



XII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROENTEROLOGII, HEPATOLOGII I ŻYWIENIA DZIECI

12–14 września 2024

Olsztyn



KSIĄŻKA ABSTRAKTÓW

KONTAKT:

Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

al. Dzieci Polskich 20; 04–730 Warszawa

mail: Oddzial.Gastrologia@IPCZD.PL | tel.: 22 815 73 84

www.ptghizd.pl | facebook.com/PolskieTowarzystwoGHIZD

Spis treści

1	Sekcja Alergii Pokarmowej.....	3
2	Sekcja Celiakalna	15
3	Sekcja Motoryczna	18
4	Sekcja Trzustkowa	35
5	Sekcja Endoskopowa	39
6	Sekcja Hepatologiczna	51
7	Sekcja Nieswoistych Zapaleń Jelit	69
8	Sekcja Zespołu Metabolicznego.....	101
9	Sekcja Żywieniowa.....	109

1 | Sekcja Alergii Pokarmowej

**Alergiczne zapalenie jelita grubego u niemowląt nie zwiększa ryzyka wystąpienia
czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego we wczesnym dzieciństwie.
Badanie prospektywne.**

Aneta Szalacha¹, Ewelina Krzykwa-Smyk¹, Natalia Drabińska², Aleksandra Wochna¹,
Zuzanna Smuniewska¹, Michalina Kryścińska¹, Elżbieta Jarocka-Cyrta¹

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

² Instytut Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk w Olsztynie,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wprowadzenie. Alergia pokarmowa we wczesnym dzieciństwie jest uważana za czynnik predysponujący do czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego (CZPP) w późniejszych latach. Alergiczne zapalenie jelita grubego (AZJG), manifestujące się obecnością krwi w stolcu w pierwszych miesiącach życia najczęściej wywołane jest IgE-niezależną reakcją na białka mleka krowiego (ABMK). W większości przypadków objawy są łagodne i ustępują samoistnie. Dotychczas niewiele badań dotyczyło długoterminowych następstw AZJG.

Cel. Ocena wpływu AZJG u niemowląt na częstość CZPP w trzecim roku życia. Na badanie otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej Wydziału Lekarskiego UWM w Olsztynie.

Metody. Badanie prospektywne jednośrodkowe. Grupa badana (GB): niemowlęta z obecnością krwi w stolcu. Kryteria wykluczenia: infekcje przewodu pokarmowego, choroby ogólnoustrojowe. Grupa kontrolna (GK): zdrowe niemowlęta z rodzin zatrudnionych w służbie zdrowia. U wszystkich niemowląt GB przez 3 tyg. stosowano dietę z eliminacją BMK (dieta bezmleczna matki lub/i hydrolizat o znacznym stopniu hydrolizy białka u dzieci karmionych mieszanką modyfikowaną). Diety eliminacyjnej nie kontynuowano w przypadku utrzymywania się krwi w stolcu przez 3 tygodnie. U niemowląt z poprawą na diecie eliminacyjnej po 4 tygodniach przeprowadzono doustną próbę prowokacji w warunkach domowych; ponowne pojawienie się krwi w stolcu potwierdzało ABMK. Dzieci z GB pozostawały pod obserwacją, po 12 mż. wszystkie spożywały mleko bez objawów niepożądanych. Po ukończeniu 2 roku życia przeprowadzono z rodzicami telefoniczną rozmowę, wypełniono ankietę dotyczącą objawów CZPP zgodnie z Kryteriami Rzymskimi IV.

Wyniki. Do badania włączono 44 dzieci, średni wiek pierwszych objawów: 3,95 miesiąca; 24 (54,5%) dziewczynki; 24 (54,5%) wyłącznie karmionych piersią, 7 (15,9%) karmionych mlekiem modyfikowanym, 13 (29,5%) karmionych w sposób mieszany. Grupę kontrolną stanowiło 30 niemowląt; 14 dziewczynek (46,7%); 29 karmionych piersią (97%), 3 karmionych mlekiem modyfikowanym (3%). ABMK została potwierdzona u 16 (36,4%). Żadne z dzieci z GB, z którymi udało się skontaktować (łącznie 33 dzieci) nie wykazywało CZPP wg Kryteriów Rzymskich IV w trzecim r.ż. U dzieci z grupy kontrolnej (21 dzieci) również nie stwierdzano CZPP w 3. rż.

Wnioski. Alergiczne zapalenie jelita grubego w niemowlęctwie nie zwiększa ryzyka wystąpienia CZPP we wczesnym dzieciństwie.

Analiza obrazu klinicznego dzieci z eozynofilowym zapaleniem przełyku hospitalizowanych w Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci SPSK nr 1 w Zabrze w latach 2016-2023.

Katarzyna Górowska-Kowolik¹, Daria Kłaczka², Piotr Sobków², Agnieszka Szymłak¹,
Sylwia Balcerowicz³, Jarosław Kwiecień¹

¹ Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Oddział Gastroenterologii i Hepatologii dzieci, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Zabrzu,
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Eozynofilowe zapalenie przełyku (EZP) jest chorobą o stale rosnącej częstości zachorowań w populacji pediatrycznej. Dotychczasowe dane dotyczące obrazu klinicznego EZP wymagają uzupełnienia. W pracy dokonano retrospektywnej analizy pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci SPSK nr 1 w Zabrzu w latach 2016-2023. W ocenionym okresie EZP rozpoznano u 40 dzieci, w tym 7 dziewcząt (17,5%) i 33 chłopców (82,5%). Mediana wieku w chwili rozpoznania wynosiła 11 lat. Chorobę istotnie częściej rozpoznawano w okresie dojrzewania. Pacjenci zgłaszali objawy zarówno z jak i z poza przewodu pokarmowego. U aż 67,5% dzieci z EZP występowały inne choroby alergiczne. Kolejną istotną grupę chorób współtowarzyszących stanowiły refluks żołądkowo-przełykowy oraz autyzm. U większości chorych w badaniu endoskopowym obserwowano przynajmniej jeden typ zmian makroskopowych, przy czym u 12,5% chorych przełyk był makroskopowo niezmienny. Nie stwierdzono korelacji między wiekiem ujawnienia choroby, płcią oraz występowaniem chorób towarzyszących, a objawami klinicznymi i zmianami endoskopowymi. Rozpoznanie EZP stawiano szybciej w przypadku pacjentów z objawem utykania kęsa pokarmowego. Natomiast u pacjentów zgłaszających regurgitację czas od wystąpienia objawów do rozpoznania był istotnie dłuższy. Zanotowano także znaczący wzrost zapadalności na EZP w ostatnich dwóch spośród ocenianych latach kalendarzowych.

Bezpieczeństwo wprowadzania białek pieczonych jaja kurzego i mleka krowiego dzieci z grupy wysokiego ryzyka IgE-zależnej alergii na pokarmy – seria przypadków.

Agata Stróżyk, Andrea Horvath

Klinika Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp. U dzieci z IgE-zależną alergią, grupy wysokiego ryzyka czyli z wywiadem anafilaksji i/lub ciężkimi objawami nawet na śladowe ilości alergenu i/lub wysokim stężeniem swoistych IgE, ocena nabywania tolerancji w doustnej próbie prowokacji (DPP) jest często odraczana, a próba taka – jeśli jest planowana – powinna być prowadzona w oddziale z intensywnym nadzorem pacjenta. Celem tej serii przypadków była analiza bezpieczeństwa oceny nabywania tolerancji na białka pieczone u dzieci z grupy wysokiego ryzyka IgE-zależnej alergii na białka mleka krowiego (ABMK) oraz białka jaja kurzego (ABJK).

Metody. Do serii przypadków włączono dzieci z potwierdzoną IgE-zależną ABMK i/lub ABJK, z grupy wysokiego ryzyka. Ocena nabywania tolerancji na pieczone białka jaja kurzego i mleka krowiego była przeprowadzana z użyciem otwartej DPP, monitorowanej w warunkach szpitalnych, z użyciem mufinki (drabina mleczna/jajeczna).

Wyniki. Do serii przypadków włączono 17 dzieci, w wieku 8-50 miesięcy, z IgE-zależną alergią na pokarmy rozpoznaną w 1 rż., w tym 5 z ABMK i 12 z ABJK. U wszystkich przeprowadzono DPP z białkami pieczonymi. U czworga z 5 dzieci z ABMK uzyskano dobrą tolerancję na pieczone białka mleka krowiego spożywane w formie mufinki. Dwoje z nich rozwinęło w ciągu kolejnych 2-8 mies. tolerancję na pełne mleko krowie. U jednego dziecka, z astmą i epizodem anafilaksji w wywiadzie, w trakcie DPP z 25 g pieczonego białka krowiego wystąpił rumień z pokrzywką, co było powodem odstąpienia od dalszej prowokacji. U siedmiorga z 12 dzieci z ABJK w trakcie DPP z mufinką jajeczną nie zaobserwowano żadnej reakcji alergicznej. W tej grupie w kolejnych 2-12 m-cach: 1 dziecko osiągnęło tolerancję na lekko ugotowane jaja (etap 5.), 1 na ściętą jajecznicę (etap 4.), 2 na jajko ugotowane na twardo (etap 3.) i 2 na naleśniki (etap 2.). U pozostałych 5 dzieci z ABMK, z uwagi na bardzo wysokie ryzyko i/lub dodatnią DPP z mufinką jajeczną w wywiadzie – przeprowadzono prowokację z mufinką jedynie z żółtkiem jaja – u wszystkich uzyskano tolerancję. Po 3 m-cach u 1 uzyskano tolerancję na pieczone białko jaja kurzego. U żadnego z dzieci nie odnotowano reakcji anafilaktycznej w trakcie DPP.

Wnioski. DPP z białkami pieczonymi wydaje się bezpieczną procedurą w ocenie nabywania tolerancji u dzieci z ABMK/ABJK wysokiego ryzyka.

Ciężkie, powikłane eozynofilowe zapalenie przełyku przebiegające pod maską wieloletnich dziwactw żywieniowych i zaburzeń zachowania u 15-letniego chłopca.

Agnieszka Szymłak, Katarzyna Górowska-Kowolik, Jarosław Kwiecień

Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

15 letni chłopiec diagnozowany w Oddziale Gastroenterologii Dzieci z powodu pojawienia się trudności w połykaniu i dysfagii.

W wywiadzie z relacji rodziców od wczesnego dzieciństwa, to jest od ponad 12 lat, chłopiec prezentował wybiórczość pokarmową, preferował produkty papkowate oraz demonstrował zaburzenia zachowania sugerujące zaburzenia ze spektrum autyzmu. Rodzice traktowali chłopca jak „niejadka” i dziecka „ze spektrum autyzmu”. Nie pogłębiano diagnostyki gastrologicznej. Ponadto w wywiadzie w 1 roku życia wstrząs anafilaktyczny po spożyciu białka jaja kurzego. Pacjent pozostawał pod opieką alergologa z powodu IgE zależnej alergii wziewnej oraz pokarmowej (orzechy ziemne, laskowe, jabłko, marchew, ryż, soja).

Z biegiem lat trudności w karmieniu nasilały się – posiłki trwały dłużej, rodzice zwiększali ilość sosów do dań oraz płynów do popijania, ale obraz był stacjonarny i nadal traktowany jako dziwactwa żywieniowo-psychologiczne. Dopiero w wieku 15 lat, dolegliwości dość nagle nasiliły się: dołączyła się odynofagia, chłopiec znacznie ograniczył objętość spożywanych pokarmów, krztuszenie się pokarmem występowało średnio 1 x tydzień i trwało około 2-3 godziny.

Przy przyjęciu do szpitala zwracał uwagę niedobór masy ciała (BMI 15,5 kg/m²). W pierwszej gastrokopii stwierdzono w górnej części trachealizację oraz włóknisty pierścień na głębokości 15 cm od siekaczy, nie przepuszczający endoskopu o śr. 8,6 mm. Obraz RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego potwierdził zwężenie przełyku poniżej łuku aorty z obniżoną elastycznością dolnego odcinka przełyku. Powtórna gastroscopia endoskopem niemowlęcym pozwoliła na uwidocznienie kolejnych 15 cm przełyku oraz zwężenie nieprzepuszczające gastrokopu. Uwidocznione zmiany odpowiadały EZP, które zostało potwierdzone badaniem histopatologicznym – nacieki eozynofilowe ponad 50/1 DPW.

Włączono terapię budesonidem doustnym /Jorveza/, inhibitory pompy protonowej oraz dietę elementarną (ale brak wystarczającej tolerancji takiej diety przez pacjenta) z poprawą kliniczną. Po 3 miesiącach wykonano kontrolną gastroscopię, w przełyku dystalnie uwidoczniono linijne bruzdowanie, bez innych nieprawidłowości. W badaniu histopatologicznym nacieki eozynofilowe 4 /1 DPW. Pacjent pozostaje pod opieką gastrologiczną i alergologiczną oraz psychologiczną.

Przypadek naszego pacjenta to eozynofilowe zapalenie przełyku, które rozwijało się latami pod maską dziwactw żywieniowych i zaburzeń zachowania.

Eozynofilowe zapalenie przełyku - analiza retrospektywna pacjentów Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci w Gdańsku z lat 2022-2023.

Magdalena Dettlaff-Dunowska¹, Kamila Lip², Julia Leszkowicz¹,
Marlena Sakowska², Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz¹

¹Gdański Uniwersytet Medyczny,
Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci

²Szpital im. Mikołaja Kopernika Copernicus PL Sp. z o.o.,
Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci

Wprowadzenie:

Rozpoznawalność eozynofilowego zapalenia przełyku (EoE) rośnie. Jego obraz kliniczny w populacji pediatrycznej jest niecharakterystyczny i różni się w poszczególnych grupach wiekowych, co przysparza trudności diagnostycznych.

Materiały i Metody:

Retrospektywnym badaniem objęto pacjentów Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed < 18 rż., u których w ciągu ostatnich 24 miesięcy postawiono histopatologiczne rozpoznanie EoE. Na podstawie dokumentacji medycznej poddano analizie: płeć i wiek pacjentów, wskazania do badania endoskopowego, czas trwania objawów oraz wywiad w kierunku atopii.

Wyniki:

Rozpoznanie EoE postawiono u 11 pacjentów (2,1% dzieci objętych badaniem). Rozpoznanie stawiano częściej wśród płci męskiej (1:1,75). Bóle w nadbrzuszu, uczucie pieczenia w przełyku i nudności stanowiły 55% wskazań do diagnostyki, w pozostałych 45% - utykający kęs pokarmowy. U 36% chorych nie obserwowano makroskopowych zmian w gastroskopii. Średni czas trwania objawów przed postawieniem rozpoznania to 3 lata. Atopia występowała u 45% pacjentów.

Wnioski:

EoE jest rzadką jednostką chorobową, której objawy bywają niecharakterystyczne. Jej wczesne rozpoznanie jest bardzo ważne, gdyż wraz z długością trwania stanu zapalnego przełyku wzrasta ryzyko nieodwracalnych zmian strukturalnych, a regres kliniczny nie zawsze koreluje z regresem histopatologicznym. Dlatego szczególnie ważne jest pobranie biopsji przełyku podczas badań endoskopowych sugerujących powyższe rozpoznanie.

Eozynofilowe zapalenie przełyku u pacjentki z SMA typu 1 - opis przypadku.

Aleksandra Marzec^{1,2,3}, Elżbieta Jarocka-Cyrta^{1,2}

¹ Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Lekarski,
Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia;

² Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie,
Oddział Pediatryczny z Pododdziałami Nefrologii, Kardiologii i Gastroenterologii;

³ Szkoła Główna Mikołaja Kopernika, Szkoła Doktorska, Kolegium Nauk Medycznych

Wprowadzenie:

Rdzeniowy zanik mięśni typu 1 (SMA1) to rzadka choroba uwarunkowana genetycznie, charakteryzująca się stopniowym osłabieniem i zanikiem mięśni od pierwszych dni życia. Dysfunkcja nerwowo-mięśniowa obejmuje również mięśnie jamy ustnej i przełyku, co manifestuje się trudnościami w karmieniu, dysfagią, wymiotami i prowadzi do niedożywienia. W większości przypadków konieczne jest żywienie enteralne przez przetokę odżywczą. Eozynofilowe zapalenie przełyku (EZP) jest przewlekłym schorzeniem charakteryzującym się naciekiem limfocytów kwasochłonnych w ścianie przełyku, prowadzącym do zapalenia, przebudowy i zaburzenia motoryki. U niemowląt i małych dzieci w obrazie klinicznym dominują niespecyficzne objawy, takie jak niechęć do jedzenia, regurgitacje, wymioty prowadzące do zahamowania wzrastania. Dotychczas nie opisano współwystępowania EZP i SMA1, przedstawiamy pierwszy taki przypadek.

Opis przypadku:

Dziewczynka z ciąży I, urodzona o czasie, SN, Apgar 9/10. SMA1 rozpoznano w pierwszym m.ż., od trzeciego m.ż. leczona Nursinersenem, w pierwszym r.ż. otrzymała Zolgensmę. Z powodu dysfagii w siódmym m.ż. wytworzono gastrostomię, była karmiona standardową dietą przemysłową z dobrą tolerancją preparatu. W drugim r.ż. obserwowano niepokój podczas karmienia, regurgitacje, wymioty oraz utratę masy ciała. Objawy sugerowały GERD, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego lub działania niepożądane stosowanych leków. Ze względu na brak poprawy po leczeniu IPP i prokinetykiem, wykonano gastroskopię. Stwierdzono obrzęk i krwawliwość błony śluzowej przełyku. W badaniu histopatologicznym: zmiany zapalne przełyku, limfocyty kwasochłonne >100/dpw; obraz odpowiadał EZP. Stwierdzono obecność sIgE przeciwko BSA, kazeinie, beta-laktoglobulinie i alfa-laktoalbuminie mleka krowiego. W żywieniu zastosowano preparat aminokwasowy, uzyskując poprawę stanu ogólnego, ustąpienie wymiotów, przyrosty masy ciała.

Podsumowanie:

Nowe terapie zmieniły historię naturalną SMA1, umożliwiły przeżycie dotkniętych tym schorzeniem dzieci oraz poprawę funkcji motorycznej, jednak leczenie wciąż wymaga współpracy specjalistów z wielu dziedzin. Przedstawiony przypadek podkreśla konieczność pogłębionej diagnostyki przetrwałych lub nawracających objawów dysfunkcji przełyku u pacjentów z chorobami neuromięśniowymi. Prawidłowa diagnoza i skuteczne leczenie EZP doprowadziły do ustąpienia objawów przypisywanych pierwotnie powikłaniom SMA1.

Eozynofilowe zapalenie żołądka u 17 miesięcznej dziewczynki z hipoalbuminemią – opis przypadku.

Katarzyna Górowska-Kowolik¹, Anna Jarzumbek¹, Anna Góra², Jarosław Kwiecień¹

¹ Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Gastroenterologii i Hepatologii dzieci, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Najczęściej rozpoznawanym typem eozynofilowego zapalenia przewodu pokarmowego jest eozynofilowe zapalenie przełyku. Inne lokalizacje, szczególnie w górnym odcinku przewodu pokarmowego, pozostają rzadkością.

Celem pracy jest opis przypadku 17 miesięcznej dziewczynki z eozynofilowym zapaleniem żołądka. Dziewczynka diagnozowana w Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii dzieci z podejrzeniem enteropatii wysiękowej. W wywiadzie od kilku tygodni obserwowano narastające obrzęki twarzy oraz kończyn dolnych. W wykonanych ambulatoryjnie wynikach badań dodatkowych stwierdzono hipoproteinemię, ciężką hipoalbuminemię (albuminy w surowicy (17 g/l) oraz niedokrwistość; badanie ogólne moczu oraz wskaźnik albuminy/kreatynina były prawidłowe. W trakcie hospitalizacji wykonano diagnostykę różnicową pierwotnych i wtórnych przyczyn jelitowej utraty białka. Wykluczono celiakię, choroby infekcyjne, pasożytnicze oraz wadę serca. Diagnostykę poszerzono o badania endoskopowe. W gastrokopii uwidoczniono lekko granulowaną błonę śluzową opuszki i części zaopuszkowej dwunastnicy. Test ureazowy w kierunku zakażenia *H. pylori* był negatywny. W kolonoskopii makroskopowo stwierdzono hiperplazję grudek chłonnych na całej długości jelita grubego oraz w zakresie badanego odcinka jelita krętego. W badaniu histopatologicznym pobranych wycinków, w bioptatach z żołądka opisano liczne nacieki eozynofilowe (>30/DPW), natomiast w opuszcze i części zaopuszkowej dwunastnicy nacieki eozynofilii i komórek jednojądrzastych. W badaniu histopatologicznym wycinków z jelita grubego i ileum terminale nacieki limfocytarne. Całokształt obrazu klinicznego spełniał kryteria eozynofilowego zapalenia żołądka. W trakcie hospitalizacji dziewczynka wymagała wielokrotnej podaży albumin oraz KKCz. Po ustaleniu rozpoznania, u dziecka oraz matki karmiącej włączono dietę eliminacyjną z wykluczeniem 6 głównych alergenów pokarmowych. Biorąc pod uwagę utrzymującą się głęboką hipoalbuminemię i hipoproteinemię zdecydowano o włączeniu sterydoterapii doustnej uzyskując poprawę stanu ogólnego i wyników badań biochemicznych. W ciągu kilku miesięcy od rozpoznania pacjentka dwukrotnie wymagała indukcji remisji doustnym prednisonem. Pomimo prowadzonej diety w kontrolnej gastrokopii w wycinkach z przełyku stwierdzono, wcześniej nieobecne, nacieki eozynofilowe co pozwoliło na dodatkowe rozpoznanie eozynofilowego zapalenia przełyku.

EUS u dzieci z eozynofilowym zapaleniem przełyku – nowa metoda pomiaru całkowitej grubości ścian przełyku. Wykorzystanie aplikacji AI.

Sławomir Woźniak¹, Katarzyna Akutko², Radosław Kempieński³, Tomasz Pytrus², Urszula Zaleska-Dorobisz⁴

¹ Zakład Anatomii Prawidłowej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴ Katedra Radiologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Eozynofilowe zapalenie przełyku (EoE) ze względu na swój przewlekły, postępujący charakter po latach prowadzić może do włóknienia ściany przełyku, zwężenia światła i zaburzeń motoryki przełyku. Te nieodwracalne zmiany obserwowane są głównie u dorosłych.

Cele: Celem badania było opracowanie wzoru pomiaru całkowitej grubości ściany przełyku (total wall thickness area-TWTa), który mógłby zostać wykorzystany do stworzenia komputerowego algorytmu opartego na sztucznej inteligencji do identyfikacji pacjentów, u których TWTa przekracza normy.

Metody: Opracowano i zastosowano wzór matematyczny- pomiar kwadratowego pola powierzchni całkowitej grubości ściany przełyku. Dzieci podzielono na grupy według wagi. Dla wyodrębnionych grup ustalono zakres normy (wartość minimalną i maksymalną). Normy obliczono korzystając ze wzoru na pole koła w postaci zmodyfikowanej: $A = \pi (B^2 - b^2)$; iloczyn π i różnicy kwadratu B (większy promień) i kwadratu b (mniejszy promień).

Pole powierzchni światła przełyku plus TWTa można obliczyć według tego samego wzoru: $A_w = \pi \cdot Z^2$ (A_w - pole powierzchni pola odpowiadającego światłu przełyku i TWTa; $\pi = 3.14$, Z- średnica światła przełyku plus TWTa). Pomiary można uprościć stosując wzór: $A = \pi \cdot (B^2 - b^2)$ (b-mniejszy promień, B-większy promień). Ostateczny wzór na pomiary przełyku można przedstawić jako: $ATWTa = \pi \cdot (Z^2 - r^2)$ ($ATWTa$ - pole powierzchni TWT; $\pi = 3,14$; Z- suma promienia światła i TWT; r- promień światła przełyku).

Wyniki: Obliczano pole powierzchni (w mm²) ściany przełyku i zaproponowano ich dalszą analizę. Wyniki te mógłby zostać wykorzystane do stworzenia komputerowego algorytmu analizy pacjentów, u których wykonuje się badanie obrazowe w celu identyfikacji pacjentów wymagających dalszej obserwacji gastroenterologicznej. Nowo wprowadzoną przez nas metodę można zastosować w badaniach ultrasonograficznych, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w eozynofilowym zapaleniu przełyku i innych chorobach przełyku.

Wnioski: TWTa może być stosowana w nadzorze u dzieci z eozynofilowym zapaleniem przełyku i innymi chorobami przełyku. Metodę tę można zastosować także u dorosłych. Może to zatem stanowić podstawę do dalszego postępu w stosowaniu algorytmów AI.

Mesenteric fibromatosis jako przyczyna wymiotów u 9 miesięcznego chłopca – opis przypadku.

Katarzyna Górowska-Kowolik¹, Sylwia Balcerowicz², Edyta Bogusławska-Rupik²,
Agnieszka Krzyżanowska², Jarosław Kwiecień¹

¹Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Oddział Gastroenterologii i Hepatologii dzieci, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Zabrze Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Celem pracy jest opis 9 miesięcznego chłopca skierowanego do szpitalnej izby przyjęć z powodu wymiotów i powiększenia obwodu brzucha. Dziecko z rozpoznaną alergią na białko mleka krowiego. Z powodu zmian skórnych diagnozowany w kierunku mastocytozy – obserwacja negatywna. Od 8 m.ż. u chłopca obserwowano wymioty do 2-3 razy w tygodniu, treścią pokarmową, zmniejszony apetyt, słabą tolerancję pokarmów innych niż płynne oraz brak przyrostu masy ciała. Stolce były prawidłowe, oddawane bez wysiłku, bez domieszek patologicznych. W badaniu fizykalnym uwagę zwracało, nieraportowane przez rodziców, znaczne powiększenie obwodu brzucha (51 cm). W wykonanych w trybie pilnym RTG przeglądowym jamy brzusznej oraz pasażu opisano cechy podniedrożności dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Chłopca przyjęto do oddziału chirurgii. W oddziale pobrano wycinki z odbytnicy na podstawie których wykluczono ch. Hirschsprunga. Przekazany do dalszej diagnostyki w Oddziale Gastroenterologii dzieci. W trakcie hospitalizacji wykonano diagnostykę różnicową pseudoobstruction syndrome, w tym dodatkowe badania obrazowe. Na podstawie MR jamy brzusznej wysunięto podejrzenie niedokonanego zwrotu krezki. Chłopca zakwalifikowano do laparotomii zwiadowczej. Śródoperacyjnie stwierdzono obecność guzowatego nacieku ok. 70 cm przed zastawką Bauhina, w obrębie krezki jelita krętego, przechodzącego na jelito i powodującego jego przewężenie. Wykonano resekcję 12 cm jelita cienkiego wraz z naciekiem guzowatym, jelito zespolono koniec do skosu. W obrazie histopatologicznym guza opisano cechy typowe dla mesenteric fibromatosis. Ze względu na częste wznowy miejscowe guza chłopca objęto opieką gastrologiczną.

Ocena poziomu wiedzy rodziców pacjentów z eozynofilowym zapaleniem przełyku na temat choroby ich dzieci.

Joanna Warzecha, Paulina Szymała, Aleksandra Banaszekiewicz

Klinika Gastroenterologii, Żywienia Dzieci i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Eozynofilowe zapalenie przełyku (EZP) jest złożoną chorobą o podłożu immunologicznym, której częstość występowania rośnie u dorosłych, jak i u dzieci. Jak w przypadku każdej choroby przewlekłej, tak i w EZP współpraca lekarza z pacjentem odgrywa istotną rolę w procesie terapeutycznym. Udowodniono, że wiedza, jaką pacjent posiada na temat choroby jest kluczowa dla tej współpracy.

Cel: Ocena wiedzy rodziców pacjentów z rozpoznaniem EZP na temat choroby ich dzieci.

Materiał i metody: Badanie ankietowe przeprowadzono w Klinice Gastroenterologii i Żywienia Dzieci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od września 2022 do kwietnia 2024. Oryginalna, przygotowana przez autorów ankietę składała się z 27 pytań, z których 23 zamknięte dotyczyły ogólnej wiedzy, diagnostyki, leczenia EZP oraz samooceny wiedzy. Pozostałe pytania (3 wielokrotnego wyboru oraz 1 otwarte) stanowiły element dodatkowy i miały na celu analizę sposobu pozyskiwania informacji o chorobie oraz oczekiwań wobec pracowników medycznych w zakresie edukacji o chorobie. Głównym punktem końcowym była liczba rodziców z dobrym poziomem ogólnej wiedzy rodziców na temat choroby zdefiniowanym jako $\geq 75\%$ dobrych odpowiedzi.

Wyniki: W badaniu uczestniczyło 75 rodziców (średnia wieku to 42 lata, mężczyźni stanowili 38,7%). W badanej grupie ogólny poziom wiedzy na temat EZP był dobry u 57,3% ankietowanych, średni prezentowało 29,3% badanych (25-75% prawidłowych odpowiedzi), a niski u 13,3% (poniżej 25% poprawnych odpowiedzi). Średni wynik poprawnych odpowiedzi wynosił 12,87/21 (SD = 4,05). Więcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły kobiety ($p < 0,05$) oraz osoby z wyższym wykształceniem ($p < 0,001$). Nie wykazano zależności między poziomem wiedzy a wiekiem ($p = 0,809$), miejscem zamieszkania ($p = 0,207$) czy czasem trwania choroby dziecka ($p = 0,523$). Największy deficyt wiedzy respondenci wykazali na temat diagnostyki (średnio 55,67% poprawnych odpowiedzi) i leczenia EZP (średnio 56,76% poprawnych odpowiedzi). Największa grupa badanych oceniła poziom swojej wiedzy o EZP na dobry (28,8%) i raczej dobry (16,0%); 52% badanych uznało swoją wiedzę za niewystarczającą. Połowa osób wskazywała niewystarczającą dostępność materiałów naukowych jako główną barierę w dostępie do informacji na temat EZP.

Wnioski: Poziom wiedzy rodziców dzieci chorych na EZP na temat ich choroby jest niewystarczający.

Ocena znajomości i stosowania klinicznych rekomendacji postępowania w eozynofilowym zapaleniu przełyku u dzieci – badanie ankietowe.

Marta Borys, Piotr Dziechciarz

Klinika Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

WSTĘP: W ciągu ostatnich kilkunastu lat doszło do znaczących zmian dotyczących definicji i kryteriów rozpoznawania eozynofilowego przełyku zapalenie (EoE). W przeprowadzonych w USA i w Niemczech ankietach wśród lekarzy gastroenterologów obserwowano niemały odsetek lekarzy deklarujących postępowanie z pacjentami z EoE odbiegające w niektórych aspektach od zaleceń. Celem badania była ocena znajomości i stosowania najnowszych zaleceń dotyczących diagnostyki i leczenia EoE wśród polskich lekarzy.

MATERIAŁ i METODY: Przeprowadzono anonimowe badanie za pomocą ankiety stworzonej na wzór oryginalnej 21- pytaniowej ankiety opisanej w publikacji Eosinophilic Esophagitis: Perspectives of Adult and Pediatric Gastroenterologists. Ankieta została dostosowana do warunków polskiej ochrony zdrowia i składała się z 18 pytań zarówno jednokrotnego jak i wielokrotnego wyboru. Badanie przeprowadzono stacjonarnie oraz elektronicznie wśród lekarzy deklarujących leczenie pacjentów z EoE. Ogółem zebrano 106 ankiet. Wśród ankietowanych znaleźli się pediatrzy (19,81%), gastroenterolodzy (13,21%), gastroenterolodzy dziecięcy (40,57%), alergolodzy (23,58%), lekarze chorób płuc (1,89%) oraz immunolodzy kliniczni (0,94%).

WYNIKI: 14,2% lekarzy deklarowało inicjowanie terapii inhibitorami pompy protonowej przy podejrzeniu EoE bez uprzedniego wykonania gastrokopii górnego odcinka przewodu pokarmowego. 89,1% respondentów używało zawsze wyników biopsji do postawienia ostatecznego rozpoznania EoE. 75,5% zapytanych lekarzy kieruje pacjentów z podejrzeniem EoE na ocenę pod kątem alergii na pokarm. 11,5% uczestników ankiety wprowadziłoby dietę eliminacyjną, w tym elementarną u objawowego pacjenta z rozpoznaniem EoE nawet jeżeli nie miał ani wywiadu ani dodatnich wyników testów wskazujących na alergię pokarmową.

Wniosek: Znacząca większość lekarzy biorących udział w ankiecie deklaruje prowadzenie dzieci z EoE zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.

2 | Sekcja Celiakalna

Diagnoza, obraz kliniczny i leczenie celiakii u dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki projektu ESPGHAN „CD in Focus”.

Joanna B. Bierła¹, Anna Szaflarska-Popławska², Urszula Grzybowska-Chlebowczyk³, Beata Oralewska⁴,
Marta Cyba⁴, Grzegorz Oracz⁴, Ewa Konopka¹, Bożena Cukrowska¹, Małgorzata Syczewska⁵,
Honorata Kołodziejczyk⁶, Petra Rižnik⁷, Jernej Dolinšek^{7,8}

¹ Zakład Biochemii Klinicznej, IPCZD, Warszawa

² Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Zakład Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego Szpitala Jurasza

³ Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁴ Oddział Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, IPCZD, Warszawa

⁵ Pracownia Diagnostyki Narządu Ruchu, IPCZD, Warszawa

⁶ Pracowni Antropologii, IPCZD, Warszawa

⁷ Hepatology and Nutrition Unit, Gastroenterology, Paediatric Department,
University Medical Centre Maribor, Slovenia

⁸ Paediatric Department, Faculty of Medicine, University of Maribor, Slovenia

Zgodnie z wytycznymi European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGHAN) od 2020 roku diagnostyka celiakii (CD) u dzieci opiera się na: badaniach serologicznych (ocena swoistych przeciwciał w surowicy krwi obwodowej –przeciwko transglutaminazie tkankowej typu 2 w klasie IgA (anty-tTG2 IgA), przeciwendomyzjalnych (EMA-IgA)) oraz histopatologicznych (stwierdzenie obecności zmian w wycinkach z dwunastnicy pobieranych w trakcie badania endoskopowego). Badania genetyczne haplotypu HLA-DQ2/DQ8 nie są już wymagane do rozpoznania „bez biopsji”, a mogą być pomocne wyłącznie w przypadkach podejrzenia CD potencjalnej bądź trudności diagnostycznych. ESPGHAN wskazuje, że wdrażanie rekomendacji w danym kraju może być opóźnione, dlatego celem niniejszego badania była ocena – w okresie jednego roku – obrazu klinicznego oraz postępowania diagnostycznego CD u dzieci i młodzieży w Polsce. Za zgodą Komisji Bioetycznej 19/KBE/2022, przeanalizowano dokumentację medyczną dzieci i młodzieży, u których w roku 2022/2023 rozpoznano CD w 3 ośrodkach medycznych w Polsce (Bydgoszcz, Katowice, Warszawa). Gastroenterolodzy wypełnili anonimowe formularze internetowe, opracowane w ramach projektu CD SKILLS, zawierające dane rutynowo oceniane podczas indywidualnych wizyt. W badaniu przeanalizowano dokumenty 100 pacjentów (56% dziewcząt) w wieku 1,6 – 18,0 lat. Ustalono, że 98% pacjentów zostało przebadanych serologicznie przed rozpoznaniem CD, a 58% pacjentów zdiagnozowano metodą „bez biopsji”. 40% pacjentów należało do grup ryzyka, zaś jedynie 22% podlegało corocznym badaniom przesiewowym przed rozpoznaniem CD (najdłużej od 9 lat). 19% pacjentów (z grup ryzyka) nie wykazywało żadnych objawów w momencie rozpoznania CD. Pacjenci zgłaszali główne objawy takie jak: ból brzucha (19% całkowitej liczby pacjentów z CD), opóźnienie wzrostu (17%), biegunkę (17%), utratę masy ciała (13%), wzdęcia brzucha (3%), niedobór żelaza (3%), opryszczkowe zapalenie skóry Dühringa (3%), zaparcia i niewyjaśnione zmęczenie, niewyjaśniona drażliwość i wzdęcia(po 1%). Tylko 76% pacjentów w momencie rozpoznania CD miało wykonane badania dodatkowe krwi (np.: morfologia), zaś u 22,37% badanych pacjentów stwierdzono niedobór żelaza z anemią lub bez. Wyniki potwierdziły wykorzystanie metody „bez biopsji” w diagnostyce CD u dzieci i młodzieży w Polsce oraz zmiany w obrazie klinicznym CD. Ponadto wskazujemy na potrzebę rozszerzenia serologicznych badań przesiewowych CD w grupach ryzyka.

Objawy kliniczne i wyniki badań biochemicznych u dzieci z celiakią w zależności od stężenia przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej w klasie A w surowicy.

Aleksandra Czajkowska, Katarzyna Kondej-Muszyńska, Urszula Daniluk, Dariusz Lebensztejn

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Celiakia (choroba trzewna) jest chorobą autoimmunizacyjną wywołaną przez gluten i związane z nim prolaminy, która występuje u osób z predyspozycją genetyczną. W 2020 roku Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) opublikowało wytyczne zezwalające w szczególnych przypadkach (obecność przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej w klasie A dziesięciokrotnie przewyższających górną granicę normy (anty-tTG IgA >10xGGN) oraz dodatniego miana przeciwciał przeciwko endomysium (EMA IgA /+//)) na rozpoznanie celiakii u dzieci i młodzieży z pominięciem wykonywania gastrokopii i pobierania biopłatów dwunastnicy.

Cel

Porównanie obrazu klinicznego i wyników wybranych badań biochemicznych u dzieci z celiakią w zależności od stężenia przeciwciał anty-tTG IgA w surowicy.

Materiały i metody

Analizą retrospektywną objęto 95 pacjentów hospitalizowanych w Klinice, u których rozpoznano chorobą trzewną w latach 2020-2024. Do grupy z rozpoznaniem postawionym na podstawie oceny biopłatu dwunastnicy (anty-tTG IgA <10xGGN,) zakwalifikowano 53 dzieci a do grupy, u której nie wykonywano gastrokopii zakwalifikowano 42 pacjentów (44%). Porównano objawy i wyniki wybranych badań laboratoryjnych. Dane ciągłe zostały przedstawione jako mediana i porównane przy użyciu testu Manna-Whitneya. Dane kategoryjne pokazano jako ilość i procent oraz porównano przy użyciu testu chi².

Wyniki

Badane grupy nie różniły się pod względem płci, wieku, a także zgłaszanych objawów, wśród których najczęstszymi były: ból brzucha (53.6%), zaparcie (33.6%) oraz słabe przyrosty masy ciała (26.3%). Do grupy ryzyka rozwoju celiakii należało 25.2% (n=24) pacjentów, wśród których 37.5% (n=9) nie wymagało biopsji dwunastnicy. Analizując wyniki badań laboratoryjnych, grupy badane różniły się jedynie stężeniem ferrytyny, które było istotnie niższe (p=0.03) u pacjentów bez wykonanej biopsji dwunastnicy, a więc z wysokim stężeniem anty-tTG IgA w surowicy. Ponadto stwierdzono, że stężenie anty-tTG IgA korelowało z wartością ALT w surowicy u pacjentów (p=0.001) oraz stężeniem przeciwciał przeciwko deamidowanemu peptydom glidayny (DGP, p=0.03).

Wnioski:

Wysokie stężenie przeciwciał anty-tTG IgA (>10xGGN) u dzieci z nowo rozpoznaną celiakią nie wpływało na objawy kliniczne, a także na wybrane badania laboratoryjne (poza ferrytyną).

3 | Sekcja Motoryczna

Częstość występowania dysfagii u dzieci z eozynofilowym zapaleniem przełyku – badanie jednośrodkowe.

Marta Kamila Kiryłowicz, Katarzyna Zdanowicz, Gabriela Gronowicz, Dariusz Lebensztein, Urszula Daniluk

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie: W ostatnich latach obserwuje się wzrost częstości występowania eozynofilowego zapalenia przełyku (EoE – eosinophilic esophagitis), w którym dysfagia jest jednym z głównych objawów. Celem badania była ocena charakterystyki dzieci z dysfagią w przebiegu EoE w porównaniu z dziećmi z innymi przyczynami dysfagii.

Metody: 6-letnia analiza retrospektywna obejmowała pacjentów z dysfagią, którzy zostali skierowani do naszego oddziału. Dzieci z dysfagią zostały zidentyfikowane przy użyciu kodów diagnostycznych K20, R13 i R63.3. Dane demograficzne, kliniczne, antropometryczne, laboratoryjne i endoskopowe zostały zebrane z dokumentacji medycznej pacjentów. Pacjenci z dysfagią zostali podzieleni na dwie grupy - grupa I składała się z dzieci z dysfagią spowodowaną EoE, podczas gdy grupa II składała się z dzieci z dysfagią spowodowaną innymi przyczynami (nie-EoE).

Wyniki: Do badania włączono sto czterdzieści sześć dzieci w wieku 0-17 lat. Najczęstszą przyczyną dysfagii były zaburzenia żołądkowo-jelitowe (61,64%). Grupę I stanowiło 37 (25,3%) dzieci, a grupę II 109 (74,7%) dzieci. Dzieci z dysfagią w przebiegu EoE częściej miały współistniejącą astmę, alergiczny nieżyt nosa i alergię pokarmową. Brak prawidłowego rozwoju był jedynym objawem, który istotnie różnicował dzieci z grupy I od II. Stwierdzono istotną statystycznie wyższą liczbę eozynofili w krwi u osób z grupy I. Spośród nieprawidłowości w badaniu endoskopowym, najbardziej typowymi zmianami sugerującymi rozpoznanie EoE były białawe naloty, zmniejszony rysunek naczyń i bruzdowanie. Wieloczynnikowa regresja logistyczna wykazała, iż tylko eozynofilia i współistniejąca alergologia pokarmowa były związane ze zwiększonym ryzykiem EoE u pacjentów z dysfagią.

Wnioski: W naszym badaniu większość przypadków dysfagii była związana z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, w tym 25% z EoE. Pacjenci z dysfagią, współistniejącą alergią i eozynofilią we krwi obwodowej powinni być podejrzewani o EoE i kierowani na endoskopię.

Ekstremalne zaparcie u 12-latki: opis przypadku.

Oliver Sowulewski, Anna Ostrowska, Katarzyna Plata-Nazar, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci Gumed

Zaparcie jest częstym problemem w gastroenterologii dziecięcej, większość przypadków leczona jest ambulatoryjnie. W rzadkich przypadkach konieczna jest hospitalizacja.

12,5-latka bez obciążzeń chorobowych zgłosiła się na SOR z powodu nasilonego bólu brzucha od 3 dni. Dodatkowo pacjentka zgłaszała trudności z wypróżnieniem od kilku lat, nasilające się od 3 miesięcy osłabienie, męczliwość oraz narastający obwód brzucha. Z powodu dolegliwości od 3 miesięcy przestała uczęszczać do szkoły oraz porzuciła aktywności pozaszkolne. Z powodu zaburzeń zachowania u dziecka, rodzina została objęta nadzorem kuratora.

W badaniu fizykalnym stwierdzono cechy wyniszczenia, bledność powłok, wyraźną siatkę naczyńową, podbiegnięcia krwawe na skórze brzucha, masywne powiększenie obwodu brzucha oraz twardy opór w podbrzuszu sięgający nieco powyżej pępka. Laboratoryjnie wykazano głęboką niedokrwistość mikrocytarną (Hb 4,7 g/dl, MCV 61,8 fL). Wykonano TK jamy brzusznej z kontrastem (Fig. 1).

Po przetoczeniu KKCz, w znieczuleniu ogólnym wykonano płukanie jelita oraz ręczne wydobycie ok. 7 kg mas kałowych (Fig. 2). Po zabiegu stosowano antybiotykoterapię. Pacjentka wymagała dalszych przetoczeń krwi. Obserwowano zaburzenia metaboliczne związane z zespołem ponownego odżywienia, hipalbuminemię oraz obrzęki. W 3. dobie ponownie wykonano ręczne wydobycie oraz płukanie jelita uzyskując dużą ilość gazów oraz mas kałowych. W 7. dobie przeprowadzono płukanie jelita i endoskopię, uwidoczniono prawidłową błonę śluzową, odbarczono jelito z gazów. Włączono leki osmotyczne, a od 10. doby pacjentka spontanicznie oddawała stolec. Nadal utrzymywało się znaczne powiększenie obwodu brzucha, ale bez oporów patologicznych, brzuch był miękki, niebolesny.

Diagnostyka nie została ukończona. Stwierdzono hipowitaminozę D3, wykluczono zaburzenia endokrynologiczne oraz chorobę trzewną. Zaplanowano wlew kontrastowy jelita grubego, rektomanometrię, rektobiopsję oraz MR rdzenia w ciągu kolejnych tygodni. Badania odroczone ze względu na możliwość uzyskania fałszywie negatywnych wyników. Poinformowano służby socjalne.

Część pacjentów z zaparciem wymaga usunięcia mas kałowych, najczęściej za pomocą wlewk doodbytniczych. Najczęstsze wskazania to nietrzymanie stolca, znaczna masa stolca oraz niepowodzenie dotychczasowego leczenia[1,2]. Ręczne wydobycie powinno być wykonywane ostrożnie, tylko przy wyraźnych wskazaniach. Wszystkie interwencje chirurgiczne obarczone są dużym ryzykiem niepowodzenia[3].

Influence of body position on the defecation model measured during high- resolution anorectal manometry in children- a controlled study.

Barbara Skowrońska, Marcin Banasiuk, Aleksandra Banaszkiwicz

Klinika Gastroenterologii, Żywienia Dzieci i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Objectives and study

In patients with defecatory disorders anorectal manometry (AM) may disclose impaired relaxation or inappropriate contraction of the pelvic floor muscles (i.e dyssynergia). The study in healthy adults revealed that the percentage of abnormal results during bear-down in the supine position can reach 67-87%. Such a high percentage of false positive results may result from a non-physiological position during the examination. Our aim was to assess the influence of body position on parameters of bearing down during AM in children with functional constipation, incontinence and healthy controls.

Methods

The sample consisted of 3 subgroups, as follows: patients suffered from functional constipation (FC), non-retentive faecal incontinence (NRFI), and healthy volunteers (HV). AM was performed both in supine and sitting position successively in random order using high-definition solid-state catheter (Manoscan, Medtronic, Ireland). Resting (RP), squeeze pressures (SP), percent of anal relaxation (PAR), recto-anal pressure differentia (RAPD) were obtained.

Results

We included 68 children (median age 10 yrs, min 4 max 17 yrs; 44 boys), 50 children in FC, 10 in NRFI and 7 in HV group. There were no significant differences in values of MRP and MSP between supine and sitting position ($p=0.531$ and $p=0.598$, respectively).

There were statistically significant differences between both positions in recorded PAR values. In those who started to be investigated in supine position PAR was 31% in this position compared to 2% in sitting position ($p=0.006$), while in those who started in sitting position PAR was 3% in supine vs 36 % in sitting position ($p=0.000$). The same trend in values was also observed withing subgroups of FC, NRFI and HV.

Conclusions

There was significant influence of body position on variables obtained during bear-down manoeuvre. Additionally, there was effect of protocol of the procedure on absolute values of percent of anal relaxation during straining.

Median arcuate ligament syndrome (MALS) in children- case report.

Artur Rycyk¹, Magdalena Żywirska¹, Dariusz Patkowski², Ewa Kochańska¹

¹ Pediatric and Gastroenterology Ward of Regional Specialist Hospital Research
and Development Center in Wrocław

² Department of Pediatric Surgery and Urology, Wrocław Medical University

Median Arcuate Ligament Syndrome (MALS) is a rare condition in children arising from the compression of celiac trunk by the median arcuate ligament leading to symptoms of postprandial abdominal pain, weight loss and nausea/vomiting.

A 17 years old girl was admitted to the hospital due to abdominal pain within 2 hours after a meal, subsequent nausea and weight loss 2 kg over 6 months. Standard diagnostic work up revealed signs of small bacterial overgrowth in hydrogen breath test, pathologic acid gastroesophageal reflux disease in pH-metry with impedance. Despite two lines of treatment clinical improvement was not achieved. On secondary admission the diagnostics was broadened using an abdominal duplex ultrasound showing a severe stenosis of the celiac trunk, what has been confirmed by means of the computed tomography corroborating the diagnosis of MALS. A laparoscopic decompression of the celiac trunk was performed.

Symptoms of MALS imitates other more common abdominal disorders, thus it should be considered in the differential diagnosis. Currently MALS pathophysiology, diagnosis and treatment still remains controversial making its management challenging.

MALS diagnostic and therapeutic approach must be patient focused.

Objawy alarmowe sugerujące chorobę organiczną przewodu pokarmowego u dzieci kierowanych do oddziału gastroenterologii: retrospektywna analiza jednośrodkowa.

Anna Staszewska¹, Joanna Bińkowska¹, Jarosław Mijas¹, Jarosław Kwiecień²

¹ I Oddział Kliniczny Pediatrii w Strzelcach Opolskich, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski

² Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

1. Wstęp: Większość przewlekłych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego u dzieci ma podłoże czynnościowe i nie wymaga hospitalizacji. Jednym z najważniejszych elementów różnicowania chorób organicznych i czynnościowych jest analiza tzw. czerwonych flag, czyli objawów alarmowych nasuwających istotne podejrzenie choroby organicznej.

2. Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania objawów alarmowych (czerwonych flag) u dzieci kierowanych do oddziału gastroenterologii i hepatologii dzieci oraz ocena trendu ewentualnych zmian w częstości i charakterze tych objawów w okresie pandemii COVID-19.

3. Materiał i metody: Przeprowadzono kompleksową analizę danych szpitalnych 1016 pacjentów hospitalizowanych w roku 2019 oraz 994 pacjentów hospitalizowanych w roku 2021. Dane obejmowały m.in. ostateczne rozpoznanie, wiek pacjenta, płeć i źródło skierowania (lekarz rejonowy czy specjalista gastroenterolog). Szczególną uwagę zwrócono na występowanie u pacjenta objawów alarmowych wraz z ich rodzajem.

4. Wyniki: Zarówno w roku 2019 jak i w roku 2021 większość pacjentów skierowanych do oddziału nie miała w wywiadzie żadnego z objawów alarmowych silnie sugerujących chorobę organiczną. Nie stwierdzono znamienych różnic w odsetku pacjentów z objawami z grupy „czerwonych flag” porównując dzieci kierowane przez lekarzy specjalistów gastroenterologii i przez lekarzy rejonowych. W roku 2021r. objawy alarmowe u dzieci kierowanych do oddziału gastroenterologii i hepatologii dzieci na pierwszorazowe hospitalizacje występowały znamienne częściej w porównaniu z rokiem 2019r. (36,8% vs. 28,7%). Najczęstszym z objawów alarmowych była nieintencjonalna utrata masy ciała lub nieprawidłowy brak przyrostu masy ciała. Warto jednak zauważyć, że ostateczne rozpoznanie u dzieci z tymi objawami w większości przypadków wykluczyło chorobę organiczną, co sugeruje poinfekcyjne i/lub psychosomatyczne zaburzenia odżywiania.

5. Wnioski: Większość pacjentów kierowanych do oddziału gastroenterologii nie ma ewidentnych objawów alarmowych sugerujących organiczną chorobę przewodu pokarmowego i może być bezpiecznie diagnozowana ambulatoryjnie. Prawdopodobne jest zwiększanie się częstości zaburzeń odżywiania oraz poinfekcyjnych i/lub psychosomatycznych zaburzeń z utratą masy ciała u dzieci.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, objawy alarmowe, zaburzenia odżywiania

Ocena częstości występowania refluksu żołądkowo-przełykowego u dzieci z objawami pozaprzelykowej postaci choroby refluksowej.

Anna Plocek, Beata Gębora-Kowalska, Ewa Toporowska-Kowalska

Klinika Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Pozaprzelykowa postać choroby refluksowej przełyku (EERD, extraesophageal reflux disease) jest postacią refluksu żołądkowo-przełykowego (GER, gastroesophageal reflux), który prowadzi do wystąpienia objawów z układu oddechowego, gardła, krtani, zatok i uszu.

Celem badania była ocena częstości GER u dzieci z pozaprzelykowymi objawami choroby refluksowej.

Materiał i metody: Badanie wykonano u dzieci z podejrzeniem EERD. Pacjentów kwalifikowano do jednej z dwóch grup: dzieci wyłącznie z objawami pozaprzelykowymi (G1) lub dzieci z towarzyszącymi typowymi objawami choroby refluksowej przełyku (GERD; gastroesophageal reflux disease) (G2). U wszystkich wykonano 24-godzinną impedancję-pH. W obu grupach oceniono następujące parametry: czas ekspozycji na kwas (AET; acid exposure time; punkt odcięcia >6%), liczbę refluksów ze spadkiem pH<4 i czas trwania najdłuższego refluksu o pH<4 (w oparciu o czujnik pH) oraz liczbę refluksów dystalnych i proksymalnych (w oparciu o pomiar impedancji), w tym kwaśnych i słabokwaśnych.

Wyniki: Do badania włączono 41 pacjentów z objawami sugerującymi EERD (21/51% dziewczynek; średni wiek 8.89 ± 4.22 lat), w tym do grup G1 i G2: 23 (56%) i 18 (44%) dzieci. Wśród objawów pozaprzelykowych dominowały kaszel (n=25/60%) i chrząkanie (n=16/39%). Typowe objawy refluksu: regurgitacje (n=8/19%) i zgaga (n=5/12%) oraz ból w nadbrzuszu (n=9/22%) stanowiły najczęstszą manifestację sugerującą GERD.

Na podstawie impedancji-pH zdiagnozowano łącznie patologiczny GER w oparciu o AET u 9 dzieci (21.9%), refluks dystalny u 13 (31.7%), w tym kwaśny u 6 (14.6%) i słabokwaśny u 10 (24.4%), a refluks proksymalny stwierdzono u jedynie 4 (9.7%).

Odsetek pacjentów z nieprawidłowym AET był istotnie wyższy w grupie G2 (38.9% vs. 8.7%; $p=0.02$). W grupie G1 stwierdzono statystycznie większy odsetek proksymalnych refluksów słabokwaśnych w stosunku do całkowitej liczby refluksów (11.57% vs. 7.02%; $p=0.038$).

Grupy G1 i G2 nie różniły się pod względem liczby refluksów ze spadkiem pH<4 (średnia 60.6 vs. 85.9; $p=0.88$), czasu trwania najdłuższego refluksu ze spadkiem pH<4 (5.22 vs. 5.69 minut; $p=0.9$) oraz liczby refluksów dystalnych (47.3 vs. 49.2; $p=0.68$) i proksymalnych (13.26 vs. 12.83; $p=0.29$).

Wnioski: 1. U dzieci z objawami sugerującymi EERD, bez typowych objawów refluksowych częstość występowania kwaśnego GER jest niska. 2. Na podstawie uzyskanych wyników nie udało się znaleźć parametru impedancji-pH wykazującego korelację z objawami pozaprzelykowymi.

Ocena motoryki żołądka przy użyciu przezskórnej elektrogastrografii wielokanałowej (EGG).

Tatiana Jamer, Tomasz Pytrus, Barbara Iwańczak

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

EGG jest nieinwazyjną metodą rejestrowania aktywności mioelektrycznej żołądka i pośrednio motoryki żołądka, za pomocą elektrod umieszczonych na powierzchni brzucha. EGG wykorzystywana jest w diagnostyce czynnościowych i organicznych chorób przewodu pokarmowego, jednak wyniki badań dotyczące jej znaczenia są niejednoznaczne, a nawet sprzeczne.

Celem pracy była ocena motoryki żołądka u dzieci (5-18r.ż) z czynnościowymi i wybranymi organicznymi chorobami oraz znalezienie charakterystycznych i różnicujących cech zapisu EGG dla każdej z tych chorób.

Przy użyciu EGG rejestrowano przed- i poposiłkową aktywność mioelektryczną żołądka i analizowano parametry EGG: częstotliwość i moc dominującą (DF i DP), współczynnik niestabilności częstotliwości dominującej (DFIC), współczynnik niestabilności mocy dominującej (DPIC), normo-, brady-, tachygastrię i arytmie.

Do badania włączono 225 dzieci, średni wiek 12,8 lat, 55,6% dziewcząt. Na podstawie diagnozy dzieci podzielono na 9 grup: grupa 1 - 24 dzieci z dyspepsją czynnościową, grupa 2 - 29 dzieci z IBS, grupa 3 - 22 dzieci z czynnościowym bólem brzucha, grupa 4 - 23 dzieci z zaparciami czynnościowymi, grupa 5 -27 dzieci z GERD, grupa 6 - 24 dzieci z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej żołądka, grupa 7 - 27 dzieci z chorobą Leśniowskiego-Crohna, grupa 8 - 26 dzieci z cukrzycą typu 1, grupa 9 -23 dzieci w grupie kontrolnej.

Wiek i płeć dzieci nie miały wpływu na parametry EGG. Porównując aktywność mioelektryczną żołądka w okresie poposiłkowym do okresu przedposiłkowego, we wszystkich grupach, zaobserwowano wzrost wszystkich parametrów EGG i odsetka normogastrii.

We wszystkich grupach najczęstszym zaburzeniem była arytmia. Wzorzec zmian aktywności mioelektrycznej żołądka w okresie po posiłku w stosunku do okresu na czczo nie różnicował istotnie dzieci w poszczególnych grupach. Porównanie aktywności mioelektrycznej żołądka w okresie przed-, jak i poposiłkowym dla wszystkich grup nie wykazało istotnych statystycznie różnic w żadnym z parametrów zapisu EGG.

Zapis EGG nie różnicował dzieci z czynnościowymi chorobami przewodu pokarmowego, GERD, przewlekłym zapaleniem błony śluzowej żołądka, chorobą Leśniowskiego-Crohna, cukrzycą typu 1 i dzieci zdrowych. Stymulacja posiłkiem poprawiała aktywność mioelektryczną żołądka u wszystkich pacjentów. Wysoki odsetek arytmii zaobserwowano u dzieci we wszystkich badanych grupach. Rola EGG w pediatrycznej diagnostyce gastroenterologicznej wydaje się trudna do określenia.

Strategia kalprotektyna/anty-tTG w diagnostyce różnicowej przewlekłych bólów brzucha u dzieci.

M. Trzepizur, A. Płoczek, E. Toporowska-Kowalska

Klinika Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zakład Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Diagnostyka przewlekłych bólów brzucha nadal stanowi wyzwanie diagnostyczne. W postępowaniu diagnostycznym u pacjentów stosowane są Kryteria Rzymskie. Wytyczne zalecają skupienie się na badaniu podmiotowym (z uwzględnieniem występowania objawów alarmujących), podmiotowym oraz ograniczeniu badań jedynie do niezbędnych.

Celem badania była ocena wartości predykcyjnej „strategii kalprotektyna, anty-tTG” w diagnostyce różnicowej zaburzeń organicznych i czynnościowych u dzieci z przewlekłym bólem brzucha.

Do badania zakwalifikowano 357 pacjentów (201 dziewczynek i 156 chłopców) w wieku od 4-18 roku życia, hospitalizowanych z powodu bólów brzucha występujących od co najmniej 2 miesięcy.

U wszystkich pacjentów przeprowadzono badanie podmiotowe oraz przedmiotowe, z uwzględnieniem obecności objawów alarmowych. Wykonano diagnostykę laboratoryjną (m.in. oznaczono stężenie kalprotektyny w kale oraz miano anty-tTG w surowicy) oraz badanie USG jamy brzusznej. W zależności od całości obrazu klinicznego wykonano dodatkową celowaną diagnostykę. Porównano czułość, swoistość oraz wartość predykcyjną strategii „kalprotektyna, anty-tTG w połączeniu z objawami alarmowymi” z modelem diagnostycznym w którym uwzględniono wyłącznie obecność objawów alarmowych u dzieci z przewlekłymi bólami brzucha.

Wyniki:

Chorobę organiczną rozpoznano u 142/39,8% (79 dziewczynek, 63 chłopców), a zaburzenia czynnościowe u 215/60% dzieci (122 dziewczynek, 93 chłopców). Mediana wieku u dzieci z zaburzeniami organicznymi była wyższa w porównaniu z dziećmi z zaburzeniami czynnościowymi (13,5 vs 12lat). Objawy alarmowe wystąpiły u 90 osób/63,3% z zaburzeniami organicznymi oraz u 85/39,5% z zaburzeniami czynnościowymi ($p < 0,05$). Stężenie kalprotektyny było istotnie statystycznie wyższe w grupie z chorobą organiczną niż z zaburzeniami czynnościowymi (64,90(15,75 – 226,20), min-max 5 – 4551 vs. 35,3 (12,65 – 86,25), min-max 0,96 - 794,3; ($p < 0,05$), przy czym najwyższe wartości uzyskano u dzieci ze zdiagnozowanym IBD. NPV dla strategii „kalprotektyna, anty-tTG” wyniosła 0,722, PPV 0,575; wartości uzyskane dla modelu objawów alarmowych wynosiły odpowiednio: NPV – 0,687 i PPV – 0,475 ($p < 0,05$).

Wnioski:

Zastosowanie modelu diagnostycznego uwzględniającego występowanie objawów alarmowych w połączeniu z oceną przeciwciał anty-tTG i stężenia kalprotektyny w kale istotnie zwiększa wartość predykcyjną diagnostyki różnicowej przewlekłego czynnościowego i organicznego bólu brzucha u dzieci.

Treatment strategies of functional constipation in paediatric population among health workers in Poland.

Barbara Skowrońska, Tomasz Janiga, Aleksandra Banaszekiewicz, Marcin Banasiuk

Klinika Gastroenterologii, Żywienia Dzieci i Pediatrii WUM

Objectives and Study:

There is little data on how doctors treat children with functional constipation (FC), despite many national and international recommendations on this topic. The aim of this study was to investigate current strategies of FC treatment among health workers in Poland.

Methods:

The study was prospective, multicenter. We asked Polish doctors who deal with children with FC to complete a questionnaire. The self-developed questionnaire included questions about the symptoms, causes and the treatment of constipation that the parents used before the visit to the doctor, as well as the treatment used by the doctor.

Results:

1358 questionnaires (688 from paediatricians, 270 from general practitioners (GPs) and 400 from paediatric gastroenterologists) were obtained. Age range of constipated children was 6 months – 12 years (median 5 years; 51.6% boys). The median age of the constipation onset was 3 yrs. 57.3% of patients had symptoms indicating avoidance or withholding of defecation. As many as 30.8 % patients did not use the correct position for defecation and 13% did not have enough time for defecation. Before visiting a doctor, 382 respondents (47.6%) implemented treatment after consulting a pharmacist. The drug that was most frequently recommended by pharmacists was lactulose (50.3%) but the treatment was effective in only 41.4% of children. Polyethylene glycol was the most prescribed medication by doctors (84.4% children). Paediatric gastroenterologists used macrogols less often than paediatricians and GPs (78.5% , 85.3% and 90.7%, respectively; $p=0.00007$).

Conclusion:

Despite published guidelines there is still room for improvement in treatment provided by pharmacists and paediatric gastroenterologists.

Udział ghreliny i obestatyny oraz właściwych im receptorów w patogenezie choroby zaparciowej u dzieci.

Michał Kolejwa^{1,2}, Anna Socha-Banasiak¹, Ryszard Makosiej¹, Elżbieta Czkwianianc¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP w Łodzi

² Klinika Pediatrii, Nefrologii i Immunologii UMED w Łodzi

Wstęp

Zaparcie jest jednym z najczystszych problemów gastroenterologicznych z którymi spotykają się pediatrzy na całym świecie. Szacuje się, że dotyczy nawet 37% dzieci. Dotychczas w literaturze pojawiały się badania dotyczące roli enterohormonów w patogenezie zaparcia stolca, zdecydowana większość z tych badań była przeprowadzona na modelach zwierzęcych lub dotyczyła populacji osób dorosłych. Nie przeprowadzono dotychczas badań wyjaśniających relacje enterohormonów z patogenezą czynnościowego zaparcia stolca u dzieci.

Metody

Do badania zostało włączonych 150. pacjentów (114. dzieci z zaparciem oraz 36. dzieci bez zaparcia, prezentujących zaburzenia z koniecznością różnicowania z organicznymi przyczynami chorób). U wszystkich pobrano surowicę krwi w celu oceny stężenia ghreliny i obestatyny oraz przeprowadzono gastroskopię i sigmoidoskopię w celu pobrania bioptatów z żołądka i odbytnicy do oceny ekspresji mRNA receptorów ghreliny i obestatyny.

Wyniki

Stwierdzono istotnie statystycznie mniejsze stężenia ghreliny w osoczu dzieci z zaparciem stolca w stosunku do dzieci z grupy kontrolnej (1,9 ng/ml vs. 2,6 ng/ml, $p < 0,05$). W grupie dzieci z zaparciem zaobserwowano negatywną korelację pomiędzy stężeniem ghreliny a czasem pasażu jelitowego.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy w medianach wartości stężeń obestatyny pomiędzy grupami ($p = 0,297$). Potwierdzono niższy stosunek wartości stężeń ghreliny do obestatyny u pacjentów z zaparciem stolca w porównaniu do pacjentów z grupy kontrolnej (72,83 vs. 129,58, $p = 0,01$).

Zaobserwowano wyższe średnie wartości ekspresji mRNA receptora dla ghreliny w bioptatach pobranych z odbytnicy dzieci z zaparciem stolca, w porównaniu do grupy kontrolnej (29,35 vs. 28,25, $p < 0,05$).

W grupie dzieci z rozpoznaniem zaparciem stolca stwierdzono u ponad połowy pacjentów (64,9%) poszerzenie bańki odbytnicy oraz zwolniony pasaż jelitowy. U ¼ badanych dzieci (25,4%) zaobserwowano poszerzoną bańką odbytnicy z prawidłowym pasażem jelitowym, w pozostałych przypadkach (9,6%) stwierdzono wydłużony pasaż jelitowy oraz prawidłowe wymiary bańki odbytnicy.

Wnioski

W pracy potwierdzono złożoność mechanizmów czynnościowego zaparcia stolca u dzieci, polegającą na spowolnieniu pasażu jelitowego (colonic inertia), na retencji stolca (outlet obstruction) oraz postacię mieszaną. Nie odnotowano wpływu badanych enterohormonów na poszczególne postaci zaparcia.

Wpływ dysfagii na skład ciała oceniany przy użyciu bioimpedancji u pacjentów z Zespołem Cornellii de Lange.

Aleksandra Mędra¹, Aleksandra Cieszko¹, Małgorzata Gliwa¹, Katarzyna Sznurkowska¹,
Michał Brzeziński¹, Jolanta Wierzbą², Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz¹

¹ Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Zespół Cornellii de Lange (CdLS) jest rzadkim schorzeniem genetycznym, o zróżnicowanym obrazie klinicznym z częstym nasileniem objawów ze strony układu pokarmowego, mogących prowadzić do zaburzeń odżywienia. Jak dotąd niewiele opublikowanych prac odnosi się do stanu odżywienia pacjentów z tej grupy. Celem tego badania była ocena częstości występowania dysfagii oraz jej związku ze składem ciała.

Metodologia

U 14 pacjentów CdLS metodą bioimpedancji oznaczono następujące parametry składu ciała: masa tłuszczowa (FM –Fat Mass), masa beztłuszczowa (FFM-Fat Free Mass), masa mięśni szkieletowych (SMM-Skeletal Muscle Mass), masa komórkowa (BCM -Body Cell Mass) oraz kąt fazowy (PhA-phase angle). FM, FFM, SMM oraz BCM wyrażono jako zmienne jakościowe uwzględniając indywidualną normę określoną przez analizator InBody S10 (wynik prawidłowy, poniżej normy, powyżej normy). Pacjentów podzielono w zależności od wskaźnika PED-EAT 10 określanego na podstawie kwestionariusza do oceny dysfagii (PEDI-EAT-10) na grupę z dysfagią (N=4) i bez (N=10), przyjmując za punkt graniczny wartość 3. Grupy te porównano pod względem FM, FFM, BCM i SMM. Obliczono statystyczną korelację kąta fazowego i wskaźnika PEDI-EAT-10.

Wyniki

Częstość występowania dysfagii w grupie badanej wyniosła 28,6%. Stwierdzono znamienne statystycznie różnice w FFM i BCM pomiędzy grupą pacjentów z dysfagią oraz bez dysfagii ($p=0.041$, $p=0.038$). U 2 pacjentów w grupie z dysfagią FFM był poniżej normy i u 2 w normie. W grupie bez dysfagii FFM było prawidłowe u 8 pacjentów, a u 2 pacjentów powyżej normy. W grupie z dysfagią BCM było w normie u 2 pacjentów, u pozostałych 2 poniżej normy, a w grupie bez dysfagii BCM u 9 pacjentów było prawidłowe i u jednego pacjenta powyżej normy. Uzyskano statystycznie odwrotną korelację między PhA, a wskaźnikiem PEDI-EAT-10 (r Spearmana $-0,7245$).

Wnioski

Pacjenci CdLS wymagają oceny pod kątem zaburzeń połykania i stanu odżywienia. Odchylenia zaobserwowane w badaniu metodą bioimpedancji pogłębiają się wraz z nasileniem dysfagii. Wnioski te wymagają dalszych weryfikacji na większych grupach chorych.

Wpływ powszechnych szczepień przeciwko rotawirusom na liczbę hospitalizacji dzieci z ostrą rotawirusową infekcją żołądkowo-jelitową.

Maciej Pelc, Tomasz Szopiński, Renata Socha, Bartosz Korczowski

I Klinika Pediatrii i Gastroenterologii Dziecięcej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie
Uniwersytet Rzeszowski

WSTĘP:

Zakażenie rotawirusowe to od wielu lat dominująca przyczyna hospitalizacji z powodu ostrych infekcji żołądkowo-jelitowych u młodszych dzieci. Z tego powodu dzieci urodzone w Polsce po 31 grudnia 2020 roku zostały objęte obowiązkowym i bezpłatnym szczepieniem przeciwko rotawirusom.

CEL PRACY:

Celem pracy była ocena wpływu powszechnych szczepień przeciwko rotawirusom na częstość występowania zakażeń o tej etiologii wśród dzieci w wieku do 3 lat, hospitalizowanych w I Klinice Pediatrii i Gastroenterologii Dziecięcej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie.

MATERIAŁY I METODY:

Na podstawie danych zaczerpniętych ze szpitalnego systemu informatycznego AMMS oraz kart informacyjnych, przeprowadzono retrospektywną analizę liczby hospitalizacji z powodu ostrej infekcji rotawirusowej w grupie dzieci do lat trzech. Analizą objęto okres od 1. stycznia 2018 do 31. grudnia 2019 oraz od 1. stycznia 2022 do 31. grudnia 2023. Dwuletni okres pandemii SARS-CoV-2 (lata 2020 i 2021) wyłączono z analizy.

WYNIKI:

Liczbę hospitalizacji, których główną przyczyną była ostra rotawirusowa infekcja żołądkowo-jelitowa, zestawiono w tabeli.

rok- liczba hospitalizacji

2018 - 109

2019 - 79

2020/2021 - Pandemia SARS-CoV-2

2022 - 52

2023 -16

WNIOSKI:

Spadająca w kolejnych latach liczba dzieci hospitalizowanych z powodu ostrej rotawirusowej infekcji żołądkowo-jelitowej potwierdza skuteczność prowadzonej akcji szczepień w naszym regionie.

Współwystępowanie achalazji i eozynofilowego zapalenia przełyku - opis przypadku.

Aleksandra Cieszko, Michał Brzeziński, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed
Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

Wprowadzenie: Achalazja przełyku, czyli zaburzenia perystaltyki i upośledzenie relaksacji dolnego zwieracza przełyku jest rzadkim schodzeniem u dzieci. Istnieją doniesienia naukowe na temat możliwego zwiększonego współwystępowania eozynofilowego zapalenia przełyku (EoE) u pacjentów z achalazją.

Materiały i metody: Pacjentka 9,5-letnia z dysfagią i wywiadem nawracających infekcji dróg oddechowych została skierowana do Kliniki Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed z powodu radiologicznego podejrzenia achalazji przełyku w TK klatki piersiowej. W trakcie diagnostyki wykonano RTG kontrastowe, manometrię przełyku oraz ezofagagastroduodenoskopię (EGD).

Wyniki: W RTG kontrastowym stwierdzono typowy dla achalazji obraz dziobu ptaka. Manometria przełyku wykazała obraz jak w achalazji typu II. Wykonano również EGD, gdzie oprócz zalegającej w przełyku treści pokarmowej stwierdzono również rozległe owrzodzenia oraz obraz charakterystyczny dla EoE. Zastosowano leczenie IPP, miejscową sterydoterapię oraz dietę elementarną przez zgłębnik nosowo-żołądkowy celem poprawy stanu odżywienia. Wobec braku efektów leczenia włączono dupilumab. Po około 3. miesiącach leczenia wykonano gastroskopię, w której obserwowano całkowitą regresję zmian zapalnych i nadżerkowych. Podjęto próbę POEM, wobec niepowodzenia wykonano zabieg pneumatycznego poszerzenia przełyku. Po około 5. tygodniach od zabiegu pacjentka notowała niemal całkowite ustąpienie dolegliwości oraz przyrost masy ciała.

Wykorzystanie ultrasonografii point -of- care w ocenie skuteczności leczenia zaparć u dzieci-doniesienie wstępne.

Martyna Laskowska¹, Marta Drabik¹, Anna Jarzumbek², Katarzyna Bąk-Drabik²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

² Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

Wstęp: USG point-of-care (POCUS) jest narzędziem, które pozwala ocenić nieprawidłowości w łatwy i szybki sposób. Dzięki wykorzystaniu tej metody bezpośrednio w miejscu leczenia pacjenta, czas potrzeby do podjęcia decyzji terapeutycznej znacząco się skraca. Parametry, które wykorzystujemy w ocenie zaparć to: poszerzenie odbytnicy >30mm, hyperechogeniczny obszar w kształcie półksiężyca w obrębie odbytnicy, występowanie cienia akustycznego za sierpowatym, hyperechogenicznym obszarem świadczący o zaleganiu twardego stolca, zaleganie mas kałowych w okrężnicy. Znajomość tych parametrów pozwala na podjęcie decyzji terapeutycznych dotyczących leczenia w trakcie wizyty lekarskiej.

Cel badania: Ocena przydatności POCUS w weryfikacji skuteczności leczenia przewlekłych zaparć u dzieci.

Materiał i metody: Do badania włączono 29 dzieci (18 chłopców) w wieku 2,5-14,4 (średnia wieku 6,35) z rozpoznaniem przewlekłego zaparcia, którzy zgłosili się na drugą wizytę kontrolną do Poradni Gastroenterologicznej w okresie 01.01-01.06.2024. U każdego pacjenta było wykonywane pełne badanie usg jamy brzusznej przed lub w trakcie pierwszej wizyty w Poradni, natomiast w trakcie drugiej wizyty dokonywano tylko oceny POCUS. Badanie było wykonywane przez jednego doświadczonego gastroenterologa-ultrasonografistę z wykorzystaniem głowicy convex o częstotliwości 2-9 MHz.

Wyniki: Średnia średnica bańki odbytnicy wynosiła 32,7 mm (18-60 mm). U ponad połowy pacjentów (51%) średnica bańki odbytnicy w dniu badania była >30 mm. U 86% pacjentów w bańce odbytnicy zalegał twardego stolca co objawiało się charakterystycznym białym półksiężycem z widocznym cieniem akustycznym (Ryc 1). U 44% dzieci również w esicy obserwowano zalegające twarde masy kałowe (Ryc 2). 58% rodziców zgłaszało poprawę kliniczną, niemniej u większości dzieci (75%) zdecydowano o intensyfikacji leczenia po wykonaniu POCUS. Tylko u 5 pacjentów ocena z wykorzystaniem POCUS była satysfakcjonująca. (Ryc.3). U 2 pacjentów na podstawie obrazu znacznego zalegania mas kałowych w esicy zdecydowano o hospitalizacji (Ryc.4).

Wnioski: POCUS jest szybką, skuteczną i nieinwazyjną metodą, która pozwala obiektywnie ocenić stopień wypełnienia bańki odbytnicy, zalegania mas kałowych w zakresie jelita grubego oraz ocenić stopień twardości zalegających mas kałowych co pozwala na ocenę skuteczności leczenia i zoptymalizowanie terapii. Planujemy kontynuację badania i rekrutację większej ilości pacjentów.

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym żywionych dojelitowo.

Dorota Mickiewicz-Góra¹, Katarzyna Sznurkowska¹, Karolina Skonieczna-Żydecka², Arleta Drozd²,
Anna Borkowska¹, Maciej Zagierski¹, Joanna Troch¹, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz¹

¹ Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Zakład Badań Biochemicznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Zakład Żywienia Człowieka i Metabolomiki, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) ze względu na uszkodzenie układu nerwowego niesie ryzyko zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego przyczyniających się do niedożywienia. Dysfagia, uniemożliwiająca żywienie drogą doustną jest głównym wskazaniem do wprowadzenia żywienia poprzez gastrostomię.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego u dzieci z MPD oraz wpływu żywienia dojelitowego na ich występowanie.

Materiał: Grupę badaną stanowiło 30 dzieci z MPD żywionych dojelitowo (Cerebral Palsy Enteral Nutrition (CPEN)), a grupę referencyjną 24 dzieci z MPD karmionych doustnie dietą standardową (CPC- Cerebral Palsy Controls).

Metody: Badanie ankietowe dotyczyło następujących dolegliwości: dysfagia, objawy refluksu żołądkowo-przetykowego (GER), wzdęcia, zaparcie, biegunka, ból brzucha. U każdego pacjenta oceniono zdolności motoryczne według 5-stopniowego systemu oceny GMFCS (Gross Motor Function Classification Scale), który opisuje zdolności dzieci od urodzenia do 18 roku życia w zakresie funkcjonowania i poruszania się w życiu codziennym, gdzie poziom 1. to pełna zdolność do poruszania (również pieszo), a poziom 5. opisuje dzieci poruszające się na wózku inwalidzkim.

Wyniki: U pacjentów z CPEN stwierdzono znamienne wyższą wartość współczynnika GMFCS w porównaniu do grupy CPC (5 vs 4.5, $p=0.03$). Dysfagia występowała u 56.57% grupy CPEN ($n=17$) i 4.17% grupy CPC ($n=1$). Wzdęcie występowało u 66.67% grupy CPEN ($n=20$) oraz u 70.83% grupy CPC ($n=17$). Zaparcie występowało u 73.33% grupy CPEN ($n=22$) i 25% grupy CPC ($n=6$). Biegunka występowała u 13.33% grupy CPEN ($n=4$) i 12.5% grupy CPC ($n=3$). Cuchnące stolce występowały u 56.67% grupy CPEN ($n=17$) i 37.5% grupy CPC ($n=9$). Objawy refluksu żołądkowo-przetykowego występowały u 46.67% grupy CPEN ($n=14$) oraz 20.83% grupy CPC ($n=5$). Bóle brzucha występowały u 30% grupy CPEN ($n=9$) oraz u 37.5% grupy CPC ($n=9$). Wymioty występowały u 20% grupy CPEN ($n=6$) i 4.17% grupy CPC ($n=1$).

Wnioski: Zwiększona częstość zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego u pacjentów z MPD żywionych dojelitowo ma najprawdopodobniej związek ze stopniem zaburzeń neurologicznych. Zagadnienie wpływu samego żywienia dojelitowego na występowanie zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego u dzieci z MPD wymaga dalszych badań.

Zmiany w epidemiologii chorób przewodu pokarmowego u dzieci w trakcie pandemii Covid-19: retrospektywna analiza jednośrodkowa.

Anna Staszewska¹, Joanna Bińkowska¹, Jarosław Mijas¹, Jarosław Kwiecień²

¹ I Oddział Kliniczny Pediatrii w Strzelcach Opolskich, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski

² Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

1. Wstęp:

Pandemia COVID-19 wywołała wiele negatywnych zmian w zdrowotności populacji, w tym w zdrowotności dzieci. Możliwe, że epidemia spowodowana przez wirusa SARS-CoV-2 będzie miała trwały wpływ na epidemiologię i kliniczny obraz chorób wieku dziecięcego.

2. Cel pracy:

Analiza częstości rozpoznawania poszczególnych chorób będących przyczyną hospitalizacji w oddziale gastroenterologii i hepatologii dzieci w latach 2019 i 2021, w celu oceny zmian w epidemiologii tych schorzeń jako ewentualnego skutku pandemii COVID-19.

3. Materiał i metody:

Przeprowadzono kompleksową analizę danych szpitalnych 1016 pacjentów hospitalizowanych w roku 2019 oraz 994 pacjentów hospitalizowanych w roku 2021. Dane obejmowały rozpoznanie, choroby współistniejące, wiek pacjenta, płeć, długość pobytu w szpitalu, źródło skierowania, występowania u pacjenta objawów alarmowych wraz z ich rodzajem, informację na temat wykonanych badań endoskopowych wraz z wynikiem oraz ocenę ciężkości choroby dla pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit.

4. Wyniki:

W 2019 roku znamienne częściej hospitalizowano pacjentów z powodu nudności, wymiotów i nieżytów żołądkowo-jelitowych, zaś w roku 2021 z powodu zaburzeń psychosomatycznych i czynnościowych oraz nieswoistych zapaleń jelit. Wzrost liczby hospitalizacji z powodu NZJ jest powiązany z dużą liczbą hospitalizacji wielokrotnych, natomiast bez znamiennej różnicy jeśli chodzi o pierwsze ujawnienie się choroby.

5. Wnioski:

Pandemia COVID-19 zmieniła epidemiologię niektórych schorzeń gastroenterologicznych dzieci. W dobie epidemii zaobserwowano wzrost częstości zaburzeń psychosomatycznych o podłożu pierwotnie emocjonalnym, z wtórną somatyzacją objawów. Wśród pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Gastroenterologii dzieci odnotowano większy udział zaburzeń czynnościowych

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, epidemiologia, zaburzenia psychosomatyczne

4 | Sekcja Trzuskowa

Nawracające ostre zapalenie trzustki jako manifestacja niedokonanego zwrotu jelit – opis przypadku.

Michał Rydzewski³, Dominika Mysiorska³, Aleksandra Marzec^{1,2}, Jarocka-Cyrta Elżbieta^{1,2}

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.

² Oddział Pediatryczny z Pododdziałami Nefrologii, Kardiologii i Gastroenterologii
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

³ Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia UWM.

Wstęp: Do najczęstszych czynników wywołujących ostre zapalenie trzustki (OZT) u dzieci należą urazy jamy brzusznej, infekcje, schorzenia dróg żółciowych, mutacje genetyczne oraz wady anatomiczne tego narządu. Bardzo rzadką przyczyną OZT jest niedokonany zwrot jelit (NZJ); dotychczas opisano jedynie kilka takich przypadków. Przedstawiamy historię pacjentki, u której NZJ był przyczyną nawracających epizodów OZT.

Opis przypadku: Dziewczynka z wrodzoną toksoplazmozą, obciążona niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, niewidoma, wymagająca stałej opieki. W 7r.ż. hospitalizowana z powodu intensywnych wymiotów, niepokoju. Fizykalnie stwierdzano znacznie wzdęty brzuch, osłabioną perystaltykę. Wyniki badań: podwyższona aktywność lipazy w surowicy (3x GGN), dyselektrolicemia. RTG jamy brzusznej – bez cech perforacji, długi poziom płynu w żołądku, brak powietrza w jelitach. Leczona zachowawczo z poprawą. Kolejny epizod OZT wystąpił w 8r.ż., hospitalizowana z powodu bardzo intensywnych wymiotów, w badaniu fizykalnym zwracał uwagę wzdęty brzuch, leniwa perystaltyka. Wyniki badań: lipaza 4x GGN, amylaza 3xGGN, hipokaliemia, hipokalcemia, hipoalbuminemia. W TK jamy brzusznej uwidoczono cechy obrzęku trzustki, znacznego stopnia rozdęcie żołądka i dwunastnicy z zaleganiem dużej ilości treści płynnej; obraz odpowiadał niedrożności porażennej jelit. Zastosowano żywienie parenteralne, leczenie objawowe, uzyskują poprawę stanu ogólnego, tolerancję żywienia doustnego. W 9r.ż. hospitalizowana z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. Operowana w trybie pilnym – stwierdzono NZJ z pasmem Ladda powodującym niedrożność dwunastnicy. W ciągu kolejnych 8 lat pacjentka pozostawała pod opieką Poradni Gastrologicznej, nie obserwowano kolejnych epizodów OZT. Z powodu niedrożności przewodu pokarmowego spowodowanej zrostami jelitowymi była trzykrotnie operowana, przy kolejnym epizodzie niedrożności zdecydowano o wykonaniu ileostomii.

Wnioski: Nawracające epizody OZT u dzieci mogą być nietypową manifestacją NZJ. Rozdęcie proksymalnego odcinka dwunastnicy, zaleganie treści płynnej z towarzyszącym wzrostem ciśnienia w następstwie wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego wywierają ucisk na brodawkę Vatera i utrudniają odpływ soku trzustkowego. NZJ powinien być uwzględniany w diagnostyce różnicowej OZT, szczególnie u pacjentów ze współwystępującą niedrożnością przewodu pokarmowego. Laparoskopowa operacja Ladda skutecznie zapobiega kolejnym epizodom OZT.

Peptyd aktywujący trypsynogen (TAP) w moczu jako nieinwazyjny biomarker ciężkości przebiegu ostrego zapalenia trzustki u dzieci – badanie wstępne.

Kamila Kwiatek-Średzińska, Kinga Trochimczyk, Irena Werpachowska, Monika Kowalczyk-Kryštoń,
Mirosława Uścińowicz, Dariusz Lebensztejn

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest ostrym procesem zapalnym obejmującym miąższ narządu, związanym z przedwczesną aktywacją proenzymów trzustkowych (głównie trypsyny). Rozpoznanie OZT można postawić na podstawie spełnienia przynajmniej 2 z 3 kryteriów: ból w nadbrzuszu o ostrym początku, minimum trzykrotnie przekraczająca górną granicę normy aktywność amylazy lub lipazy w surowicy, typowe zmiany w trzustce w badaniach obrazowych. Aktualnie obowiązująca klasyfikacja ciężkości OZT u dzieci wyróżnia 3 postaci: łagodną, umiarkowanie ciężką i ciężką. Poszukiwane są nieinwazyjne biomarkery ciężkości przebiegu OZT.

Cel pracy: Celem badania była ocena wartości predykcyjnej stężenia peptydu aktywującego trypsynogen (TAP) oraz trypsynogenu kationowego (PRSS 1) i anionowego (PRSS 2) w moczu u dzieci z ostrym zapaleniem trzustki.

Metody: Prospektywną analizą objęto 50 pacjentów pediatrycznych (mediana wieku 12 lat) hospitalizowanych z powodu OZT w latach 2020-2023 i 20 dzieci z czynnościowym bólem brzucha (grupa kontrolna). U pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki oznaczono stężenie TAP oraz PRSS 1 i PRSS 2 w moczu (ELISA, Cloud-Clone) w trzech punktach czasowych: przy przyjęciu lub w ciągu 24 godzin, po 48 godzinach i po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala. Ze względu na niewielką liczbę dzieci z umiarkowanie ciężką i ciężką postacią OZT, pacjentów tych połączono w jedną grupę. W celu określenia przydatności badanych markerów przeprowadzono analizę ROC.

Wyniki: Łagodne OZT rozpoznano u 43 (86%), a ciężkie u 7 (14%) dzieci. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic badanych markerów pomiędzy pacjentami z OZT a grupą kontrolną. Dzieci z ciężkim OZT miały wyższe stężenie TAP w moczu po 48 (39,54 pg/ml vs 19,54 pg/ml; $p = 0,033$) i 72 godzinach od przyjęcia (64,59 pg/ml vs 28,9 pg/ml; $p = 0,027$) niż pacjenci z łagodnym OZT. W analizie ROC wykazano, że stężenie TAP w moczu po 48 (AUC: 0,754; $p = 0,005$; punkt odcięcia: 33,78 pg/ml; czułość: 71,4%, specyficzność: 77,5%) i 72 godzinach (AUC: 0,764; $p = 0,001$; punkt odcięcia: 46,15 pg/ml; czułość: 71,4%, specyficzność: 75%) różnicuje pacjentów z ciężką i łagodną postacią OZT.

Wnioski: TAP oznaczony w moczu po 48 i 72 godzinach od przyjęcia do szpitala może być uznany za nieinwazyjny biomarker ciężkości przebiegu OZT u dzieci.

Przetoka trzustkowo-opłucnowa jako niezwykle rzadkie powikłanie PZT u dzieci.

Elwira Kołodziejczyk¹, Krzysztof Bogucki¹, Grzegorz Oracz²

¹ Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, IP CZD w Warszawie

² Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD

Przetoka trzustkowo-opłucnowa (pancricopleural fistula, PPF) występuje u 0,4% pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem trzustki (PZT). U pacjentów pediatrycznych do tej pory opisano około 30 przypadków PPF. W grupie 538 dzieci z PZT leczonych w Klinice Gastroenterologii IP CZD – największej jednośrodkowej grupie w Europie – PPF wystąpiło u 4 pacjentów (0,7%).

Retrospektywnie przeanalizowano dane medyczne 4 dzieci z PPF.

Średni wiek w chwili rozpoznania PPF wynosił 10 lat (4,4–15,9 lat). Objawy PPF były zróżnicowane: 1 pacjent był bezobjawowy, u 1 pierwszym objawem było zapalenie płuc, u 1 duszność i u 1 ból brzucha. Czas od pierwszych objawów PPF do diagnozy wynosił 2–22 tygodnie. Aktywność amylazy w płynie opłucnowym była znacząco podwyższona (750-60000 U/L). U 2 dzieci PPF była pierwszym objawem PZT. U 8-letniego chłopca, przyjętego do szpitala z powodu zapalenia płuc, na podstawie TK wysunięto podejrzenie wrodzonej torbielowatości gruczołakowatej płuc z obecnością krwawienia do pęcherzyków płucnych; opisano także cechy PZT i torbieli trzustki. W kolejnej TK wykonanej w związku z zaostrzeniem PZT stwierdzono cechy PPF. U pacjenta wykonano operację zamknięcia przetoki, resekcję torbieli trzustki i subtotalną resekcję trzustki. 4-letnia dziewczynka była kilkakrotnie hospitalizowana z powodu nawracającego płynu w jamie opłucnej. TK i MRCP ujawniły torbiel rzekomą trzustki i torbiel śródpiersia bez połączenia między nimi. Przed ostatecznym leczeniem chirurgicznym (zamknięcie PPF z subtotalną resekcją trzustki) pacjentka przeszedł dwukrotnie torakoskopię, torakotomię z wycięciem płata dolnego płuca prawego oraz laparotomię. Wśród pozostałej 2 dzieci - 1 pacjent był leczony zachowawczo, 1 został zakwalifikowany do operacji Puestowa. U 3/4 pacjentów wykonano ECPW, nie stwierdzając cech przetoki. U żadnego pacjenta nie było możliwości technicznych zaprotezowania przewodu trzustkowego. U jednego dziecka wykonano endoskopowy drenaż przezścienny PPF - był nieskuteczny i powikłany krwawieniem. U wszystkich pacjentów wykonano badanie genetyczne – u 2 stwierdzono mutację SPINK 1; u 1 – mutację CTRC; u 1 wykonano WES nie stwierdzając patogenicznej mutacji. U 3 dzieci przebieg PZT był powikłany zakrzepicą żyły śledzionowej. 2 z nich wymagało splenektomii.

PPF jest niezwykle rzadkim powikłaniem PZT, które należy je wziąć pod uwagę, jeśli u dziecka występują nawracające, masywne wysięki opłucnowe.

5 | Sekcja Endoskopowa

**Badanie satysfakcji opiekunów pacjentów po założeniu przezskórnej
endoskopowej gastrostomii – PEG.**

Maciej Zagierski, Agnieszka Zagierska, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz, Karolina Wyszomirska
- Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed

Adam Wyszomirski - Klinika Neurologii Dorosłych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne GUMed

Anna Wiernicka, Małgorzata Matuszczyk, Jarosław Kierkuś
- Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Ewa Toporowska-Kowalska, Beata Gębora-Kowalska
- Klinika Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci ŁUM

Katarzyna Popińska, Marta Sibilska - KI Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych CZD w Warszawie

Urszula Grzybowska-Chlebowczyk, Sabina Więcek
Klinika Pediatrii, Katedra Pediatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ewa Hapyn, Karolina Blimke-Kozieł
O. Pediatrii i Gastroenterologii Wojewódzki Szpital Zespólny im.L.Rydygiera w Toruniu

Wstęp: Optymalizacja wskazań do wykonania procedury zabiegowej jak i jej przebiegu, ścisła współpraca z pacjentami i ich opiekunami, kontrola około i pozabiegowa jednorodnych grup pacjentów wydaje się mieć kluczowe znaczenie we współczesnej medycynie. Szczególnie dotyczy to sytuacji pacjentów przewlekle chorych, u których sama decyzja o, jak i moment przeprowadzenia procedury budzi emocje opiekunów. W naszym randomizowanym badaniu porównującym wczesne i późne żywienie dojelitowe skupiliśmy się na ocenie satysfakcji opiekunów pacjentów pediatrycznych po założeniu PEG za pomocą ustrukturyzowanego kwestionariusza SAGA-8. Materiał i metody: Kwestionariusz wypełniło 41 rodziców dzieci podczas drugiej wizyty kontrolnej, 6 miesięcy po założeniu PEG. Wykonano pomiary antropometryczne i określono powikłania zabiegu. Wyniki: Większość rodziców (40/41) była zadowolona z założenia PEG, fakt ten najbardziej odzwierciedlały odpowiedzi pozytywne na pytania o przyspieszeniu procedury przy aktualnej wiedzy i poprawę jakości życia dziecka i całej rodziny. Stwierdzono istotne różnice w stopniu satysfakcji w zależności od głównego powodu ograniczonego przyjmowania doustnego. Wnioski: Wytworzenie przezskórnej endoskopowej gastrostomii u dzieci zakwalifikowanych do żywienia enteralnego spowodowało zadowolenie u ich opiekunów, co zostało ocenione przy użyciu kwestionariusza SAGA-8. Stosunkowo łagodne powikłania zabiegu PEG, poprawa jakości życia całej rodziny oraz wsparcie udzielane opiekunom zmniejszają ich obawy.

Ciała obce w przewodzie pokarmowym.

Michał Kolejwa^{1,2}, Anna Socha-Banasiak¹, Natalia Lwow¹, Mariusz Olczyk¹, Elżbieta Czkwianianc¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP w Łodzi

² Klinika Nefrologii, Immunologii i Pediatrii UMED w Łodzi

Wstęp:

Małe dzieci poznają otoczenia m.in. poprzez wkładanie różnych przedmiotów do jamy ustnej, niestety większość z nich nie jest pokarmem. Połknięcie takiego przedmiotu może skutkować dostaniem się ciała obcego do przewodu pokarmowego, co bardzo często wymaga interwencji endoskopowej.

Metody:

W tym badaniu poddano retrospektywnej ocenie wszystkie przypadki pacjentów hospitalizowanych w klinice w latach 2014-2023 z powodu połkniętych ciał obcych.

Wyniki:

W tym czasie w Klinice było hospitalizowanych 816 pacjentów z powodu połknięcia ciała obcego, co stanowiło 1,9% wszystkich hospitalizacji w Klinice w tym czasie. Średnia wieku pacjentów to 4,05 lat SD +/- 0,89. 56% spośród tych dzieci to chłopcy. U 88% pacjentów konieczne było przeprowadzenie badania endoskopowego.

Połknięte przedmioty to głównie monety, części zabawek oraz baterie.

Podstawowymi objawami które zgłaszali pacjenci przyjeźci do szpitala to: dysfagia (45%), ślinitok (36%), ból w klatce piersiowej (23%).

U 314 pacjentów (44%) ciało obce było obecne w żołądku, u 270 w przełyku (38%), u pozostałych w dalszej części przewodu pokarmowego.

Spośród tych dzieci 5. (0,7%) wymagało dodatkowej interwencji chirurgicznej, u jednego dziecka konieczne było torakoskopowe usunięcie pozostającego ponad miesiąc ciała obcego z przełyku. W wyniku interwencji pacjent wymagał serii zabiegów poszerzania przełyku.

Wyodrębniono także osobną grupę pacjentów, którzy połknęli chemiczne środki czystości (107 pacjentów, 13%). Najczęściej występowało spożycie detergentów do prania i zmywania (82%), ponadto 10 pacjentów spożyło substancje żrące o odczynie zasadowym, w 2 przypadkach powikłanych zgonem.

1 przypadek spożycia zasadowej substancji żrącej był próbą samobójczą.

Wnioski:

Połknięcie ciała obcego może nieść ze sobą poważne skutki, ze zgonem włącznie. Konieczna jest dalsza edukacja społeczeństwa na temat zagrożeń wynikających z połknięcia przez dziecko ciała obcego.

Drenaż pseudotorbieli trzustki techniką endoskopowej cystogastrostomii u dzieci.

Maciej Dądałski, Marcin Osiecki, Diana Kamińska, Anna Wiernicka, Mikołaj Teisseyre

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"

Wstęp i cel

Pseudotorbiel trzustki jest jednym z najbardziej istotnych klinicznie powikłań ostrego (OZT) bądź przewlekłego zapalenia trzustki (PZT). Przebieg naturalny zazwyczaj prowadzi do samoistnej resorpcji pseudotorbieli, jednak w niewielkim odsetku przypadków staje się ona objawowa i wymaga zdrenowania. Standardowymi metodami terapii są drenaże przezskórne bądź operacyjne. Cystogastrostomia endoskopowa jest mniej inwazyjną opcją u dorosłych. Celem pracy jest prezentacja serii przypadków pediatrycznych z pseudotorbielą trzustki, leczonych metodą cystogastrostomii endoskopowej.

Metody

W IPCZD wykonano zabieg cystogastrostomii u 13 pacjentów w wieku $11,7 \pm 4,3$ (średnia \pm SD). Pierwotnym rozpoznaniem było OZT 10(77%), guz Frantza po zabiegu chirurgicznym 2(15%), PZT 1(8%). Kryteria kwalifikacji do zabiegu zakładały: (1)obecność objawowej pseudotorbieli trzustki; (2)dystans pomiędzy światłem żołądka a pseudotorbieli <20 mm w TK; (3)widoczny wycisk pseudotorbieli na tylnej ścianie żołądka na początku zabiegu. Technika zabiegu obejmowała: nakłucie pseudotorbieli cystotomem przez ścianę żołądka, umieszczenie w jej świetle przewodnika pod kontrolą fluoroskopii, balonowe poszerzenie nacięcia (6mm), implementacja dwu protez typu double-pigtail 7Fr. Rozmiary pseudotorbieli wynosiły: $72 \pm 24 \times 90 \pm 37 \times 110 \pm 44$ mm, objętość: 524 ± 537 ml.

Wyniki

U 1 pacjenta zabieg był nieudany (krwawienie ze ściany żołądka po nakłuciu, zaopatrzone klipsami hemostatycznymi bez dalszych powikłań), u 1 pacjenta stwierdzono brak regresji torbieli po szybkiej samoistnej ewakuacji protez i wykonano drenaż operacyjny, 1 pacjent (z małą pseudotorbielą o wymiarach $35 \times 35 \times 35$ mm) powikłał się perforacją żołądka i wymagał chirurgicznego zaopatrzenia perforacji z pozostawieniem protez w świetle pseudotorbieli i następczą jej regresją. U 10 z 13 pacjentów (77%) zabieg był udany bez dalszych powikłań. U 5 pacjentów w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji doszło do samoistnej ewakuacji protez, u 5 usunięto je endoskopowo 198 ± 69 dni po cystogastrostomii, 1 pacjent nie był długotrwale obserwowany (pacjent hospicyjny z glejakiem po nieskutecznym leczeniu onkologicznym).

Wnioski

Cystogastrostomia endoskopowa jest skuteczną, bezpieczną i mało inwazyjną opcją drenażu objawowych pseudotorbieli trzustki.

Mała rzecz, duży problem - opis przypadku.

Tatiana Jamer¹, Natalia Olszak¹, Marcin Rasiewicz², Agnieszka Borys-Iwanicka¹, Elżbieta Krzesiek¹,
Tomasz Pytrus¹, Dariusz Patkowski²

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

3-letnia dziewczynka, bez istotnej przeszłości chorobowej, hospitalizowana z powodu oddawania smolistych stolców od około miesiąca. Dziecko w dobrym stanie ogólnym, bez odchyłań w badaniu fizykalnym. W badaniach laboratoryjnych jedynie dodatni wynik na krew utajoną w kale. Endoskopia gopp wykazała obecność ciała obcego w okolicy odźwiernika sięgającego do dwunastnicy - magnetyczne kulki o średnicy 4 mm oraz nadżerki i owrzodzenie błony śluzowej żołądka. Ciała obce usunięto kleszczykami, a następnie sprawdzono żołądek i dwunastnicę nie uwidaczniając ciał obcych. RTG jamy brzusznej, wykonane po endoskopii, wykazało 10 okrągłych obiektów ułożonych w „sznur paciorków”. Dziewczynka skierowana do Oddziału Chirurgii Dziecięcej i zakwalifikowana do zabiegu metodą laparoskopową. W trakcie zabiegu nie stwierdzono oznak perforacji, stanu zapalnego, zrostów ani przetoki jelitowej, wykonano gastroduodenoskopię pod kontrolą RTG potwierdzając obecność ciał obcych poza zasięgiem endoskopu. Wykonano laparotomię z enterotomią i usunięto z jelita cienkiego 10 magnetycznych kulek przyczepionych do błony śluzowej.

Oddawanie smolistych stolców jest zwykle wynikiem krwawienia z przewodu pokarmowego. Jedną z przyczyn krwawienia z przewodu pokarmowego może być uraz spowodowany obecnością ciała obcego. Rosnąca popularność zabawek magnetycznych spowodowała wzrost liczby przypadków połknięcia magnesów przez dzieci, co niesie znaczące i potencjalnie możliwe do uniknięcia, ryzyko zachorowalności, a nawet śmiertelności u dzieci.

Zgodnie z konsensusem NASPGHAN z 2015r., rodzaj i czas interwencji zależy od wielu czynników. W przypadku pojedynczego magnesu w przełyku lub żołądku u pacjenta bezobjawowego, można wdrożyć leczenie zachowawcze z kontrolnymi zdjęciami rentgenowskimi. W przypadku połknięcia więcej niż jednego magnesu, endoskopowe usunięcie ciał obcych jest wskazane nawet u pacjentów bezobjawowych, przed upływem 12 godzin. W europejskich zaleceniach ESPGHAN oraz ESGE z 2017r. w przypadku połknięcia magnesu, nawet pojedynczego, zaleca się pilne (do 24 godzin) usunięcie wszystkich przedmiotów w zasięgu endoskopu. Interwencja chirurgiczna jest wymagana, jeśli ciało obce znajduje się poniżej odźwiernika. Ważne jest, aby uwzględnić możliwość obecności ciała obcego w przewodzie pokarmowym w diagnostyce krwawienia z przewodu pokarmowego i szerzyć świadomość na temat niebezpieczeństwa związanego z przedmiotami zawierającymi magnesy.

**Pediatrician awareness of the button battery ingestion management:
a pan-European survey.**

Łukasz Dembiński, Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition,
Medical University of Warsaw, Poland

Sian Copley, Neonatal Unit, Royal Victoria Infirmary, Upon Tyne, Newcastle, UK

Aida Mujkić-Klarić, Department of Emergency Medicine, Clinical Hospital Merkur, Zagreb, Croatia

Berthold Koletzko, Department of Paediatrics, LMU-Ludwig-Maximilians-Universität Munich,
Division of Metabolic and Nutritional Medicine,

Dr. von Hauner Children's Hospital, University Hospital, LMU Munich, Munich, Germany

Zachi Grossman, Department of Pediatrics, Maccabi Health Care Services Pediatrics, Tel Aviv, Israel

Stefano Del Torso, ChidCare WorldWide CCWWItalia OdV, Padova, Italy

Adamos Hadjipanayis, Medical School, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus

Button batteries pose a significant health risk to children if ingested, leading to serious complications such as esophageal burns and necrosis due to the electrolysis process when in contact with mucous membranes. Despite the increasing incidence of such cases, there is a gap in pediatricians' awareness and training. This study, based on a survey conducted among 605 physicians across Europe, aimed to assess their awareness and knowledge of button battery ingestion management. The results indicate that 64.5% of respondents had encountered button battery ingestion cases, yet only 31.2% had received formal training. Awareness of current guidelines and confidence in managing these emergencies were low, with only 35.7% and 41.7% respectively reporting familiarity and confidence. A significant correlation was found between training and proper management of button battery ingestion cases, with trained physicians more likely to correctly identify symptoms (median of 7/9 vs. 6/9) and refer patients to hospitals promptly (90.8%). This study highlights the necessity for enhanced educational efforts by pediatric and gastroenterological societies to improve the knowledge and preparedness of pediatricians. Additionally, public awareness through social media and collaboration with various stakeholders was indicated by the respondents as crucial to prevent such incidents. The findings underscore the urgent need for comprehensive educational initiatives to mitigate the risks associated with button battery ingestion in children.

Porażenie nerwów obwodowych kończyny dolnej u 2 dzieci, jako powikłanie endoskopii przewodu pokarmowego przeprowadzonej w znieczuleniu ogólnym.

Elżbieta Krzesiek, Tomasz Pytrus, Katarzyna Akutko, Anna Kofla- Dłubacz

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

II Klinika Pediatrii Gastroenterologii i Żywienia

U 2 pacjentów z rozpoznaniem nieswoistego zapalenia jelit, po diagnostycznych badaniach endoskopowych przewodu pokarmowego, opisano powikłanie w postaci zaburzeń czucia w obrębie podudzia, niemożność chodzenia, stabilnego stania i poruszania stopą. Badania wykonane zostały planowo, w znieczuleniu ogólnym, w pozycji leżącej na plecach, ze zgięciem w stawach biodrowych oraz kolanowych, a w ich trakcie nie obserwowano zdarzeń niepożądanych. Po wybudzeniu pacjenci zgłaszali upośledzenie czucia, niemożność zgięcia grzbietowego stopy oraz zaburzenia chodu. Badaniem fizykalnym bez obrzęku, zmiany zabarwienia czy ucieplenia skóry, potwierdzono upośledzenie czucia powierzchownego i głębokiego w obrębie stawu skokowego i stopy lewej (u obojga), brak ruchów czynnych w obrębie stawu skokowego, stopy i chód koszący (u 13-letniej dziewczynki) oraz niemożność zgięcia grzbietowego stopy i palców, chód brodzący (u 12-letniego chłopca). Neurolog rozpoznał u dziewczynki porażenie nerwów piszczelowego i strzałkowego wspólnego lewego, u chłopca porażenie nerwu strzałkowego lewego. Stosowano witaminy z grupy B oraz rehabilitację, uzyskując stopniową poprawę w zakresie czucia oraz ruchomości kończyny dolnej i pełny powrót do zdrowia w ciągu 6 miesięcy.

Omówienie

Jatrogenne uszkodzenia nerwów obwodowych stanowią 8 - 25% wszystkich uszkodzeń nerwów obwodowych. Powikłanie to może mieć związek z samym zabiegiem operacyjnym, stosowanym znieczuleniem czy pozycją w jakiej pacjent jest unieruchomiony.

U opisanych pacjentów doszło do przejściowego uszkodzenia nerwów kończyn dolnych. Nie mieli oni czynników ryzyka neuropatii. Podczas oczyszczania jelita do zabiegu byli nawadniani pozajelitowo, nie mieli zaburzeń elektrolitowych. Badania wykonano w pozycji „żaby”, w której możliwy jest ucisk na nerw strzałkowy wspólny, nerw strzałkowy powierzchowny, a także uciśnięcie lub nadmierne rozciąganie nerwu kulszowego. Objawami neuropatii nerwu strzałkowego mogą być ubytki czucia w podudziu bocznym i łuku stopy, a także opadanie stopy, co obserwowano u tych pacjentów.

Wnioski:

Każda procedura medyczna niesie za sobą ryzyko powikłań.

W zapobieganiu im rolę odgrywa właściwe przygotowanie do zabiegu, w tym wygodne ułożenie- celowym wydaje się przyjęcie przez pacjenta komfortowej dla niego samej pozycji jeszcze przed znieczuleniem.

Jeśli pomimo zachowania wszystkich wymienionych warunków dojdzie do powikłania, ważne jest szybkie rozpoznanie i leczenie, aby zapobiec trwałym jego następstwom.

Różne oblicza połkniętych ciał obcych – opis przypadku.

Ilona Polasik, Grażyna Mierzwa

Pracownia Endoskopii, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

Wstęp

Połknięcie ciała obcego najczęściej zdarza się u dzieci w wieku 2-3 lat. Typowymi objawami są: ból w kl. piersiowej, kaszel, ból przy połykaniu, duszność, ślinienie się, dysfagia, brak apetytu, wymioty, bóle brzucha. Większość ciał obcych jest wydalana drogą naturalną. Część z nich wymaga interwencji endoskopowej.

Cel

Przedstawienie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u rocznej pacjentki z zapaleniem płuc, podejrzeniem guza w kl. piersiowej, których pierwotną przyczyną było połknięcie ciała obcego.

Metody

Bad. fizykalne, wywiad, bad. laboratoryjne: wskaźniki stanu zapalnego, badania obrazowe: rtg kl. piersiowej, TK kl. piersiowej, bronchoskopia, pasaż i endoskopia górnego odc. przewodu pokarmowego (fot. i wideo).

Wyniki

W wywiadzie rodzice podawali, że prawdopodobnie wystąpił incydent połknięcia części plastikowego niebieskiego klocka/zabawki? – bez dramatycznych objawów utknięcia, wystąpił tylko niewielki kaszel, dziecko przyjmowało pokarmy jak dotychczas, nie było płaczące. Rodzice nie zaobserwowali faktu wydalenia ciała obcego, w związku z tym kwestionowali połknięcie ciała obcego. Dwa tyg. później u dziewczynki wystąpił suchy kaszel, który utrzymywał się ponad 1,5 m-ca, z tego powodu była hospitalizowana w szpitalu rejonowym – w wykonanym rtg klatki piersiowej zmiany zapalne w płucach, leczona antybiotykiem z poprawą radiologiczną. Ze względu na nadal utrzymujący się kaszel przekazana do naszego referencyjnego ośrodka celem diagnostyki. W bad. laboratoryjnych wykazano niskie wykładniki zapalne, TK kl. piersiowej - perforacja przełyku z naciekiem zapalnym/ropniem śródpiersia?, przepchnięta tchawica ku przodowi, nie można wykluczyć niecieniącego ciała obcego w śródpiersiu. Pasaż gopp - ciało obce? naciek zapalny? ziarnina zapalna? na wysokości Th1/Th2, a powyżej poszerzony przełyk do 14 mm. Bronchoskopia: nie wykazała obecności ciała obcego, rozp. guz obturujący tchawicę?

Gastroskopia wykonana po 3 m-cach od „prawdopodobnego” połknięcia – przełyk zmieniony zapalnie, pseudopolipy, na wys. 12 cm od linii zębów ciało obce „wrośnięte” w ścianę przełyku – niebieska plastikowa część zabawki, usunięto endoskopowo w asyście laryngologa i chirurga ze względu na wysokie ryzyko perforacji przełyku.

Konkluzje

Długotrwałe utknięcie ciała obcego w przewodzie pokarmowym wymaga interdyscyplinarnego postępowania.

U małego pacjenta zawsze należy wziąć pod uwagę możliwość połknięcia ciała obcego.

Trudności diagnostyczne w chorobach pasożytniczych przewodu pokarmowego – TRICHUROZA – opis przypadku.

Ilona Polasik, Grażyna Mierzwa

Pracownia Endoskopii, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

Wstęp

Włosogłówka ludzka jest pasożytem powodującym robaczycę przewodu pokarmowego. Pasożyt występuje głównie w krajach rozwijających się o niskim statusie socjo-ekonomicznym, o klimacie ciepłym, wilgotnym, głównie u dzieci w wieku 4-10 lat. Choroba przebiega bezobjawowo, łagodnie lub jako ciężka postać z objawami ze strony przewodu pokarmowego: bolesne oddawanie płynnych stolców ze śluzem i krwią, wypadanie odbytnicy oraz niedokrwistością niedoborową, brakiem apetytu, zahamowaniem wzrostu i spadkiem masy ciała.

Cel

Przedstawienie postępowania diagnostycznego u 18-letniego pacjenta z nawracającymi bólami brzucha, głównie w rzucie kątnicy, parokrotnie z wysuniętym podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego, ostatecznie z rozpoznaniem infestacji włosogłówką.

Metody

Wywiad od pacjenta i matki, bad. laboratoryjne: wskaźniki stanu zapalnego, bad. obrazowe: usg jamy brzusznej (również w fazie ostrej), endoskopia dopp z bad. hist.-pat., TK jamy brzusznej.

Wyniki

Wiosną 2023 r. chłopiec 2-krotnie konsultowany w Izbie Przyjęć z powodu silnych bólów w prawym podbrzuszu, nudności, stanu podgorączkowego, palpacyjnie bolesność w prawym dole biodrowym. Hospitalizowany w oddziale chirurgii – podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego – w usg jamy brzusznej Grade IIa. Wdrożono leczenie zachowawcze. W bad. laboratoryjnych stwierdzano niskie wykładniki zapalne, kalprotektyna w normie, bez niedokrwistości. Stolce bez domieszek patologicznych, okresowo luźne. Nie wykonano badań parazytologicznych. Chłopiec leczony z rozpoznaniem IBS z poprawą. Z powodu nawrotu dolegliwości zakwalifikowano na kolonoskopię – stwierdzono zmiany zapalne zagięcia odbytniczo-esiczego, uwidoczniono żywego pasożyta (wygląd włosogłówki dwunastnicy – fot. i wideo), bad. wykonano do zagięcia śledzionowego, którego nie udało się sforsować. W TK j. brzusznej ściana esicy endofitycznie pogrubiała, fałdy poprzeczniczy w okolicy zag. śledzionowego pogrubiałe, wykazano dodatkową pętlę esicy. W bad. hist.-pat. przewlekłe zapalenie bł. śluzowej jelita grubego. Zalecono typową terapię farmakologiczną.

Konkluzje

W przypadku dolegliwości brzusznych u starszych/dorosłych pacjentów jako przyczynę etiologiczną należy również uwzględnić chorobę pasożytniczą.

Włosogłówka dwunastnicy powodowała u pacjenta dolegliwości sugerujące ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, jak również spowodowała zapalenie dystalnego odc. przewodu pokarmowego.

Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat opieki nad pacjentem z PRZEZSKÓRNĄ ENDOSKOPOWĄ GASTROSTOMIĄ (PEG).

Aleksandra Banaszkiwicz, Beata Winnicka, Marcin Banasiuk

Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie

Przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) jest powszechnie uznaną i akceptowaną metodą żywienia enteralnego u dzieci w przypadku gdy przez długi czas żywienie doustne jest niemożliwe lub nieefektywne. Obecnie, dzieci założonym PEG znajdują się na wszystkich oddziałach szpitalnych stąd tak istotna jest znajomość zasad jego pielęgnacji i używania wśród personelu pielęgniarskiego.

Cel

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat opieki nad pacjentem z PEG.

Metody

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Autorski kwestionariusz składał się z 23 pytań. Głównym punktem końcowym był odsetek respondentów z dobrym poziomem wiedzy na temat PEG definiowanym jako udzielenie prawidłowej odpowiedzi na >75% pytań. Ponadto, ocenie poddano odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie a także korelację pomiędzy poziomem wiedzy a wiekiem, wykształceniem oraz typem oddziału, w którym pracują ankietowani.

Wyniki

Do badania włączono 181 osób z personelu pielęgniarskiego. Wśród nich większość: stanowiły kobiety (98%), w wieku powyżej 35 r.ż. (61%), z wykształceniem wyższym (73,5%). Jedynie 42,4% respondentów posiada wiedzę na poziomie dobrym. Nie wykazano zależności między poziomem wiedzy a typem oddziału (zabiegowy i niezabiegowy; $p=0,567$) i wykształceniem ($p=0,315$). Natomiast długość stażu pracy miała istotnie statystyczny wpływ na poziom wiedzy ($p=0,043$). Najwięcej (90%) osób prawidłowo odpowiedziało na pytanie do „Co możemy podawać przez zgłębnik gastrostomijny?”. Natomiast najmniej osób (34,3%) poprawnie udzieliło odpowiedzi na pytanie: „Kiedy obracamy talerzyk zgłębnika gastrostomijnego?”.

Wnioski

Personel pielęgniarski nie posiada wystarczającej wiedzy na temat opieki nad pacjentem z PEG. Celowym wydaje się wdrożenie cyklicznych szkoleń z zakresu pielęgnacji pacjenta z PEG.

Wrodzona przepuklina przeponowa jako przyczyna krwawienia z przewodu pokarmowego u niemowlęcia.

Aleksandra Motkowska¹, Ewa Matuszczak², Aleksandra Czajkowska¹, Dariusz Lebensztejn¹, Beata Cudowska¹

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego jest stanem zagrażającym życiu, wymagającym pilnego ustalenia źródła dolegliwości i leczenia. Etiologia krwawienia jest zależna od wieku; do najważniejszych przyczyn u niemowląt należą: choroba krwotoczna, zaburzenia krzepnięcia, wrzód stresowy oraz nieprawidłowości anatomiczne i strukturalne naczyń krwionośnych. Wrodzona przepuklina przeponowa (congenital diaphragmatic hernia, CDH) jest to stan, w którym zawartość jamy brzusznej przedostaje się do klatki piersiowej przez otwór w przeponie, co może prowadzić do powikłań, takich jak hipoplazja płuc, nadciśnienie płucne, tachykardia lub ból brzucha.

Opis przypadku: 7-miesięczne niemowlę płci żeńskiej, ur. z c. I, p. I, w 37 tygodniu ciąży, drogą cięcia cesarskiego z masą ciała 1970 g, 6 pkt. Apgar, zostało przyjęte do oddziału gastroenterologicznego, z powodu nawracających od tygodnia, wielokrotnych, fusowatych wymiotów oraz jednorazowego oddania smolistego stolca. W badaniu fizykalnym z odchyleniem od normy stwierdzono zmiany naczyniowe na czole i potylicy oraz rozszczep wargi górnej. Badania dodatkowe wykazały niedokrwistość (hemoglobina 9,2 g%, hematokryt 27,5%, erytrocyty 3,58 mln/ul) i hipoproteinemię (4,85 g%). W USG jamy brzusznej nie opisano istotnych nieprawidłowości. Przeprowadzono diagnostykę różnicową, biorąc pod uwagę m.in. przyczyny infekcyjne, zaburzenia hematologiczne i zaburzenia krzepnięcia. Ze względu na wymioty obserwowane po każdej próbie karmienia, wykonano pasaż przewodu pokarmowego. Stwierdzono nieprawidłowe położenie żołądka, który był częściowo (około 2/3 jego objętości) przemieszczony do klatki piersiowej. Tomografia komputerowa klatki piersiowej potwierdziła rozpoznanie przepukliny przeponowej i dziecko zostało zakwalifikowane do zabiegu operacyjnego. Przeprowadzono operację laparoskopową przepukliny wślizgowej żołądka z fundoplikacją metodą Nissena. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Dziecko w stanie dobrym zostało wypisane do domu.

Wniosek: Niniejszy opis przypadku podkreśla znaczenie uwzględniania rzadszych przyczyn, takich jak m.in. wady wrodzone przewodu pokarmowego, w diagnostyce różnicowej przewlekłych wymiotów i krwawienia z przewodu pokarmowego u niemowląt.

Zabieg ERCP jako metoda leczenia pacjentów pediatrycznych hospitalizowanych z powodu choroby dróg żółciowych – sytuacja epidemiologiczna w Polsce w latach 2010-2022.

Karol Deptuch¹, Agnieszka Szlagatys - Sidorkiewicz², Beata Koń³, Michał Brzeziński²

¹ Szpital Morski im. PCK w Gdyni

² Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny

³ Narodowy Fundusz Zdrowia w Warszawie

Wstęp

W ostatnich latach wzrasta liczba dzieci, u których rozpoznaje się kamice dróg żółciowych. Jako potencjalne przyczyny postuluje się m. in. poprawę dostępu do diagnostyki i wzrost częstości czynników ryzyka, takich jak choroba otyłościowa. W leczeniu pacjentów z kamicią żółciową zaleca się leczenie zachowawcze, cholecystektomię, wykonanie endoskopowej wstecznej cholangiopankreatografii (ERCP) lub połączenie tych metod.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza demograficzna i epidemiologiczna populacji pacjentów w wieku 0-18 poddanych ERCP lub cholecystektomii w Polsce w latach 2010-2022.

Materiały i metody

Analizie statystycznej poddano pozyskane z NFZ dane o hospitalizacjach pacjentów w wieku 0-18 lat, którym w latach 2010-2022 postawiono rozpoznania K80-K83 oraz dane dotyczące wykonanych zabiegów ERCP lub cholecystektomii. Otrzymane wyniki porównano z danymi literaturowymi.

Wyniki

W latach 2010-2022 w związku z rozpoznaniem K80-K83 odbyło się 15581 hospitalizacji. 41% hospitalizacji wiązało się z wykonaniem zabiegu, którym w 10% przypadków było ERCP. 271 pacjentów poddano zarówno ERCP jak i cholecystektomii w ciągu roku. Mediana odstępu pomiędzy tymi zabiegami wyniosła ok. 30 dni.

Wnioski

Demografia pacjentów nie odbiega istotnie od danych światowych, jednak w warunkach polskich wykonanie obu zabiegów u jednego pacjenta zdarza się rzadko, a odstęp pomiędzy nimi odbiega od zalecanego. Wskazane jest pogłębienie analizy o dane pozyskane z pracowni endoskopowych.

6 | Sekcja Hepatologiczna

Analiza obrazu klinicznego pacjentów z rozpoznaniem stłuszczeniem wątroby - badanie jednośrodkowe.

Sabina Więcek^{1,3}, Marta Chrapek², Weronika Grzyb², Michał Kurnik²,
Paula Łasińska², Klaudia Hachuła², Urszula Grzybowwska-Chlebowczyk³

¹ Klinika Pediatrii, Katedry Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Koło Naukowe, Kliniki Pediatrii, Katedry Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach

Stłuszczenie wątroby jest coraz częściej stwierdzane w populacji pediatrycznej. W większości przypadków rozwija się w następstwie otyłości oraz zespołu metabolicznego. Jednakże może mieć związek ze schorzeniami metabolicznymi i/lub autoimmunizacyjnymi.

Pacjenci, metodyka:

Analizę retrospektywną objęto 100 pacjentów z rozpoznaniem w badaniach ultrasonograficznych stłuszczeniem wątroby. W analizie uwzględniono stan odżywienia, choroby współistniejące, wyniki badań laboratoryjnych (parametry uszkodzenia wątroby, cholestazy, parametry metabolizmu lipidów i węglowodanów) oraz badania obrazowe. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki:

W badanej grupie dziewczynki stanowiły 28%, a chłopcy 72%. Analizowani pacjenci byli w wieku od 4 do 18 lat (średni wiek: 12,90 lat). Wartość BMI wahała się od 18,90 do 46,00 (średnie BMI: 30,65). 3/100 (3%) pacjentów miało prawidłową masę ciała, 13/100 (13%) nadwagę, a 84/100 (84%) otyłość. Średnie stężenie cholesterolu całkowitego wynosiło 175,45 mg% (71,00 do 315,00 mg%). Średnie stężenie trójglicerydów wyniosło 125,56 mg% (23,00 do 320,00 mg%). U 6% pacjentów stwierdzono powiększenie wątroby, potwierdzone w badaniu usg. U 42% pacjentów wykazano podwyższone aktywności aminotransferaz, a u 27% podwyższoną aktywność GGT. U 57/100 pacjentów wykonano elastografię ze średnim wynikiem 3,97 kPa, u 8/57 stwierdzono zmiany o charakterze włóknienia.

6/100 badanych wykazało nieprawidłową glikemię na czczo. Średnia glikemia wyniosła 86,26 mg%, średni poziom insuliny wyniósł 22,97 mU/ml (2,71 do 246,00 mU/ml).

Wnioski:

Ze względu na rosnącą częstość występowania otyłości u dzieci, należy zwrócić uwagę na jej powikłanie pod postacią stłuszczenia wątroby.

Na szczególną uwagę zasługuje grupa pacjentów ze stłuszczeniem wątroby oraz z prawidłową masą ciała.

Bezpieczeństwo żywienia dojelitowego u pacjentów z atrezią zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych będących w trakcie kwalifikacji do przeszczepienia wątroby.

Marta Cyba, Irena Jankowska, Piotr Socha

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP-CZD, Warszawa

Cel: Celem pracy było porównanie bezpieczeństwa i częstości występowania powikłań związanych z żywieniem dojelitowym oraz pozajelitowym (TPN) u dzieci z ADŻ w trakcie kwalifikacji do LTx.

Metoda: To retrospektywne, jednośrodkowe badanie, w którym wzięło udział 38 pacjentów urodzonych w latach 2017-2020 (20 dziewczynek i 18 chłopców) z ADŻ po hepatoporoenterostomii zakwalifikowani do LTx. Rozpoczęcie żywienia pozajelitowego i umieszczenie na liście do przeszczepienia oparto na wskazaniach klinicznych.

Wyniki: Spośród 38 pacjentów, 12 pacjentów było żywionych całkowicie doustnie. 15 z nich żywiono częściowo drogą doustną, częściowo pozajelitową. U 6 pacjentów karmionych przez sondę nosowo - żołądkową (u 5 z nich w połączeniu z żywieniem doustnym) podjęto decyzję o włączeniu dodatkowo żywienia pozajelitowego (TPN). Łącznie opisano 7 powikłań żywienia dojelitowego i TPN. Zaobserwowano 1 przypadek wielokrotnego wypadnięcia zgłębnika nosowo-żołądkowego, co stanowi 9% pacjentów karmionych przez zgłębnik. Łącznie u 6 z 21 pacjentów karmionych pozajelitowego (29%) obserwowano powikłania. Średni czas trwania TPN wynosił 31 dni. Odnotowano 6 powikłań, m.in.: zakrzepica cewnika (n=1), zakażenie odcewnikowe (n=2), skórna reakcja alergiczna (n=1). Wszystkie komplikacje zostały pomyślnie rozwiązane.

Wnioski: Zarówno TPN, jak i żywienie dojelitowe są bezpiecznymi metodami wspomagania żywienia pacjentów z ADŻ będących w trakcie kwalifikacji do LTx.

Cholestatyczne uszkodzenie wątroby po przebyłym zespole hemolityczno – mocznicowym.

Joanna Ryżko

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Zespół hemolityczno - mocznicowy (HUS) związany z *E. coli* wytwarzającym toksynę Shiga (STEC) może wywołać zagrażające życiu powikłania (ostre uszkodzenie nerek, encefalopatię), a także powikłania żołądkowo - jelitowe. Jednak niewiele jest doniesień na temat uszkodzenia wątroby w przebiegu HUS - STEC.

Opis przypadku:

10 - letni chłopiec, dotychczas zdrowy, został przyjęty do Szpitala z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Od 4 doby po zabiegu chłopiec hospitalizowany w OIT z powodu ostrej niewydolności nerek w przebiegu HUS, posocznicy grzybiczej i bakteryjnej. W trakcie pobytu w OIT stosowano dializoterapię, antybiotykoterapię szerokowachlarzową. Z powodu narastania cholestazy zdecydowano o wykonaniu plazmaferez. Przy przyjęciu do naszej Kliniki w wynikach badań laboratoryjnych stwierdzono hiperaminotransferazemię (ALT 1186 U/l, AST 472 U/l), cholestazę (bilirubina całkowita/bezpośrednia 16.22 mg/dl/10.7 mg/dl, GGTP 2710 U/l, kwasy żółciowe 153 umol/l). W gastrokopii nie stwierdzono cech nadciśnienia wrotnego. W badaniu histopatologicznym opisano cholestatyczne uszkodzenie miąższu wątroby z towarzyszącym znacznym włóknieniem. Po 5 miesiącach od przebytego HUS w MRCP obraz dróg żółciowych może odpowiadać pierwotnemu stwardniającemu zapaleniu dróg żółciowych lub uszkodzeniu dróg żółciowych typu niedokrwiennego (ITBL) po przebyłym HUS oraz sepsie. W fibroscanie -CAP 202 dB/m, E 20.7 kPa. Po 8 miesiącach od zachorowania w kontrolnej gastrokopii stwierdzono cechy nadciśnienia wrotnego - żyłki przełyku I/II ze stygmatami zagrażającego krwawienia, zbyt małe do EVL.

Obecnie (po prawie 2 letniej obserwacji) w badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone aminotransferazy (ALT 108 U/l, AST 86 U/l), cholestazę (bilirubina całkowita/bezpośrednia 2 26 mg/dl/1.18 mg/dl, GGTP 230 U/l, kwasy żółciowe 45 umol/l), w morfologii krwi obwodowej cechy hipersplenizmu (PLT 120 tys/ul). W USG jamy brzusznej opisano hepatosplenomegalię, a w dopplerze - przepływ wrotny granicznej prędkości (V max 15 cm/s) oraz udroźnioną żyłę pępkową (szer. 4 mm, V max 13 cm/s). W gastrokopii opis zmian był porównywalny do poprzedniego (żyłki przełyku I/II zbyt małe do EVL). W fibroscanie opisano wzmożoną spoistość wątroby oraz stłuszczenie (CAP 265 dB/m, E 75 kPa).

Podsumowanie:

Niniejsza praca wskazuje na konieczność, u pacjentów po przebyłym HUS, monitorowania także funkcji wątroby z narastającym z czasem nadciśnieniem wrotnym i jego konsekwencjami.

Choroba Wilsona – schorzenie o podstępny przebiegu.

Wojciech Grabosz^{1,2}, Aleksandra Krajewska¹, Magdalena Słomińska-Frączek¹, Zuzanna Elmerych¹, Anna Liberek¹

¹ Oddział Pediatriczny, Szpital św. Wojciecha, Copernicus Podmiot Lecznicy Sp z o.o., Gdańsk

² Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatricznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Celem pracy jest przedstawienie przypadku 17,5-letniego dotychczas zdrowego chłopca, przyjętego pierwotnie do Kliniki Hematologii Dziecięcej z powodu miernie nasilonej niedokrwistości makrocytarnej (Hb 12,3g/dl, MCV 102,2fl) i małopłytkowości 121tys/ul). Ponadto podwyższona aktywność aminotransferaz (ALT 64U/l, AST 98U/l) i GGT 100U/l. Funkcja syntetyczna wątroby upośledzona-INR 1.71, cechy niewydolności nerek-kreatynina 1.45mg/dl, miernie podwyższone stężenie IgG całkowite-16.7g/l. W USG jamy brzusznej: nasilone włóknienie miąższu wątroby, śledziona miernie powiększona, obraz nerek jak w przebiegu nefrokalcynozy. W toku diagnostyki różnicowej wykluczono: infekcje wirusami pierwotnie hepatotropowymi (HBV, HCV, HAV), HIV, niedobór alfa-1-antyproteazy. W kons. kardiologicznej i Echo serca-bez odchyłań.

Pacjenta przekazano do O. Pediatricznego, gdzie kontynuowano diagnostykę zapalenia i włóknienia wątroby. Stwierdzono obniżone stężenie ceruloplazminy (0.11g/l), przy prawidłowym stężeniu miedzi w surowicy, bardzo wysokie wydalanie miedzi w dobowej zbiórce moczu (Cu 1253ug/24h) oraz hiperkalcurię. W badaniu okulistycznym pierścień Keyser'a-Fleischer'a. Ponadto podwyższona aktywność transaminaz (ALT 81 U/l, AST 93 U/l), cechy cholestazy (GGTP 101U/l, kwasy żółciowe 98.6umol/l, Tbil 1,39mg/dl, Dbil 0,97mg/dl).

Wysunięto podejrzenie choroby Wilsona, które potwierdzono badaniem molekularnym met. NGS – stwierdzono obecność dwóch patogennych wariantów c.969dup p.(Lys324Ter) oraz c.3207C>A p.His1069Gln(H1069Q), każdego w jednym allelu genu ATP7B (w ukł. heterozygotycznym). W skali diagnostycznej Ferenci pacjent uzyskał 10 pkt. W MRI mózgowia bez odchyłań. Wdrożono leczenie siarczanem cynku, suplementację wit. K, UDCA obserwując częściową poprawę w zakresie morfologii, obniżenie aktywności transaminaz i parametrów cholestazy, nadal INR miernie podwyższony, graniczne parametry wydolności nerek. Ze względu na zaawansowanie choroby – planowane włączenie pacjenta do programu lekowego czterochlorowodorkiem trientyny.

Choroba Wilsona (WD) jest schorzeniem o podłożu genetycznym zw. z nieprawidłowym odkładaniem miedzi w narządach. Choroba może przez długi czas pozostawać bezobjawowa i jest często diagnozowana na etapie zaawansowanego uszkodzenia narządów. Prawidłowe rozpoznanie i włączenie prawidłowego leczenia daje możliwość zahamowania/spowolnienia procesu odkładania się miedzi w ustroju, opóźnia wystąpienie powikłań wielonarządowych i ewentualną konieczność przeszczepienia wątroby.

Ile chorób autoimmunizacyjnych może mieć jeden mały pacjent?

Magdalena Słomińska-Frączek¹, Małgorzata Grabska-Kawalec^{1,2}, Joanna Renke³,
Magdalena Placek¹, Anna Liberek¹

¹ Oddział Pediatriczny, Szpital św. Wojciecha, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp z o.o., Gdańsk

² Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatricznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

³ Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Dziewczynka (CI, PI, Hbd38, 3820g, Apgar9 pkt) została przyjęta do O.Pediatricznego w 4 rż. z powodu zapalenia wątroby. Wywiad matka-cukrzyca typu I, bielactwo, ch.trzewna, ch. Hashimoto. U dziewczynki w 13 m.ż. rozpoznano cukrzycę typu I (apatia, wmożone pragnienie, słabe łaknienie, glikemia 350mg/dl). Insulinoterapia przeskórna za pomocą osobistej pompy insulinowej. W 15 mż w ramach badań przesiewowych (u dziecka z cukrzycą typu I) na podstawie badań serologicznych–wysokododatnie miano p/ciał p/TGA oraz p/EmA w klasie IgA i HLA-DQ2 i HLA-DQ8–dodatnie, rozpoznano chorobę trzewną–włączono dietę bezglutenową. W 22 mż na podstawie obrazu klinicznego (obrzęk, zaczerwienienie stawu kolanowego prawego i przeprowadzonej diagnostyki–rozpoznano młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów–do leczenia włączono Metotreksat-okresowa kontrola parametrów funkcji wątroby. W 4 rż biochemiczne cechy cholestazy zapalenia wątroby (ALT 387 U/l, AST 279 U/l, GGTP 691 U/l)–odstawiono Metotreksat–znaczný spadek aktywności aminotransferaz–toksyczne uszkodzenie wątroby? Ze względu na wywiad (schorzenia autoimmunizacyjne) poszerzono diagnostykę w kierunku autoimmunizacyjnego zapalenia wątroby (AIH): p/c SMA 1:3200, IgG–17 g/l, w biopsji wątroby „AIH z komponentą autoimmunizacyjnego zapalenia dróg żółciowych”–do leczenia włączono Encorton, ze względu na wahania glikemii zmodyfikowano terapię immunosupresyjną–Cyklosporyna A–stopniowo redukując dawki Encortonu–uzyskano remisję biochemiczną i immunologiczną. W 6 rż okresowo luźne stolce z domieszką krwi i śluzu, wykluczono infekcje przewodu pokarmowego o etiologii C. diff, Campylobacter, Salmonella, EHEC, Rota-Adeno-Norowirusowej, stężenie kalprotektyny w stolcu >1000 ug/ml, w badaniu endoskopowym przewodu pokarmowego rozpoznano wrzodziejące zapalenie jelita grubego. U pacjentki przeprowadzono szeroką diagnostykę immunologiczną–stwierdzono prawidłowe wartości subpopulacji limfocytów, podwyższenie stężenia IgG, Il 10, Il 6 i IFN g. Panel NGS 660 genów w kierunku wrodzonych błędów odporności–nie wykazał nieprawidłowości. Wykazano jedynie obecność heterozygotycznych wariantów w genach CIB1, C3 oraz SBDS. W toku badania metodą mikromacierzy.

Wnioski:

1. U pacjenta z rozpoznanym schorzeniem o podłożu autoimmunizacyjnym wskazane jest wykonanie podstawowych badań przesiewowych w kierunku potencjalnych powikłań i chorób współistniejących.
2. Stwarza to możliwość wczesnego rozpoznania.

Koincydencja zespołu Gilberta oraz choroby Wilsona. Trudności diagnostyczne i terapeutyczne.

Marta Lipiec, Magda Naorniakowska, Joanna Pawłowska, Wojciech Jańczyk, Piotr Socha

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IPCZD w Warszawie

Wstęp: Choroba Wilsona to metaboliczne zaburzenie, w którym dochodzi do odkładania się miedzi w wielu tkankach, głównie w wątrobie i ośrodkowym układzie nerwowym. W leczeniu stosuje się preparaty cynku oraz leki chelatujące miedź. Zespół Gilberta jest zaliczany do łagodnych hiperbilirubinemii czynnościowych. Występuje u 5-10% populacji.

Cel: Celem naszej pracy była analiza przypadków pacjentów z chorobą Wilsona i zespołem Gilberta.

Metody: Retrospektywna analiza historii medycznej pacjentów z zespołem Gilberta wśród 184 przypadków polskich pacjentów z chorobą Wilsona hospitalizowanych w latach 1996 -2020r. (Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka).

Wyniki: Częstość występowania zespołu Gilberta w wybranej populacji wynosiła 3%. U 100% pacjentów obserwowano łagodną hiperbilirubinemię przed rozpoczęciem oraz w trakcie leczenia choroby Wilsona. Aktywność aminotransferaz przed leczeniem była podwyższona u wszystkich pacjentów. Stężenie ceruloplazminy $\leq 0,2$ g/l było obniżone u 66% chorych. Najczęstszą patogenną mutacją w kierunku choroby Wilsona była p.H1069Q. W celu diagnostyki zespołu Gilberta u wszystkich pacjentów potwierdzono obecność homozygotycznego genotypu TA 7/7 w regionie promotorowym genu UGT1A1.

Wnioski: W przypadku hiperbilirubinemii pośredniej wskazane jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej w kierunku najczęstszych jej przyczyn. Niedostateczny efekt terapeutyczny - okresowa hiperbilirubinemia u osób leczonych z powodu choroby Wilsona wymaga pogłębionej diagnostyki i weryfikacji rozpoznania.

Praca wykonana w ramach grantu naukowego dla młodego badacza pod tytułem: "Czy niskie stężenie ceruloplazminy u pacjentów z potwierdzonym molekularnie zespołem Gilberta ma związek z układem heterozygotycznym choroby Wilsona lub rzadkimi mutacjami genów związanych z gospodarką miedzią?"

Korzyści z leczenia dzieci z przewlekłym zakażeniem HCV pangenotypowymi lekami o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym.

Maria Pokorska-Śpiewak, Ewa Talarek, Małgorzata Aniszewska, Magdalena Pluta,
Anna Dobrzeniecka, Magdalena Marczyńska

Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego WUM, Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

Cel: Analizowano skuteczność i bezpieczeństwo dwóch schematów pangenotypowych (sofosbuwir/welpataswir, SOF/VEL i glekaprewir/pibrentaswir, GLE/PIB) stosowanych w leczeniu WZW C u dzieci.

Metody: Porównano wyniki leczenia w dwóch grupach: 50 dzieci leczonych przez 12 tygodni SOF/VEL i 41 pacjentów leczonych przez 8 tygodni GLE/PIB. Skuteczność leczenia definiowano jako przetrwałą odpowiedź wirusologiczną (SVR12 – niewykrywalny HCV RNA) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia.

Wyniki: Obie grupy (SOF/VEL vs. GLE/PIB) nie różniły się pod względem płci i wieku ($10,0 \pm 2,5$ vs. $9,3 \pm 3,2$ lat, $p=0,18$). Większość dzieci była zakażona wertykalnie (94% i 93%, $p=0,8$) genotypem 1 HCV (74% i 61%, $p=0,31$). Większość dzieci nie była wcześniej leczona (94% vs. 98%, $p=0,41$). Wyjściowe mediany stężenia aminotransferazy alaninowej (ALT) nie różniły się: 48 IU/l (IQR 34-65) vs. 47 IU/l (35-68), $p=0,84$, podobnie jak wiremia HCV (średni \log_{10} $5,8 \pm 0,79$ IU/ml vs. $5,9 \pm 0,97$ IU/ml, $p=0,36$). U jednego dziecka w grupie SOF/VEL i u 2 w grupie GLE/PIB stwierdzono zaawansowane włóknienie (F2-3 w skali METAVIR). SVR12 uzyskano u 100% dzieci. Zdarzenia niepożądane (AE) zgłoszono u 40% pacjentów w grupie SOF/VEL i 41,5% w grupie GLE/PIB ($p=0,96$). Do najczęstszych należały: ból głowy, ból brzucha, zmęczenie, osłabienie i senność. Osłabienie wystąpiło jedynie w grupie SOF/VEL (12%, $p=0,02$), a świąd skóry jedynie w grupie GLE/PIB (7%, $p=0,05$).

Wnioski: Oba schematy pangenotypowe były skuteczne i bezpieczne.

Maralixibat – innowacyjne leczenie u pacjentów z zespołem Alagille’a.

Wojciech Grabosz^{1,2}, Agnieszka Sieczkowska¹, Aleksandra Krajewska¹, Anna Liberek¹

¹ Oddział Pediatriczny, Szpital św. Wojciecha, Copernicus Podmiot Lecznicy Sp z o.o., Gdańsk

² Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Celem pracy jest przedstawienie wyników leczenia 2-letniej pacjentki z potwierdzonym genetycznie zespołem Alagille'a inhibitorem zwrotnego wchłaniania kwasów żółciowych w jelicie krętym (IBAT).

Dziewczynka-CI,PI Hbd32+5,cc,m.ur.1450g,dł.45cm, Apgar 8pkt. W 8 d. przekazana do OITN z powodu narastających wykładników niewydolności nerek. W bad.dodatkowych stwierdzono cholestazę oraz podwyższoną aktywność transaminaz.

W związku z rozpoznaniem cholestazy wewnątrzwątrobowej w 3 m.ż. do leczenia włączono preparat UDCA. Od 5 m.ż. z powodu zapalenia wątroby diagnozowana w O. Pediatrycznym. U pacjentki stwierdzono dysmorfie twarzy (wydatne guzy czołowe,szpiczasta bródka,hiperteloryzm), w bad. dodatkowych hipertransaminazemię (ALT 90U/l,AST 79U/l) i cechy cholestazy (GGTP 638U/l,ALP 692U/l,kwasy żółciowe 24.1umol/l, Dbil prawidłowa), w USG jamy brzusznej hipoplazja nerki prawej, w badaniu ECHO zwężenie tętnic płucnych.

Na podstawie obrazu klinicznego, wyników badań i konsultacji wysunięto podejrzenie zespołu Alagille'a. Poszerzono diagnostykę o rtg kręgosłupa-bez obrazu kręgów motyli. W ocenie okulistycznej embryotoxon posteriori obuocznie. W celu potwierdzenia podejrzenia wykonano bad. genetyczne JAG1 (19.07.2022) oraz NOTCH2 (6.09.2022) wyniki ujemne. Jednak analiza NGS (13.06.2023) wykazała obecność patogennego wariantu c.703C>T p.(Arg235Ter) w jednym allelu genu JAG1 (w układzie heterozygotycznym)-wynik badania potwierdził rozpoznanie kliniczne JAG-1-zależnego z. Alagille'a.

Ze względu na uporczywy świąd skóry (przeczosy),niepokój nocny, mimo podaży UDCA włączono preparat IBAT – Maralixibat (Livmarli). Livmarli jest jedynym lekiem zarejestrowanym w leczeniu świądu w przebiegu cholestazy u pacjentów z zespołem Alagille'a. Lek włączono w początkowej dawce 0.2 ml, następnie zgodnie ze schematem zwiększono do 0.45 ml/d. Przejściowo obserwowano oddawanie luźnych stolców w 1. tygodniu leczenia. Po upływie 6 tyg. stopniowa poprawa w zakresie snu nocnego, ustąpienie niepokoju. Obserwujemy przyrost wzrostu i masy ciała (X 2023- 81cm 3 cc,10.3kg 26cc;IV.2024 -87cm 28 cc,11.6kg 33cc) oraz obniżenie aktywności transaminaz (30.01.23 ALT 160U/l, AST 149U/l; 04.24 ALT 101U/l, AST 93U/l).Stężenie kwasów żółciowych pozostaje na niskim poziomie. Ze względu na korzyści w zakresie jakości życia oraz prognozowane spowolnienie procesu włóknienia wątroby wskazana kontynuacja leczenia. Ponadto prowadzona jest standardowa terapia preparatem UDCA, supl. witamin pod kontrolą poziomu.

Nowe narzędzie w badaniach pacjentów pediatrycznych z chorobą Wilsona – linie komórkowe z dróg moczowych.

Joanna Bierła¹, Ilona Trojanowska¹, Wojciech Jańczyk², Justyna Chadam², Kamil Bąk²,
Piotr Socha², Andree Zibert³, Hartmut Schmidt⁴

¹ Pracownia Immunochemii i Alergologii Klinicznej, Zakład Biochemii Klinicznej,
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

² Oddział Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii,
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

³ Klinik für Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Niemcy

⁴ Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Transplantationsmedizin,
Universitätsklinikum Essen, Essen, Niemcy

Choroba Wilsona (WD) jest chorobą rzadką, która u dzieci i młodzieży ma różny przebieg kliniczny - od postaci bezobjawowych aż po ciężką niewydolność wątroby. Ograniczony asortyment terapeutyczny skłania do poszukiwania nowych leków – chelatorów miedzi – które zmniejszą uciążliwość leczenia oraz występowanie powikłań terapeutycznych. Dotychczas istniejące modele laboratoryjne (linii komórkowe czy zwierzęta z nokautem ATP7B) nie pozwalają w pełni odwzorować funkcjonowanie ludzkiej wątroby czy bariery krew/mózg. Dlatego uzasadnione wydaje się poszukiwanie nowych narzędzi laboratoryjnych, które najlepiej będą imitować prawdziwych pacjentów, m.in. na bazie komórek nabłonka układu moczowego, które mogą posłużyć do tworzenia linii pluripotencjalnych komórek macierzystych, a następnie być różnicowane w kierunku hepatocytów czy też neuronów. Jedynym problemem jest fakt, że procedury izolacji są opisane dla dorosłych, którzy jednorazowo wydalają 250-500ml moczu. Dlatego celem pracy było opracowanie procedur izolacji linii komórkowych z moczu dzieci i młodzieży z WD.

Do badań wykorzystano mocz pacjentów pediatrycznych z WD. Aby ograniczyć ilość martwych komórek i bakterii, zaproponowano ściśle określoną procedurę, zatwierdzoną przez lokalną Komisję Bioetyczną. Wszystkich pacjentów proszono o całkowite opróżnienie pęcherza rano, przez około 2 godziny picie do woli, a następnie pobieranie moczu ze środkowego strumienia do sterylnych pojemników. Do izolacji wykorzystano metodę Sauer (2016). Mierzono następujące parametry: objętość moczu; czas od oddania moczu do izolacji; czas pojawienia się pierwszych komórek w hodowli; czas pierwszego, drugiego pasażu i procedury zamrażania.

Do badania włączono mocz 10 pacjentów z WD (3 dziewczynki), mediana wieku 12,1 roku. (zakres 3,1-17,8). Średnia objętość moczu wynosiła 65 ml (11–100 ml). Mediana czasu od oddania moczu do izolacji wyniosła 21 minut (15–30 minut). Pierwsze komórki pojawiły się około 8 dnia po izolacji (4-10 dni), a pierwszy pasaż, odpowiadający konfluencji około 80-90%, miał miejsce w 12 dniu hodowli komórek. Mediana czasu drugiego pasażu wyniosła odpowiednio 4 dni, a dla zamrożenia linii komórkowej 3 dni. Tylko w jednym przypadku (18 ml) izolacja się nie powiodła.

Badanie wykazało, że przy ściśle określonej procedurze pobierania materiału możliwa jest skuteczna izolacja linii komórkowych nawet z bardzo małych objętości moczu pacjentów z WD.

Badanie było wykonane w ramach projektu G-G1/2019 i WilsonMed.

Noworodkowe stwardniające zapalenie dróg żółciowych uwarunkowane mutacją w genie DCDC2. Opis przebiegu choroby u trojga rodzeństwa.

Magda Mekrouda¹, Patryk Lipiński², Elżbieta Ciara³, Dorota Jurkiewicz³,
Irena Jankowska¹, Joanna Cielecka-Kuszyk⁴, Joanna Pawłowska¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii,
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

² Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki

³ Zakład Genetyki Medycznej, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

⁴ Zakład Patomorfologii, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Noworodkowe stwardniające zapalenie dróg żółciowych (ang. neonatal sclerosing cholangitis, NSC) należy do rzadkich cholangiopatii i jest główną kliniczną prezentacją ciliopatii związanej z mutacją genu DCDC2.

Do tej pory opisano w literaturze 34 pacjentów z NSC uwarunkowanym mutacją genu DCDC2. Najczęstszym objawem choroby jest żółtaczka cholestatyczna, pojawiająca się średnio w 5. tygodniu życia oraz ustępująca średnio w 3. miesiącu życia. Towarzyszy jej podwyższona aktywność aminotransferaz oraz GGTP oraz wysokie stężenie kwasów żółciowych. Objawy kliniczne mogą być takie jak u pacjentów z atrezią dróg żółciowych, ale w badaniu USG stwierdza się obecność pęcherzyka żółciowego. Prawie wszyscy opisani do tej pory w literaturze pacjenci rozwinęli cechy włóknienia lub marskości wątroby we wczesnym wieku, a około połowa z nich wymagała zabiegu transplantacji wątroby (średnio w 11. roku życia).

Autorzy przedstawiają opis przebiegu choroby u trzech pacjentów z jednej rodziny, z NSC potwierdzonym molekularnie pod postacią mutacji w genie DCDC2. U wszystkich opisywanych pacjentów stwierdzono cechy żółtaczki cholestatycznej w wieku noworodkowym lub niemowlęcym. U wszystkich dzieci stwierdzono również w okresie niemowlęcym znacznie podwyższoną aktywność ALT, AST, GGTP i wysokie stężenia kwasów żółciowych. W badaniach obrazowych (elastografia met. FibroScan, cholangio-MR) stwierdzono cechy świadczące o nasilonym włóknieniu wątroby. Wszystkie dzieci rozwinęły cechy nadciśnienia wrotnego – żylaki przełyku oraz hipersplenizm.

Wnioski: NSC uwarunkowane mutacją genu DCDC2 jest nowo opisaną cholangiopatią o niekorzystnym rokowaniu, często prowadzi do niewydolności wątroby. Jest zaliczane do ciliopatii, w przebiegu której dochodzi do malformacji płytki przewodowej (ang. ductal plate malformation, DPM) co stymuluje fibrogenezę. Pacjenci z cholestazą niemowlęcą i obecnością pęcherzyka żółciowego w badaniach obrazowych oraz z rodzin obciążonych wywiadem cholestazy u rodzeństwa powinni mieć wykonane badania molekularne.

Obraz kliniczny pacjentów z rozpoznaniem zespołem Gilberta - badanie jednośrodkowe. Czy zespół Gilberta jest tylko urodą?

Sabina Więcek^{1,3}, Weronika Roesler², Klaudia Sobik², Natalia Leszczyńska²,
Monika Kalicka², Urszula Grzybowska-Chlebowczyk³

¹ Klinika Pediatrii, Katedry Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Koło Naukowe, Kliniki Pediatrii, Katedry Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach

Zespół Gilberta jest łagodną, przewlekłą, genetycznie uwarunkowaną hiperbilirubinemią wolną dotyczącą 3-12% populacji. Zespół ten nie prowadzi do marskości wątroby i jej niewydolności, jednak w jego przebiegu często obserwuje się współistnienie innych schorzeń i/lub nadwrażliwości na leki.

Celem pracy była analiza obrazu klinicznego pacjentów pediatrycznych z rozpoznaniem zespołem Gilberta, diagnozowanych w Oddziale Gastroenterologii oraz Poradni Gastroenterologicznej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach.

Pacjenci i Metodyka: Analizą objęto 83 pacjentów, 52/83 (62,65%) chłopców oraz 31/83 (37,35%) dziewczynki, u których rozpoznano zespół Gilberta. W analizie uwzględniono wiek pacjentów w chwili rozpoznania, objawy kliniczne, wywiad rodzinny, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Wiek badanych pacjentów znajdował się w przedziale 1-18 r.ż., średni wiek w chwili postawienia rozpoznania wynosił 13,5 roku. W obrazie klinicznym dominowały: zażółcenie skóry i/lub twardówek (36/83, 43,37%) oraz ból brzucha (36/83, 43,37%). Przebieg bezobjawowy stwierdzono u 17/83 (20,48%) pacjentów. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku zespołu Gilberta prezentowało 5/83 (6%) dzieci.

Średnie stężenia bilirubiny wynosiło 46,4 $\mu\text{mol/l}$. Podwyższone aktywności aminotransferaz wykazano u 13/83 (15,66%), a GGTP u 7/80 (8,75%). Badanie ultrasonograficzne uwidocznilo powiększenie wątroby u 11/83 (13,25%), a śledziony u 11/83 (13,25%) pacjentów. U 8/83 (9,64%) pacjentów współistniała kamica żółciowa. 6/83 (7,23%) pacjentów pozostawało pod opieką poradni psychiatrycznej. 2/83 (2,4%) pacjentów miało rozpoznana anemię hemolityczną.

Wnioski: Zespół Gilberta jest łagodną hiperbilirubinemią niesprzężoną w większości przypadków o bezobjawowym przebiegu. Należy pamiętać o częstym współistnieniu schorzeń towarzyszących: kamicy żółciowej, anemii hemolitycznej i/lub nadwrażliwości na leki.

Ocena bezpieczeństwa i skuteczności szczepień u dzieci przed i po przeszczepieniu wątroby.

Maja Klauedel-Dreszler, Diana Kamińska, Maciej Dądalcki, Piotr Czubkowski, Irena Jankowska

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii,
Instytut Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

Celem badania była ocena statusu immunologicznego dzieci przed i w pierwszym roku po LTx, z uwzględnieniem odpowiedzi poszczepiennej (WZW B, błonica, tężec, odra) w celu stworzenia indywidualnego kalendarza szczepień oraz monitorowania bezpieczeństwa i skuteczności szczepień.

Metodyka

Grupa badana składała się z 28 dzieci (15 dziewczynek, 13 chłopców) z atrezią dróg żółciowych oraz 2 chłopców z zespołem Alagille'a. Średni wiek w chwili transplantacji wynosił 18 miesięcy, a mediana wieku 11 miesięcy [7- 71 m-cy]. Zbadaliśmy stężenie głównych klas immunoglobulin, subpopulacje limfocytów, stężenie przeciwciał anty-HBs i poszczepiennych przeciwbłonniczych, przeciwtężcowych oraz przeciwodrowych przed LTx, a także 6 i 12 miesięcy po transplantacji. Zebraliśmy dane o niepożądanych odczynach poszczepiennych przed i po LTx oraz epizodach ostrego odrzucania.

Wyniki

Badanie ukończyło 24 dzieci; 2 zmarło przed i 2 po LTx; 2 jeszcze nie przeszczepiono. Przed transplantacją 67% pacjentów miało hipergammaglobulinemię, a 33% prawidłowe stężenie immunoglobulin w surowicy, 27% prezentowało limfopenię wskutek hipersplenizmu. Przed LTx 83% badanych osiągnęło stężenie przeciwciał anty-HBs > 100 IU/ml, pozostałe 17% miało niższe stężenia mimo podania dawki przypominającej. Po przeszczepieniu wszystkie dzieci otrzymały przynajmniej 1 podwójną dawkę przypominającą szczepionki przeciw WZW B, gdy stężenie przeciwciał anty-HBs < 100 IU/ml. Cała grupa uzyskała ochronne stężenia przeciwciał przeciwbłonniczych i przeciwtężcowych przed LTx. U 58% dzieci stężenie tych przeciwciał spadło poniżej ochronnego w ciągu 6 miesięcy po transplantacji, więc podano dawkę przypominającą szczepionki, uzyskując stężenie ochronne. Wszystkie dzieci oprócz jednego osiągnęły ochronne stężenie przeciwciał przeciwodrowych przed LTx; 12 miesięcy po transplantacji jedynie 8 chorych utrzymało stężenie ochronne. Żaden chory nie rozwinął poważnych odczynów poszczepiennych przed i po transplantacji, a także epizodów ostrego odrzucania, które mogły mieć związek ze szczepieniem.

Wnioski

1. Szczepienie dzieci przed i po LTx jest bezpieczne.
2. W celu uzyskania i utrzymania ochronnego stężenia przeciwciał przeciwodrowych po LTx należy podać 2 dawki szczepionki przed przeszczepieniem.
3. Przypominającą dawkę szczepionki DTP (diphtheria, tetanus, pertussis) należy podać 6 miesięcy po LTx.

Ocena wartości diagnostycznej skali Ferenci w rozpoznawaniu choroby Wilsona.

A. Drab, M. Naorniakowska, W. Jańczyk, P. Socha

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii,
Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie

Choroba Wilsona (WD) jest rzadką chorobą wątroby, a jej rozpoznanie nadal stanowi wyzwanie dla pediatrów i gastroenterologów. Dane dotyczące zastosowania skali Ferenci u dzieci są ograniczone. Na podstawie dużej, jednośrodkowej bazy danych staraliśmy się ocenić trafność diagnostyczną punktacji Ferenci oraz jej wybranych parametrów.

Metody

Przeanalizowaliśmy historie choroby 170 pacjentów (78 chłopców, średni wiek $11,3 \pm 4$ lata) z chorobą Wilsona, u których rozpoznanie potwierdzono badaniami genetycznymi oraz dostępne były podstawowe parametry ze skali Ferenci. Oceniono badania czynności wątroby, obraz kliniczny, pierścień Kaysera–Fleischera i parametry metabolizmu miedzi. Wynik w skali Ferenci obliczono dla wszystkich testów oraz dla kombinacji stężenia ceruloplazminy i wydalania miedzi z moczem (C+Exc) jako podstawowych testów diagnostycznych.

Wyniki

Spośród wszystkich przypadków u 22 pacjentów stwierdzono ostrą niewydolność wątroby, u 144 przewlekłą chorobę wątroby lub hiperaminotransferazemię, a u 4 postawiono rozpoznanie na podstawie screeningu rodzinnego.

Ceruloplazminę (C) 100 mcg/24 h (Exc) stwierdzono u 95 (55,8%), kombinację C+Exc \geq 4 punkty stwierdzono u 34 (20%), \geq 3 punkty u 108 (63,5%) i \geq 2 punkty u 148(87%) ze 170 pacjentów, u których wykonano oba testy. Dwudziestu dwóch pacjentów uzyskało na początku badania 0 lub 1 punkt. Pierścień Kaysera–Fleischera zidentyfikowano u 8 i wykazano go u pacjentów, którzy uzyskali C+Exc \geq 3. Zawartość miedzi w wątrobie była w stanie potwierdzić diagnozę u 76 ze 124 pacjentów, którzy nie uzyskali 4 punktów na podstawie innych badań (z wyjątkiem badań genetycznych). Hemolizę zaobserwowano u 23 pacjentów.

Wnioski

W ramach podstawowej diagnostyki należy wykonać badanie stężenia ceruloplazminy i wydalania miedzi z moczem, a wynik \geq 2 daje duże podejrzenie choroby. Nadal znaczna liczba dzieci z chorobą Wilsona uzyskuje 0 lub 1 punkt. Zawartość miedzi w wątrobie może być pomocna w wybranych przypadkach, u pacjentów którzy nie uzyskali 4 punktów.

Przypadek 5-letniej dziewczynki z ospą wietrzną powikłaną posocznicą wywołaną St. pyogenes z wytworzeniem ropnia wątroby.

Ewa Matuszczak¹, Dariusz Lebensztein², Artur Sulik³

¹ Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Klinika Obserwacyjno – Zakaźna Dzieci Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Autorzy prezentują rzadki przypadek 5-letniej dziewczynki z ospą wietrzną powikłaną posocznicą wywołaną *St. pyogenes* z wytworzeniem ropnia wątroby. Dziewczynka została przyjęta do Kl. Obserwacyjno-Zakaźnej z powodu gorączki oraz braku apetytu. przed przyjęciem u dziecka rozpoznano ospę wietrzną, leczona była objawowo. Badania laboratoryjne krwi wykazały znacznie podwyższone parametry ostrej fazy, podwyższone stężenie fibrynogenu, d- dimerów, obniżony poziom antytrombiny III , hipoalbuminemię, hypopotasemię oraz niedokrwistość. Poszerzona diagnostyka obrazowa jamy brzusznej (usg TK) ujawniła obecność w segmencie 7 wątroby zmiany zapalnej z wytworzeniem ropnia o wymiarach 63x61x60mm. Z posiewu krwi uzyskano wzrost *St. pyogenes*. Dziewczynka została przeniesiona do Kliniki Chirurgii, gdzie w znieczuleniu ogólnym wykonano drenaż ropnia wątroby. Stan pacjentki poprawił się, obserwowano spadek parametrów stanu zapalnego. Po usunięciu drenażu ropnia wątroby, w stanie ogólnym dobrym, dziewczynka została przekazana do dalszego leczenia do Kliniki Gastroenterologii, a następnie wypisana do domu.

Ropnie wątroby mogą powstać na podłożu zakażeń krwiopochodnych. Jeszcze do niedawna ropnie wątroby prowadziły nieuchronnie do śmierci pacjenta — dzięki współczesnym możliwościom diagnostycznym i terapeutycznym ryzyko zgonu jest znacząco niższe (5-30%). Wczesne prawidłowe rozpoznanie i wprowadzenie leczenia daje szansę na wyleczenie u większości pacjentów.

Różna manifestacja kliniczna choroby Wilsona u dzieci.

Marta Flisiak-Jackiewicz, Anna Bobrus-Chociej, Kinga Trochimczyk, Dariusz Lebensztejn

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Choroba Wilsona jest zaburzeniem metabolizmu miedzi dziedzicznym w sposób autosomalny recesywny. Na skutek mutacji genowej błonowego ATP wiążącego miedź - ATP7B zlokalizowanym na chromosomie 13, dochodzi do nieprawidłowego wydalania miedzi przez wątrobę, co prowadzi do gromadzenia miedzi w tkankach, zwłaszcza w wątrobie i ośrodkowym układzie nerwowym oraz stopniowego uszkodzenia tych narządów.

W pracy przedstawiono serię 5 przypadków pacjentów z chorobą Wilsona (od 11 do 17 lat), hospitalizowanych w Klinice w latach 2023-2024. W diagnostyce różnicowej wykluczono przyczyny infekcyjne zapalenia wątroby, autoimmunizacyjne zapalenie wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, celiakię, mukowiscydozę, niedobór alfa-1-antytrypsyny i inne wybrane choroby metaboliczne.

U wszystkich chorych stwierdzano podwyższoną aktywność aminotransferaz, niskie stężenie ceruloplazminy w surowicy oraz wysokie stężenie miedzi w DZM. W czterech przypadkach odnotowano podwyższoną aktywność GGTP, a u jednego pacjenta dodatkowo hiperbilirubinemię i wysokie stężenie kwasów żółciowych, koagulopatię, hipoalbuminemię oraz hematologiczne cechy hypersplenizmu. U czwórki dzieci w USG jamy brzusznej opisano nieprawidłowości: w trzech przypadkach stłuszczenie wątroby, a u jednego pacjenta cechy rozpoczynającego się nadciśnienia wrotnego w przebiegu zmian marskich w wątrobie z towarzyszącą splenomegalią. U tego samego chorego w gastroskopii stwierdzono obecność żylaków przełyku, a w badaniu okulistycznym opisano obustronne zmiany odpowiadające tworzącemu się pierścieniowi Kaysera-Fleischera. Jedna z pacjentek prezentowała objawy neurologiczne: zawroty i bóle głowy, drżenia kończyn dolnych, mimowolne ruchy głowy, wahania nastroju i obniżenie koncentracji. U wszystkich dzieci wykonaną elastografię wątroby, za pomocą której potwierdzono stłuszczenie narządu u trojga badanych oraz włóknienie u jednego chorego. Badaniem genetycznym potwierdzono 2 patogenne mutacje w 1 allelu genu ATP7B u trojga dzieci, 1 patogenną mutację u jednego dziecka, a w jednym przypadku wynik oczekuje na potwierdzenie. Wszyscy pacjenci uzyskali przynajmniej 4 punkty w skali Ferenciego, spełniając kryteria rozpoznania choroby Wilsona. W jednym przypadku stwierdzono koincydencję choroby Wilsona z MASLD. Dwoje z pacjentów było rodzeństwem, a u ich rodziców wykryto wariant patogeny w jednym allelu genu ATP7B. Po włączeniu leczenia D-penicylaminą u wszystkich chorych zaobserwowano normalizację aktywności aminotransferaz.

Wrodzona nietolerancja fruktozy (fruktozemia) jako przyczyna stłuszczenia wątroby u 6-cio letniego dziecka – opis przypadku.

Anna Lebensztein, Anna Bobrus-Chociej, Kinga Trochimczyk, Marta Flisiak-Jackiewicz, Dariusz Lebensztein

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wrodzona nietolerancja fruktozy (fruktozemia) jest rzadką chorobą genetyczną (częstość w populacji polskiej wynosi 1:31000 urodzeń) dziedziczną autosomalnie recesywnie. Przyczyną choroby jest mutacja genu ALDOB na chromosomie 9 (9q22.3), który koduje aldolazę fruktozo-1-fosforanu. Spadek aktywności tego enzymu powoduje kumulację fruktozo-1-fosforanu w wątrobie, jelicie i nerkach. Ostateczne rozpoznanie choroby wymaga wykonania badania molekularnego, które polega na znalezieniu patogennych mutacji w genie ALDOB. Opis przypadku dotyczy 6-cio letniej dziewczynki hospitalizowanej z powodu słabych przyrostów masy ciała, stłuszczenia wątroby w ambulatoryjnie wykonanym USG oraz awersji do pokarmów słodkich i owoców. Z wywiadu ustalono, że niedostateczne przyrosty masy ciała występowały już w pierwszym roku życia a spożycie pokarmów słodkich wywoływało wymioty. Przy przyjęciu w badaniu przedmiotowym potwierdzono niedobór masy ciała (BMI <3pc). Badania laboratoryjne wykazały nieznacznie podwyższoną aktywność AST w surowicy (44 U/l) oraz podwyższone stężenie kalprotektyny w kale (494 ug/g). Nie stwierdzono biochemicznych cech cholestazy. W badaniu USG i elastografii dynamicznej (FibroScan) potwierdzono stłuszczenie wątroby (CAP=274), bez cech włóknienia (E=4,6). W diagnostyce różnicowej stłuszczenia wątroby wykluczono: MASLD, zakażenia wirusowe (HCV, HBV, CMV), toksyczne uszkodzenia wątroby (DILI), autoimmunizacyjne zapalenie wątroby (AIH), celiakię, mukowiscydozę i wybrane choroby metaboliczne (m. in. chorobę Wilsona, wrodzony niedobór alfa-1-antyproteazy). Podejrzewając fruktozemię wykonano analizę molekularną z wykorzystaniem sekwencjonowania NGS wykazując obecność patogennego wariantu c.48G>C p.Ala150Pro (A150P) oraz prawdopodobnie patogennego wariantu c.306_317dup p.(Val104_Ile107dup), każdego w jednym allelu genu ALDOB (w układzie heterozygotycznym). U dziecka zastosowano dietę bezfruktozową uzyskując stopniowe przyrosty masy ciała i normalizację aktywności aminotransferazy asparaginianowej.

Zespół ARC (Arthrogryposis, renal dysfunction, cholestasis) jako rzadka przyczyna cholestazy u niemowląt.

Aleksandra Szewc, Magdalena Kuropatwińska-Maniewska, Katarzyna Wołochowska, Anna Liberek

Oddział Pediatriczny, Szpital św. Wojciecha, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., Gdańsk

Zespół ARC to zespół uwarunkowany genetycznie. Objawia się głównie: wadami kończyn, dysfunkcją nerek, cholestazą. Towarzyszące patologie to m.in: wady OUN, dysfunkcja płytek krwi, infekcje o nietypowym przebiegu. Mutacje zwykle dotyczą genu VPS33B, rzadziej kompleksu VIPAR. Dotychczas opisano ok. 100 przypadków z ARC. Rokowanie jest złe, większość dzieci umiera przed ukończeniem 1 r.ż.

Noworodek 8-dniowy (CI,PI,HBD 38, APGAR 9, mc.2870g) został przekazany do O.Pediatricznego z Kl. Nefrologii Dziecięcej (białkomocz, glukozuria, podwyższony poziom kreatyniny) z powodu cholestazy.

Przy przyjęciu stwierdzono żółtaczkę, "nadmiar" skóry, wzmożone owłosienie okolicy L-S, pogłębioną lordozę lędźwiową, nisko osadzone uszy, micrognatię, przykurcz zgięciowy w st. biodrowych, kolanowych, deformacje stóp, dłoni, obniżone napięcie mięśniowe.

W bad. lab. stwierdzono cholestazę-Tbil/Dbil 8,11/6,51 mg/dl, k.żółciowe 22,9umol/l, niska aktywność GGTP 30U/l, ALT, AST, parametry funkcji nerek w normie, w bad. moczu glukozuria, białkomocz. W USG j. brzusznej drogi żółciowe nieposzerzone, p. żółciowy wąski/hipoplastyczny, kielichy nerek zaznaczone, bez poszerzenia UKM, w USG mózgowia ciało modzelowate wąskie-do obserwacji w kierunku hipoplazji/dysgenezy. Stosowano UDCA, suplementację wit. A,D,E,K.

Wykluczono zaburzenia metaboliczne met. GCMS, CDGS, galaktozemię. Ze względu na słaby przyrost masy prowadzono leczenie żywieniowe p.o. i przez zgłębnik nosowo-żołądkowy uzyskując poprawę m.c. Dziecko oddawało zmiennie zabarwione stolce- głównie zabarwione.

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań dodatkowych, konsultacji wysunięto podejrzenie z ARC- wykonano badanie genetyczne metodą NGS-wykryto patogenny wariant w obu allelach genu VPS33B potwierdzając rozpoznanie z.ARC.

U niemowląt z cholestazą, z przewlekłą niską aktywnością GGTP, z patologiami ze strony innych narządów, m.in. cechy dysmorfii, nerki, układ kostno-stawowy, mimo okresowo acholicznych stolców, konieczne jest poszerzenie diagnostyki o badania molekularne (możliwość rozpoznania rzadkich schorzeń genetycznych) w celu uniknięcia zbędnych, niebezpiecznych procedur inwazyjnych-biopsja wątroby, cholangiografia śródoperacyjna, zabieg operacyjny.

7 | Sekcja Nieswoistych Zapaleń Jelit

**Analiza pierwszych objawów pacjentów z bardzo wczesnym początkiem nieswoistego
zapalenia jelit (VEO-IBD) na podstawie materiału własnego.**

Maciej Zagierski, Michał Brzeziński, Agnieszka Zagierski,
Oliver Sowulewski, Agnieszka Szlagatys - Sidorkiewicz

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed

Rozpoznanie VEO IBD często następuje wielu problemów diagnostycznych. Początkowo pacjenci diagnozowani są w kierunku chorób o podłożu alergicznym, infekcyjnym, immunologicznym. Przeanalizowano pacjentów z IBD leczonych w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed w latach 2014-2024, u 12 pacjentów rozpoznano VEO-IBD [6 chłopców, średni wiek wystąpienia pierwszych objawów 27 miesięcy (6-60)]. U wszystkich pacjentów pierwszym objawem było krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, podwyższone stężenie FCP, u 5 dzieci początkowo rozpoznawano alergię pokarmową, u 1 pacjentki z najwcześniejszym początkiem objawów – obraz odpowiadał eozynofilowemu zapaleniu jelita, u 2 dzieci stwierdzono wgłobienie jelita, w tym u 1 pacjenta przeprowadzono laparotomie. U 4 dzieci rozpoznano zakażenia przewodu pokarmowego, u 1 dziewczynki - zapalenie stawów. U 7 dzieci już początkowo stwierdzano niedokrwistość. U 2 dzieci stwierdzono dodatni wywiad rodzinny w kierunku IBD. Ostatecznie u 2 dzieci rozpoznano chorobę Crohna, u pozostałych wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Wnioski: Pierwsze objawy VEO-IBD poza krwawieniem z przewodu pokarmowego są zróżnicowane, często wydłużają proces diagnostyczno-terapeutyczny. Zakażenia przewodu pokarmowego mogą poprzedzać rozpoznanie VEO-IBD.

Bezpieczeństwo i skuteczność leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci tofacitinibem.

Anna Orłowska-Wójcicka, Monika Meglicka, Anna Wiernicka, Joanna Sieczkowska-Gołub,
Marcin Osiecki, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Wstęp: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (ulcerative colitis - UC) to przewlekła choroba zapalna jelit, która ma charakter nawrotowo-remisyjny. Obecnie dostępnych jest wiele opcji terapeutycznych UC. Tofacytynib jest doustnym drobnocząsteczkowym inhibitorem kinazy janusowej (JAK), który hamuje proces zapalny zaangażowany w patogenezę UC.

Materiały i metody: Przeprowadzono retrospektywną analizę danych klinicznych 5 pacjentów z UC, którzy byli leczeni tofacitinibem przed ukończeniem 18 roku życia. Do analizy włączono wszystkich pacjentów leczonych tym lekiem w latach 2022-2024 w Klinice Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Wszyscy pacjenci otrzymywali wcześniej inne leki biologiczne (w tym inhibitor TNF- α) nie osiągając remisji klinicznej i endoskopowej, u 4 z nich stosowano wcześniej trzy lub więcej leki biologiczne. Mediana wieku pacjentów, u których włączano tofacitinib wynosiła 14 lat (10-16). Po 8 tygodniach leczenia oceniano odpowiedź kliniczną, którą zdefiniowano jako obniżenie punktacji w skali PUCAI (pediatric ulcerative colitis activity index) o 20 punktów.

Wyniki: U 3 pacjentów odstawiono lek po 8 tygodniach leczenia z powodu braku odpowiedzi klinicznej i endoskopowej. U 1 pacjenta po 8 tygodniach leczenia obserwowano odpowiedź kliniczną - obniżenie punktacji w skali PUCAI z 60 do 10 punktów - oraz endoskopową - zmniejszenie aktywności zmian zapalnych w obrębie błony śluzowej (z Mayo 3 do Mayo 2), lek odstawiono w 18 tygodniu leczenia z powodu udaru niedokrwiennego mózgu. U kolejnej pacjentki w 8 tygodniu obserwowano odpowiedź kliniczną - obniżenie punktacji w skali PUCAI z 35 do 0 punktów - i endoskopową - zmniejszenie aktywności zmian zapalnych w obrębie błony śluzowej (z Mayo 2 do Mayo 1). Pacjentka ta kontynuuje leczenie tofacitinibem od 14 miesięcy pozostając w remisji klinicznej i endoskopowej.

Wnioski: 1 z 5 pacjentów osiągnął długotrwałą remisję kliniczną i endoskopową podczas leczenia. W czasie stosowania tofacitinibu należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia ciężkich zdarzeń niepożądanych, w tym incydentów zakrzepowo-zatorowych.

**Bezpieczeństwo i skuteczność wedolizumabu w terapii nieswoistych zapaleń jelit
u dzieci z wyodrębnieniem grupy pacjentów o bardzo wczesnym początku choroby –
doświadczenia własne Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.**

Sylwia Fabiszewska, Edyta Derda, Edyta Szymańska, Marcin Osiecki, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Cel

Wedolizumab jest skuteczny w indukcji i utrzymaniu remisji u dorosłych z nieswoistym zapaleniem jelit. Liczba badań naukowych dotyczących populacji pediatrycznej jest wciąż ograniczona. Niniejsze retrospektywne badanie kohortowe ma na celu ocenić bezpieczeństwo i skuteczność wedolizumabu w terapii nieswoistych zapaleń jelit u dzieci z wyodrębnieniem szczególnej grupy chorych o bardzo wczesnym początku choroby.

Metody

Do grupy badanej zakwalifikowano dzieci z nieswoistym zapaleniem jelit leczone wedolizumabem. Do oceny skuteczności terapii wykorzystano wyniki badań laboratoryjnych, stan odżywienia i punktację w pediatrycznych skalach aktywności choroby. Analizę porównawczą zastosowano pomiędzy wizytami kontrolnymi (1., 4., 10. oraz 20. wizyta kontrolna) oraz pomiędzy dwoma grupami pacjentów, które podzielono ze względu na wiek wystąpienia pierwszych objawów choroby – pacjenci o bardzo wczesnym początku choroby (wiek pierwszych objawów <6r.ż.) i grupa pozostałych pacjentów (wiek pierwszych objawów ≥6 y.o. <18 y.o.).

Pierwszorzędownym punktem końcowym była kliniczna odpowiedź po terapii indukcyjnej (4. wizyta kontrolna). Drugorzędownym punktem końcowym było osiągnięcie remisji klinicznej po indukcji (4. wizyta kontrolna) oraz w fazie leczenia podtrzymującego (10. oraz 20. wizyta kontrolna). Przeprowadzono analizę statystyczną.

Wyniki

Do badania włączono 112 pacjentów pediatrycznych z nieswoistym zapaleniem jelit – 22 z chorobą Leśniowskiego-Crohna (CD), 90 z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (UC). Definicję bardzo wczesnego początku choroby spełniało 35 pacjentów. Po indukcji leczenia odpowiedź kliniczną obserwowano u 73/112 (65,2%) pacjentów (60 z UC oraz 13 z CD), a remisję kliniczną u 63/112 (56,3%) pacjentów (56 z UC oraz 7 z CD). W fazie podtrzymującej leczenie w remisji klinicznej na 10. wizycie kontrolnej znajdowało się 39/112 (34,8%) pacjentów (30 z UC oraz 9 z CD), a na 20. wizycie kontrolnej – 16/112 (14,3%) pacjentów (13 z UC oraz 3 z CD). Obserwowano poprawę wyników badań laboratoryjnych oraz status odżywienia pacjentów.

Wnioski

Wedolizumab jest bezpieczny i skuteczny w terapii nieswoistych zapaleń jelit u dzieci niezależnie od wieku wystąpienia pierwszych objawów choroby.

**Cechy kliniczne choroby zapalnej jelit o bardzo wczesnym początku w Instytucie
„Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie:
retrospektywne badanie jednośrodkowe.**

Anna Orłowska-Wójcicka, Maja Klaudel-Dreszler, Piotr Socha, Maciej Dądański, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Wstęp: Choroba zapalna jelit o bardzo wczesnym początku (very early onset inflammatory bowel disease - VEO-IBD) jest definiowana jako wystąpienie nieswoistego zapalenia jelit (IBD) przed 6. rokiem życia. W grupie dzieci z VEO-IBD w porównaniu do pacjentów o późniejszym początku choroby istnieje prawdopodobieństwo etiologii monogenowej związanej z wrodzonymi błędami odporności. Istnieją sprzeczne doniesienia na temat tego, czy VEO-IBD jest bardziej odporne na leczenie zachowawcze.

Materiały i metody: Przeprowadzono retrospektywny przegląd danych 55 pacjentów - 18 dziewcząt (33%) i 36 chłopców (67%), u których rozpoznano VEO-IBD, hospitalizowanych w latach 2006-2024.

Wyniki: U 11 pacjentów potwierdzono molekularnie wrodzony błąd odporności, wśród nich u 5 (45%) początkowo rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna (CD), a u 6 (55%) typ niesklasyfikowany (IBD-U). W pozostałej grupie pacjentów wrzodziejące zapalenie jelita grubego (CU) rozpoznano u 24 pacjentów, CD u 14 pacjentów, IBD-U u 7 pacjentów. Średni wiek pacjentów w chwili rozpoznania choroby wynosił $28,56 \pm 5,24$ miesięcy, u 3 pacjentów rozpoznano IBD o początku w wieku noworodkowym, u 18 rozpoznano IBD o początku w wieku niemowlęcym. Najczęstszym początkowym objawem były biegunka (77%), domieszka krwi w stolcu (75%), ból brzucha (59%), brak przyrostu lub utrata masy ciała (16%). Zmiany okołodbytnicze wystąpiły u 3 pacjentów (30%) z wrodzonym błędem odporności i u 3 (7%) u pozostałych pacjentów. U 11 pacjentów (19%) rozpoznano zakażenie *C. difficile*, w tym u 7 zakażenie *C. difficile* wystąpiło 2 lub więcej razy. W grupie pacjentów z wrodzonym błędem odporności całkowitego żywienia pozajelitowego wymagało 5 pacjentów (45%), w grupie pacjentów bez błędu odporności 12 pacjentów (27%). Liczba pacjentów, u których włączono leczenie biologiczne wynosiła w obu grupach odpowiednio 4 (36%) i 30 (68%) pacjentów. Leczenia operacyjnego w obu grupach wymagało odpowiednio 4 (36%) i 10 (23%) pacjentów. 6 (60%) pacjentów z wrodzonym błędem odporności poddano przeszczepieniu macierzystych komórek krwiotwórczych (HSCT).

Wnioski: U pacjentów z VEO-IBD szybka diagnostyka w kierunku wrodzonego błędu odporności ma ogromne znaczenie z uwagi na potencjalną decyzję o HSCT. Pacjenci z VEO-IBD w większości przypadków wymagają leczenia biologicznego.

**Częstość występowania infekcji SARS-CoV-2 i wpływ szczepień
na zachorowalność u polskich pacjentów pediatrycznych z nieswoistymi chorobami
zapaleniem jelit leczonych terapiami biologicznymi.**

Edyta Derda, Edyta Szymańska, Monika Meglicka, Anna Wiernicka, Marcin Osiecki, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Metody: Prospektywne, obserwacyjne badanie kohortowe mające na celu ocenę stanu zaszczepienia przeciwko COVID-19 i jego wpływ na przebieg choroby wśród dzieci i młodzieży z IBD leczonych terapiami biologicznymi. Kwestionariusz zawierał informacje dotyczące liczby dawek szczepionki, przyjmowanych przez pacjentów leków oraz aktywności choroby. Zaostrzenie choroby definiowano jako pogorszenie objawów IBD i zmianę leków na IBD.

Wyniki: Ankietę dotyczącą COVID-19 wypełniło łącznie 320 dzieci chorych na IBD, 169 z chorobą Leśniowskiego-Crohna– 52,8%, 150 z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego– 46,9%, 1 niesklasyfikowane –0,3%. W naszej kohorcie 141 (49,7%) pacjentów otrzymało terapię biologiczną: 13 pacjentów (9,2%) adalimumab (ADA), 54 (38,3%) infliksymab (IFX), 27 (19,1%) wedolizumab (vedo), 29 (20,6%) ustekinumab (ust), 6 – vedo + ADA (4,3%), 1 – IFX + vedo (0,7%), 11 – ust + ADA (7,8%). U 32 (22,7%) pacjentów w trakcie terapii biologicznej doszło do zakażenia Covid-19. w tym 2 miało ciężki przebieg (6,3%). 127 (39,7%) pacjentów otrzymało co najmniej 1 szczepionkę przeciwko Covid-19, w tym 8 (6,3%) zaraziło się w trakcie terapii biologicznej. 193 (60,3%) pacjentów nie było zaszczepionych, a 24 (12,4%) chorowało na tę chorobę w trakcie terapii biologicznej.

Wnioski: Pacjenci nieszczepieni chorują częściej niż zaszczepieni, a stosowanie leczenia biologicznego nie ma wpływu na częstość występowania infekcji Covid-19 lub ich przebiegu.

Czy chemeryna może być potencjalnym markerem stanu zapalnego u dzieci z nieswoistą chorobą zapalną jelit?

Izabela Murzyn, Katarzyna Zdanowicz, Anna Kopiczko, Gabriela Gronowicz, Dariusz Lebensztejn, Urszula Daniluk

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Nieswoista choroba zapalna jelit (NChZJ), obejmująca wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) i chorobę Leśniowskiego-Crohna (CHL-C), to przewlekłe, zapalne i wieloczynnikowe schorzenie przewodu pokarmowego. Chemeryna jest adipokiną związaną z procesami zapalnymi, gospodarką węglowodanową i tłuszczową oraz procesami zapalnym. Dotychczas nie analizowano poziomu chemeryny u dzieci z NChZJ. Celem badania był pomiar stężenia chemeryny w surowicy dzieci z NChZJ oraz określenie jej związku z markerami stanu zapalnego, kliniczną aktywnością choroby, obrazem endoskopowym oraz parametrami antropometrycznymi.

Materiały i Metody: Stężenie chemeryny zostało określone za pomocą testu immunoenzymatycznego (ELISA) u 60 dzieci z WZJG, 41 dzieci z CHL-C oraz 38 z zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego (Ctr).

Wyniki: Stężenie chemeryny w surowicy było istotnie wyższe u pacjentów z NChZJ w porównaniu do Ctr z najwyższymi wartościami tej adipokiny wśród dzieci z CHL-C. Zaobserwowano pozytywne korelacje chemeryny z białkiem C-reaktywnym (CRP), odczynem Biernackiego (OB), liczbą płytek krwi (PLT) oraz negatywne korelacje z hemoglobina (Hb) i albuminą. Nie zanotowano istnego związku chemeryny z kliniczną aktywnością choroby, skalami endoskopowymi i kalprotektyną w kale, zarówno u pacjentów z WZJG jak i CHL-C. W badanej grupie 9 dzieci z WZJG i 2 dzieci z CHL-C miało otyłość/nadwagę. W regresji liniowej nie stwierdziliśmy istotnego wpływu wskaźnika masy ciała (BMI) i cholesterolu całkowitego na stężenia chemeryny u dzieci z NChZJ, zaś u dzieci z UC stwierdzono istotny wpływ trójglicerydów na wartość chemeryny ($p=0.003$).

Wnioski: Stwierdziliśmy istotną różnicę w stężeniu chemeryny między dziećmi z WZJG, CHL-C i Ctr. Biorąc pod uwagę silną korelację chemeryny z markerami stanu zapalnego we krwi, potrzebne są dalsze badania w celu oceny przydatności chemeryny jako markera stanu zapalnego dla większej grupy dzieci z NChZJ.

Funkcjonowanie seksualne u osób z chorobami zapalnymi jelit.

Marta Kotkowicz-Szczur¹, Edyta Szymańska¹, Rafał Kisielewski², Jarosław Kierkuś¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

² Klinika Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii, Białystok

Problemy z intymnością i seksualnością są jednym z problemów pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit (NZJ). Wiele objawów, powikłań i konsekwencji tych zaburzeń może mieć wpływ na postrzeganie własnego ciała, intymność i funkcje seksualne. Co więcej, zaburzenia nastroju, w szczególności depresja, która jest głównym czynnikiem ryzyka dysfunkcji seksualnych, są powszechne w chorobach przewlekłych, takich jak IBD.

Według danych wskaźnik dysfunkcji seksualnych u pacjentów z NZJ wynosi od 45% do 60% u kobiet i od 15% do 25% u mężczyzn, czyli więcej niż w populacji ogólnej (tj. 30% i 5% u kobiet i mężczyzn,) [5, 6]

Opublikowane dane wskazują także, że pacjenci z NZJ doświadczają obaw związanych z postrzeganiem ciała, obniżonym libido, trudnościami seksualnymi i problemami z relacjami interpersonalnymi i/lub rodzinnymi [11–13]. Ogólnoeuropejskie badanie wykazało, że 40% pacjentów z NZJ zgłosiło, że ich choroba uniemożliwia im nawiązanie intymnego związku [14]

Populacja z NZJ wykazuje istotnie niższe wyniki w kwestionariuszach funkcji seksualnych w porównaniu z grupą kontrolną. Predyktorami dysfunkcji u pacjentów były sterydy, czynniki biologiczne, depresja i cukrzyca.

Obecnie nie ma formalnych zaleceń dotyczących postępowania w przypadku dysfunkcji seksualnych u pacjentów z NZJ. Niemniej jednak lekarze powinni być ich świadomi i starać się odpowiednio zająć tym problemem, ponieważ funkcje seksualne są jednym z głównych czynników wpływających na jakość życia pacjentów.

Jakość życia i poziom satysfakcji z efektów leczenia pacjentów pediatrycznych chorujących na nieswoiste zapalenia jelit oraz ich rodziców.

Agata Pieńkowska¹, Ewa Bandurska², Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz¹, Michał Brzeziński¹

¹ Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Centrum Rozwoju Kompetencji, Zintegrowanej Opieki i e-Zdrowia, Gdański Uniwersytet Medyczny

Nieswoiste zapalenia jelit (NZJ) rozpoznawane są co raz częściej u dzieci. Pacjenci Ci zmagają się nierzadko z ciężkim i lekoopornym przebiegiem choroby, która obniża ich jakość życia, zaburza rozwój psycho-społeczny oraz angażuje rodziców w opiekę nad nimi. W ramach pilotażu ogólnopolskiego projektu przeprowadzono badanie wśród dzieci i rodziców Szpitala im. Kopernika w Gdańsku. W badaniu użyto standaryzowanych i przetłumaczonych na język polski kwestionariuszy dotyczących jakości życia pacjentów i ich opiekunów: IMPACT – III, IBD Control, EQ-5D-Y, stanfordzkiej skali prezenteizmu (SPS-6) oraz Zarid Burden Interview. Poddaliśmy analizie wyniki 106 ankiet (53 pacjentów + 53 rodziców). Pacjenci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) ocenili średnio swój stan zdrowia na 69,8% (SD 25,7), a z chorobą Leśniowskiego- Crohna 78,7% (SD 14,5). Rodzice ocenili stan zdrowia swoich dzieci na 59,5% (SD22,1) dla WZJG i 66,3% (SD 15,4) dla choroby Crohna. 52.6% pacjentów z WZJG oraz 40% z chorobą Crohna oceniło, iż choroba miała negatywny wpływ na rodzinę. 29.7% rodziców zgłosiło, iż ich zdrowie ucierpiało kiedyś z powodu konieczności opieki nad chorym dzieckiem. Z analiz wynika, iż perspektywa choroby pomiędzy pacjentem i jego opiekunem różni się. Nieswoiste zapalenie jelit nie tylko istotnie obniża jakość życia pacjentów, ale również ich rodzin. Obecnie badanie prowadzone jest w 13 oddziałach gastroenterologii dziecięcej w Polsce.

Kompetencje zdrowotne rodziców dzieci z przewlekłą chorobą zapalną jelit a odczuwany poziom stresu oraz zadowolenie z opieki medycznej.

Agnieszka Pacut^{1,2}, Kinga Kowalska-Duplaga^{3,4}

¹ Międzykliniczny Ośrodek Leczenia Otyłości Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

² Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

³ Klinika Pediatrii i Gastroenterologii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

⁴ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia,
Wydział Lekarski Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Kompetencje zdrowotne (KZ) to "umiejętności poznawcze i społeczne, które określają motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, rozumienia i używania informacji w sposób, który prowadzi do promocji i utrzymania dobrego zdrowia". Wzrastająca częstość występowania w populacji pediatrycznej nieswoistych chorób zapalnych jelit (NZJ), których przewlekły charakter i trudny do przewidzenia przebieg wymagają stałego leczenia oraz podejmowania często złożonych decyzji terapeutycznych stanowi nie tylko wyzwanie dla lekarzy, ale także dla rodziców i opiekunów chorych dzieci. Rodzicielskie KZ mają istotny wpływ na zrozumienie istoty choroby oraz zapewnienie dziecku właściwej opieki. Oczekiwania co do efektów leczenia, konieczność wykonywania licznych badań i udzielania na nie zgody oraz potrzeba utrzymania stałego kontaktu z personelem medycznym, mogą być dla opiekunów źródłem stresu. Zarówno poziom KZ jak i stres mogą wpływać na poczucie satysfakcji rodziców z otrzymywanej przez nich oraz ich dziecko opieki i wsparcia ze strony personelu medycznego.

Celem badania była analiza poziomu KZ rodziców dzieci z NZJ oraz ocena zależności pomiędzy ich KZ a doświadczanym stresem i zadowoleniem z opieki medycznej.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem standardowych kwestionariuszy: HLS-EU-Q i PSS-10 oraz autorskiego narzędzia do pomiaru poziomu zadowolenia z opieki pediatrycznej. Badaniem objęto 105 rodziców dzieci z NZJ leczonych w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia USD w Krakowie.

Średnia wieku badanej grupy wyniosła 42 lata, a 79 % badanej grupy stanowiły matki. Adekwatny poziom KZ prezentowało 57% badanych. Nie stwierdzono zależności pomiędzy KZ, a zmiennymi socjo-demograficznymi, takimi jak: wiek, płeć czy wykształcenie. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy KZ a poziomem stresu ($r=0,31$; $p=0,005$) i zadowoleniem z opieki zdrowotnej ($r=0,32$; $p=0,004$).

Wysoki poziom KZ rodziców może zredukować odczuwany stres związany z chorobą oraz leczeniem dziecka, a także przyczynić się do wzrostu zadowolenia z opieki medycznej. W kontaktach z rodzicami chorych dzieci personel medyczny powinien zwrócić uwagę na umiejętności zdrowotne rodziców, gdyż ich poziom może wpływać na nasilenie odczuwanego stresu, a także na efektywne korzystanie z systemu ochrony zdrowia.

Naczyniakowatość limfatyczna jelita cienkiego jako rzadka przyczyna uogólnionych obrzęków – opis przypadku.

Monika Zbroja¹, Agnieszka Brodzisz¹, Magdalena Woźniak², Elżbieta Pac-Kożuchowska², Paulina Krawiec²

¹ Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Klinika Pediatrii i Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Enteropatia z utratą białka jest to zespół objawów klinicznych związanych z utratą białek osocza do światła jelita. Wyróżnia się pierwotną postać (wrodzona naczyniakowatość limfatyczna jelit) oraz wtórną w przebiegu różnych chorób przewlekłych.

Opis przypadku: Dziewczynka 8-letnia została przyjęta do szpitala z powodu uogólnionych obrzęków, wymiotów i bólu brzucha występujących od 10 dni. W ciągu 2 tygodni dziecko przybyło na wadze 4 kg. W badaniach laboratoryjnych z odchyłami stwierdzono hipoproteinemię z hypoalbuminemią. W USG jamy brzusznej w prawym śródbrzuszu uwidoczono unaczyniony obszar tkankowy 47x21 mm, nieco powiększoną trzustkę, liczne węzły chłonne zaotrzewnowe. W tomografii komputerowej jamy brzusznej uwidoczono bardzo liczne węzły chłonne krezkowe i zaotrzewnowe, obrzęk ściany jelita grubego, powiększenie trzustki oraz wolny płyn w jamie otrzewnej, przestrzeni zaotrzewnowej i jamach opłucnowych. Po konsultacji hematologicznej dziecko z podejrzeniem chłoniaka przeniesiono do Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej. Wykonane kolejne badania laboratoryjne potwierdziły nasiloną hipoproteinemię z albuminemią, hipogammaglobulinemią i znaczną limfocytopenię oraz podwyższone stężenie alfa-1-antytrypsyny w stolcu. Po konsultacji gastrologicznej na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych u dziewczynki rozpoznano enteropatię z utratą białka. W gastroskopii stwierdzono obraz odpowiadający naczyniakowatości limfatycznej dwunastnicy, potwierdzony badaniem histopatologicznym. W leczeniu stosowano dietę wysokobiałkową z ograniczeniem długołańcuchowych kwasów tłuszczowych i dodatkiem średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych. Poza tym dziewczynka wymagała kilkakrotnego podania 20% albumin. W wyniku zastosowanego postępowania stan pacjentki uległ poprawie. W kontrolnej gastroskopii wykonanej 1,5 roku po rozpoznaniu stwierdzono obraz odpowiadający naczyniakowatości limfatycznej dwunastnicy, jednak o wyraźnie mniejszym nasileniu.

Wnioski: Naczyniakowatość limfatyczna jelita cienkiego jest bardzo rzadkim schorzeniem, który wymaga odpowiedniej diagnostyki różnicowej. Z uwagi na unaczyniony obszar tkankowy w obrazie USG u pacjentki początkowo podejrzewano chłoniaka. Jednak korelacja obrazu klinicznego z wynikami badań laboratoryjnych, obrazowych i gastroskopii z biopsją dwunastnicy wskazała na enteropatię z utratą białka na tle naczyniakowatości limfatycznej dwunastnicy.

Nefropatia jako rzadkie powikłanie terapii wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Anna Plocek, Ewa Orman, Anna Skibińska, Ewa Toporowska-Kowalska

Klinika Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Kwas 5-aminosalicylowy (5-ASA) oraz leki biologiczne, w tym infliksimab (IFX), są powszechnie stosowane w terapii nieswoistych zapaleń jelit (nzj). Rzadkim powikłaniem leczenia może być ostre śródmiąższowo-cewkowe zapalenie nerek, które może stanowić także pozajelitową manifestację zapalenia jelit.

Opis przypadku dotyczy 11-letniego chłopca z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (wzjg), leczonego od rozpoznania pochodną 5-ASA (mesalazyna), a następnie z powodu zaostrzenia infliksimabem (IFX), u którego po podaniu drugiej dawki terapii biologicznej wystąpiła przewlekająca się gorączka, a w badaniach laboratoryjnych obserwowano podwyższone wskaźniki procesu zapalnego oraz cechy uszkodzenia nerek (podwyższone stężenie mocznika, kreatyniny, jałowa leukocyturia). Na podstawie rezonansu magnetycznego rozpoznano mikroropnie nerek. Wykluczono przyczyny infekcyjne i autoimmunizacyjne ropni. Zastosowano szerokowidmową antybiotykoterapię, uzyskując ustąpienie objawów klinicznych i normalizację badań laboratoryjnych. Po 2 tygodniach ponownie wystąpiły gorączka oraz cechy narastającego ostrego uszkodzenia nerek. Wykonano biopsję nerki, w której stwierdzono cechy ostrego śródmiąższowo-cewkowego zapalenia o prawdopodobnej etiologii polekowej. Po odstawieniu potencjalnie nefrotoksycznego leczenia (mesalazyna i IFX) czynność nerek wróciła do normy. Aktualnie pacjent otrzymuje preparat mykofenolanu mofetylu z dobrym efektem klinicznym (remisja wzjg).

Wnioski: 1. Nefrotoksyczność mesalazyny może ujawnić się na każdym etapie leczenia nzj. 2. Rola IFX jako czynnika nefrotoksycznego jest możliwa, wymaga jednak dalszych badań. 3. Stosowanie preparatów 5-ASA oraz IFX wymaga regularnego monitorowania funkcji nerek w celu uniknięcia niewydolności narządu. 4. Biopsja nerki umożliwia różnicowanie nefropatii polekowej oraz manifestacji nerkowej nzj.

**Nowe nieinwazyjne biomarkery stanu zapalnego jelit i zwiększonej przepuszczalności jelit
w nieswoistych chorobach zapalnych jelit u dzieci oraz ich korelacja z kalprotektyną w kale:
badanie pilotażowe.**

Edyta Szymańska¹, Joanna Bierla², Maciej Dadalski¹, Aldona Wierzbicka³,
Ewa Konopka², Bożena Cukrowska², Jarosław Kierkuś¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

² Zakład Patomorfologii Instytutu „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

³ Zakład Biochemii i Medycyny Doświadczalnej Instytutu „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Uważa się, że zwiększona przepuszczalność jelit odgrywa kluczową rolę w patogenezie nieswoistych chorób zapalnych jelit (ang. inflammatory bowel disease- IBD). Dlatego też, w ostatnim czasie kładzie się nacisk na wykorzystanie nieinwazyjnych biomarkerów zarówno w diagnostyce, jak i monitorowaniu IBD. Celem tego badania była ocena zonuliny w kale i surowicy oraz I-FABP w surowicy u dzieci i młodzieży z IBD oraz ich korelacja z kalprotektyną w kale (ang. fecal calprotectin - FCP).

Metody: U 71 osób: 32 pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ang. Crohn's disease - CD), 33 pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (ang. ulcerative colitis - UC) i 6 osób z grupy kontrolnej oceniono zonulinę w kale i surowicy oraz I-FABP w osoczu. Wartości korelowano z FCP i między sobą dla wszystkich dzieci objętych badaniem. Podczas wizyt kontrolnych w szpitalu pobierano próbki kału i próbki krwi. Następnie zbadano zonulinę w kale i surowicy, I-FABP i FCP za pomocą testu ELISA. Do analizy danych wykorzystano nieparametryczne testy statystyczne.

Wyniki: Wartości zonuliny i FCP w kale były wyższe u pacjentów z IBD w porównaniu z grupą kontrolną (CG): mediana dla CD - 46,0 (7,0-385,4) ng/ml, 252,0 (77,0-1054,2) ug/g; UC - 115,3 (50,7-418,3) ng/ml, 40 (16,0-1883,0) ug/g; CG - odpowiednio 60,8 (31,8-123,0) ng/ml, 41,5 (31,0-323,0) ug/g ($P < 0,05$). Nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy w stężeniach zonuliny i I-FABP w surowicy pomiędzy pacjentami a CG ($P = 0,55$). Jedyna odnotowana korelacja dotyczyła zonuliny w kale i FCP, a najsilniejsza występowała w przypadku CD: CD-R = 0,73, UC-R = 0,67, All-R = 0,67, CG-R = 0,65.

Wnioski: Na podstawie wyników można stwierdzić, iż jedynie zonulina w kale może być kolejnym, obok FCP, biomarkerem uszkodzenia jelit w przebiegu IBD. Jednakże zarówno zonulina w kale i surowicy, jak i I-FABP wymagają dalszych badań w celu oceny ich przydatności w diagnostyce i monitorowaniu IBD.

Ocena częstości występowania limfopenii u pacjentów leczonych azatiopryną i jej wpływ na przebieg choroby podstawowej.

Anna Kaput¹, Katarzyna Bąk-Drabik², Agnieszka Krzywicka², Anna Jarzumbek², Jarosław Kwiecień²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

² Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

Wstęp: Tiopuryny (azatiopryna i 6-merkaptopuryna), stosowane w celu podtrzymania remisji w chorobie Leśniowskiego-Crohna (ChLC), wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego (WZJG) oraz autoimmunologicznym zapaleniu wątroby (AZW) powodują wiele działań ubocznych. Jednym z nich jest leukopenia. Mniej wiadomo o częstości występowania limfopenii i wpływie tego zjawiska na przebieg schorzenia podstawowego.

Cel badania: Ocena częstości występowania limfopenii u pacjentów leczonych azatiopryną (AZA) w ośrodku gastroenterologicznym dla dzieci w latach 2017-2024 i jej wpływu na przebieg choroby podstawowej.

Materiał i metody: Dokonano retrospektywnej analizy 98 pacjentów pediatrycznych z chorobą ChLC, WZJG i AZW leczonych AZA, dokonując oceny parametrów morfotycznych krwi, stężenia metabolitów tiopuryn, średniej dawki AZA, parametrów antropometrycznych, aktywności choroby, stosowanego leczenia oraz towarzyszących infekcji. Grupę badaną stanowiły dzieci, u których stwierdzono limfopenię, natomiast grupę kontrolną pacjenci bez limfopenii. Limfopenię zdefiniowano jako zmniejszenie poziomu limfocytów $<1000/\mu\text{l}$, natomiast ciężką limfopenię $<500/\mu\text{l}$.

Wyniki: Limfopenię stwierdzono u 22 dzieci (22,4%) z czego tylko w 2 przypadkach była to ciężka limfopenia: w jednym przypadku miała charakter przejściowy, w drugim utrwalony. Grupa dzieci z limfopenią różniła się od grupy kontrolnej statusem odżywienia (BMI-SDS: $-0,29 \pm 0,75$ vs $0,32 \pm 1,08$, $p < 0,05$). Nie wykazano natomiast związku wystąpienia limfopenii z długością leczenia AZA, wiekiem włączenia AZA, dawką AZA kg/mc, stężeniem 6-TG w krwinkach czerwonych stosowaniem dodatkowego leczenia oraz płcią. W grupie dzieci z limfopenią wykazano istotnie statystycznie częstsze występowanie w ChLC w porównaniu z WZJG i AZW (90,91% vs 4,55% vs 4,5%, odpowiednio, $p < 0,05$) oraz u pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią choroby (45% vs 54%, odpowiednio, $p < 0,05$). Tylko w 4 przypadkach limfopenia miała charakter utrwalony. W pozostałych przypadkach miała charakter przejściowy. U 7 (31,81%) pacjentów stwierdzono częstsze występowanie infekcji dróg oddechowych oraz skóry (bez infekcji oportunistycznych).

Wnioski: Limfopenia u dzieci leczonych AZA jest częstym zjawiskiem, ale w większości przypadków miała charakter przejściowy, nie wiązała się z występowaniem infekcji oportunistycznych i nie wymagała modyfikacji leczenia. Zdecydowanie częściej występowała u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna i miała związek ze statusem odżywienia.

Ocena kosztów leczenia, jakości życia i snu rodziców dzieci z NZJ-badanie ankietowe.

Piotr Marczyński¹, Andrzej Wasilewski¹, Sylwiusz Kontek¹, dr Tomasz Pytrus²

¹ SKN Gastroenterologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego) u dzieci, ze względu na ich przewlekły charakter, wiążą się koniecznością ponoszenia wysokich nakładów związanych z leczeniem, żywieniem, komunikacją z oddziałem leczącym, absencją w pracy i innymi kosztami takimi jak pogorszenie jakości życia oraz snu rodzica.

Cel: Celem badania jest ocena kosztów leczenia oraz dobrostanu osób sprawujących opiekę nad dziećmi z NZJ.

Metody badawcze: Przeprowadzono badanie ankietowe dotyczące przebiegu choroby oraz kosztów leczenia dziecka, a także jakości życia oraz snu ich rodziców. Zastosowano certyfikowane kwestionariusze: WHOQOL-BREF, DASS-21 oraz PSQI.

Wyniki: Do badania włączono 90 opiekunów/rodziców dzieci z NZJ tj. 57 dzieci z ChLC i 33 dzieci z WZJG (52 chłopców, 48 dziewczynek). Średni koszt ponoszony przez opiekuna związany z leczeniem, żywieniem oraz komunikacją dziecka z NZJ wyniósł 537zł miesięcznie (odpowiednio dla ChLC 550zł, a WZJG 485zł). W skali roku wyniosło to 6444zł, co stanowi niemal 1,5 pensji minimalnej. Na koszt leczenia składały się zakupy leków, suplementów, wizyty u specjalistów oraz dojazdy. Przeciętna absencja w pracy związana z chorobą dziecka wynosiła ponad 1,5 dnia każdego miesiąca i była większa o niemal 5 dni w skali roku dla opiekunów chorych na WZJG. Z pośród badanych opiekunów niemal 30% zgłaszało konieczność wstawania w nocy z powodu stanu zdrowia dziecka, a jakość snu wg testu PSQI wynosiła 7,6 w porównaniu do 7 w populacji ogólnej (im większy wynik tym gorsza jakość snu). Najbardziej rozpowszechnionymi niedogodnościami związanymi ze snem były wielokrotne budzenie się oraz problemy z zaśnięciem. Wśród czynników wpływających na jakość życia 48,3% ankietowanych nie określiło swojego zdrowia choćby jako zadowalające, 46,9% określało swój stan materialny jako gorszy niż zadowalający, natomiast 50% nie posiadało warunków do realizacji swoich zainteresowań.

Wnioski:

- Opieka nad dzieckiem z NZJ niesie za sobą znaczne koszty zarówno materialne jak i pozamaterialne.
- U opiekunów dzieci z NZJ choroba dziecka wpływa negatywnie na pogorszenie jakości życia oraz snu w porównaniu do populacji ogólnej.
- Koszty finansowe, które ponoszą rodzice stanowią argument za poprawą refundacji leczenia przez NFZ oraz wdrożeniem bardziej rozbudowanego wsparcia dla rodziców.
- Straty pozamaterialne wskazują na potrzebę kompleksowej opieki psychologicznej zarówno dzieci jak i rodziców.

Ocena procesu przekazania pacjenta pediatrycznego z nieswoistą chorobą zapalną jelit do opieki dla dorosłych - badanie ankietowe.

Katarzyna Bąk-Drabik¹, Sabina Więcek², Sylwia Balcerowicz³, Edyta Bogusławska-Rupik³, Jarosław Kwiecień¹

¹ Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Oddział Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci, Szpital Kliniczny nr 1 w Zabrze

Wstęp: Proces przekazania pacjenta z nieswoistą chorobą zapalną jelit (NChZJ) z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych wiąże się ze zmianą lekarza prowadzącego oraz ośrodka, czasem również rodzajem stosowanej terapii, co wiąże się z niemałym stresem dla młodego dorosłego.

Cel pracy: Ocena procesu przekazania pacjenta pediatrycznego z NChZJ do opieki dla dorosłych.

Materiał i metody: Opracowaliśmy autorską ankietę, w której przygotowaniu pomagali nam dorośli już pacjenci z NChZJ oraz członkowie Towarzystwa J-elita. Ankiety rozpropagowano wśród byłych pacjentów Oddziału Gastroenterologii Dzieci w Zabrze i Oddziału Gastroenterologii i Pediatrii GCZD w Katowicach, opublikowano na stronie internetowej Towarzystwa J-elita oraz w mediach społecznościowych oraz rozesłano link do ankiety do wszystkich gastroenterologów dziecięcych dzięki uprzejmości PTGHiŻ uzyskując 76 odpowiedzi.

Wyniki badań: U 51,3% ankietowanych wystąpiły trudności w ustaleniu pierwszej wizyty w Poradni Gastroenterologicznej dla dorosłych, a najczęstszą z nich stanowił odległy termin (82,1%). Aż 59% chorych zdecydowało się skorzystać z wizyty prywatnej. U prawie 28% badanych w oczekiwaniu na wizytę doszło do pogorszenia stanu zdrowia. Dla 61% pacjentów pierwsza wizyta wiązała się z dużym stresem, a w 67% przypadków był obecny rodzic. U ponad połowy chorych (55%) to gastroenterolog dziecięcy pomagał w wyborze nowego ośrodka, a u 34,2% pacjentów bezpośrednio uczestniczył w ustaleniu terminu wizyty.

Tylko 42% badanych w wieku nastoletnim próbowało się przygotować do samodzielnych wizyt. Za szczególnie korzystne aspekty opieki pediatrycznej ankietowani uznali łatwość dostępu i kontaktu ze specjalistą, sposób udzielania informacji o stanie zdrowia, natomiast w opiece internistycznej doceniali dostęp do najnowszych terapii, możliwość brania udziału w badaniach naukowych i kontakt z dietetykiem.

Wnioski: Proces transferu pacjenta z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych jest w większości przypadków bardzo stresujący. Ważną rolę w wyborze ośrodka/lekarza oraz w dalszym procesie terapeutycznym nadal odgrywa rodzic. Mniej niż połowa dzieci przygotowuje się do samodzielnych wizyt. Największą trudnością w ustaleniu pierwszego terminu wizyty jest odległy termin w ramach NFZ, co w prawie 1/3 przypadków doprowadziło do pogorszenia stanu zdrowia. W przyszłości chcemy bardziej rozpropagować ankietę, a także stworzyć drugą część ankiety skierowaną do gastroenterologów dorosłych.

Ocena skuteczności Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED) w leczeniu dzieci z aktywną postacią choroby Leśniowskiego – Crohna.

Małgorzata Matuszczyk , Monika Meglicka, Anna Wiernicka , Dorota Jarzębicka,
Marcin Osiecki , Marta Kotkowicz-Szczur, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Wstęp: CDED stosowana w połączeniu z częściowym żywieniem enteralnym (PEN) jest obiecującą metodą leczenia aktywnej postaci choroby Leśniowskiego – Crohna (ChLC). Ustalenie jej miejsca w algorytmie leczenia w populacji pediatrycznej wymaga kolejnych badań naukowych. Metody: Do analizy włączono 48. dzieci z aktywną postacią ChLC, zdefiniowaną jako stężenie kalprotektyny w kale > 250 µg/g. U wszystkich pacjentów zastosowano leczenie żywieniowe indukujące remisję zgodnie z protokołem diety CDED + PEN przez okres 12. tygodni. Wyjściowo oraz w tygodniu 12. oceniono markery stanu zapalnego tj. stężenie kalprotektyny w kale i CRP, kliniczną aktywność choroby (mierzoną w skali PCDAI) oraz parametry stanu odżywienia. Wyniki: Spadek stężenia kalprotektyny w kale pomiędzy tygodniem 0 a 12. był istotny statystycznie (mediana =1045.00 µg/g; IQR = 1188.00 vs 363.00 µg/g; IQR = 665.00, odpowiednio, p < 0.05). Normalizację tego parametru po 12. tygodniach leczenia uzyskało 35% pacjentów, przy czym 50% spośród tych którzy byli wyjściowo w remisji klinicznej w stosunku do 27.6% w grupie, która prezentowała objawy kliniczne ChLC w momencie rozpoczęcia terapii. Spadek stężenia kalprotektyny w kale co najmniej o połowę uzyskała w sumie ponad połowa dzieci (54.17%). W grupie 29. pacjentów, którzy wyjściowo prezentowali objawy kliniczne ChLC, w tygodniu 12. 55% (16) uzyskało remisję kliniczną i 69% (20) odpowiedź kliniczną. W tej grupie spadek punktacji w skali PCDAI był istotny statystycznie (mediana= 20 punktów; IQR=7.5 vs 5.0 punktów; IQR=5.0, odpowiednio, p<0.05). Wszyscy pacjenci z prawidłowym wynikiem stężenia kalprotektyny w kale w tygodniu 12. byli w remisji klinicznej, a 16. (94,13%) z nich miało prawidłową wartość CRP. U wszystkich dzieci ze stwierdzonym wyjściowo niedożywieniem, które ukończyły 12. tygodniowy kurs leczenia żywieniowego, stwierdzono poprawę stanu odżywienia, w tym u ponad połowy BMI wzrosło o jeden kanał centylowy. Wnioski: 12. tygodniowy kurs leczenia CDED + PEN ma korzystny wpływ na stan odżywienia, kliniczną aktywność choroby oraz na gojenie śluzówki jelita u dzieci z aktywną postacią ChLC, jednak u większości chorych nie pozwala na całkowite wyleczenie zmian zapalnych. Efekty terapeutyczne wydają się być uzależnione od wyjściowego zaawansowania procesu chorobowego. Wydłużenie czasu stosowania diety eliminacyjnej może być potencjalną strategią poprawy skuteczności takiego leczenia, jednak wymaga to weryfikacji w kolejnych badaniach naukowych.

**Ocena stężenia kalprotektyny w kale, białka C- reaktywnego w surowicy krwi,
odczynu opadania krwinek czerwonych, seromukoidu i prokalcytoniny
w diagnostyce i monitorowaniu choroby Leśniowskiego-Crohna u dzieci.**

Katarzyna Akutko, Tomasz Pytrus, Barbara Iwańczak

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Rozwój algorytmów diagnostyki i monitorowania choroby Leśniowskiego-Crohna (CD) w oparciu o metody nieinwazyjne ma szczególne znaczenie u dzieci i jest przedmiotem wielu badań.

Cele:

Celem pracy była ocena przydatności oznaczania kalprotektyny w kale (FC), białka C-reaktywnego (CRP) w surowicy, odczynu opadania krwinek czerwonych (OB), seromukoidu (AAG) i prokalcytoniny (PCT) w diagnostyce różnicowej niezapalnych chorób przewodu pokarmowego i CD u dzieci oraz ich przydatności w określeniu fenotypu choroby.

Metody:

Do badania zakwalifikowano 47 dzieci z niezapalnymi chorobami przewodu pokarmowego i 54 z CD. Aktywność kliniczną i endoskopową CD oceniano w oparciu o pediatryczny wskaźnik aktywności CD (Pediatric Crohn's Disease Activity Index- PCDAI) oraz uproszczoną skalę aktywności endoskopowej CD (Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease- SES-CD).

Wyniki:

FC, CRP, OB, AAG były statystycznie istotnie wyższe u dzieci z CD w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,001$). FC korelowała z aktywnością kliniczną i endoskopową zgodnie z PCDAI ($r=0,338$; $p=0,012$) i SES- CD ($r=0,428$; $p=0,001$). Nieinwazyjne biomarkery nie korelowały z lokalizacją i objawami klinicznymi CD.

Wnioski:

FC, CRP, OB, AAG są przydatne w różnicowaniu CD od niezapalnych chorób przewodu pokarmowego u dzieci oraz w monitorowaniu przebiegu klinicznego choroby CD, ale nie w ocenie aktywności klinicznej i fenotypu choroby.

Ocena znaczenia polimorfizmów genu interleukiny 6 i genu receptora dla interleukiny 6 u dzieci z nieswoistą chorobą zapalną jelit.

Paulina Krawiec¹, Monika Lejman², Agnieszka Pawłowska-Kamieniak¹, Elżbieta Pac-Kożuchowska¹

¹ Klinika Pediatrii i Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Samodzielna Pracownia Diagnostyki Genetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ) to grupa przewlekłych zapalnych chorób przewodu pokarmowego o złożonej etiopatogenezie. Do rozwoju przewlekłego stanu zapalnego dochodzi w wyniku nadmiernej reakcji immunologicznej wyzwalanej przez czynniki środowiskowe u osób z predyspozycją genetyczną. Ważną rolę w aktywacji i rozwoju procesu zapalnego odgrywa interleukina 6. Heterogenny obraz kliniczny NChZJ może wynikać między innymi z polimorfizmów genów kodujących IL-6 oraz jej receptor.

Cel

Celem pracy była ocena częstości występowania wariantów polimorficznych genu interleukiny 6 (IL-6) i genu receptora dla interleukiny 6 (IL-6R) u dzieci z NChZJ oraz ich związku z fenotypem choroby.

Materiał i metody

Do badania włączono 50 pacjentów z NChZJ hospitalizowanych w Klinice Pediatrii i Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. W grupie kontrolnej znalazło się 20 zdrowych dzieci. U wszystkich dzieci pobrano krew obwodową celem izolacji DNA i dokonano oceny polimorfizmów RS10499563 genu IL-6 oraz RS4537545 genu IL-6R. Analizie poddano związek pomiędzy występowaniem badanych polimorfizmów a ryzykiem wystąpienia NChZJ i fenotypem choroby. Badanie uzyskało pozytywną opinię komisji bioetycznej.

Wyniki

Badaniem objęto 29 (52%) dzieci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i 21 (42%) z chorobą Crohna. Średnia wieku w momencie rozpoznania NChZJ wyniosła 13,17±3,6 lat. W grupie kontrolnej było 20 dzieci, których średnia wieku wyniosła 11,9±3,4 lat. W badanej grupie stwierdzono następujące rozpowszechnienie genotypów RS10499563 genu IL-6: 18/50 CT (36%), 32/50 TT (64%), a w grupie kontrolnej 2/20 CC (10%), 1/20 CT (5%), 17/20 TT (85%). Różnica w występowaniu poszczególnych genotypów genu IL-6 była istotna statystycznie ($p=0,004$). Występowanie genotypu CT genu IL-6 było związane z ryzykiem NChZJ w grupie badanej (OR 10,69; 95% CI 1.,31-86,59; $p=0,03$). W badanej grupie stwierdzono następujące rozpowszechnienie genotypów RS4537545 genu IL-6R: 15/50 CC (30%), 26/50 CT (52%), 9/50 TT (18%), a w grupie kontrolnej 11/20 CC (50%), 7/20 CT (35%), 2/20 TT (10%). Różnica w występowaniu poszczególnych genotypów genu IL-6R nie była istotna statystycznie ($p=0,14$).

Wnioski

Polimorfizm genu IL-6 może być związany z ryzykiem wystąpienia NChZJ u dzieci. Konieczne są dalsze badania oceniające rolę tego polimorfizmu jako czynnika prognostycznego w NChZJ.

**Podwójna terapia biologiczna w chorobach zapalnych jelit u dzieci:
ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia po 12 miesięcznej obserwacji.**

Magdalena Wlazło, Monika Meglicka, Anna Wiernicka,
Marcin Osiecki, Małgorzata Matuszczyk, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Cele: Ciężki przebieg chorób zapalnych jelit u dzieci opornych na konwencjonalne terapie stanowi powód do poszukiwania nowych metod terapeutycznych. Celem badania retrospektywnego była ocena skuteczności i bezpieczeństwa podwójnej terapii biologicznej w kohorcie pacjentów pediatrycznych z rozpoznaniem nieswoistej choroby zapalnej jelit o ciężkim przebiegu.

Metody: Analizie retrospektywnej poddano 29 dzieci z rozpoznaniem nieswoistej choroby zapalnej jelit, 19 pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (66%) i 10 z chorobą Leśniowskiego-Crohna (CD) (34%) leczonych w schemacie podwójnej terapii biologicznej. Mediana wieku w chwili rozpoznania wynosiła 5 (IQR, 1-15) lat i 14 (IQR, 3-17) lat w chwili zakwalifikowania do terapii podwójnej. Trzynastu (45%) pacjentów otrzymywało: wedolizumab/adalimumab (VDZ + ADA), trzynastu (45%) pacjentów ustekinumab/adalimumab (UST + ADA) oraz 3 (10%) infliksymab/wedolizumab (IFX + VDZ).

Wyniki: Remisję kliniczną ocenianą w skali wPCDAI/PUCAI uzyskano u 13 (45%; 7 UC, 6 CD) i 12 (41%; 7 UC, 5 CD) pacjentów po 4 i 12 miesiącach od dołączenia drugiego leku biologicznego. Odpowiedź kliniczną na podstawie wPCDAI/PUCAI stwierdzono u 16 (55%; 9 UC; 7 CD) i 12 (41% 7 UC; 5 CD) dzieci odpowiednio po 4 i 12 miesiącach obserwacji. Okres 12 – miesięcznej obserwacji osiągnęło 14 (48%) pacjentów. Mediana kalprotektyny w kale znacząco spadła z 1240 µg/g (53-10 100) do 160 µg/g (5-2500; p=0,004) pomiędzy wartością wyjściową, a 4 miesiącem obserwacji oraz z 749 ug/g na początku badania (57-10100) do 17 ug/g (5- 3110; p = 0,12) po 12 miesiącach leczenia. Remisję endoskopową uzyskało 34% (6UC, 4 CD) naszych pacjentów w trakcie 12-miesięcznej obserwacji.

Wnioski: Podwójna terapia biologiczna jest skuteczną, alternatywną opcją terapeutyczną u pacjentów z ciężkim przebiegiem nieswoistej choroby zapalnej jelit. Konieczne są dalsze badania z randomizacją celem określenia skuteczności i bezpieczeństwa podwójnej terapii biologicznej.

Powikłania po kolektomii u dzieci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego: analiza retrospektywna.

Paweł Ruciński, Katarzyna Akutko, Tomasz Pytrus

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia
ul. M. Curie-Skłodowskiej 50/52, 50-369 Wrocław

Zgodnie z opublikowanymi danymi 20-45% pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (ulcerative colitis- UC) będzie wymagało interwencji chirurgicznej podczas przebiegu choroby. Kolektomia może być skuteczną opcją leczenia UC opornego na terapię farmakologiczną, jednak w większości przypadków prowadzi do powikłań. U 50-75% dzieci z UC w ciągu 10 lat po kolektomii z wytworzeniem zespolenia jelita krętego z odbytem (ileal pouch-anal anastomosis- IPAA) istnieje istotne ryzyko występowania powikłań.

Cel

Celem badania było opisanie wpływu kolektomii na przebieg UC u dzieci pozostających pod opieką II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia we Wrocławiu.

Metody

Retrospektywnie przeanalizowano kohortę dzieci, która przeszła kolektomię z powodu opornego na leczenie farmakologiczne UC w latach 2018-2023. Dane epidemiologiczne, kliniczne, analityczne i endoskopowe przeanalizowano na podstawie historii medycznej bazy danych USK we Wrocławiu.

Wyniki

U 8 pacjentów z UC konieczne było przeprowadzenie kolektomii, w tym u 4/8 wykonano zespolenie jelita krętego z odbytem, u 1/8 zespolenie jelita krętego z odbytem z wyłonieniem ileostomii pętlowej oraz u 3 /8- ileostomii. Mediana wieku przy rozpoznaniu wynosiła 13,03 lat (SD 3,89). Mediana wieku przy kolektomii wynosiła 15,025 lat (SD 3,13). Mediana punktacji PUCAI przy kolektomii wynosiła 55 punktów (SD 16,76). Średni czas od diagnozy do kolektomii wynosił 2,12 lat. 7/8 pacjentów miało wskazania chirurgiczne z powodu oporności na terapię, 1/8 miało wskazania chirurgiczne pilne z powodu perforacji jelita. 7/8 pacjentów przed kolektomią było leczonych min. 1 lekiem biologicznym, z czego 6 pacjentów otrzymywało 2 leki biologiczne. U 7/8 pacjentów stwierdzono powikłania. Mediana czasu od kolektomii do komplikacji wynosiła 9 miesięcy (SD 8,81). Wśród pacjentów po zespoleniu jelita krętego z odbytem, u 3 obserwowano zapalenie zbiornika jelitowego, u 1 zapalenie kikuta jelitowego, u 3 nietrzymanie stolca, u 1 nie obserwowano powikłań. Wśród pacjentów z ileostomią obserwowano u 2 zapalenie błony śluzowej jelita cienkiego oraz u 1 wrzodziejące zapalenie kikuta odbytnicy.

Wnioski

Zapalenie zbiornika jelitowego (pouchitis) było najczęstszym powikłaniem u dzieci z odtworzoną ciągłością przewodu pokarmowego. Kohorta wykazała zbliżoną częstość powikłań w porównaniu do istniejącej literatury. Wskazane jest kontynuowanie badania w celu obserwacji częstości powikłań po kolektomii pacjentów z UC.

Przydatność diagnostyczna wskaźników płytek krwi jako markerów niedoboru żelaza u dzieci z nieswoistą chorobą zapalną jelit.

Paulina Krawiec, Elżbieta Pac-Kożuchowska

Klinika Pediatrii i Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Główną funkcją płytek krwi jest udział w procesie krzepnięcia i utrzymanie hemostazy. Trombocyty wykazują również aktywność w innych procesach biologicznych, w tym w odpowiedzi immunologicznej. Związek pomiędzy płytkami krwi a metabolizmem żelaza nie został w pełni poznany.

Cel pracy

Celem badania była ocena związku między markerami gospodarki żelazem a wskaźnikami płytek krwi u dzieci z nieswoistą chorobą zapalną chorobą jelit (NChZJ).

Materiał i metody

Do grupy badanej włączono 46 (61%) z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i 29 (39%) z chorobą Crohna hospitalizowanych w Klinice Pediatrii i Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. W grupie kontrolnej znalazło się 21 zdrowych dzieci. U wszystkich dzieci oznaczono morfologię krwi, OB, stężenie żelaza, transferyny, ferrytyny, białka C-reaktywnego (CRP) i obliczono wysycenie transferyny żelazem (satTRF). Niedokrwistość z niedoboru żelaza (IDA) rozpoznawano u dzieci z obniżonym poziomem hemoglobiny poniżej normy dla wieku i płci oraz satTRF <20% i stężeniem ferrytyny <30ng/ml. Badanie uzyskało pozytywną opinię komisji bioetycznej.

Wyniki

W grupie badanej u 27 (36%) dzieci rozpoznano IDA. U pacjentów z NChZJ i niedokrwistością z niedoboru żelaza liczba płytek krwi była istotnie wyższa ($453\ 222 \pm 129\ 684/\mu\text{l}$) w porównaniu do dzieci bez anemii ($381\ 312 \pm 133\ 852/\mu\text{l}$) ($p=0.01$). Wskaźnik średniej objętości trombocytów MPV ($10.85 \pm 1.90\text{fl}$) i wskaźnik rozkładu objętości trombocytów PDW ($8.87 \pm 1.53\text{fl}$) były istotnie niższe w grupie dzieci z IDA w porównaniu do dzieci bez niedokrwistości (MPV $12.08 \pm 2.09\text{fl}$, PDW $9.59 \pm 1.59\text{fl}$) (odpowiednio: $p=0.009$ i $p=0.02$). Stwierdzono istotne ujemne zależności pomiędzy liczbą płytek krwi a hemoglobina, średnią objętością erytrocytów (MCV), stężeniem żelaza w surowicy i satTRF oraz dodatnie z OB i stężeniem CRP. Wykazano dodatnie zależności pomiędzy wskaźnikami PDW i MPV a wartością hematokrytu, hemoglobiny i MCV, natomiast ujemnie z CRP i OB. Najwyższą przydatnością diagnostyczną w wykrywaniu niedokrwistości z niedoboru żelaza w grupie badanej wykazały: PDW z wartością pola pod krzywą ROC (AUROC) wynoszącą 0.708 (95%CI: 0.568-0.848) i liczba płytek krwi z AUROC 0.667 (95%CI: 0.542-0.793).

Wnioski

Zmiany w liczbie płytek krwi oraz wartości wskaźników PDW i MPV wykazują związek zarówno z niedokrwistością z niedoboru żelaza jak i toczącym się przewlekłym procesem zapalnym. Optymalizacja leczenia NChZJ może prowadzić do normalizacji liczby i parametrów płytek krwi.

**Przydatność kliniczna skali MINI (mucosal inflammation non-invasive index)
jako nieinwazyjnego wskaźnika oceny gojenia błony śluzowej u dzieci
i młodzieży z chorobą Leśniowskiego-Crohna.**

Katarzyna Akutko, Sonia Watras, Agnieszka Borys-Iwanicka, Tomasz Pytrus

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

Najważniejszym celem leczenia choroby Leśniowskiego- Crohna (CD) jest gojenie błony śluzowej (mucosal healing- MH), które zwykle ocenia się za pomocą inwazyjnych badań endoskopowych przewodu pokarmowego (GI), które są obarczone stosunkowo wysokim ryzykiem występowania powikłań. Dotychczas stosowane nieinwazyjne metody oceny aktywności CD wykazują niezadowalającą korelację z nasileniem zmian endoskopowych. Istnieje potrzeba opracowania nowych, nieinwazyjnych wskaźników aktywności błony śluzowej CD.

Celem pracy była ocena przydatności klinicznej stosowania wskaźnika zapalenia błony śluzowej (MINI) jako nieinwazyjnego wskaźnika do oceny MH u dzieci z CD.

Metody:

Do badania włączono 199 dzieci z CD, u których wykonano endoskopię przewodu pokarmowego. Do oceny aktywności klinicznej wykorzystano wskaźnik aktywności klinicznej CD u dzieci (PCDAI). Aktywność endoskopową oceniano uproszczoną endoskopową skalą aktywności choroby Leśniowskiego- Crohna (SES-CD). W pracy oceniano korelację pomiędzy wynikami badań laboratoryjnych, PCDAI i SES-CD oraz MINI.

Wyniki:

W grupie badanej stwierdzono silną dodatnią korelację pomiędzy MINI i PCDAI ($r= 0,52$, $p< 0,001$) oraz MINI i SES-CD ($r= 0,54$, $p< 0,001$). Wynik MINI wynoszący ≥ 15 punktów wskazywał na ciężką postać CD (definiowaną jako SES-CD ≥ 16 punktów) z czułością diagnostyczną wynoszącą 86% i swoistością wynoszącą 89%. Dodatkowo MINI było dodatnio skorelowane z liczbą białych krwinek ($r= 0,39$; $p< 0,001$) i płytek krwi ($r= 0,59$; $p= 0,007$), natomiast ujemnie z poziomem hemoglobiny ($r= -0,53$; $p< 0,001$).

Wnioski:

Ocena MINI jest przydatna w diagnostyce i monitorowaniu skuteczności leczenia u dzieci z podejrzeniem lub rozpoznaniem CD. Dodatkowymi zaletami MINI w ocenie nasilenia stanu zapalnego błony śluzowej jelit u dzieci z CD jest nieinwazyjność, obiektywizm, powtarzalność i prostota.

Przydatność ultrasonograficznej elastografii w diagnostyce zaburzeń wątroby u dzieci z chorobą Leśniowskiego-Crohna – wyniki wstępne.

Aleksandra Medyńska-Przęczek^{1,2}, Aleksandra Zawartka², Anna Stochel-Gaudyn², Andrzej Wędrychowicz²

¹ Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum,

² Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum

Wstęp: W ostatnich latach obserwuje się wzrost zapadalności na nieswoiste choroby zapalne jelit w populacji dziecięcej, w tym na chorobę Leśniowskiego-Crohna (CD). U ok. 30% pacjentów pediatrycznych z CD na różnych etapach choroby mogą wystąpić zaburzenia funkcji wątroby o różnej etiologii i różnym nasileniu. Dotychczas złotym standardem w diagnostyce tych zaburzeń pozostaje biopsja wątroby, która jest badaniem inwazyjnym, bolesnym, obciążonym ryzykiem powikłań takich jak krwawienie, a w populacji pediatrycznej wymagająca dodatkowo znieczulenia ogólnego. W związku z obciążeniami jakie niesie ze sobą biopsja wątroby poszukuje się mniej inwazyjnych i łatwiejszych metod do oceny tego narządu, a jednym z takich narzędzi, coraz szerzej wykorzystywanych w diagnostyce i monitorowaniu, jest ultrasonograficzna elastografia wątroby.

Cel: Celem naszej pracy była ocena występowania i nasilenia zaburzeń funkcji wątroby u dzieci z nowo rozpoznaną CD.

Materiał i metody: Do badania włączono 44 pacjentów z nowo rozpoznaną CD (25 chłopców, 19 dziewczynek w wieku 3-17,5 lat, średnio 16,5 roku). W tej grupie pacjentów oceniono poziomy parametrów wątrobowych (ALT, AST, GGTP), dodatkowo wykonano ultrasonograficzną elastografię wątroby metodą point shear wave elastography, której wyniki przedstawiono w kPa.

Wyniki: W badanej grupie u 5 pacjentów obserwowano podwyższone stężenie ALT (11%), u 8 pacjentów podwyższone stężenie AST (18%), wyniki te w żadnym z przypadków nie przekraczały dwukrotności górnej granicy normy. Dodatkowo u 8 pacjentów (18%) obserwowano podwyższone stężenie GGTP, u 4 pacjentów w tej grupie stężenie tego markera przekraczało trzykrotność normy laboratoryjnej. U 4 pacjentów (9%) stwierdzono nieprawidłowe wartości sztywności tkanek wątroby ocenione w czasie elastografii (2 dziewcząt i 2 chłopców, 7,18-13,84 kPa) – w tej grupie troje pacjentów miało również nieprawidłowe wartości transaminaz i GGTP, ostatecznie u dwojga z nich rozpoznano autoimmunologiczne zapalenie wątroby, a u jednego z pacjentów przewlekłe stwardniające zapalenie dróg żółciowych.

Wnioski: Wykorzystanie ultrasonograficznej elastografii w ocenie wątroby u dzieci z CD może przyczynić się do wczesnej diagnostyki chorób wątroby w tej grupie pacjentów, konieczne są jednak dalsze badania na większej grupie pacjentów aby ocenić skuteczność tego narzędzia diagnostycznego.

Przypadek Adenocarcinoma u 14-letniej pacjentki - Studium Przypadku.

Anna Dancewicz, Tomasz Pytrus, Mateusz Patyk, Urszula Zaleska-Dorobisz, Agnieszka Borys- Iwanicka

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

Opis przypadku

Pacjentka 14-letnia hospitalizowana była w Klinice Pediatrii Gastroenterologii i Żywienia we Wrocławiu celem diagnostyki epizodów bólów brzucha i wymiotów.

W wywiadzie rodzinnym pacjentki obserwowano przypadki nowotworów jelita grubego, jednak w wieku dorosłym. Dziadek od strony ojca zmarł z powodu adenocarcinoma, brat dziadka od strony matki miał rozpoznany adenocarcinoma G2, a rodzeństwo dziadka od strony matki- polipy jelita grubego.

Objawy, z którymi zgłosiła się pacjentka to nasilone bóle brzucha od 4 miesięcy, z epizodami wymiotów. Zmiany wyglądu oraz konsystencji stolca nie obserwowano, obecny był jeden epizod krwi w stolcu. W ciągu ostatnich tygodni przed rozpoznaniem pacjentka straciła 7kg masy ciała. Dodatkowo stwierdzono niedokrwistość mikrocytarną.

Z uwagi na brak poprawy stanu ogólnego, podejrzenie wgłobienia jelita, wykonano laparoskopię zwiadowczą, w której nie stwierdzono obecności guza. Wykonano gastroskopię, która wykazała zmiany odpowiadające gastropatii żółciowej. W toku dalszej diagnostyki nawracających epizodów wgłobień wykonano enterografię MR, która ujawniła w zstępnicy hiperechogenną strukturę o szerokości do 17 mm, pociągającą otaczające ściany jelit. Dalsze leczenie kontynuowano w Oddziale Chirurgii Dziecięcej- wykonano kolonoskopię z konwersją do laparotomii- stwierdzono na wysokości esicy- około 33 cm zmienione jelito z obecnością guza o wymiarach 3x2x2cm, który usunięto. Stwierdzono podwyższony marker raka jelita grubego- CEA 5,6 mg/dl. Wynik badania histopatologicznego wykazał adenocarcinoma G III naciekający całą grubość jelita i okoliczną tkankę tłuszczową, bez cech angioinwazji i neuroinwazji. Zbadano 11 węzłów chłonnych- 3 były zajęte przez adenocarcinoma. Stadium zaawansowania oceniono pT3 N1b Mx. Aktualnie dziewczynka znajduje się pod opieką Kliniki Onkologii Dziecięcej celem oceny onkopredyspozycji i zaplanowania dalszego leczenia.

Wnioski

Adenocarcinoma u dzieci jest rzadki i często diagnozowany w zaawansowanym stadium, co wynika z niespecyficznych objawów. U dzieci choroba ma bardziej agresywny przebieg, mniej korzystną histologię, wyższą częstość występowania przerzutów, gorsze wyniki leczenia w porównaniu do dorosłych. Poza przypadkami rodzinnego występowania u dzieci najczęściej dotyczy pacjentów z NZJ o długotrwałym przebiegu. Ważne jest wczesne wykrycie i dostosowanie strategii leczenia, z uwzględnieniem różnic w biologii nowotworu między dziećmi a dorosłymi.

Skuteczność i bezpieczeństwo infliksymabu w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci – dane z badania SATIMOS.

Joanna Sieczkowska-Gołub, D. Jarzebicka, A. Borys-Iwanicka, A. Korlatowicz-Bilar, A. Szaflarska-Popławska, U.
Grzybowska-Chlebowczyk, I. Łazowska-Przeorek, U. Daniluk, B. Korczowski, B. Sordyl, M. Szczepanik, P.
Landowski, A. Plocek, K. Bąk-Drabik, E. Zagórowicz, J. Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Wstęp: Infliksymab był pierwszym lekiem biologicznym stosowanym u dzieci i młodzieży z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Infliksymab jest lekiem z grupy anty-TNF. Celem tego badania była ocena bezpieczeństwa i skuteczności infliksymabu. Pacjenci włączeni do analizy byli leczeni głównie lekami biopodobnymi - biosymilarami.

Metody: Do tego prospektywnego, kohortowego, obserwacyjnego, wieloośrodkowego badania SATIMOS włączono dzieci i młodzież z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, które rozpoczęły leczenie infliksymabem. Wszystkie dane, w tym dane z wywiadu, dotychczasowy przebieg choroby, zostały zebrane elektronicznie za pośrednictwem bazy internetowej. Aktywność choroby oceniano za pomocą skali aktywności wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci (PUCAI).

Wyniki: Przeanalizowano wyniki 65 pacjentów (36 chłopców). 11 pacjentów rozpoczęło terapię lekiem Remicade (9 przeszło na lek biopodobny: 5 na Remsima, 4 na Inflectrę), 54 pacjentów rozpoczęło terapię lekiem biopodobnym (40 Remsima/14 Inflectra). Po 3 dawkach indukcyjnych łącznie u 72,3% pacjentów obserwowano odpowiedź na leczenie, a u 29,2% stwierdzono remisję. Po roku leczenia utrzymującą się remisję stwierdzono u 27,7% chorych. W grupie, w której zmieniono lek, nie wystąpiło żadne zdarzenie niepożądane (AE) bezpośrednio po zmianie leku. Najczęstszym zdarzeniem niepożądany była łagodna infekcja górnych dróg oddechowych, którą zgłosiło 18,5% pacjentów. Wystąpiły 2 SAE (3%): ciężka niedokrwistość i zakażenie dróg moczowych, u 9,2% pacjentów wystąpiła ostra reakcja alergiczna podczas przetoczenia leku.

Wnioski: Infliksymab jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia dzieci i młodzieży z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Upadacytynib w nieswoistych chorobach zapalnych jelit u dzieci – indukcja remisji.

Magdalena Wlazło, Anna Wiernicka, Monika Meglicka, Jarosław Kierkuś

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii IP CZD w Warszawie

Cele:

Celem analizy była ocena skuteczności i bezpieczeństwa terapii indukcyjnej upadacytinimibem u dzieci i młodzieży z ciężkim, opornym na leczenie nieswoistym zapaleniem jelit.

Metody:

Jedenaścioro dzieci (8 z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (UC), 3 z chorobą Leśniowskiego-Crohna (CD) z czasem trwania choroby 3 (1-10) lata, rozpoczęło leczenie z upadacytinimibem w wieku 14 (9-17) lat po niepowodzeniu wcześniejszych terapii.

Wszyscy pacjenci przed kwalifikacją do leczenia upadacytinimibem byli leczeni w przeszłości glikokortykosteroidami oraz poddawani leczeniu biologicznemu w tym: u 7 pacjentów (64%; 5 UC; 2 CD) stosowano 3 i więcej leków; u 3 (27%; 2 UC; 1 CD) 2 leki biologiczne; u 1 pacjenta (9%; UC) 1 lek biologiczny. Większość (73 %; 7 UC; 1 CD) miały zastosowane leki immunosupresyjne (azathiopryna, cyklosporyna lub metotreksat).

Indukcja remisji w UC wynosiła 8 tygodni, a w CD 12 tygodni.

Poprawę kliniczną zdefiniowano jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 20 punktów w skali PCDAI (Pediatric Crohn's Disease Activity Index) pomiędzy wartością wyjściową, a zakończeniem indukcji w CD oraz zmniejszenie wartości PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index) o tę samą ilość punktów w UC. Remisję kliniczną zdefiniowano jako obniżenie PCDAI poniżej 12,5 pkt oraz PUCAI poniżej 10 pkt.

Wyniki:

U dziewięciu pacjentów (81 %; 8UC; 1CD) uzyskano poprawę kliniczną ocenioną w skali PCDAI/PUCAI po indukcji leczenia. Remisję kliniczną po fazie indukcji osiągnęło sześciu pacjentów (55%; 5 UC; 1CD).

Mediana PUCAI zmniejszyła się z 62,5 punktów (40-80) do 10 punktów (0-20; $p = 0,009$) u pacjentów z UC. Mediana PCDAI obniżyła się z 20 punktów (20-50) do 5 punktów (5-45; $p = 0,15$) u pacjentów z CD. W czasie indukcji remisji mediana kalprotektyny w kale spadła z 2240 ug/g (109-15400) do 189 ug/g (38-2640 $p=0,1$). Ponadto u pacjentów z UC wykonano kontrolną fiberosigmoidoskopię po 8 tygodniach terapii. U 7 pacjentów (87,5%) odnotowano poprawę endoskopową w skali Mayo.

Wnioski:

Upadacytynib wydaje się skuteczną opcją terapeutyczną u pacjentów z ciężką postacią choroby zapalnej jelit. Konieczne są dalsze badania z randomizacją celem określenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leku w populacji pediatrycznej.

Wczesne markery intensyfikacji leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci.

Aleksandra Czajkowska¹, Katarzyna Zdanowicz¹, Jarosław Daniluk², Dariusz Lebensztejn¹, Urszula Daniluk¹

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Cel pracy

Celem leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) jest osiągnięcie szybkiej remisji i utrzymanie jej w długim okresie obserwacji. Terapia pozwalająca zachować remisję obejmuje kwas 5-aminoslicylowy (5-ASA) w łagodnym przebiegu i przeciwciała przeciwko czynnikowi martwicy guza (anty-TNF) w przypadkach o większym nasileniu choroby. Wciąż trwają poszukiwania predyktorów odpowiedzi na leczenie WZJG. Głównym celem badania była identyfikacja markerów klinicznych, biochemicznych i endoskopowych niepowodzenia leczenia 5-ASA w utrzymaniu remisji w ciągu 2 lat od rozpoznania.

Materiały i metody

Do badania włączono 82 dzieci z nowo rozpoznanym WZJG, monitorowanych przez kolejne 2 lata. Pacjentów podzielono na dwie grupy: I- utrzymująca remisję przy użyciu 5-ASA (n=56) i II – utrzymującą remisję przy stosowaniu anty-TNF (n=26). Analiza objęła parametry kliniczne (pediatryczna skala oceny aktywności WZJG (PUCAI)), wybrane parametry laboratoryjne oceniane w momencie rozpoznania (T₀) i 3 miesiące po postawieniu diagnozy (T₁) oraz wynik badania endoskopowego (skala Mayo, klasyfikacja paryska) przeprowadzono w momencie T₀. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testów Manna-Whitneya, chi², kolejności par Wilcoxon oraz regresji logistycznej.

Wyniki

Analiza porównawcza wartości markerów między Grupą I a II ocenianych w T₀ pokazała istotne różnice w wartości odczynu Biernackiego (OB), podczas gdy w momencie T₁ istotne różnice dotyczyły wartości leukocytów (WBC), hemoglobiny (Hb), płytek krwi (PLT), OB, neutrofilii (NEU), albuminy (Alb), wskaźnika PLT/Alb, fCa i PUCAI. Mimo redukcji ilości punktów wg PUCAI w obu grupach, tylko w Grupie I zanotowano istotną poprawę w wynikach większości analizowanych parametrów w T₁ w porównaniu do T₀. Zaś w Grupie II poprawa wyników dotyczyła tylko PLT, OB i wskaźnika PLT/Alb. Regresja logistyczna pokazała, że spadek ilości NEU zwiększa ryzyko intensyfikacji leczenia, a wzrost wartości Hb i wskaźnika PLT/Alb zmniejszają to ryzyko.

Wnioski

W naszej pracy brak normalizacji wartości Hb, Alb i NEU w ciągu 3 miesięcy od włączenia leczenia indukującego remisję jest związane z większym ryzykiem cięższego przebiegu choroby wymagającego intensyfikacji leczenia w ciągu 2 pierwszych lat od rozpoznania WZJG. Wybrane markery surowicze oceniane w czasie postawienia diagnozy i po 3 miesiącach może być pomocne w przewidywaniu, u których pacjentów 5-ASA może być niewystarczające do utrzymania długotrwałej remisji choroby.

Wpływ pentraksyny 3 na fenotyp choroby Leśniowskiego-Crohna.

Anna Kofla-Dtubacz¹, Lilla Pawlik-Sobecka³, Tomasz Pytrus¹,
Agnieszka Borys-Iwanicka¹, Joanna Górka-Dynysiewicz²

¹ II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

² Zakład Biochemii Farmaceutycznej,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

³ Zakład Podstawowych Nauk Medycznych i Immunologii. Zakład Podstawowych Nauk Medycznych,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

Cele i badania: Pentraksyna 3 [PTX3] jest białkiem ostrej fazy, należącym do grupy długich pentraksyn, które jako część humoralnego ramienia wrodzonej odpowiedzi immunologicznej odgrywa ważną rolę na wielu poziomach regulacji kaskady zapalnej. W inicjacji odpowiedzi immunologicznej PTX3 wiąże się ze specyficznymi ligandami, w tym PAMP (patogen associated molecular pattern – wzorców molekularnych związanych z patogenem) i DAMP (damage-associated molecular pattern - wzorców molekularnych związanych z uszkodzeniem), które aktywują szlak zależny od TLR (toll-like receptors - receptory toll-like). Pentraksyna 3 poprzez wiązanie się ze składnikami macierzy zewnątrzkomórkowej bierze również udział w przebudowie tkanek i w ich dalszym włóknieniu. Opublikowano korelację między stężeniem PTX3 a stopniem zwłóknienia wątroby. Wpływ PTX3 na fenotyp włóknienia w chorobie Leśniowskiego-Crohna nie został dotychczas omówiony.

Metody: Stężenie PTX3 w surowicy oceniano w grupie 71 pacjentów pediatrycznych z chorobą Leśniowskiego-Crohna, 33 z fenotypem zapalnym (B1), 38 z fenotypem zwężeniowym (B2) według klasyfikacji paryskiej i 20 dzieci w grupie kontrolnej.

Wyniki: Średnie stężenia PTX3 wynosiły: 0,928 ng/ml (95% CI: 0,758-1,098) dla fenotypu zapalnego (B1), 1,819 ng/ml (95% CI: 0,741-1,175) dla fenotypu zwężeniowego (B2) i 0,875ng/ml (95% CI: 0,681-1,068) dla grupy kontrolnej. Stężenie PTX3 osiągnęło najwyższe wartości w grupie B2, a najniższe w grupie kontrolnej. W celu porównania wyników pacjentów zastosowano nieparametryczny test ANOVA Kruskala-Wallisa dla wielu niezależnych prób. Za istotne statystycznie przyjęto różnice, dla których wartość $p < 0,05$.

Wnioski: Wykazano istotne statystycznie różnice w stężeniu PTX3 pomiędzy grupami o różnych fenotypach choroby Leśniowskiego-Crohna. Przedstawione badania wskazują na potencjalną rolę PTX3 w monitorowaniu przebudowy tkanek i rozwoju włóknienia w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna.

Nie zgłoszono konfliktu interesów.

Wpływ wyłącznego leczenia żywieniowego na stężenia czynników naczyniowzrostowych u dzieci z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Andrzej Wędrychowicz¹, Przemysław Tomasiak², Kinga Kowalska-Duplaga¹,
Stanisław Pieczarkowski¹, Krzysztof Fyderek¹

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia,

² Zakład Biochemii Klinicznej, Instytut Pediatrii Wydziału Lekarskiego,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Wprowadzenie: Wyłączne żywienie dojelitowe (EEN) jest skuteczną metodą terapii indukcyjnej w aktywnej chorobie Leśniowskiego-Crohna (CD) u dzieci. Mechanizm działania EEN nie jest do końca wyjaśniony, postuluje się, że może być związany ze stymulacją wydzielania mediatorów przeciwzapalnych. Czynniki naczyniowzrostowe odgrywają ważną rolę we wczesnym stadium zapalenia, stymulując angiogenezę i procesy gojenia w tkankach objętych stanem zapalnym.

Celem pracy była ocena wpływu EEN na stężenie TGF-beta 1, FGF oraz VEGF w stolcu i surowicy u dzieci z aktywną postacią CD.

Materiał i metody: Do badania włączono 35 dzieci z CD (18 chłopców, 17 dziewczynek, średnia wieku: 11,8 lat, zakres: 7–18 lat) oraz 25 zdrowych dzieci z grupy kontrolnej. Pacjenci byli leczeni EEN przez sondę nosowo-żołądkową, w 24 godzinny wlew na dobę przez 6 tygodni przy użyciu diety polimerycznej. Stężenia TGF-beta 1, FGF i VEGF w kale i surowicy oceniano przed EEN oraz po 1, 2 i 3 tygodniach EEN za pomocą testów immunologicznych ELISA (R&D Systems, USA).

Wyniki: Stwierdzono stężenia TGF-beta 1 w grupie CD porównywalne z grupą kontrolną w stolcu (155,8 vs 157,7 ng/ml, p=NS) i w surowicy (32,1 vs 28,1 ng/ml, p=NS) na początku badania, zwiększające się po 1 i 2 tygodniach (w stolcu do 564,9 i 521,3 ng/ml, a w surowicy do 53,1 i 55,5 ng/ml, p<0,05) oraz zmniejszające się po 3 tygodniach (odpowiednio 217,3 ng/ml i 29,0 ng/ml) EEN. Oceniając stężenia FGF w grupie CD, stwierdziliśmy, że są one porównywalne z kontrolnymi w stolcu (30,4 vs 26,3 ng/ml, p=NS) i w surowicy (6,0 vs 5,0 ng/ml, p=NS) na początku badania, zwiększając się po 1 i 2 tygodniach (w stolcu do 126,4 i 109,9 ng/ml, a w surowicy do 11,2 i 11,7 ng/ml, p<0,05) i zmniejszające się po 3 tygodniach EEN (odpowiednio 40,9 ng/ml i 5,2 ng/ml). Zaobserwowano większy wzrost stężeń TGF-beta 1 i FGF po 1 i 2 tygodniach w stolcu (odpowiednio 4-krotnie i 5-krotnie) niż w surowicy (2-krotnie) podczas EEN. Ponadto stwierdzono zwiększone stężenie VEGF w surowicy w grupie CD na początku badania, w porównaniu z grupą kontrolną (686,8 vs 131,1 pg/ml, p<0,05), stopniowo zmniejszające się podczas EEN, podczas gdy stężenia VEGF w stolcu były porównywalne z grupą kontrolną podczas całego badania.

Wnioski: TGF-beta 1 i FGF wykazywały głównie aktywność miejscową podczas EEN, podczas gdy VEGF wykazywał bardziej aktywność ogólnoustrojową, natomiast różnice w ich stężeniach mogą odzwierciedlać różne mechanizmy działania EEN na proces zapalny.

Zakażenie wirusem cytomegalii jako przyczyna wyniszczającej biegunki u niemowlęcia.

Maciej Pelc, Natalia Stąpor, Bartosz Korczowski

I Klinika Pediatrii i Gastroenterologii Dziecięcej KSW nr 2 w Rzeszowie. Uniwersytet Rzeszowski.

WSTĘP: Nieswoiste zapalenia jelit rozpoznawane są niezwykle rzadko w grupie dzieci poniżej drugiego roku życia. U tych pacjentów, poza typową, autoimmunizacyjną etiopatogenezą, należy również brać pod uwagę inne czynniki, w tym zakażenie wirusem cytomegalii (CMV). Jelitowa postać zakażenia CMV może wystąpić u dziecka z dotychczas nieobciążonym wywiadem, a przebieg choroby może imitować nieswoistą chorobę zapalną jelit.

CEL PRACY: Przedstawiamy przypadek niemowlęcia z jelitową postacią cytomegalii o przebiegu podobnym do nieswoistego zapalenia jelit.

MATERIAŁY I METODY: Prezentujemy przebieg choroby 10-tygodniowego niemowlęcia z nieobciążonym wywiadem okołoporodowym, hospitalizowanego z powodu przewlekłej biegunki z krwią i towarzyszącą utratą masy ciała. Badania laboratoryjne wykazały znaczne zaburzenia gospodarki jonowej, lipidowej i białkowej oraz wysoki poziom kalprotektyny w stolcu. Obraz endoskopowy nasuwał podejrzenie nieswoistego zapalenia jelit - uwidoczniono liczne owrzodzenia i zmiany martwicze w jelicie grubym. W trakcie diagnostyki różnicowej stwierdzono obecność przeciwciał przeciwko CMV. Wykrycie DNA wirusa cytomegalii we krwi i w moczu metodą Real Time PCR potwierdziło zakażenie.

WYNIKI: Zastosowano doustne leczenie walgancyklowirem. Obserwowano pozytywne efekty zastosowanej terapii, tj. normalizację stolców, przyrost masy ciała, powrót apetytu, polepszenie wykładników stanu odżywienia. Towarzyszył temu stopniowy spadek ilości kopii wirusa cytomegalii we krwi i w moczu. Kontrolna kolonoskopia wykazała niemal całkowitą regresję zmian zapalnych jelita grubego.

WNIOSKI: Zakażenie wirusem cytomegalii powinno być brane pod uwagę przy podejrzeniu nieswoistej choroby zapalnej jelit o wczesnym początku. Doustne leczenie walgancyklowirem może być skuteczne w leczeniu jelitowej postaci zakażenia CMV.

**Zonulina w kale jako nieinwazyjny biomarker przepuszczalności jelit
u dzieci i młodzieży z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit –
korelacja z aktywnością choroby i kalprotektyną w kale.**

Edyta Szymańska¹, Aldona Wierzbicka², Maciej Dadalski¹, Jarosław Kierkuś¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń odżywienia i Pediatrii,
Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”, 04-761 Warszawa, Polska

² Zakład Biochemii i Medycyny Doświadczalnej,
Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”, 04-761 Warszawa, Polska

Wstęp: Najnowsze dane wskazują, że zwiększona przepuszczalność jelit odgrywa kluczową rolę w patogenezie nieswoistych chorób zapalnych jelit (ang. inflammatory bowel disease - IBD) i koreluje z zaostrzeniem choroby. Ponieważ białka związane z zonuliną (ZRP) to białka zwiększające przepuszczalność nabłonka jelita cienkiego poprzez odwracalną modulację międzykomórkowych połączeń ścisłych, mogą one służyć jako nowy, nieinwazyjny biomarker aktywności choroby. Celem tego badania było zbadanie ZRP w kale u dzieci i młodzieży z IBD oraz jej korelacja z aktywnością choroby i kalprotektyną w kale (ang. fecal calprotectin - FCP).

Metody: U 94 osób: 47 pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ang Crohn's disease - CD), 41 pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (ang. ulcerative colitis - UC) i 6 zdrowych osób z grupy kontrolnej oznaczono ZRP w kale. Wartości korelowano z typem IBD, aktywnością choroby u pacjentów z IBD i FCP dla wszystkich dzieci objętych badaniem. Dzień przed wizytą w szpitalu pobierano próbkę kału, następnie oznaczono ZRP i FCP w kale za pomocą testu ELISA. Do analizy danych wykorzystano nieparametryczne testy statystyczne.

Wyniki: Wartość ZRP w kale była wyższa u pacjentów z IBD w porównaniu z grupą kontrolną (CG): mediany CD-113,3 (53,6-593,6) ng/ml; UC-103,6 (50,7-418,3) ng/ml; i CG-46,9 (31,8-123,0) ng/ml ($p < 0,05$). Nie zaobserwowano różnicy w stężeniu ZRP w kale pomiędzy dziećmi z CD i dziećmi z UC ($p = 0,55$). Niewielką korelację pomiędzy aktywnością choroby (PCDAI dla CD i PUCAI dla UC) a wartością ZRP w kale stwierdzono u pacjentów z CD ($p = 0,03/R = 0,33$), ale nie z UC ($p = 0,62/R = 0,08$). Zaobserwowano korelację pomiędzy ZRP w kale a FCP ($R = 0,73, p = 0,00$).

Wnioski: Wartość ZRP w kale jest podwyższony u osób chorych na IBD, jest związana z aktywnością choroby w CD i silnie koreluje z FCP. Uzasadnione są dalsze badania nad rolą przepuszczalności jelit w IBD i przydatnością kliniczną ZRP w IBD.

8 | Sekcja Zespołu Metabolicznego

Kamica żółciowa jako jedno z możliwych powikłań leczenia ceftriaksonem.

Marta Murawska, Kacper Durski, Małgorzata Polak, Anna Liberek

Oddział Pediatriczny, Szpital św. Wojciecha, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp z o.o., Gdańsk

Kamica żółciowa może występować w każdym wieku, częstość kamicy dróg żółciowych w populacji pediatrycznej wg. różnych źródeł waha się w granicach 0,13-1,9%. Rozpoznanie u dzieci jest najczęściej przypadkowe, ale w ostatnich latach zdecydowanie wzrosło ze względu na coraz większą dostępność i powszechność wykonywania badania ultrasonograficznego jamy brzusznej. Czynnikiem predysponującym do występowania kamicy żółciowej u dzieci są między innymi wcześniactwo, całkowite żywienie pozajelitowe, choroby hemolityczne, zakażenia układu moczowego, otyłość, czynniki genetyczne, a także niektóre leki np. ceftriakson.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku dwóch pacjentów w wieku 18 miesięcy oraz 2,5 lat hospitalizowanych w Oddziale Pediatricznym, u których w ramach empirycznego leczenia infekcji przewodu pokarmowego zastosowano ceftriakson.

Obaj chłopcy przy przyjęciu byli w stanie średnim, gorączkowali, w badaniach dodatkowych stwierdzano wysokie parametry stanu zapalnego.

U chłopca 18-miesięcznego w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej wykonanym w 4-tej dobie leczenia wykazano obecność uwapnionego złożu w świetle pęcherzyka żółciowego (śr. max 14mm). U drugiego, 2,5-letniego pacjenta, badanie usg jamy brzusznej również wykonano w 4-tej dobie leczenia ceftriaksonem. Uwidoczniono pęcherzyk żółciowy z hiperechogeniczną treścią mogącą odpowiadać złożom/zagęszczonej żółci, ponadto opisano liczne powiększone węzły chłonne krętniczno-kątnicze. Na podstawie posiewu kału stwierdzono infekcję *Y. enterocolitica*. Po kilku tygodniach u obu chłopców w kontrolnym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej obraz dróg żółciowych nie odbiegał od normy. Należy także podkreślić, że u pierwszego pacjenta około 4 miesiące przed hospitalizacją wykonywano przesiewowe badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej nie stwierdzając odchyłań od stanu prawidłowego. W obu przypadkach w badaniach laboratoryjnych nie stwierdzano cech uszkodzenia wątroby czy cholestazy.

W momencie rozpoznania kamicy żółciowej u pacjentów nie występowały charakterystyczne dla kamicy objawy takie jak ból i wzdęcia brzucha, nudności czy wymioty.

Powyższe przypadki przedstawiamy jako przykład rzadkiej, jatrogennej przyczyny kamicy żółciowej.

Ocena stężenia kwasu hialuronowego u dzieci z otyłością prostą oraz z otyłością z NAFLD jako marker włóknienia.

Aldona Wierzbicka-Rucińska¹, Wojciech Jańczyk², Anna Świąder-Lęśniak³,
Zbigniew Kułaga⁴, Łukasz Obrycki⁵, Mieczysław Litwin⁵, Piotr Socha²

¹ Zakład Biochemii Klinicznej,
Instytutu „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

² Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Żywienia i Pediatrii,
Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

³ Pracownia Antropologii,
Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

⁴ Zakład Zdrowia Publicznego
Instytutu „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

⁵ Klinika Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego
Instytutu „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

Kwas hialuronowy (HA) jest nieinwazyjnym biomarkerem zwłóknienia wątroby w przebiegu niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (NAFLD). Celem pracy było zbadanie wpływu kwasu hialuronowego u dzieci z otyłością, NAFLD i/ lub nadciśnieniem tętniczym.

Do badania przekrojowego włączono 120 dzieci, które podzielono na cztery grupy: 22 z otyłością (w wieku $15 \pm 1,45$ roku, BMI/IOTF $2,30 \pm 0,39$), 45 z NAFLD (wiek $15,9 \pm 0,39$; BMI-IOTF $2,43 \pm 1,05$). , 25 z HP (wiek $15,5 \pm 1,94$ lat, BMI-IOTF $2,59 \pm 0,66$) i 28 dzieci z grupy kontrolnej z prawidłowym BMI (średni wiek $15,4 \pm 1,59$ lat, BMI-IOTF $0,27 \pm 0,77$). Oceniono parametry antropometryczne, stężenie glukozy we krwi na czczo (FBG), insulinę, profil lipidowy i kwas hialuronowy. Ocenę modelu homeostazy insulinooporności (HOMA-IR) obliczono na podstawie FBG i insuliny. Wyniki: Stężenie kwasu hialuronowego było istotnie podwyższone u dzieci z NAFLD, PH w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej ($563,48-173,92$ ng/ml vs. $212,36-71,89$ ng/mL vs. $57,97-12,34$ ng/mL), a najwyższe w grupie grupa NAFLD. Wskaźnik HOMA-IR wzrósł w grupach: HP, NAFLD, otyłość w porównaniu do grupy kontrolnej (odpowiednio $3,65 \pm 2,34$ vs. $3,56 \pm 1,63$ vs. $2,86 \pm 1,05$ vs. $2,06 \pm 1,64$, $p < 0,0001$). Stężenie kwasu hialuronowego skorelowane z CAP $r=0,68$, BMI $r= 0,64$, TG $r= 0,39$, korelacja ujemna z HDL-C $r= -0,33$. Wnioski: W NAFLD zwiększone stężenie kwasu hialuronowego, co ma związek z insulinoopornością, powoduje ryzyko zwłóknienia u dzieci z NAFLD oraz otyłością.

Ocena stężenia wybranych peptydów (lumikan, adropina, asprozyna, ESM-1) u dzieci z otyłością.

Anna Bobrus-Chociej, Katarzyna Zdanowicz, Marta Flisiak- Jackiewicz, Kinga Trochimczyk, Dariusz Lebensztejn

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Cel pracy: Wraz ze wzrastającą częstością występowania stłuszczenia wątroby u dzieci, poszukiwane są nowe, nieinwazyjne metody jego wykrywania oraz oceny stopnia zaawansowania. Celem pracy była ocena stężenia lumikanu, adropiny, asprozyny oraz ESM-1 w surowicy dzieci z otyłością, ustalenie, który z tych parametrów jest przydatny w wykrywaniu stłuszczenia wątroby oraz czy różnicuje stłuszczenie łagodne od zaawansowanego.

Materiał i metody: Badaniem prospektywnym objęto 55 dzieci z otyłością (w tym 41 chłopców, mediana wieku: 12 lat). Wśród wszystkich pacjentów wykonano rutynowe badania biochemiczne, USG jamy brzusznej z oceną stopnia stłuszczenia wątroby, pomiary antropometryczne oraz analizę składu ciała metodą bioimpedancji elektrycznej. Wykluczono infekcyjne, metaboliczne i autoimmunizacyjne choroby wątroby, a także jej toksyczne uszkodzenie. Grupę badaną podzielono na: pacjentów z MASLD (chorobą stłuszczeniową wątroby związaną z zaburzeniami metabolicznymi) i pacjentów z otyłością bez MASLD. Stężenie lumikanu, adropiny, asprozyny i ESM-1 oznaczono metodą ELISA. Grupa kontrola (n= 25) składała się z dzieci z prawidłowym BMI, bez patologii wątroby, hospitalizowanych z powodu czynnościowych bólów brzucha.

Wyniki: Stężenie lumikanu było istotnie statystycznie niższe w grupie dzieci z otyłością niż w grupie kontrolnej (0,064ng/ml vs 0,078ng/ml, p=0,003), a stężenie ESM-1 istotnie statystycznie wyższe w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną (0,047ng/ml vs 0,029ng/ml, p<0,001). Wykazano również negatywną korelację ESM-1 ze stężeniem bilirubiny (p=0,02) oraz kwasu moczowego (p=0,002) w grupie dzieci otyłych. Stężenia pozostałych oznaczanych peptydów nie różniły się statystycznie w obu grupach. Żaden z badanych biomarkerów nie różnicował pacjentów otyłych z MASLD od dzieci z otyłością bez MASLD, a także łagodnego stłuszczenia wątroby (I stopnia) od zaawansowanego (II lub III stopnia).

Wniosek: Badane peptydy (lumikan, adropina, asprozyna, ESM-1) nie okazały się przydatne w różnicowaniu dzieci z MASLD od dzieci z otyłością bez MASLD oraz pacjentów z łagodnym i zaawansowanym stłuszczeniem wątroby.

Populacje limfocytów cytotoksycznych krwi obwodowej u dzieci z NAFLD.

Aldona Wierzbicka-Rucińska¹, Małgorzata Szadkowska-Wise², Wojciech Jańczyk³,
Lidia Gackowska², Anna Świąder-Lęśniak⁴, Izabela Kubiszewska², Zbigniew Kułaga⁵,
Łukasz Obrycki⁶, Mieczysław Litwin⁶, Jacek Michałkiewicz⁷, Piotr Socha³

¹ Zakład Biochemii Klinicznej

Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

² Katedra Immunologii, Wydział Farmaceutyczny,

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³ Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Żywienia i Pediatrii,

Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

⁴ Pracownia Antropologii,

Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

⁵ Zakład Zdrowia Publicznego

Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

⁶ Klinika Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego

Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

⁷ Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej,

Instytut „Pomnik Zdrowia Dziecka”, Warszawa, Polska

Wstęp: Rozkład komórek limfocytów B obwodowych u dzieci z niealkoholową stłuszczeniową chorobą wątroby (NAFLD) ma związek z wybranymi parametrami klinicznymi. Celem pracy było scharakteryzowanie rozmieszczenia obwodowych podzbiorów limfocytów B i jego powiązania z wybranymi markerami uszkodzenia wątroby u dzieci z NAFLD.

Materiał i metody: Częstotliwości komórek B całkowitej krwi pełnej (CD19+) i ich podzbiorów, (CD19/CD27(-)/IgD(-)/CD38(-)), pamięci (CD19/CD27+/IgD(-)/CD38(-)), oceniano metodą wielobarwnej cytometrii przepływowej.

Wyniki: Dzieci z NAFLD w porównaniu z grupą kontrolną charakteryzowały się zwiększoną pulą limfocytów B ogółem ($14 \pm 5\%$ vs 11 ± 2 , $p=0,0354$) i zmniejszoną częstością limfocytów B niekomutowanych ($5 \pm 2\%$ vs 7 ± 3 , $p=0,0002$) i plazmocyty ($3 \pm 2\%$ vs $5 \pm 3\%$, $p=0,0023$). Stwierdzono następujące korelacje pomiędzy rozkładem podzbiorów limfocytów B a markerami klinicznymi: a) odsetek wszystkich limfocytów B CD19 (+) korelował z CAP ($r=0,29943$, $p=0,0069$) i ALT ($r=0,39702$, $p=0,0006$), b) odsetek naiwnych limfocytów B dodatnio skorelowany z ALT ($r=0,34613$, $p=0,0031$), CAP ($r=0,28343$, $p=0,0099$), TG ($r=0,36479$, $p=0,0021$), HOMA IR ($r=0,26905$, $p=0,0080$) i HDL C ($r=0,28306$, $p=0,0234$), c) procent nieprzełączonych komórek B pamięci ujemnie skorelowany z CAP ($r=-0,36853$, $p=0,0007$), TG ($r=-0,38152$, $p=0,0012$). **Wnioski:** We wczesnych stadiach NAFLD pula całkowitych limfocytów B nieznacznie wzrosła, co może odpowiadać indukcji odpowiedzi humoralnej.
Grant UMO-2018/31/B/NZ5/027

**Randomizowane, prowadzone metodą podwójnie ślepej próby badanie wpływu
błonnikowego preparatu ze skrobi ziemniaczanej o właściwościach prebiotycznych
na dzieci z nadwagą i otyłością.**

Zbigniew Kułaga¹, Aneta Kotowska¹, Sebastian Więckowski², Anna Świąder-Leśniak³,
Wojciech Jańczyk², Jerzy Wakuliński⁴, Janusz Kapuśniak⁵, Piotr Socha²

¹ Zakład Zdrowia Publicznego,
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

² Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii,
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

³ Pracownia Antropologii,
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

⁴ Klinika Endokrynologii i Diabetologii,
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

⁵ Katedra Dietetyki i Badań Żywności, Wydział Nauk Ścisłych, Przyrodniczych i Technicznych,
Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

Podawanie błonnikowego preparatu ze skrobi ziemniaczanej o właściwościach prebiotycznych (dekstryna), w porównaniu do grupy placebo, może obniżyć z-score BMI u dzieci z nadwagą. Przeprowadzono badanie randomizowane, metodą podwójnie ślepej próby w grupach równoległych z grupą kontrolną. Dzieci w wieku 6-10 lat, z nadwagą lub otyłością, przydzielono do grupy otrzymującej przez 6 miesięcy mus warzywno-owocowy z dekstryną w dawce 10 g/d lub do grupy placebo i obserwowano 3 m-ce po interwencji. Dzieci były pod opieką dietetyka i psychologa. Pierwszorzędowym wynikiem był z-score BMI. Drugorzędnymi punktami końcowymi były z-score obwodu talii, procent tkanki tłuszczowej (BF%) i stłuszczenie wątroby na podstawie CAP. Efekty badano za pomocą liniowych modeli mieszanych. W trakcie badania rejestrowano zdarzenia niepożądane. Zarówno do grupy z dekstryną jak i do placebo przydzielono losowo po 50 dzieci. W analizie intention-to-treat zarówno z-score BMI, jak i z-score talii znacząco spadły w trakcie trwania badania. Nie było różnicy pomiędzy grupą placebo a grupą z dekstryną w odniesieniu do z-score BMI, z-score talii, BF% i CAP. Analiza per-protocol wykazała ten sam wzór wyników. Najczęstszymi zdarzeniami niepożądanymi były inf. dróg oddechowych i przeziębienie. Nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy grupami pod względem częstości występowania zdarzeń niepożądanych. Nie wykazano różnicy pomiędzy suplementacją diety dekstryną a podawaniem placebo w zakresie zmniejszenia z-score BMI.

**SPISE jako nowy biochemiczno-antropometryczny wskaźnik insulinooporności u dzieci
z zespołem metabolicznym
i chorobą tłuszczeniową wątroby związaną z dysfunkcją metaboliczną.**

Kinga Trochimczyk, Anna Lebensztejn, Anna Bobrus-Chociej, Marta Flisiak-Jackiewicz,
Kamila Kwiatek-Średzińska, Dariusz Lebensztejn

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie:

Choroba tłuszczeniowa wątroby związana z dysfunkcją metaboliczną (MASLD) jest uznawana za wątrobową manifestację zespołu metabolicznego (ZM), u podłoża których leży insulinooporność (IR). Tradycyjnie używany wskaźnik HOMA-IR nie ma wystandaryzowanych wartości referencyjnych u dzieci poniżej 16-go roku życia. Dlatego celem pracy była ocena przydatności nowego zastępczego biochemiczno-antropometrycznego wskaźnika wrażliwości na insulinę – SPISE (ang. Single point insulin sensitivity estimator) i porównania z innymi biochemicznymi wskaźnikami: triglicerydowo-glukozowym (TyG), stosunku triglicerydów do cholesterolu-HDL (TG/HDL-C) i HOMA-IR u dzieci z ZM i MASLD.

Metody:

Badaniem retrospektywnym objęto grupę 101 dzieci z nadmierną masą ciała (mediana wieku 12 lat) przyjętych do Kliniki w celu diagnostyki wstępnie rozpoznawanej patologii wątroby (hepatomegalia i/lub hipertransaminazemia i/lub stłuszczenie wątroby w USG). MASLD rozpoznawano na podstawie wspólnych kryteriów opracowanych przez liczne towarzystwa naukowe (JPGN 2024), a ZM rozpoznawano wg IDF (Pediater Diabetes 2007). Wartość SPISE wyliczono wg formuły matematycznej: $600 \times \text{HDL}^{0,185} / (\text{TG}^{0,2} \times \text{BMI}^{1,338})$. W celu określenia przydatności badanych wskaźników IR (SPISE, TyG, TG/HDL-C, HOMA-IR) u dzieci z ZM i MASLD przeprowadzono analizę ROC.

Wyniki:

ZM rozpoznano u 21 dzieci (20,8%), a MASLD u 76 pacjentów (75%). Dzieci z MASLD i ZM (n=16) charakteryzowały się znamienne niższą wartością SPISE, niższym stężeniem HDL-C, wyższym stężeniem TG i insuliny, wyższą wartością ciśnienia skurczowego krwi, stopnia stłuszczenia wątroby w USG oraz wskaźników: TyG, TG/HDL-C i HOMA-IR w porównaniu do grupy dzieci z patologią wątroby bez ZM (n=60). Spośród badanych wskaźników IR najwyższymi wartościami predykcyjnymi MASLD i ZM charakteryzowały się wskaźniki: TG/HDL-C (AUC=0,886, $p < 0,0001$, punkt odcięcia=3,3, czułość=75%, specyficzność=97%), TyG (AUC=0,862, $p < 0,0001$, punkt odcięcia=8,8, czułość=75%, specyficzność=95%) oraz SPISE (AUC=0,778, $p < 0,0001$, punkt odcięcia=5, czułość=69%, specyficzność=78%). Wskaźnik HOMA-IR charakteryzował się najniższą predykcją (AUC=0,724, $p = 0,0013$).

Wniosek:

SPISE może być uznany za przydatny wskaźnik IR u dzieci z MASLD i ZM, jednak nie przewyższa swoją czułością i specyficznością prostych biochemicznych wskaźników TyG i TG/HDL-C.

Wybrane parametry metaboliczne oraz transportery fruktozy jako potencjalne wskaźniki szansy redukcji masy ciała u dzieci i młodzieży z otyłością.

Anna Socha-Banasiak¹, Michał Kolejwa¹, Agata Sakowicz², Zuzanna Gaj³, Elżbieta Czkwianianc¹

¹ Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP w Łodzi,

² Zakład Biotechnologii Medycznej, UM w Łodzi

³ Centrum Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej, ICZMP w Łodzi

Cel: Występowaniu otyłości u dzieci zwykle towarzyszą zaburzenia gospodarki węglowodanowo-lipidowej. Jednym z czynników ryzyka rozwoju otyłości jest nieprawidłowa dieta, szczególnie bogata w węglowodany, w tym syrop glukozowo-fruktozowy. Osobnicza ekspresja transporterów fruktozy (GLUT2, GLUT5) może mieć znaczenie w procesie nadmiernego wchłaniania fruktozy, co sprzyja wystąpieniu otyłości. Aktualne badanie przeprowadzono wśród pacjentów z otyłością, w celu wyznaczenia wartości wskaźników metabolicznych oraz ekspresji transporterów fruktozy, które mogą wskazywać na szansę redukcji masy ciała w przyszłości.

Materiał i metody: Do badania włączono 66. dzieci w wieku 12-18 lat hospitalizowanych w latach 2019-2021 w Klinice Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP w Łodzi, u których rozpoznano otyłość (na podstawie BMI). U badanych oznaczono podstawowe wskaźniki antropometryczne, przeprowadzono ocenę gospodarki węglowodanowej i lipidowej (w tym doustny test obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT), insulina w punkcie czasowym 0', 60', 120', wyliczono wskaźnik Homa). U pacjentów przeprowadzono zabieg gastroskopii, podczas której pobrano wycinki z dwunastnicy w celu oznaczenia ekspresji transporterów fruktozy (GLUT2 mRNA oraz GLUT5 mRNA). Wszystkim pacjentom zalecono postępowanie dietetyczne oraz wysiłek fizyczny w celu redukcji masy ciała. Po 3 latach przeprowadzono badanie ankietowe, na podstawie którego ustalono efekty zalecenia redukcji masy ciała. Statystycznie wyznaczono index Youdena z krzywych ROC dla poszczególnych zmiennych i dla algorytmu, który wskazuje na szansę redukcji masy ciała w ciągu 3 lat.

Wyniki: Po uwzględnieniu czynników zakłócających analizę czynników przeprowadzono u 52. pacjentów. U 15. badanych stwierdzono normalizację wskaźnika BMI po 3 latach obserwacji. Jako czynniki, które w punkcie wyjściowym wskazywały na szansę redukcji masy ciała wyznaczono: glikemia na czczo > 82 mg/dl, insulina na czczo > 8,2 µU/ml, stężenie HDL 1,39.

Wnioski: Bardziej zaznaczone zaburzenia metaboliczne wśród pacjentów z otyłością są paradoksalnie czynnikami szansy redukcji masy ciała w przyszłości. Wynika to prawdopodobnie ze świadomości pacjentów i ich rodziców dotyczącej konieczności redukcji masy ciała w przypadku nasilonych nieprawidłowości dotyczących wskaźników metabolicznych.

9| Sekcja Żywniowa

Markery przepuszczalności jelit i stanu zapalnego u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym karmionych dojelitowo.

Dorota Mickiewicz-Góra¹, Katarzyna Sznurkowska¹, Karolina Skonieczna-Żydecka²,
Arleta Drozd³, Anna Borkowska¹, Maciej Zagierski¹, Joanna Troch¹, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz¹

¹ Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Zakład Badań Biochemicznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Zakład Żywienia Człowieka i Metabolomiki, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Mózgowe porażenie dziecięce (MPD)- niepostępujące uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, prowadzi do czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego. Żywienie dojelitowe przez gastrostomię jest konieczne u części dzieci z MPD.

Cel pracy: Celem pracy była ocena czy żywienie dojelitowe ma wpływ na stan zapalny jelit wyrażony jako kalprotektyna w kale, przepuszczalność jelit określaną za pomocą zonuliny i IFABP oraz sprawdzenie, czy sama choroba wpływa na badane parametry.

Materiały: Grupę badaną stanowiło 30 dzieci z rozpoznaniem MPD odżywianych dojelitowo (Cerebral Palsy Enteral Nutrition (CPEN)) poprzez gastrostomię. Stworzono dwie grupy referencyjne: CPC- Cerebral Palsy Controls- 24 dzieci z rozpoznaniem MPD, karmione doustnie dietą standardową oraz HC- Healthy Controls- 24 dzieci zdrowych. Przeanalizowano różnice między grupami: CPEN i CPC, CPC i HC, a także CPG (CPEN+CPC) i HC.

Metody: Poziom zonuliny w kale, kalprotektyny i jelitowego białka wiążącego kwasy tłuszczowe 2 (IFABP2) oznaczono za pomocą testu immunoenzymatycznego (ELISA).

Wyniki: Stężenie kalprotektyny w kale było istotnie wyższe w grupie CPEN niż w grupie CPC ($p=0.012$). Stężenie zonuliny było istotnie wyższe w CPEN niż w CPC ($p=0.025$) oraz w HC vs CPC ($p=0.04$). Porównując CPG ($n=53$) z grupą HC ($n=24$) istotne statystycznie różnice zaobserwowano dla kalprotektyny ($p=0.000018$, wyższa w CPG) i IFABP ($p=0.021$, wyższa w grupie HC).

Wnioski: Żywienie dojelitowe wiązało się w naszej kohorcie ze zwiększonym stężeniem kalprotektyny i zonuliny w kale. U dzieci z porażeniem mózgowym stwierdza się zwiększone stężenie kalprotektyny w kale, ale nie wykazano zwiększonej przepuszczalności jelit wyrażanej przez zonulinę. W porażeniu mózgowym stwierdza się niższy IFABP w kale w porównaniu ze zdrową grupą kontrolną.

**Ocena gospodarki żelaza u dzieci z przewlekłymi chorobami neurologicznymi
żywionych dojelitowo w warunkach domowych:
dieta przemysłowa vs domowa dieta miksowana vs karmienie mieszane.**

Ewa Cichocka-Kurowska¹, Katarzyna Popińska², Marta Sibilska², Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz³,
Maciej Zegierski³, Anna Borkowska³, Natalia Drabińska⁴, Elżbieta Jarocka-Cyrta¹

¹ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

² Klinika Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych,
Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

³ Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci,
Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

⁴ Wydział Nauk o Żywności i Żywieniu, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Żywienie dojelitowe (Enteral Nutrition, EN) jest skuteczną metodą karmienia dzieci z przewlekłymi chorobami neurologicznymi. Diety przemysłowe pokrywają zapotrzebowanie na substancje odżywcze, ale nie zawsze są dobrze tolerowane. Domowe diety miksowane poprawiają tolerancję karmień, jednakże zastrzeżenia dotyczące wartości odżywczej ograniczają ich stosowanie.

Cel: Celem badania była ocena gospodarki żelazem u dzieci z przewlekłymi chorobami neurologicznymi żywionych dojelitowo dietą przemysłową, domową dietą miksowaną lub w sposób mieszany. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wydziału Lekarskiego UWM w Olsztynie.

Metody: Wieloośrodkowe badanie przekrojowe. Grupę badaną stanowiły dzieci z przewlekłymi chorobami neurologicznymi w wieku 1-18 lat, żywione dojelitowo. Kryteria wykluczenia: żywienie dojelitowe krótsze niż 6 miesięcy, leczenie preparatami żelaza w ciągu ostatnich 3 miesięcy, przewlekłe choroby zapalne. Podczas wizyty kwalifikującej oceniano parametry antropometryczne dziecka, dodatkowo u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPDz) oceniano sprawność dziecka w skali GMFCS. Pobierano próbkę krwi w celu oznaczenia morfologii krwi, stężenia CRP, żelaza, UIBC, ferrytyny i hepcydyny. Przeprowadzono badanie stolca na obecność krwi utajonej.

Wyniki: Do badania włączono 120 pacjentów. Grupę 1 stanowiło z 73 pacjentów (61%) karmionych dietą przemysłową (śr. wiek 10 lat, 38% dziewczynek), grupę 2 - 6 pacjentów (5%) żywionych dietą domową miksowaną (śr. wiek 10,13 lat, 67% dziewczynek), grupę 3- 41 (34%) pacjentów karmionych w sposób mieszany (śr. wiek 7,75 lat, 49% dziewczynek). W grupie 3 co najmniej 50% zapotrzebowania kalorycznego pokrywała dieta przemysłowa. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic wieku i ciężkości MPDz pomiędzy trzema grupami. Niedokrwistość rozpoznano u 11 (15%) pacjentów z grupy 1, u 2 (33%) z grupy 2 i 9 (22%) z grupy 3. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic co do częstości występowania anemii ($p=0,24$), stężenia żelaza ($p=0,292$), ferrytyny ($p=0,464$), UIBC ($p=0,116$) i hepcydyny ($p=0,373$), a także obecności krwi utajonej w kale.

Wnioski: Rodzaj diety stosowanej w żywieniu dojelitowym dzieci z przewlekłymi chorobami neurologicznymi nie wpływał na gospodarkę żelazem. Dane dotyczące pacjentów karmionych wyłącznie dietą domową miksowaną powinny być interpretowane ostrożnie ze względu na małą liczebność grupy.

**Ocena skuteczności i bezpieczeństwa doustnych suplementów pokarmowych
w leczeniu zaburzenia unikania/ograniczania przyjmowania pokarmów (ARFID):
przeгляд systematyczny badań z randomizacją.**

Agata Stróżyk¹, Julia Iwańska², Łukasz Pskit², Sonia Statuch¹, Andrea Horvath¹, Hanna Szajewska¹

¹ Klinika Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² SKN Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Dowody naukowe dotyczące postępowania dietetycznego w zaburzeniu unikania/ograniczania przyjmowania pokarmów (ARFID) są ograniczone. Celem tego przeglądu systematycznego była ocena skuteczności i bezpieczeństwa doustnych suplementów pokarmowych (ONS) w leczeniu ARFID.

Metody: Przeszukano 3 bazy danych: Bibliotekę Cochrane, MEDLINE, EMBASE; od 2000 r. do marca 2024 r. Do przeglądu włączono badania z randomizacją (RCT) oceniające skuteczność ONS jako monoterapii lub w terapii skojarzonej w leczeniu ARFID/wybiórczości pokarmowej, w porównaniu z placebo, brakiem interwencji lub inną interwencją. Pierwotnym punktem końcowym była ocena wzrastania (w tym: masy ciała, długości/wysokości ciała, obwodu głowy, BMI). Inne punkty końcowe obejmowały ocenę apetytu, spożycia energii, jakości życia, diety, stężenia żelaza i/lub ferrytyny we krwi, potrzeby żywienia enteralnego, liczby hospitalizacji, oraz odsetka zdarzeń niepożądanych. Ryzyko błędu systematycznego oceniono za pomocą II wersji narzędzia Cochrane.

Wyniki: Do przeglądu włączono 5 RCT opisanych w 6 publikacjach, obejmujących łącznie 874 dzieci z ARFID. Wszystkie RCT oceniały skuteczność ONS w skojarzeniu z poradą dietetyczną, w porównaniu do porady dietetycznej jako monoterapii; 1 RCT porównywało skuteczność 2 różnych ONS. Czas interwencji wynosił od 90 do 180 dni. Ryzyko błędu systematycznego oceniono jako budzące wątpliwości. Wszystkie RCT były sponsorowane lub prowadzone we współpracy z producentami ONS.

W meta-analizie 2 RCT odnotowano wyższy przyrost masy ciała w grupie ONS w porównaniu do placebo w 30. i 60. dniu (MD [różnica średnich]=0,17, 95%CI [przedział ufności], 0,04 – 0,30, n=300, I²=8%; MD=0,42; 0,09-0,74, n=296, I²=54%), bez różnicy w 90. dniu interwencji (MD=0,54; 95%CI, 0,08-1,00, n=296). Podobnie w 2 pozostałych RCT odnotowano w grupie ONS wyższy średni przyrost masy ciała (p<0.0001; n=142) oraz wyższy średni z-score masy ciała dla wieku w 90. dniu interwencji (p=0.025; analiza z modelem mieszanym).

W meta-analizie 3 RCT nie odnotowano różnicy w odsetku jakichkolwiek zdarzeń niepożądanych podczas 90 dni (MD = 0,92; 95% CI, 0,71-1,20; I²=33%; n=573) oraz dodatkowo w 1 RCT w trakcie 120 dni (n=142).

Wnioski: Doustne suplementy pokarmowe są bezpieczne i mogą zwiększać przyrost masy ciała u dzieci z wybiórczością pokarmową. Brakuje jednak dobrze zaprojektowanych badań w populacji kaukaskiej z użyciem preparatów dostępnych na rynku europejskim.

Ocena wpływu suplementacji laktazy w kolce niemowlęcej: przegląd systematyczny badań z randomizacją.

Anna Kozłowska-Jalowska¹, Agata Stróżyk¹, Andrea Horvath¹, Hania Szajewska¹

¹ Klinika Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Aktualnie brak jest dobrze udokumentowanych metod leczenia kolki niemowlęcej o wysokiej skuteczności potwierdzonej badaniami klinicznymi. Celem przeglądu systematycznego była ocena dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa doustnej suplementacji laktazy w leczeniu kolki niemowlęcej. Przeszukano trzy bazy danych: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library; do września 2023 r.

W przeglądzie uwzględniono badania z randomizacją (RCT) porównujące doustną suplementację laktazą z placebo lub brakiem interwencji u niemowląt <6. m.ż. z rozpoznaną kolką niemowlęcą. Ryzyko błędu systematycznego oceniono za pomocą II wersji narzędzia Cochrane do oceny ryzyka błędu statystycznego. Punkty końcowe wybrano na podstawie zestawu punktów końcowych (ang. core outcome set) rekomendowanego do stosowania w badaniach klinicznych dotyczących kolki niemowlęcej. Pierwszorzędowym punktem końcowym było skrócenie dobowego czasu trwania płaczu. Dodatkowo oceniono: dobowe trwanie płaczu, czas trwania snu niemowląt, zadowolenie rodziców, dyskomfort niemowląt (czas trwania niepokoju), jakość życia rodziny oraz odsetek zdarzeń niepożądanych i hospitalizacji podczas interwencji.

W analizie podsumowano 5 RCT, obejmujących 391 niemowląt w wieku do 23 dni do 6 miesięcy, z czasem interwencji trwającym od 7 do 28 dni. W 3 RCT odnotowano skrócenie czasu płaczu, przy czym w jednym efekt był widoczny tylko w grupie stosującej się do zaleceń (40,4%, $p = 0,0052$). W metaanalizie 2 RCT nie stwierdzono różnicy w czasie trwania płaczu oraz niepokoju między laktazą a placebo w pierwszym tygodniu interwencji (odpowiednio, MD $-17,66$ min/dzień, 95% CI $-60,8$ do $25,5$; $I^2 = 68\%$ i MD $2,75$, 95% CI $-58,2$ do $57,2$; $I^2 = 80\%$). Działania niepożądane oceniono w 1 RCT, wykazując niższe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych w grupie dzieci otrzymującej laktazę w porównaniu z placebo. Ryzyko błędu systematycznego oceniono jako niskie w 1 RCT, wysokie w 3 oraz budzące wątpliwości w jednym.

W indywidualnych badaniach wykazano, że suplementacja laktazy wydaje się bezpieczna i może mieć pewien korzystny wpływ na leczenie kolki niemowlęcej. Niemniej, obecnie brak jednoznacznych dowodów potwierdzających jej skuteczność. Konieczne są dalsze, dobrze zaprojektowane RCT, które określą zasadność suplementacji laktazy w leczeniu kolki niemowlęcej.

Porównanie wybranych czynników u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, hospitalizowanych na oddziałach somatycznych przed i po pandemii COVID-19.

Klaudia Kleibert¹, Julia Iwoła², Agnieszka Ozdarska², Katarzyna Wiejak²,
Aleksandra Banaszek¹, Marcin Dziekiewicz¹

¹ Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

² Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Gastroenterologii i Żywienia Dzieci WUM,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Cele i założenia badania

Jadłowstręt psychiczny (JP) należy do szerokiej grupy zaburzeń odżywiania. Wiąże się on z zaburzeniem postrzegania własnego ciała. Czynniki, które mogą mieć negatywny wpływ na proces terapeutyczny to m.in. izolacja, duża ilość czasu spędzana w mediach społecznościowych, brak dostępu do wsparcia psychologicznego i medycznego; wszystkie te czynniki wystąpiły podczas pandemii COVID-19.

Celem badania była ocena, czy pandemia wpłynęła na liczbę pacjentów z JP, którzy wymagali hospitalizacji na oddziałach somatycznych. Dodatkowo oceniono stopień nasilenia JP.

Metody

Pacjentów z rozpoznaniem JP, którzy hospitalizowani byli po raz pierwszy na oddziałach somatycznych, w okresie od 2010 roku do listopada 2023 roku, poddano analizie retrospektywnej. Dane takie jak: wiek, wskaźnik masy ciała (BMI), płeć, liczba hospitalizowanych pacjentów; uzyskano z dokumentacji medycznej.

Wyniki

162 pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu powikłań JP w okresie od 2010 r. do lutego 2020 r. (przed pandemią COVID-19, grupa 1) i 101 pacjentów hospitalizowanych w okresie od marca 2020 r. do listopada 2023 r. (po rozpoczęciu pandemii COVID-19, grupa 2).

W grupie 1 chłopcy stanowili 11,1% badanej populacji. Średni wiek w momencie hospitalizacji i diagnozy w grupie 1, wynosił 14,3 lat, a średnie BMI 15,8 kg/m². Średnia liczba pacjentów hospitalizowanych na rok w grupie 1 wynosiła 16.

W grupie 2 chłopcy stanowili 2% badanej populacji. Średni wiek w momencie hospitalizacji i diagnozy w grupie 2, wynosił 13,7 lat, a średnie BMI 14,5 kg/m². Średnia liczba pacjentów hospitalizowanych na rok w grupie 2 wynosiła 27.

W grupie 2 hospitalizowano rocznie 1,69 razy więcej pacjentów niż w grupie 1. Odnotowano spadek średniego BMI o 1,3 kg/m² i spadek średniego wieku pierwszej hospitalizacji o 0,6 roku.

Wnioski

Wyniki badania pokazują, że pandemia znacząco zwiększyła liczbę pacjentów z JP wymagających hospitalizacji, obniżyła wiek pierwszej hospitalizacji, a także obniżyła średnie BMI w momencie pierwszej hospitalizacji.

Profil pacjentów z zaburzeniami karmienia na podstawie materiału własnego u dzieci hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci GUMed – doniesienia wstępne.

Magdalena Bubińska, Maciej Zagierski, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Celem badania przeprowadzonego w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci GUMed w Gdańsku była analiza pacjentów kierowanych do diagnostyki zaburzeń karmienia w 2023 roku. Spośród 221 pacjentów do 4 roku życia głównym powodem hospitalizacji był niezadowalający przyrost lub niedobór masy ciała (48,9%). Wśród analizowanych pacjentów 36,2% miało masę ciała poniżej 3 centyla według siatek WHO z przewagą niemowląt (41,4%). W przypadku pacjentów z chorobami towarzyszącymi (wcześnieactwo, wady wrodzone, zaburzenia neurorozwojowe i inne) odsetek niedożywionych wyniósł 51,2%. Wśród przeprowadzonych interwencji najczęściej zlecano konsultacje neurologopedyczne dla noworodków i niemowląt (odpowiednio 80% i 63,8%) oraz konsultacje dietetyczne dla dzieci starszych (65,6%). Stosowanie doustnych suplementów było konieczne u 14,9% pacjentów, podczas gdy 24% wymagało zgłębnika nosowo-żołądkowego. Żywnienie przez gastrostomię stosowano u 15,8% pacjentów, a żywienie pozajelitowe u 19,9% dzieci. Dalszej opieki Poradni Żywieniowej wymagało 38,9% pacjentów, a Poradni Gastroenterologicznej 33%. Hospitalizacje związane z zaburzeniami karmienia stanowiły 30% wszystkich hospitalizacji w 2023 roku.

Wniosek: Znaczny odsetek hospitalizacji związany jest z zaburzeniami karmienia oraz potrzebą interdyscyplinarnej opieki nad pacjentami, uwzględniającej gradację postępowania w zależności od najczęstszych przyczyn zaburzeń karmienia w poszczególnych grupach wiekowych.

Stan odżywienia oraz wysokość ciała u dzieci z eozynofilowym zapaleniem przełyku: długofalowe badanie obserwacyjne.

Marta Borys, Andrea Horvath, Piotr Dziechciarz

Klinika Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Eozynofilowe zapalenie przełyku (EoE) może mieć wpływ na stan odżywienia dzieci i młodzieży. Jednakże dane dotyczące długofalowego wpływu EoE na stan odżywienia i rozwój fizyczny dzieci są ograniczone. Celem badania była długofalowa ocena stanu odżywienia oraz wysokości ciała u pacjentów ze świeżo rozpoznanym EoE.

Materiał i metody: Korzystając z medycznych danych pacjentów (w wieku <18 lat) z nowo zdiagnozowanym EoE i co najmniej rocznym okresem obserwacji po rozpoznaniu oceniono dynamikę zmian wskaźnika stanu odżywienia BMI oraz wysokości ciała za pomocą programów WHOAnthro oraz WHOAnthroplus. Kryteria niedożywienia i otyłości oparto na definicjach przyjętych przez Amerykańskie Towarzystwo Dietetyczne i Światową Organizację Zdrowia a kryteria dotyczące niskorosłości oparto na rekomendacjach Europejskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej.

Wyniki: W chwili rozpoznania 20% z 50 pacjentów włączonych do badania miało nieprawidłowy stan odżywienia, w tym u 12% występowało umiarkowane niedożywienie (BMI z-score 2). Po średnim czasie leczenia wynoszącym 24,5 miesiąca częstość występowania umiarkowanego niedożywienia spadła do 6%, podczas gdy odsetek dzieci otyłych wzrósł do 12%. Odchylenia standardowe wysokości ciała pozostały stosunkowo stabilne.

Wniosek: EoE może dotyczyć dzieci z różnym stanem odżywienia. Podczas obserwacji lekarze powinni uważnie monitorować stan odżywienia wszystkich pacjentów z EoE, mając na uwadze ryzyko zarówno niedożywienia, jak i otyłości.

Zespół Roszpunki – przypadek gastroenterologiczny, chirurgiczny czy psychiatryczny?

Julia Leszkowicz¹, Michał Brzeziński¹, Dominika Lubacka², Maciej Zagierski¹, Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz¹

¹ Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Oddział Chirurgii i Urologii Dzieci, Szpital im. Kopernika Copernicus PL Sp. z o.o.

14-letnia dziewczynka, bez istotnego wywiadu chorobowego, została przekazana do Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego. W TK jamy brzusznej uwidoczniło się obecność owalnej niejednorodnej zmiany wielkości 5x16cm w świetle żołądka, odpowiadającej prawdopodobnie bezoarowi. Zmiana o podobnej morfologii została uwidoczniła w jednej z pętli jelita krętego w miednicy mniejszej. W znieczuleniu ogólnym podjęto próbę endoskopowego usunięcia bezoaru, wyciągając jedynie niewielką ilość konglomeratu włosów. Dokonano konwersji na laparotomię, usunięto trichobezoar w całości, bez powikłań. Pacjentkę konsultowano psychologicznie – według rodziców dziecko od zawsze regulowało napięcie żuciem przedmiotów (włosów, paznokci, kredek, chusteczek, surowego makaronu, korków do butelek), a sama pacjentka zgłasza skłonność do trichotillomanii, szczególnie w okresach silnego stresu.

Częstość występowania bezoarów w gastrokopii szacuje się na 0,3% [1]. W rzadkich przypadkach trichobezoar ma długi ogon i rozciąga się przez całe jelito cienkie (zespół Roszpunka), co występuje prawie wyłącznie u młodych dziewcząt [2]. Bezoary mogą nawrócić u 20% pacjentów. Zaleca się modyfikację diety, ostrożne przeżuwanie pokarmu oraz konsultację psychiatryczną, aby zapobiec nawrotom. Należy rozszerzyć diagnostykę o przyczyny podstawowych zaburzeń motoryki.

1. Kadian RS et al. Gastric bezoars--spontaneous resolution. Am J Gastroenterol. 1978 Jul;70(1):79-82.
2. Fallon SC et al. The surgical management of Rapunzel syndrome: a case series and literature review. J Pediatr Surg. 2013 Apr;48(4):830-4.