭ 55 мм/ч, СРБ 48 мг/л; привлёк внимание тромбоцитоз 612×10^9 /л. Нарушений липидного, углеводного обмена не выявлено. Дальнейшая динамика нижнего не Q-инфаркта миокарда отражена на серии ЭКГ (рис. 2).

При селективной коронароангиографии обнаружены расширение левой и правой коронарных артерий на значительном протяжении, извитость их дистальных отделов и большое количество средних и крупных веретенообразных аневризм (рис. 3), что свидетельствовало о текущем коронарите. Нормальные значения антинуклеарных антител, антител к ДНК и кардиолипину позволили исключить системную красную волчанку и расценить диагноз как “Болезнь Kawasaki взрослых, рецидивирующего течения, высокой активности. Коронарит с развитием множественных аневризм коронарных артерий. Нижний не Q-инфаркт миокарда, СН III ФК по NYHA”.

Комбинация наркотических анальгетиков, антикоагулянтов, β -адреноблокаторов, антиагрегантов представляла стандартную тактику ведения острого коронарного пациента. Особая (неатеросклеротическая) этиология инфаркта миокарда потребовала противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии. Больной получал лечение преднизолоном, начиная с дозы 150 мг/сутки парентерально. Попытка применения азатиоприна не увенчалась успехом — из-за повышения уровня трансаминаз препарат был отменен. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Инфаркт миокарда у молодых может возникать по ряду причин: аномалия коронарных артерий, системный васкулит, наркомания, физическое перенапряжение, феохромоцитома, нарушение реологии крови при полицитемии, тромбоцитозе, гиперкоагуляции. Разумеется, молодой возраст не исключает и наличия атеросклеротических бляшек в коронарных артериях. Между тем, не следует забывать о коронарной патологии, не связанной с атеросклерозом, в частности, коронарите при болезни Kawasaki. Считается, что распространенность болезни Kawasaki гораздо выше, чем частота диагностируемых случаев. Эта патология недостаточно известна врачам, проходит под маской других, более распространенных заболеваний, в частности, острых инфекций. Надеемся, что приведенный клинический пример окажется интересен широкому кругу медицинских специалистов.

Литература

1. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the toes and fingers in children. *Arerugi* 1967; 16 (3): 178-222.
2. Clinic, diagnostics and treatment of Kawasaki disease: Russian guidelines. Moscow; 2011. Russian (Клиника, диагностика и лечение синдрома Kawasaki: Российские рекомендации. М.; 2011).