

KAWASAKIJEVA BOLEST

Radivčeva N.

Klinička Bolnica-Bitola, Makedonija

UVOD: Kawasakijska bolest (KB) akutno je febrilno oboljenje nepoznate etiologije obeleženo promenama na sluznici očne spojnice i usne šupljine, polimorfnim osipom, karakterističnim promenama na ekstremitetima, povećanjem limfnih čvorova vrata, te multisistemskim vaskulitisom koji pokazuje posebnu sklonost za koronarne arterije. Bolest se javlja većinom kod dece mlađe od 7 godina, a najčešća je u dobi od 1-2 godine. Kliničku sliku karakterišu tri stadijuma akutni, subakutni i stadijum rekovalescencije. Dijagnoza je prvenstveno klinička. Bazira se na dijagnostičkim kriterijumima iz 1974g. prema Japan MCLS Research Committee.

CILJ: Prikazati slučaj deteta sa Kawasakijskom bolešću-retka na našim prostorima a sa najvećom incidencijom u Japanu.

MATERIJALI I METODI RADA: Analizirani su podatci iz istorije bolesti kod hospitalizovanog pacijenta na Dečjem odeljenju u maju 2004g.

REZULTATI: Maj 2004 g. hospitalizovana je devojčica uzrasti 1 godine i 9 meseci, peti dan od početka bolesti sa ukupnim hospitalnim prestonjem od 9 dana. Iz statusa: razdražljiva sa epizodama visoke temperature reminentnog tipa (rezistentne na antibiotsku terapiju) sa prisutnim generalizovanim rashom makulopapuloznim, polimorfnim; dorzumi šake i stopala eritematozni i edematozni, dva do tri dana posle prijema obostran konjuktivitis, crvene suve i ispucale usne koje krvare, jezik malinast, difuzni eritem po usnoj duplji i ždrelu, artralgija i edemi koji nisu topli i crveni lokalizovani simetrično na skočnim zglobovima, kolenima i laktovima, bez uvećanja LGL i organomegalijom. Iz laboratoriskih nalaza: ubrzana Se (80), u krvnoj slici normocitna anemija (ER 4,47...3,59x10¹²/l MCV-79 Hgb 117...89 g/l HCT 26,7...25,5%); leukocitoza sa neutrofilijom (11,4...20,5x10⁹/l 57,0%...75,2%) i trombocitoza početkom druge nedelje bolesti 950x10⁹/l, povišni nivo CRP (56,6...77 mg/l), u proteinogramu laka hipoalbuminemija (32 g/l) u jonogramu hiponatremija (130 mmol/l) i hipofosfatemija (0,7mmol/l), iz JEPH: povišeni JgG (18,15 g/l) ostali u granicama normale, pozitivni CIK; od transaminaze povišeni nivo AST(480,0 nakt/l); ostali nalazi: C3 i C4 u granicama normale, RF

negativan, negativan ANA, fibrinogen normalan, bakteriološke culture negativne, na rentgenogramu srce nije uvećano, nema plućnih infiltrata, EKG nalaz uredan. Navedene kliničko laboratoriske karakteristike upućivali su na Kawasakijsku bolest. Pacijent je bio upućen na Klinikum za dječje bolesti-imunologiju u Skoplju. Dijagnoza potvrđena; sprovedena i.v. imunoglobulinska terapija i terapija salicilatima. Ehokardiografski pregled realizovan na kardiološkom odeljenju, nalaz je bio uredan.

ZAKLJUČAK: Prikaz slučaja sa Kawasakijskom bolešću ukazuje na činjenicu da, prepoznavanje bolesti zasniva se prvenstveno na uočavanju kliničkih karakteristika i u posmatranju njihovog redosleda nastajanja, koji zajedno čine tipičnu sliku KB.