



Katowice
14-16 września
2017 roku

XXXIV ZJAZD

Polskiego Towarzystwa

PEDIATRYCZNEGO

Przewodniczący Komitetu Naukowego:
prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:
dr hab. n. med. Urszula Grzybowska-Chlebowczyk

STRESZCZENIA

 **SYMPOSION**
Gwarancja Doskonałej Organizacji od 1993 r.







ANNALES ACADEMIAE MEDICAE SILESIENSIS 2017; 71, suppl. 1

XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

14–16 września 2017 r., Katowice





2017, Vol. 71 supl. 1:
XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

SPIS TREŚCI

DONIESIENIA USTNE

- Zespół tylnej odwracalnej encefalopatii (PRES) w przebiegu leczenia onkologicznego u dzieci** (U.01; ID: 929) **1**
Grażyna Sobol-Milejska, Katarzyna Musioł, Agnieszka Mizia-Malarz, Magdalena Machnikowska-Sokołowska, Weronika Stolpa, Michał Boroń, Magdalena Kwiatek
- Wzrost zachorowalności na zespół hemolityczno-mocznicowy w 2016 roku – doświadczenie jednego ośrodka** (U.02. Nefrologia; ID: 901) **2**
Joanna Przychodzień, Maria Daniel, Beata Leszczyńska, Dominika Adamczuk, Karolina Cichoń-Kawa, Edyta Podsiadły, Waldemar Rastawicki, Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska
- Stosowanie suplementów diety u dzieci chorujących przewlekłe – wyniki badania ankietowego** (U.03. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 893) **3**
Irena Wikiera-Magott, Martyna Sołtysik, Konstancja Fornalczyk, Anna Medyńska, Magdalena Hurkacz, Danuta Zwolińska
- Grypa u dzieci w sezonie 2015/2016 – obserwacje własne** (U.04. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 962) **4**
Edyta Zawłocka, Małgorzata Czajkowska, Katarzyna Cieślak, Ewelina Hallmann-Szeleńska, Karol Szymański, Dorota Kowalczyk, Lidia B. Brydak, Teresa Jackowska
- Trend sekularny występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym – czynniki ryzyka** (U.05. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 946) **5**
Magdalena Rolek, Sylwia Ryszkiewicz, Katarzyna Rak, Agata Romanczukiewicz, Piotr Gibała, Ewa Małecka-Tendera, Paweł Matusik
- Ocena ryzyka astmy i alergii u dzieci w wieku przedszkolnym, hospitalizowanych w okresie niemowlęcym z powodu infekcji układu oddechowego** (U.06. Alergologia i Pulmonologia; ID: 862) **6**
Ewelina Chrobak, Majka Jaszczura, Bogdan Mazur, Edyta Machura
- Mechanizmy regulacji masy ciała – rola iryzyiny** (U.07. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 902) **7**
Beata Kulik-Rechberger, Elżbieta Szponar, Diana Szymańska-Miller
- Wieloośrodkowe badanie oceniające skuteczność leku Dicopeg Junior w leczeniu czynnościowego zaparcia stolca u dzieci w wieku 6 miesięcy–6 lat. Badanie prospektywne, z randomizacją** (U.08. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 955) **8**
Dorota Jarzębicka, Joanna Sieczkowska-Gołub, Jarosław Kierkuś, Maciej Dądałski, Piotr Socha, Dariusz Lebensztejn, Monika Kowalczyk-Kryston, Bartosz Korczowski, Grzegorz Oracz
- Czy to na pewno tylko pneumonia? Analiza przypadku chłopca z zapaleniem płuc, u którego wykryto torbiel enterogenną płuca prawego** (U.09. Alergologia i Pulmonologia; ID: 916) **9**
Anna Bręborowicz, Katarzyna Jończyk-Potoczna, Paulina Komasińska, Irena Wojsyk-Banaszak, Anna Zelent
- Praktyczne znaczenie diagnostyki grypy u dzieci poniżej 2 roku życia** (U.10. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 963) **10**
August Wrotek, Małgorzata Czajkowska, Edyta Zawłocka, Lidia Brydak, Teresa Jackowska



Krzywica hipofosfatemiczna u dzieci – ocena masy kostnej i wskaźników obrotu kostnego (U.11. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 903) <i>Agnieszka Rusińska, Izabela Michałus, Izabela Woch, Paulina Adamiecka, Danuta Chlebna-Sokół</i>	11
Ocena gospodarki węglowodanowej u dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki leczonych hormonem wzrostu (U.12. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 989) <i>Ewelina Witkowska-Sędek, Dominika Labochka, Anna Majcher, Katarzyna Kądziała, Anna Kucharska, Beata Pyrzak</i>	12
Zależność między stężeniem d-dimerów a ciężkością ostrej pokrzywki u dzieci (U.13. Alergologia i Pulmonologia; ID: 984) <i>Agnieszka Ochab, Janusz Zaręczyński</i>	13
Ocena stężenia witaminy D w surowicy u dzieci hospitalizowanych z powodu objawów klinicznych sugerujących zaburzenia w układzie kostnym (U.14. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 894) <i>Danuta Chlebna-Sokół, Izabela Michałus, Agnieszka Rusińska, Anna Łupińska, Bogdan Fijałkowski, Katarzyna Andrzejewska, Batbolor Magsar Khuchit, Maciej Porczyński, Izabela Woch, Anna Jończyk, Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz</i>	14
Zjawisko leptynooporności jako czynnik kształtujący masę kostną dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 7–10 lat (U.15. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 887) <i>Anna Łupińska, Danuta Chlebna-Sokół</i>	15
Ocena przeznaskórkowej utraty wody (TEWL) u dzieci z alergią pokarmową – doniesienie wstępne (U.16. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 952) <i>Julia Gawryjolek, Magdalena Basałygo, Joanna Wolska, Aneta Krogulska</i>	16
Pathogenetic aspects of the endothelial dysfunction in children with pyelonephritis (U.17. Nefrologia; ID: 908) <i>Kanstantin Vilchuk</i>	17
Ocena fizycznego i psychicznego komfortu dziecka podczas elektrostymulacji polykania – doniesienie wstępne (U.18. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 971) <i>Marta Biernacka, Magdalena Rakowska, Ewa Winnicka, Piotr Socha</i>	18
Szczepienia ochronne u pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit – wyniki wstępne (U.19. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 876) <i>Magdalena Neścioruk, Marta Baranowska-Nowak, Kinga Kowalska-Dupłaga, Izabella Łazowska-Przeorek, Andrzej Radzikowski, Piotr Albrecht, Aleksandra Banaszkiewicz</i>	19
Ocena przydatności diagnostycznej amino-terminalnego odcinka mózgowego peptydu natriuretycznego (NT-proBNP) w wadach wrodzonych serca u noworodków (U.20. Neonatologia; ID: 840) <i>Agata Tarkowska, Wanda Furmaga-Jabłońska</i>	20
Nowe wyzwania w diagnostyce nawracających gorączek u dzieci (U.21. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 972) <i>Beata Wolska-Kuśnierz, Nel Dąbrowska-Leonik, Ivona Aksentijevich, Dorota Rowczenio, Kamila Czerska, Edyta Heropolitańska-Pliszka, Barbara Pietrucha, Małgorzata Pac, Małgorzata Skomska-Pawliszak, Hanna Gregorek, Bożena Cukrowska, Ewa Bernatowska</i>	21
Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej u dzieci chorych na nieswoiste zapalenia jelit w aspekcie pierwotnej i wtórnej nietolerancji laktozy (U.22. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 970) <i>Martyna Jasielska, Urszula Grzybowska-Chlebowczyk</i>	22
Nadwrażliwość na pokarmy u niemowląt karmionych wyłącznie piersią – obserwacje własne (U.23. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 993) <i>Martyna Rekowska, Inga Adamska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska</i>	23
Mleko kobiece jako źródło komórek macierzystych (U.24. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 921) <i>Małgorzata Witkowska-Zimny, Ewa Kamińska-El-Hassan, Joanna Wójtowicz</i>	24
Cukrzyca ciężarnych u matek a powikłania wczesnego okresu adaptacyjnego u noworodków (U.25. Neonatologia; ID: 941) <i>Marcin Setlak, Patrycja Radosz, Aneta Radwan, Aneta Okoń, Paulina Klinicka, Agata Górny, Piotr Surmiak</i>	25



Ultrasonografia w populacji zdrowych noworodków – czy warto ją wykonywać? (U.26. Neonatologia; ID: 938) <i>Ewa Syweñki, Monika Łata, Krystyna Michalak, Justyna Gleñ-Pakula, Wojciech Baranowski</i>	26
Ból w klatce piersiowej w przebiegu kardiomiopatii przerostowej – czym nas może zaskoczyć? (U.27. Kardiologia; ID: 928) <i>Agata Paszkowska, Lidia Ziółkowska, Andrzej Kościesza, Joanna Petryka-Mazurkiewicz, Monika Kowalczyk-Domagala, Anna Turska-Kmieć, Grażyna Brzezińska-Rajszys</i>	27
Zaopatrzenie organizmu w witaminę D u pacjentów po zakończonym w dzieciństwie leczeniu przeciwnowotworowym (U.28. Hematologia i Onkologia; ID: 927) <i>Eryk Latoch, Katarzyna Muszyńska-Roslan, Anna Pazik, Milena Osińska, Anna Panasiuk, Małgorzata Sawicka-Żukowska, Maryna Krawczuk-Rybak</i>	28
DONIESIENIA PLAKATOWE	29
Evaluation of the efficiency of hygienic treatment of the mouth with chlorhexidin in respiratory patients (P.01. Alergologia i Pulmonologia; ID: 996) <i>Pavel Pratasevich, Ekaterina Babko</i>	31
The effect of pregnancy on the course of allergic diseases in children and their mothers (P.01. Alergologia i Pulmonologia; ID: 911) <i>Natallia Tsikhan, Syarhey Lyalikau</i>	32
Peculiarities of acute stenosing laryngitis in children (P.01. Alergologia i Pulmonologia; ID: 917) <i>Sviatlana Baihot, Dzmitrii Rakovich, Iryna Marushka, Antanina Litavor</i>	33
Przypadek użądlenia noworodka przez osę w okresie zimowym (P.01. Alergologia i Pulmonologia; ID: 988) <i>Jan Józefczuk, Rafał Czarnecki, Urszula Lampart</i>	34
Rzadkie oblicza krzywicy – wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne na przykładzie pacjenta z krzywicą pseudoniedoborową typu I (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 885) <i>Izabela Michalus, Anna Łupińska, Agnieszka Rusińska, Danuta Chlebna-Sokół</i>	35
Trudności diagnostyczne guza tarczycy o charakterze zapalnym (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; 936) <i>Iga Kapczuk, Agnieszka Brodzisz, Paweł Nachulewicz, Iwona Beñ-Skowronek, Izabela Rysz</i>	36
Obserwacje kliniczne dzieci z wrodzoną łamliwością kości rozpoznaną w okresie noworodkowym lub niemowlęcym – wstępne wyniki pracy doktorskiej (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 865) <i>Karolina Beska, Danuta Chlebna-Sokół</i>	37
Niemowlę z neutropenią w przebiegu glikogenozy Ib – opis przypadku (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 904) <i>Diana Szymańska-Miller, Beata Kulik-Rechberger, Maria Trojanowska-Szostek</i>	38
Zespół von Hippel-Lindau – podział kliniczny oraz sposób monitorowania w zależności od typu choroby (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 891) <i>Sylwia Kozaczuk, Iwona Beñ-Skowronek</i>	39
Hiperinsulinizm bez otyłości (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 997) <i>Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec</i>	40
Otyłość maskująca przedwczesne dojrzewanie płciowe (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 999) <i>Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec</i>	41
Rola badania podmiotowego oraz przedmiotowego w diagnostyce pierwotnej autoimmunologicznej niedoczynności kory nadnerczy (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 922) <i>Agata Kozłowska, Urszula Wątrobińska, Elżbieta Moszczyńska, Mieczysław Szalecki</i>	42
Przebieg kliniczny atroficznego zapalenia tarczycy u dzieci (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 888) <i>Dominika Labochka, Katarzyna Pasternak-Pietrzak, Beata Pyrżak, Anna Kucharska</i>	43



Niewidzialna otyłość (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 998) <i>Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec</i>	44
Zespół SHORT – rzadka choroba genetyczna – opis przypadku (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 953) <i>Maria Klatka, Katarzyna Kozyra, Izabela Rysz, Agnieszka Polak, Witold Kollątaj</i>	45
Jatrogena niedoczynność kory nadnerczy u 3 pacjentów – prezentacja przypadków (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 923) <i>Katarzyna Pasternak-Pietrzak, Karolina Kot, Elżbieta Moszczyńska, Michał Staniszewski, Mieczysław Szalecki</i>	46
Wrodzona lamliwość kości u dzieci – charakterystyka kliniczna, densytometryczna i trudności diagnostyczne na podstawie 20 lat doświadczeń Kliniki (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 899) <i>Agnieszka Rusińska, Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz, Izabela Michałus, Karolina Beska, Paulina Adamiecka, Danuta Chlebna-Sokół</i>	47
Ocena skuteczności leczenia doustną formą bisfosfonianów (alendronian sodu) dzieci z łagodnymi postaciami wrodzonej lamliwości kości (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 966) <i>Anna Błaszczak, Ewa Małecka-Tendera, Paweł Matusik</i>	48
Szybko postępująca wirylizacja u 1,5-rocznej dziewczynki – rak kory nadnerczy (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 975) <i>Ewelina Witkowska-Sędek, Olga Gryniewicz-Kwiatkowska, Agnieszka Rudzka-Kocjan, Małgorzata Rumińska, Dominika Labochka, Beata Pyrżak, Mieczysław Szalecki, Anna Kucharska</i>	49
Hipofosfatazja – choroba o wielu twarzach (P.02. Endokrynologia, Diabetologia, Choroby Metaboliczne; ID: 868) <i>Izabela Michałus, Gabriela Orzechowska, Anna Łupińska, Agnieszka Rusińska, Danuta Chlebna-Sokół</i>	50
Współistnienie wrzodzącego zapalenia jelita grubego i celiakii u 12-letniej pacjentki (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 855, 858) <i>Agnieszka Mroczkowska-Juchkiewicz, Agnieszka Pawłowska-Kamieniak, Paulina Krawiec, Katarzyna Kominek, Elżbieta Pac-Kożuchowska</i>	51
Ciężka postać alergii pokarmowej (LTAF – liver transplant acquired food allergy) u dziecka po transplantacji wątroby – opis przypadku (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 934) <i>Monika Szycha, Maciej Dądałski, Irena Jankowska, Joanna Teisseyre, Joanna Pawłowska</i>	52
Wczesne czynniki ryzyka rozwoju nieswoistych zapaleń jelit u dzieci (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 890) <i>Aleksandra Dolińska, Zuzanna Wasielewska, Aneta Krogulska</i>	53
Wczesne czynniki ryzyka rozwoju uczulenia na alergen pokarmowy u dzieci do 3 roku życia (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 883) <i>Hanna Ludwig, Ewa Łoś-Rycharska, Julia Gawryjolek, Aneta Krogulska</i>	54
Lepiej późno niż wcale: opis przypadku rozpoznania mukowiscydozy u 9-letniej dziewczynki (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 856) <i>Paulina Krawiec, Agnieszka Mroczkowska-Juchkiewicz, Agnieszka Pawłowska-Kamieniak, Katarzyna Kominek, Elżbieta Pac-Kożuchowska</i>	55
Powiększenie węzłów chłonnych krezkowych u dzieci z bólami brzucha – istotny problem w praktyce pediatrycznej – doniesienie wstępne (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 889) <i>Dominika Wilczyńska, Agnieszka Sakson-Słomińska, Magdalena Tworzydło, Aneta Krogulska</i>	56
Wprowadzanie pokarmów uzupełniających a występowanie objawów alergii u dzieci w pierwszym roku życia – doniesienie wstępne (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 861) <i>Magdalena Kuśmerek, Ewa Łoś-Rycharska, Julia Gawryjolek, Andrzej Chęsy, Aneta Krogulska</i>	57
APRI jako marker włóknienia u dzieci z autoimmunizacyjnym zapaleniem wątroby (AIH) (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 879) <i>Karolina Piwczyńska, Marek Woynarowski, Małgorzata Woźniak, Maciej Dądałski</i>	58
Ocena występowania chorób alergicznych u dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit – doniesienie wstępne (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 866) <i>Zuzanna Wasielewska, Aleksandra Dolińska, Aneta Krogulska</i>	59



Czy przewlekłe zapalenie trzustki u dzieci jest chorobą wieloczynnikową? (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 940) <i>Karolina Wejnarska, Elwira Kołodziejczyk, Grzegorz Oracz</i>	60
Zmiany polipowate jelita grubego – czy zawsze są polipami? (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 881) <i>Anna Socha-Banasiak, Dobromiła Barańska, Elżbieta Czekwianianc</i>	61
Ocena świadomości wpływu palenia tytoniu na zdrowie u młodzieży z nieswoistym zapaleniem jelit – wyniki wstępne (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 863) <i>Marta Baranowska-Nowak, Magdalena Neścioruk, Kinga Kowalska-Duplaga, Stefan Kuźniarski, Izabella Łazowska-Przeorek, Aleksandra Banaszkiewicz</i>	62
Choroba śródmiąższowa płuc w przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u 15-letniej dziewczynki – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 882) <i>Anna Góra, Katarzyna Bąk-Drabik, Jolanta Porębska, Franciszek Halkiewicz, Katarzyna Ziara, Edyta Machura</i>	63
Ocena przydatności wybranych wskaźników laboratoryjnych i ultrasonograficznych u dzieci z objawami z przewodu pokarmowego przed zastosowaniem inwazyjnych procedur diagnostycznych (P.03. Gastroenterologia i Alergie Pokarmowe; ID: 935) <i>Aleksandra Powążka, Anna Socha-Banasiak, Krzysztof Pacześ, Joanna Ślęzak, Piotr Raczynski, Ryszard Makosiej, Elżbieta Czekwianianc</i>	64
Interstycjalna delecja (2)(32.1;q33.3) u 5-letniego chłopca (P.04. Genetyka; ID: 943) <i>Małgorzata Lisik, Marta Turek, Justyna Pękalska</i>	65
Neurozakażenie u 2-miesięcznego dziecka jako maska choroby Menkesa (P.04. Genetyka; ID: 985) <i>Marcin Gwoździak, Kamila Ludwikowska, Janusz Zaryczyński, Robert Śmigiel, Leszek Szenborn</i>	66
Zespół lamliwego chromosomu X – trudności diagnostyczne (P.04. Genetyka; ID: 942) <i>Małgorzata Lisik</i>	67
Guz kory nadnerczy czynny hormonalnie – prezentacja przypadku klinicznego 1,5-miesięcznego niemowlęcia z zespołem Cushinga (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 954) <i>Michalina Jezierska, Jagoda Badurowicz, Joanna Stefanowicz, Dorota Birkholz-Walerzak, Elżbieta Adamkiewicz-Drożyńska</i>	68
Mnogie udary wielonarządowe jako niezwykła manifestacja kliniczna gruczolakoraka żołądka ze różnicowaniem kosmówkowym i wątrobowym (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 931) <i>Piotr Buda, Monika Bożek, Olga Rutynowska, Bożenna Dembowska-Bagińska, Anna Wieteska-Klimczak, Dariusz Chmielewski, Piotr Gietka, Agnieszka Brożyna, Wiesława Grajkowska, Janusz Książczyk</i>	69
Wykorzystanie u dzieci komórek macierzystych pozyskanych przez Polski Bank Komórek Macierzystych – Grupa FamiCord [CIC 0980] – dziesięć lat doświadczeń (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 907) <i>Anna Mucha, Karol Kosterna, Mariusz Grudniak, Dominika Gładysz, Iwona Marszałek, Eugeniusz Krzysztof Machaj, Magdalena Sendek, Kamila Poteralska, Karolina Zagórska, Joanna Plączkowska, Agnieszka Orczykowska, Tomasz Oldak, Magdalena Chrościnska-Krawczyk, Krystyna Mitosek-Szewczyk, Maciej Borucki, Dariusz Borucki</i>	70
Ocena funkcji nerek u dzieci po zakończonej terapii z powodu guzów ośrodkowego układu nerwowego (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 925) <i>Grażyna Sobol-Milejska, Katarzyna Musioł, Agnieszka Mizia-Malarz, Weronika Stółpa, Łukasz Nowotka, Karolina Torba, Gabriela Ochala, Natalia Kuna</i>	71
Przypadkowo zdiagnozowany nerwiak zarodkowy u dwojga niemowląt (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 872) <i>Maria Trojanowska-Szostek, Diana Szymańska-Miller, Agnieszka Brodzisz, Beata Kulik-Rechberger</i>	72
Perspektywy zastosowania midostaurinu w potencjalnej farmakoterapii celowanej ostrej białaczki szpikowej (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 959) <i>Małgorzata Lasota, Walentyna Balwierz</i>	73
Drugie nowotwory u dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej w materiale jednego ośrodka (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 926) <i>Grażyna Sobol-Milejska, Agnieszka Mizia-Malarz, Katarzyna Musioł</i>	74



Opóźnione i przypadkowe rozpoznanie choroby nowotworowej u dzieci (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 949) <i>Tomasz Jarmoliński, Kazimierz Antonowicz, Paweł Szostak, Barbara Marszalska, Hanna Marciniak, Joanna Szczepanik-Boroń, Remigiusz Rzepka</i>	75
Ostre martwicze zapalenie trzustki w trakcie leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej. Analiza przypadku (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 977) <i>Anna Płotka, Agnieszka Wziątek, Jacek Wachowiak, Katarzyna Derwich</i>	76
Histiocytoza komórek Langerhansa – doświadczenia ośrodka gdańskiego z ostatnich 24 lat (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 948) <i>Aleksandra Miękus, Michalina Jezierska, Joanna Stefanowicz, Anna Balcerska, Elżbieta Adamkiewicz-Drożyńska, Ewa Iżycka-Świeszewska</i>	77
Lito-pseudobrodawkowaty guz trzustki o bezobjawowym przebiegu u 10-letniej dziewczynki (P.05. Hematologia i Onkologia; ID: 945) <i>Tomasz Jarmoliński, Joanna Szczepanik-Boroń, Remigiusz Rzepka, Jan Godziński, Dorota Sokalla</i>	78
Tuberculosis in children and adolescents in the Grodno region (2010–2016 years) (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 878) <i>Alena Aleksa</i>	79
Włośnica przyczyną bólów brzucha (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 864) <i>Joanna Kulla, Irena Nowak, Anna Kleczka-Sowa</i>	80
Choroba kociego pazura jako przyczyna powiększenia węzłów chłonnych – opis przypadku (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 910) <i>Joanna Węgrzynek, Natalia Krysiak, Dorota Kardas-Sobantka, Henryka Arndt, Marta Kłos, Aleksandra Mazepus, Magdalena Bajera-Szydłowska, Agata Lange, Anna Szczepaniak-Kubat</i>	81
Zakażenie HIV u 16-letniego chłopca (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 944) <i>Hanna Marciniak, Tomasz Jarmoliński, Paweł Szostak, Ewa Zeńczak, Monika Haberk, Joanna Łasecka-Zadrożna, Józef Rudnicki</i>	82
Odra – potrzeba gotowości do rozpoznania i diagnozowania (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 979) <i>Aneta Popiel, Leszek Szenborn</i>	83
TIBOLA – rzadko rozpoznawana w Polsce odkleszczowa choroba wywołana przez riketsje (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 976) <i>Zofia Szymańska-Toczek, Katarzyna Toczek-Kubicka, Tomasz Chmielewski, Leszek Szenborn</i>	84
Zakażenia rotawirusowe jako przyczyna hospitalizacji na oddziale pediatrycznym (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 912) <i>Marta Kłos, Dorota Kardas-Sobantka, Martyna Masternak, Joanna Węgrzynek, Natalia Krysiak, Magdalena Bajera-Szydłowska, Aleksandra Mazepus, Agata Lange, Henryka Arndt, Anna Szczepaniak-Kubat</i>	85
Prawdopodobne przyczyny pokrzywki ostrej u dzieci hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w latach 2005–2008 (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 937) <i>Eleonora Dyńska, Helena Rotsztein, Bartosz Pawlikowski, Anna Socha-Banasiak, Elżbieta Czkwianianc</i>	86
Grypa u noworodków w sezonie 2015/2016 – obserwacje własne (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 961) <i>Edyta Zawłocka, Małgorzata Czajkowska, Katarzyna Cieślak, Ewelina Hallmann-Szelińska, Karol Szymański, Dorota Kowalczyk, Lidia B. Brydak, Teresa Jackowska</i>	87
Czy łatwo jest rozpoznać mononukleozę? (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 973) <i>Monika Karlikowska-Skwarnik, Leszek Szenborn, Edyta Paradowska</i>	88
Objawy neurologiczne jako wczesna manifestacja grypy u dzieci – obserwacje własne w sezonie 2015/2016 (P.06. Immunologia, Choroby Zakaźne, Wakcynologia; ID: 960) <i>Edyta Zawłocka, Małgorzata Czajkowska, Katarzyna Cieślak, Ewelina Hallmann-Szelińska, Karol Szymański, Dorota Kowalczyk, Lidia B. Brydak, Teresa Jackowska</i>	89
Mathematical background role of endothelial dysfunction and atherosclerosis risk factors in the development of high normal arterial pressure in children (P.07. Kardiologia; ID: 906) <i>Mikalai Maksimovich</i>	90



Disturbances of a cardiac rhythm at newborns (P.07. Kardiologia; ID: 924) <i>Evgeniya Burak, Lyudmila Gurina</i>	91
Evaluation of systolic heart function in children with arterial hypertension (P.07. Kardiologia; ID: 909) <i>Mikalai Maksimovich, Alexander Luksha</i>	92
Atherosclerosis risk factors and traditional parameter of autonomic disorders in screening diagnostics of dysfunction of endothelial in children (P.07. Kardiologia; ID: 905) <i>Mikalai Maksimovich</i>	93
Czynniki związane z wydłużeniem odstępu QT u dzieci z fałszywymi ścięgnami lewej komory (P.07. Kardiologia; ID: 873) <i>Natalia Tomczyk, Serchej Lyalikow</i>	94
Ostra niewydolność nerek w przebiegu leptospirozy (P.08. Nefrologia; ID: 859) <i>Katarzyna Dziedzic-Jankowska, Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska</i>	95
Jak często w Polsce u dzieci w wieku szkolnym występują zaburzenia oddawania moczu? – badanie ankietowe (P.08. Nefrologia; ID: 930) <i>Anna Wyciszczok, Szymon Czajka, Andrzej Grabowski, Paweł Malek, Wojciech Korlacki</i>	96
Krwistek pochwy jako rzadka przyczyna zatrzymania moczu u 14-letniej dziewczynki (P.08. Nefrologia; ID: 947) <i>Tomasz Jarmoliński, Hanna Marciniak, Jaromir Grochocki</i>	97
Ocena ultrasonograficznego obrazu skóry u noworodków (P.09. Neonatologia; ID: 965) <i>Paulina Przybysz, Robert Krzysztof Mlosek, Maria Wilińska, Joanna Wójtowicz, Teresa Jackowska</i>	98
Clinical features of congenital pylorostenosis (P.09. Neonatologia; ID: 995) <i>Tatsiana Pratasevich, Natalia Bonceevich, Anna Svirikova</i>	99
Dysplazja obojczykowo-czaszkowa – opis przypadku (P.09; ID: 900) <i>Elżbieta Szponar, Artur Kościesza, Grażyna Polkowska, Agata Tarkowska, Wanda Furmaga-Jabłońska, Beata Kulik-Rechberger</i>	100
Dependence of generalized infectious-inflammatory diseases on xenobiotics effects (P.09. Neonatologia; ID: 991) <i>Olena Vlasova</i>	101
Development of children about one year with the various serotonin status of umbilical cord blood serum (P.09. Neonatologia; ID: 994) <i>Lydia Sheibak, Tatsiana Pratasevich</i>	102
The results of treatment of symptomatic epilepsy in children and teens with depakin chrono drug (P.10. Neurologia; ID: 875) <i>Eugenij Onegin, Olga Onegina</i>	103
Homocysteina jako czynnik diagnostyczny i etiopatogenetyczny u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (P.10. Neurologia; ID: 939) <i>Jan Józefczuk, Wiktoria Kasprzycka, Rafał Czarnecki, Alfreda Graczyk, Paweł Józefczuk, Krzysztof Magda, Urszula Lampart</i>	104
Bioelementy we włosach dzieci z wybranymi jednostkami neurologicznymi (P.10. Neurologia; ID: 914) <i>Jan Józefczuk, Wiktoria Kasprzycka, Rafał Czarnecki, Alfreda Graczyk, Paweł Józefczuk, Krzysztof Magda, Urszula Lampart, Ewa Mrozowska-Ząbek, Weronika Surdy, Róża Kwiatkowska-Graczyk, Alicja Kwiatek</i>	105
Zespół Melkerssona-Rosenthala (P.10. Neurologia; ID: 951) <i>Mariana Madejska, Tomasz Rzemieniuk, Leszek Strój</i>	106
Ołów i kadm u dzieci z spektrum autyzmu (P.10. Neurologia; ID: 987) <i>Rafał Czarnecki, Wiktoria Kasprzycka, Jan Józefczuk, Alfreda Graczyk, Ewa Mrozowska-Ząbek, Krzysztof Magda</i>	107
Wiedza lekarzy na temat zapobiegania przemocy rodzinie i ich potrzeb w tym zakresie w ocenach własnych (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 956) <i>Piotr Hartmann, Teresa Jackowska</i>	108



Porównanie trudności z karmieniem dziecka i związane z tym oczekiwania rodziców w grupie dzieci zdrowych i z problemami medycznymi (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 969) <i>Ewa Winnicka, Katarzyna Kowalska, Małgorzata Matuszczyk, Kamila Zych, Piotr Socha</i>	109
Olów i kadm u dzieci w wybranych jednostkach neuropsychiatrycznych (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 986) <i>Rafał Czarnecki, Wiktoria Kasprzycka, Jan Józefczuk, Alfreda Graczyk, Alicja Kwiatek, Krzysztof Magda</i>	110
Hipotermia terapeutyczna jako opieka poresuscytacyjna u dzieci po nagłym zatrzymaniu krążenia – doświadczenia własne (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 913) <i>Ewa Syweñki, Hanna Falkiewicz, Elżbieta Bąk, Bożena Głowska</i>	111
Ocena świadomości dzieci i młodzieży na temat szkodliwego wpływu chipsów na zdrowie (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 968) <i>Maria Palka-Słowik, Jerzy Słowik, Magda Szostak-Trybuś, Oliwia Lukaszczyk, Patrycja Paszek, Izabela Maciejewska</i>	112
Ciężka hiponatremia u 13-letniej dziewczynki – trudności diagnostyczne (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 892) <i>Renata Kuczyńska, Agnieszka Sakson-Słomińska, Aneta Krogulska, Zuzanna Wasielewska</i>	113
Zespół Chilaiditi u 6-letniego chłopca z koarktacją aorty (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 992) <i>Franciszek Halkiewicz, Tomasz Legaszewski</i>	114
Krótki przełyk – obraz USG i RTG postaci wrodzonej i nabytej u 2 dzieci (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 990) <i>Franciszek Halkiewicz, Antonina Krawczyk-Wyględacz</i>	115
Wpływ napojów energetyzujących na organizm dzieci poniżej 16 roku życia oraz ocena świadomości dzieci i rodziców na temat napojów energetyzujących (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 967) <i>Jerzy Słowik, Maria Palka-Słowik, Magda Szostak-Trybuś, Joanna Majcher, Patrycja Paszek, Izabela Maciejewska</i>	116
Dramatyczny przebieg zatrucia substancją psychoaktywną (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 950) <i>Tomasz Rzemieniuk, Barbara Krzelowska-Sroka, Anna Koczur-Purgał, Janusz Fuchs</i>	117
Stężenie 25(OH)D u dzieci 0–18 lat hospitalizowanych – w zależności od pory roku (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 958) <i>Jakub Chwiećko, Piotr Hartmann, Teresa Jackowska</i>	118
Częstość hiperlaktatemii u dzieci przyjmowanych do szpitala. Możliwe przyczyny oraz implikacje kliniczne – badanie wstępne (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 919) <i>Joanna Wójtowicz, Anna Siwonia, Teresa Jackowska</i>	119
Wybrane aspekty profilaktyki niedoboru witaminy D u dzieci w wieku przedszkolnym podejmowane przez ich rodziców (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 854) <i>Lucyna Sochocka, Joanna Gruszka</i>	120
Guz śródpiercia rozpoznany u chłopca z podejrzeniem kolki nerkowej (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 867) <i>Marianna Lichosik, Joanna Kacik, Aneta Czajńska-Deptuła, Katarzyna Jobs, Bożenna Dembowska-Bagińska, Bolesław Kalicki</i>	121
Powikłania antybiotykoterapii w praktyce pulmonologii dziecięcej (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 918) <i>Tatsiana Roubuts, Wojciech Radziszewski</i>	122
Zespół Chilaiditi przyczyną ciężkich, nawracających infekcji dróg oddechowych u 2,5-miesięcznego niemowlęcia (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 884) <i>Janusz Zaryczański, Aleksander Łaba, Joanna Łaba</i>	123
Analysis of nutrient composition of mixtures for feeding healthy infants of the first six months of life (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 874) <i>Natalia Tomchik, Elizaveta Avrukevich</i>	124
Przeoczone wnętrostwo (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 1000) <i>Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec</i>	125



Ocena parametrów biochemicznych ketogenezy u dzieci z wymiotami acetonemicznymi (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 932) <i>Helena Krakowczyk, Edyta Machura, Ewelina Chrobak, Katarzyna Ziora</i>	126
Czynniki wpływające na stężenie witaminy D w surowicy dzieci łódzkich w wieku wczesnoszkolnym z nadmiarem masy ciała (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 886) <i>Anna Łupińska, Danuta Chlebna-Sokół</i>	127
IgA-zależne zapalenie naczyń w populacji pediatrycznej – retrospektywna analiza 43 przypadków (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 860) <i>Majka Jaszczura, Ewelina Chrobak, Małgorzata Barć-Czarnecka, Edyta Machura</i>	128
Etiological structure of respiratory infections in children living in the western regions of Belarus (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 915) <i>Aksana Kharchanka, Tatsiana Roubuts</i>	129
Guz Potta u 8-letniej dziewczynki (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 964) <i>Paulina Przybysz, Piotr Hartmann, Magdalena Pilarska, Teresa Jackowska</i>	130
Stężenie 25(OH)D u dzieci (0–18 lat) hospitalizowanych – obserwacje własne (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 957) <i>Piotr Hartmann, Jakub Chwiećko, Teresa Jackowska</i>	131
Ocena profilu lipidów i ketonemii u dzieci z nawracającymi epizodami wymiotów z ketozą w trakcie infekcji dróg oddechowych (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 933) <i>Helena Krakowczyk, Edyta Machura, Małgorzata Rusek, Katarzyna Ziora</i>	132
Zależność między wielkością ciemienia przedniego a stężeniem 25(OH)D₃ (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 870) <i>Maria Trojanowska-Szostek, Małgorzata Joniec, Beata Kulik-Rechberger</i>	133
Przewlekły ból biodra u 8-letniej dziewczynki maską rozlanego chłoniaka nieziarniczego – opis przypadku (P.11. Tematy Ogólnopediatryczne + Varia; ID: 857) <i>Agnieszka Pawłowska-Kamieniak, Agnieszka Mroczkowska-Juchkiewicz, Katarzyna Kominek, Paulina Krawiec, Edyta Olesińska, Agnieszka Brodzisz, Beata Chrapko, Bogusław Stefaniak, Elżbieta Pac-Kożuchowska</i>	134





XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

DONIESIENIA USTNE





Zespół tylnej odwracalnej encefalopatii (PRES) w przebiegu leczenia onkologicznego u dzieci

Grażyna Sobol-Milejska¹, Katarzyna Musioł¹, Agnieszka Mizia-Malarz¹, Magdalena Machnikowska-Sokołowska², Weronika Stolpa¹, Michał Boroń³, Magdalena Kwiatek³

¹Oddział Onkologii, Hematologii i Chemioterapii, Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Zespół tylnej odwracalnej encefalopatii (PRES) jest zespołem ostrych objawów neurologicznych o różnej etiologii, takich jak bóle głowy, drgawki i zaburzenia widzenia z podobnymi zmianami w neuroobrazowaniu, zlokalizowanymi w istocie białej i szarej głównie płatów ciemieniowych i potylicznych. Patogeneza nie jest do końca wyjaśniona. Patomechanizm PRES opiera się najprawdopodobniej na zaburzeniach autoregulacji krążenia mózgowego w warunkach podwyższonego ciśnienia tętniczego z dysfunkcją bariery krew-mózg, dlatego nadciśnienie tętnicze i dodatkowo obniżony poziom magnezu są podnoszonymi czynnikami odgrywającymi rolę w procesie. Schorzenie rozpoznawane jest rzadko, nie-liczne są doniesienia dotyczące problematyki PRES u dzieci, szczególnie z rozpoznaniem onkologicznymi, stąd brakuje standardów postępowania z tą grupą pacjentów.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena na podstawie obrazu klinicznego i radiologicznego czynników predysponujących do wystąpienia PRES u dzieci w trakcie leczenia onkologicznego.

Pacjenci i metody: Badaniem objęto 6 dzieci w wieku 3,2–13,8 roku z różnymi rozpoznaniem onkologicznymi:

ALL, ALL, hepatoblastoma, neuroblastoma, granulocytic sarcoma, neuroblastoma oraz PNET. Analizie poddano kliniczną, w tym ocenę stężenia elektrolitów i analizę kart ciśnienia krwi, oraz radiologiczną manifestację PRES.

Wyniki: Wszyscy pacjenci badanej grupy ($n = 7$) zaprezentowali typowy dla PRES obraz kliniczny i radiologiczny. W obrazie klinicznym dominowały bóle głowy ($n = 7$) i drgawki ($n = 6$). Przeważająca liczba pacjentów ($n = 6$) miała incydent nadciśnienia, $RR > 99$ pc i zaburzenia elektrolitowe, głównie hipomagnezemię. Obraz MR u wszystkich pacjentów ujawnił typowo obrzęk istoty białej i szarej głównie okolicy ciemieniowej i potylicznej. Wszyscy pacjenci byli leczeni objawowo. Symptomy kliniczne PRES utrzymywały się przez 1–2 tygodnie, a nieprawidłowości obrazu radiologicznym 2–4 tygodnie.

Podsumowanie: PRES może wkląć leczenie onkologiczne u dzieci. Nadciśnienie pozostaje najistotniejszym czynnikiem ryzyka PRES. Wiedza na temat klinicznej i radiologicznej prezentacji PRES może być pomocna w zróznicowaniu tego zespołu od innych powikłań neurologicznych.



Wzrost zachorowalności na zespół hemolityczno-mocznicowy w 2016 roku – doświadczenie jednego ośrodka

Joanna Przychodzień¹, Maria Daniel¹, Beata Leszczyńska¹, Dominika Adamczuk¹, Karolina Cichoń-Kawa¹, Edyta Podsiadły², Waldemar Rastawicki³, Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska¹

¹Oddział Kliniczny Nefrologii i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieków Rozwojowych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

³Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Wstęp: Zespół hemolityczno-mocznicowy (ZHM) to mikroangiopatia zakrzepowa z triadą objawów: anemią hemolityczną, małopłytkowością oraz ostrym uszkodzeniem nerek. Zachorowania stwierdza się najczęściej u dzieci w wieku 1–5 lat. Według Gialuigi 89% przypadków stanowi typowy, biegunkowy tZHM wywołany przez bakterie produkujące werotoksynę, a 11% atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy (aZHM), którego przyczyną są najczęściej uwarunkowane genetycznie zaburzenia funkcji dopełniacza. W 2016 r. stwierdzono 4-krotny wzrost liczby przypadków ZHM w naszym ośrodku.

Cel: Celem pracy jest ocena przyczyn i przebiegu klinicznego ZHM u dzieci hospitalizowanych w 2016 w Katedrze i Klinice Pediatrii i Nefrologii.

Materiał i metody: Badaniu poddano 15 dzieci (7 dziewczynek) w wieku od 8 miesięcy do 15 lat (średnio 4 lata 6 miesięcy) z ZHM. U 13 dzieci (w tym 1 dziewczynki z aZHM) występowała biegunka od 3 do 7 dni przed przyjęciem. W 5 przypadkach tZHM była to biegunka z domieszką krwi w stolcu. U wszystkich badano: posiew kału, obecność werotoksyn metodą PCR, przeciwciała p/EHEC, CH50, C3, C4, ADAMTS13 inhibitor i aktywność oraz parametry biochemiczne.

Wyniki: U 3 dzieci w posiewie kału wyhodowano *E. coli*, w tym u 1 szczep enterokrwotoczny (EHEC) O26.

Spśród 13 dzieci z biegunką u żadnego nie stwierdzono obecności werotoksyny. Badania serologiczne potwierdziły obecność przeciwciał dla *E. coli* grup serologicznych O26, O157, O145 odpowiednio u 6, 2 i 1 dziecka. Antybiotykoterapię zastosowano u 7 dzieci przed objawami ZHM, co może tłumaczyć ujemne wyniki posiewów. U 13 osób stwierdzono typowy ZHM. U pozostałych 2 dzieci, z ciężkim przebiegiem klinicznym choroby, stwierdzono: niskie stężenia C3, CH50, ujemny posiew kału i badania serologiczne w kierunku EHEC oraz wykryto mutacje genów kodujących czynnik H i CD46. U żadnego dziecka nie stwierdzono zaburzeń aktywności ADAMTS13. Najniższy GFR wynosił średnio 12 ml/min/1,73 m² (od 0 do 66 ml/min/1,73 m²). Pacjentów z tZHM leczono objawowo. U pacjentów z aZHM stosowano plazmaferezę i wlewy świeżo mrożonego osocza. KKCz podawano przy poziomie Hgb < 8 g/dl. Leczenia nerkozastępczego wymagało 11 dzieci (2 aZHM, 9 tZHM). U dzieci z tZHM średni czas dializoterapii wynosił 6,9 dni. Dwoje pacjentów aZHM nie osiągnęło poprawy funkcji nerek. U 4 z 13 pacjentów z tZHM stwierdzono NT, u wszystkich uzyskano ustąpienie białkomoczu i normalizację funkcji nerek.

Wnioski: Wzrost częstości ZHM w 2016 r. mógł być spowodowany zakażeniami *E. coli* O26.



Stosowanie suplementów diety u dzieci chorujących przewlekłe – wyniki badania ankietowego

Irena Wikiera-Magott¹, Martyna Sołtysik², Konstancja Fornalczyk¹, Anna Medyńska¹,
Magdalena Hurkacz², Danuta Zwolińska¹

¹Katedra i Klinika Nefrologii Pediatrycznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Choroba przewlekła, obok zwiększonej aktywności fizycznej, stanowi główną przyczynę skłaniającą do sięgania po suplementy diety. Stosowanie ich u dzieci przewlekłe chorych, u których prowadzona jest długotrwała farmakoterapia, oprócz ryzyka przekroczenia dawki bezpiecznej, może wiązać się z nasileniem działań niepożądanych leków lub zmniejszeniem efektywności leczenia.

Cel pracy: Celem badania była ocena stosowania suplementów diety u dzieci zdrowych i przewlekłe chorych.

Materiał i metody: Badanie z użyciem ankiety autorskiej przeprowadzono wśród 50 osób: 25 rodziców dzieci zdrowych oraz 25 rodziców dzieci chorych, hospitalizowanych w Klinice Nefrologii Pediatrycznej we Wrocławiu.

Wyniki: Podawanie suplementów diety dzieciom zadeklarowało 80% rodziców dzieci chorych oraz 72% rodziców dzieci zdrowych. Dodatkowo 56% rodziców dzieci chorych oraz 53% rodziców dzieci zdrowych twierdziło, że dieta ich dzieci jest odpowiednio zbilansowana. Spośród dzieci chorych przewlekłą farmakoterapię prowadzono u 68% pacjentów. Najczęściej stosowanymi su-

plementami diety u dzieci chorych były preparaty multiwitaminowe (60%), kwasy omega-3 i składniki mineralne (44%), pre- i probiotyki (32%) oraz preparaty pochodzenia roślinnego (16%). Rodzice dzieci zdrowych zazwyczaj podawali kwasy omega-3 (52%), preparaty witaminowo-mineralne (28%), pre-i probiotyki (12%) oraz preparaty roślinne (8%). 72% rodziców dzieci przewlekłe chorych oraz 56% rodziców dzieci zdrowych było zdania, że suplementy diety są niezbędne do zaspokojenia potrzeb organizmu. Konieczność konsultacji z lekarzem przed ich wprowadzeniem do diety dziecka dostrzegało 76% rodziców dzieci chorych oraz 52% rodziców dzieci zdrowych. 24% rodziców dzieci chorych zgłaszało działania uboczne suplementów diety, jak: biegunka, bóle brzucha, nadmierne pobudzenie. Natomiast 12% rodziców dzieci zdrowych obserwowało ospałość i pogorszenie samopoczucia. Większość rodziców oceniła skuteczność suplementów diety jako trudną do zdefiniowania.

Wniosek: Konieczna jest edukacja rodziców w temacie niedoboru i nadmiaru składników odżywczych w diecie oraz celowości i bezpieczeństwa stosowania suplementów diety u dzieci.



Grypa u dzieci w sezonie 2015/2016 – obserwacje własne

Edyta Zawłocka^{1,2}, Małgorzata Czajkowska², Katarzyna Cieślak³, Ewelina Hallmann-Szeleńska³,
Karol Szymański³, Dorota Kowalczyk³, Lidia B. Brydak³, Teresa Jackowska^{1,2}

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

²Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie

³Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH)

Słowa kluczowe: grypa u dzieci, diagnostyka grypy, powikłania grypy

Wstęp: W Polsce, w zależności od danego sezonu epidemicznego, notuje się od kilku tysięcy do kilku milionów zachorowań i/lub podejrzeń zachorowań na grypę i/lub infekcje grypopodobne.

Cel pracy: Celem pracy była analiza obrazu klinicznego grypy u pacjentów hospitalizowanych na jednym oddziale pediatrycznym, w czasie jednego sezonu epidemiologicznego.

Metodyka: W sezonie epidemicznym 2015/2016 w Klinicznym Oddziale Pediatrycznym Szpitala Bielańskiego w Warszawie (KOP) hospitalizowano 163 dzieci z gripą (88 chłopców i 75 dziewczynek) w wieku od 16 dni do 17 lat (mediana 1 rok 5 miesięcy). Gripę podejrzewano na podstawie danych z badania podmiotowego i przedmiotowego, a rozpoznanie stawiano po uzyskaniu dodatniego wyniku szybkiego testu w kierunku wirusa grypy (*Rapid Influenza Diagnostic Test* – RIDT) i/lub badania metodą biologii molekularnej (*Real-Time Polymerase Chain Reaction* – qRT-PCR) wykonanego w Zakładzie Badania Wirusów Grypy (Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie).

Wyniki: Najczęstszym objawem była gorączka, która wystąpiła u 86,5% pacjentów, oraz objawy infekcji dróg oddechowych pod postacią kaszlu (58,3%) i/lub kataru (47,2%). U 41,7% pacjentów występowały cechy infekcji

z/bez gorączki wśród domowników. U 1 dziecka stwierdzono zakażenie wewnątrzszpitalne. Wirus grypy typu A rozpoznano u 71,2% (116/163), wirus grypy typu B u 18,4% (30/163), a wirusy grypy typu A i B u 10,4% (17/163) pacjentów. U 27,6% chorych wirusa grypy rozpoznano na podstawie dodatniego wyniku testu RIDT, u pozostałych 72,4% (118/163) na podstawie badania qRT-PCR, u 4,3% dzieci, wobec wątpliwego wyniku RIDT, wykonano badanie metodą qRT-PCR uzyskując wynik dodatni. W 55,8% przypadków zaobserwowano powikłania grypy, głównie ze strony dróg oddechowych (zapalenia płuc, oskrzeli czy krtani). U 3,1% pacjentów rozpoznano posocznice.

Pięcioro dzieci zostało przeniesionych do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności.

Wszyscy pacjenci byli leczeni oseltamiwirem, natomiast u 42,3% chorych wdrożono antybiotykoterapię. Długość hospitalizacji wyniosła od 1 do 21 dni i była znamienne dłuższa u pacjentów ze stwierdzonymi powikłaniami. Żaden z naszych pacjentów ani domowników nie był szczepiony przeciwko grypie w omawianym sezonie epidemicznym.

Wnioski: Grypa może przebiegać w sposób ciężki, zwłaszcza wśród pacjentów pediatrycznych. Dostępne są skutecznie leki przeciwgrypowe. Najlepszą profilaktyką są cosezonowe szczepienia przeciwko grypie.

Praca napisana w ramach grantu CMKP 501-1-20-19-17



Trend sekularny występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym – czynniki ryzyka

Magdalena Rolek¹, Sylwia Ryszkiewicz¹, Katarzyna Rak¹, Agata Romanczukiewicz¹, Piotr Gibała¹,
Ewa Małecka-Tendera², Paweł Matusik²

¹Studenckie Koło Naukowe Zaburzeń Metabolicznych przy Katedrze i Klinice Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Większość danych epidemiologicznych wskazuje na fakt stałego wzrostu występowania nadwagi i otyłości w grupie pediatrycznej.

Cel pracy: Celem pracy była ocena 6-letniego trendu sekularnego występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku przedszkolnym oraz korelacja uzyskanych danych ze stanem odżywienia ich rodziców.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w 2017 r. na podstawie metodologii wykorzystanej w badaniu wielośrodowym Periscope z 2011 r. na tym samym terenie – tj. województwa śląskiego. Grupę badaną stanowiły dzieci w wieku przedszkolnym (4–6 lat). Dane uzyskane w 2011 r. obejmowały 227 dzieci w wieku średnio $5,1 \pm 1,13$ roku (grupa 1) natomiast w roku 2017 przebadano 151 dzieci w wieku średnio $5,5 \pm 1,1$ lat (grupa 2). W obu grupach dokonano pomiarów wzrostu i masy ciała, ponadto wyznaczono wskaźniki BMI i BMI Z-score. Oceny stanu odżywienia dokonano za pomocą siatek centylowych International Obesity Task Force (IOTF). Na podstawie badania kwestionariuszowego uzyskano dane dotyczące rodziców, ciąży i okresu niemowlęcego, nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, życia społecznego dziecka oraz stylu życia rodziny.

Wyniki: Średnia wartość BMI Z-score była znacząco niższa w grupie 2 (odpowiednio $0,1 \pm 1,21$ SDS vs $0,5 \pm$

$1,01$ SDS; $p < 0,00001$). Natomiast średnia masa urodzeniowa była znacząco większa w grupie 1 (odpowiednio 3350 g vs. 3236 g; $p < 0,05$). Średnia wieku rodziców biorących udział w badaniu w 2011 r. była znacząco niższa niż tych z 2017 r. i wynosiła odpowiednio $33,21 \pm 4,82$ roku vs $35,78 \pm 6,22$ roku ($p < 0,0001$). W roku 2017 stwierdzono znaczący spadek odsetka dzieci z nadwagą w stosunku do danych z roku 2011 (odpowiednio 17,1% vs 7,9%; $p < 0,01$). Natomiast częstość występowania otyłości w obu punktach czasowych pozostawała na podobnym poziomie przy nieznamienną tendencji wzrostowej (odpowiednio 2,9% w 2011 vs. 3,3% w 2017 r.; $p = \text{NS}$). Zaobserwowano znaczącą korelację pomiędzy BMI Z-score dziecka a BMI matki $p < 0,001$; $r = 0,26$ i BMI Z-score dziecka a BMI ojca $p < 0,01$; $r = 0,17$.

Wnioski: W przeciwieństwie do większości współcześnie dostępnych danych, dotyczących nadwagi i otyłości wśród dzieci, przedstawiona analiza wskazuje na znaczące zmniejszenie się odsetka nadwagi u dzieci przedszkolnych. Natomiast częstość występowania otyłości utrzymuje się na podobnym poziomie z nieznamienną tendencją wzrostową. Nadwaga i otyłość u dzieci w wieku przedszkolnym zależą od stopnia odżywienia rodziców.



Ocena ryzyka astmy i alergii u dzieci w wieku przedszkolnym, hospitalizowanych w okresie niemowlęcym z powodu infekcji układu oddechowego

Ewelina Chrobak¹, Majka Jaszczura¹, Bogdan Mazur², Edyta Machura¹

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Zakład Mikrobiologii i Immunologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Doniesienia z ostatnich kilkunastu lat sugerują związek wczesnych wirusowych infekcji układu oddechowego z rozwojem alergii i/lub astmy w wieku późniejszym. Szczególną rolę przypisuje się zakażeniu syn-cytialnym wirusem oddechem (RSV), którego wynikiem jest polaryzacja odpowiedzi immunologicznej w kierunku Th2 oraz utrzymywanie się nadreaktywności drzewa oskrzelowego jeszcze przez długi czas po ustąpieniu objawów ostrej infekcji.

Cel pracy: 1) Ocena ryzyka przetrwania świstów oddechowych oraz rozwoju astmy i uczulenia alergicznego u dzieci w wieku przedszkolnym, które hospitalizowane były w okresie niemowlęcym z powodu ostrej infekcji dróg oddechowych. 2) Ocena surowiczego stężenia wybranych cytokin (IL-4, IL-5, IL-10, IL-13, INF- γ) u dzieci po przebytych zakażeniach dróg oddechowych. 3) Zbadanie, czy istnieje zależność między profilem ocenianych cytokin a objawami klinicznymi.

Metody: Do badania włączono 40 dzieci z potwierdzonym zakażeniem RSV (grupa RSV+) oraz 33 dzieci,

u których test w kierunku RSV wypadł ujemnie (grupa RSV-). Średni wiek badanych wynosił $35,9 \pm 9,2$ miesiąca. U wszystkich dzieci analizowano wywiad poinfekcyjny z uwzględnieniem objawów ze strony dróg oddechowych (świszczący oddech, duszność, kaszel) i rozwoju uczulenia alergicznego (IgE całkowite, IgE specyficzne, dodatnie punktowe testy skórne), wyniki badań laboratoryjnych, stężenia wybranych cytokin (IL-4, IL-5, IL-10, IL-13, INF- γ) oraz ich związek z objawami klinicznymi.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości epizodów świszczącego oddechu pomiędzy grupami RSV+ i RSV-. Wykazano istotny związek zakażenia RSV z obecnością specyficznych IgE oraz podwyższonym stężeniem IL-13. W grupie RSV+ u dzieci z objawami klinicznymi stwierdzono wyższe stężenie INF- γ .

Wnioski: Infekcja dróg oddechowych w niemowlęctwie, niezależnie od etiologii, związana jest z nawrotami epizodów świstów w wieku późniejszym. Zakażenie RSV wpływa na przewagę cytokin typu Th2 oraz zwiększa ryzyko rozwoju uczulenia alergicznego.



Mechanizmy regulacji masy ciała – rola iryzyny

Beata Kulik-Rechberger, Elżbieta Szponar, Diana Szymańska-Miller

Zakład Propedeutyki Pediatrii, I Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Pobór pokarmu w dominującej mierze zależy od funkcji centralnego układu nerwowego. To on rejestruje bodźce zarówno z otoczenia, jak i z wnętrza organizmu, np. z przewodu pokarmowego, wątroby czy tkanki tłuszczowej. Sygnały przekazywane są poprzez hormony i bioaktywne peptydy, po czym podlegają ośrodkowej integracji. U dzieci i dorosłych z prawidłową masą ciała system pozostaje w równowadze. Kiedy zawodzi, dochodzi do otyłości lub niedoboru masy, mimo włączania mechanizmów naprawczych. Za dwóch głównych „winowajców” nieprawidłowej masy ciała uznano ilość spożywanych pokarmów oraz ilość wydatkowanej energii. Nadmiar masy ciała magazynowany jest w białej tkance tłuszczowej. Intensywne ćwiczenia fizyczne sprawiają, że nadmiar energii zużywany jest przez pracujące mięśnie. Ostatnie badania wskazują, że mięsień niesie ulgę przepełnionym adipocytom wysyłając iryzynę (od greckiej bogini Iris, wysłanniczki bogów). Ma to sprawić, że biała tkanka tłuszczowa staje się bogatą w mitochondria tkanką brązową/beżową, zdolną do zamiany zgromadzonego tłuszczu w energię cieplną.

Cel pracy: Celem pracy jest zbadanie stężenia iryzyny u dzieci w wieku okołopokwitaniowym, w zależności od

masy ciała i zasobów tkanki tłuszczowej, a także od aktywności fizycznej.

Materiał i metody: Badaniami objęto 132 dzieci w wieku od 9,5 do 12,3 roku. Oceniono ich wzrost, masę ciała, zasoby tkanki tłuszczowej (metoda impedancji). Zebrano informacje odnośnie do aktywności fizycznej mierzonej ilością godzin zajęć sportowych na tydzień. Metodą ELISA oznaczono w surowicy stężenie iryzyny, a także (syntetyzowanych w białej tkance tłuszczowej) leptyny i adiponektyny.

Wyniki: Zgodnie z oczekiwaniem stężenie leptyny wysoce dodatnio korelowało z masą ciała, BMI oraz zasobami tkanki tłuszczowej ($R = 0,74$; $p = 0,000$). W przypadku adiponektyny korelacja była ujemna ($R = -0,19$; $p = -0,029$). Nie stwierdzono korelacji między stężeniem iryzyny a cechami somatycznymi czy stężeniami adipokin. Nie wykazano, aby dzieci deklarujące większą aktywność fizyczną (zajęcia sportowe 6 i więcej godzin tygodniowo) miały wyższe stężenie iryzyny we krwi niż dzieci mniej aktywne (3 i mniej godzin tygodniowo).

Wnioski: Stężenie iryzyny nie zależy od stanu odżywienia dziecka. Umiarkowana aktywność fizyczna nie powoduje zwiększenia stężenia iryzyny we krwi.



Wieloośrodkowe badanie oceniające skuteczność leku Dicopeg Junior w leczeniu czynnościowego zaparcia stolca u dzieci w wieku 6 miesięcy–6 lat. Badanie prospektywne z randomizacją

Dorota Jarzębicka¹, Joanna Sieczkowska-Gołub¹, Jarosław Kierkuś¹, Maciej Dądański¹, Piotr Socha¹,
Dariusz Lebensztejn², Monika Kowalczyk-Kryston², Bartosz Korczowski³, Grzegorz Oracz¹

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

²Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Klinika Pediatrii i Gastroenterologii Dziecięcej, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2, Rzeszów

Wstęp: Zaparcie jest jednym z najczęstszych problemów w gastroenterologii dziecięcej. Wytyczne ESPGHAN/NASPGHAN jako leki pierwszego rzutu rekomendują stosowanie polietylenoglikoli (PEG) – 3350 lub 4000, a przy niedostępności lub u dzieci poniżej 1. r.ż. laktulozy.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena skuteczności polietylenoglikolu (PEG) – 3350 (Dicopeg Junior) w porównaniu z laktulozą w leczeniu zaparcia czynnościowego stolca u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6 lat. Wtórnym punktem końcowym jest ocena działań niepożądanych leków.

Metodyka: Do badania kwalifikowane były dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6 lat z trzech akademickich szpitali w Polsce, spełniające kryteria włączenia. Za diagnostyczne w rozpoznaniu czynnościowego zaparcia stolca przyjęto III Kryteria Rzymskie. Zbieranie danych rozpoczęto w listopadzie 2015 r. Badanie obejmowało 12 tygodni leczenia oraz 4 tygodnie obserwacji po zakończonym leczeniu. Pacjenci na pierwszej wizycie kwalifikowani byli do badania oraz randomizowani do dwóch grup – leczonych preparatem Dicopeg Junior (maksymalnie 4 saszetki) lub laktulozą (Lactulose MIP) 2 ml/kg. Ponadto proszeni byli o wypełnienie dzienniczka, stosowanie treningu wypróżnień i właściwej diety.

Po 4 tygodniach od początku badania przeprowadzono konsultację telefoniczną – w przypadku nietolerancji lub braku skuteczności laktulozy pacjentom proponowano leczenie preparatem Dicopeg Junior. Na ostatniej wizycie w 12 tygodniu badania sprawdzano skuteczność leczenia i oceniono ewentualne działania niepożądane. W 16 tygodniu badania przeprowadzono kontrolną wizytę telefoniczną.

Wyniki: Do badania włączono 102 pacjentów (m – 57, k – 45). W trakcie trwania badania 13 pacjentów zakończyło leczenie. Średni wiek pacjentów w chwili włączenia do badania wynosił 3,62 roku (mediana 3,49 roku). Średni czas trwania choroby był podobny w obu grupach (20,0 vs 18,5 miesiąca). 51 chorych zrandomizowano do grupy leczonej Dicopegem Junior oraz 51 pacjentów do grupy leczonej laktulożą. Po 4 tygodniach 5 pacjentów zmieniło sposób leczenia, ze względu na brak działania laktulozy. Wyniki przedstawiono w tabeli I.

Wnioski: Polietylenoglikol (PEG) 3350 (Dicopeg Junior) jest skutecznym i bezpiecznym sposobem leczenia czynnościowego zaparcia stolca u niemowląt i małych dzieci. Stwierdzono podobną skuteczność jak laktuloza i mniejszą liczbę zdarzeń niepożądanych.



Czy to na pewno tylko pneumonia? Analiza przypadku chłopca z zapaleniem płuc, u którego wykryto torbiel enterogenną płuca prawego

Anna Bręborowicz¹, Katarzyna Jończyk-Potoczna², Paulina Komasińska¹, Irena Wojsyk-Banaszak¹,
Anna Zelent¹

¹Klinika Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Zakład Radiologii Pediatrii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Torbiel płuca stanowi rzadką (częstość około 1:50 000 urodzeń) anomalię rozwojową, będącą wynikiem nieprawidłowego rozwoju uchyłka układu oddechowego pochodzącego z prajelita. Ze względu na budowę histopatologiczną wyróżnia się torbiel oskrzelowopochodną (zawiera elementy oskrzela) i enterogenną (elementy przewodu pokarmowego). Najczęściej lokalizuje się w klatce piersiowej – głównie w śródpiersiu, rzadziej poza – w obrębie szyi lub jamy brzusznej. Większość przypadków jest asymptomatyczna, stąd wykrywa się ją przypadkowo podczas RTG klatki piersiowej (np. z powodu infekcji), w pozostałych objawy pojawiają się w czasie jej powiększania lub zakażenia (duszność, przewlekły kaszel, świszczący oddech, trudności w karmieniu).

Prezentujemy przypadek 6-letniego chłopca chorującego na astmę oskrzelową, przyjętego do kliniki z powodu zapalenia płuc. Kilka dni przed przyjęciem chłopiec gorączkował do 40°C oraz prezentował cechy infekcji dróg oddechowych. W badaniu przedmiotowym z odchyłami stwierdzono: obustronnie osłabiony szmer pęcherzykowy oraz trzeszczenia nad lewym płucom. RTG klatki piersiowej ujawniło nacieki pneumoniczne w polu dolnym lewego płuca oraz poszerzenie wnęki prawego płuca. Spośród nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych

uwagę zwracały podwyższone wskaźniki stanu zapalnego (CRP, PCT). Badania serologiczne potwierdziły ostre zakażenie EBV oraz *Mycoplasma pneumoniae*. Wykluczono gruźlicę, toksoplazmozę, toksokarozę. Włączono: antybiotyki makrolidowy, lek przeciwwirusowy, steryd systemowy, leki bronchodilatoryjne. Mimo uzyskanej poprawy klinicznej (ustąpienie dolegliwości, zmian osłuchowych, normalizacja wskaźników zapalnych), w kontrolnym RTG klatki piersiowej (w 14 dobie hospitalizacji) nadal utrzymywało się obustronne poszerzenie śródpiersia na poziomie wnęk płucnych, przy całkowitej regresji zmian w mięszu. KT klatki piersiowej uwiarygodniła zmianę zlokalizowaną w śródpiersiu tylnym, wypełnioną treścią płynową, odpowiadającą torbieli bronchoidalnej lub enterogennej. Przeprowadzono prawostronną torakoskopię, usunięto zmianę, a badanie histopatologiczne potwierdziło podejrzenie torbieli enterogennej.

W diagnostyce różnicowej pneumonii nieodpowiadającej na celowane leczenie zawsze należy rozważyć możliwość wady układu oddechowego. Torbiel płuca jest jedną z częstszych nieprawidłowości pośród wad dróg oddechowych. Mimo skąpoobjawowego przebiegu, wymaga wczesnego postępowania zabiegowego celem prewencji ucisku na sąsiednie struktury lub zakażenia.



Praktyczne znaczenie diagnostyki grypy u dzieci poniżej 2 roku życia

August Wrotek¹, Małgorzata Czajkowska², Edyta Zawłocka¹, Lidia Brydak³, Teresa Jackowska¹

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie

²Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie

³Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Wstęp: Dzieci poniżej 2 r.ż. są narażone na cięższy przebieg grypy, stąd kluczowa jest wczesna i skuteczna diagnostyka choroby u tych dzieci.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania objawów klinicznych grypy u dzieci poniżej 2 r.ż. oraz użyteczności szybkich testów w kierunku grypy (RIDT) w porównaniu z metodami biologii molekularnej (PCR), z uwzględnieniem czasu i kosztów diagnostyki w obu przypadkach.

Materiał i metody: U pacjentów z podejrzeniem grypy wykonywano RIDT lub PCR (w przypadku ujemnego wyniku RIDT). 89 ze 157 (57%) dzieci hospitalizowanych z powodu grypy w sezonie 2015/2016 to dzieci poniżej 2 r.ż. (średnia 7,4 miesiąca). U 74 dzieci wykonano RIDT, u 70 PCR. U 72 rozpoznano grypę typu A, u 10 grypę B, u 7 koinfekcję A i B. U 83% (74/89) dzieci wystąpiła gorączka, u 55% (49/89) kaszel, zaś 6% pacjentów (5/89) nie miało żadnego z powyższych objawów. Typowy zespół objawów (gorączkę i kaszel) obserwowano u 39% pacjentów (35/89).

Wyniki: Dodatni wynik RIDT uzyskano tylko u 31% dzieci (23/89), u pozostałych rozpoznanie postawiono na podstawie PCR. Najwyższy odsetek dodatnich wyników był u dzieci w 1–2 miesiącu życia, w pozostałych grupach wiekowych wyglądał następująco: noworodki – 0% (0/5 RIDT), 3–6 m.ż. – 14% (2/14), 7–11 m.ż. – 36%

(5/14), 12–23 m.ż. – 27% (6/22). Kluczowe znaczenie miał czas od wystąpienia pierwszych objawów do wykonania RIDT: przy objawach do 24 godzin – 70% RIDT było dodatnich, do 48 h – 41%, do 72 h – 38%, do 96 h – 36%, do 120 h – 33%, do 144 h – 32%, powyżej 144 h – 31%. RIDT skracał czas postawienia diagnozy (w porównaniu z PCR) o 43,8 godziny. Pozwoliłoby to zaoszczędzić 657,4 PLN kosztów hospitalizacji. Natomiast w przypadku fałszywie ujemnego wyniku RIDT średnie opóźnienie w oczekiwaniu na wynik PCR wynosiło 44,8 godziny, przekładając się na koszt 675 zł. Całkowity koszt diagnostyki zakażenia wirusem grypy wg schematu RIDT + PCR u dzieci z ujemnym RIDT wyniósł 18 080 PLN, tj. 203 PLN/pacjenta, zaś wykonując u każdego pacjenta od razu PCR – 19 580, tj. 220 PLN/pacjenta. Przy ograniczeniu wykonywania RIDT do pacjentów z objawami trwającymi nie dłużej niż 48 h i niewykonywaniu ich u noworodków koszt wyniósłby 17 120 PLN (192,4 PLN/pacjenta).

Wnioski: Objawy kliniczne grypy u dzieci są mało czułe i konieczne jest rozszerzenie diagnostyki w kierunku grypy. RIDT wykazują niską czułość u dzieci poniżej 2 r.ż., generując przy tym wyższe koszty diagnostyki. Celowe jest ograniczenie ich wykonywania do dzieci z krótkim czasem trwania objawów i rezygnacja z nich u noworodków.



Krzywica hipofosfatemiczna u dzieci – ocena masy kostnej i wskaźników obrotu kostnego

Agnieszka Rusińska¹, Izabela Michałus¹, Izabela Woch², Paulina Adamiecka², Danuta Chlebna-Sokół¹

¹Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Ośrodek Pediatryczny im. Marii Konopnickiej, SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp: Krzywica hipofosfatemiczna należy do rzadkich chorób przebiegających z deformacjami kostnymi. Cechuje się nerkową ucieczką fosforanów i hipofosfatemią. Niewiele wiadomo natomiast na temat zaburzeń obrotu kostnego i masy kostnej w tej jednostce chorobowej.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza wskaźników obrotu kostnego i gęstości mineralnej kości u pacjentów z krzywicą hipofosfatemiczną.

Pacjenci i metody: Badaniami objęto 5 dzieci z rozpoznaną krzywicą hipofosfatemiczną w wieku 1–15 lat. Oceniono stężenie wapnia i fosforanów w surowicy i moczu, wskaźniki ucieczki nerkowej fosforanów, stężenie metabolitów witaminy D oraz parathormonu. Analizowano wskaźniki obrotu kostnego – aktywność fosfatazy zasadowej, a także stężenie osteokalcyny i pirydynoliny. Gęstość mineralną kości oceniono przy użyciu absorpcjometrii promieniowania X o podwójnej energii w projekcji Total body i Spine. Analizowano wskaźniki ilościowego badania ultradźwiękowego kości piszczelowych i promieniowych.

Wyniki: U wszystkich pacjentów obserwowano hiperfosfaturię (6/6), hipofosfatemia była natomiast obecna u 4/5 pacjentów. Stężenie metabolitów witaminy D i PTH było prawidłowe, z wyjątkiem jednej dziewczynki, która nie stosowała się do zaleceń terapeutycznych. U 4/5 pacjentów obserwowano podwyższenie wskaźników kościotworzenia, natomiast u 3/5 wskaźników re-

sorpcji kości, przy tym tylko u 1/5 pacjentów wskaźniki te były prawidłowe. Gęstość mineralna kości była obniżona u jednej pacjentki z najbardziej zaawansowaną niskorosłością, natomiast u 2 dzieci obserwowano podwyższone wskaźniki Z-score dla masy kostnej. Jednocześnie u wszystkich analizowanych pacjentów obserwowano istotne obniżenie wskaźników ilościowego badania ultradźwiękowego dla kości piszczelowych i/lub promieniowych.

Wnioski:

1. U dzieci z krzywicą hipofosfatemiczną typowym zaburzeniem biochemicznym, jakimi są przewlekła hiperfosfaturia i hipofosfatemia, może towarzyszyć przyspieszony obrót kostny, w związku z czym wskazane jest monitorowanie również wskaźników kościotworzenia i resorpcji w tej jednostce chorobowej.
2. Zaburzenia gospodarki mineralnej w krzywicy hipofosfatemicznej mogą się ujawnić zarówno pod postacią zwiększenia, jak i obniżenia gęstości mineralnej.
3. Obniżenie wskaźników ilościowego badania ultradźwiękowego u wszystkich badanych pacjentów wskazuje na gorszą jakość kości w tej jednostce chorobowej.

Praca częściowo finansowana z funduszu statutowego nr 503/1-090-02/503-11-02 oraz w ramach grantu NN407 060 938.



Ocena gospodarki węglowodanowej u dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki leczonych hormonem wzrostu

Ewelina Witkowska-Sędek, Dominika Labochka, Anna Majcher, Katarzyna Kądziała, Anna Kucharska, Beata Pyrzak

Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp: Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, w trakcie leczenia hormonem wzrostu (rhGH) należy monitorować wybrane parametry gospodarki węglowodanowej. Wystąpienie cukrzycy jest wskazaniem do przerwania leczenia rhGH.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wybranych parametrów gospodarki węglowodanowej u dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki (SNP) przed i po rozpoczęciu leczenia hormonem wzrostu.

Materiał i metody: Badano 73 dzieci z SNP leczonych rhGH przez minimum 1 rok. U 41 dzieci obserwacja obejmowała 2 lata leczenia rhGH, a u 19 dzieci – 3 lata. Stężenie glukozy na czczo i HbA1c oznaczano przed rozpoczęciem leczenia rhGH, po 6 miesiącach oraz po 1, 2 i 3 latach leczenia. Dodatkowo po 1, 2 i 3 latach leczenia rhGH wykonywano test doustnego obciążenia glukozą z oznaczeniem insuliny.

Wyniki: Przed rozpoczęciem leczenia rhGH u wszystkich dzieci stężenia glukozy na czczo i HbA1c mieściły się w zakresie wartości referencyjnych. Średnie stężenie glukozy przed leczeniem wynosiło $81,5 \text{ mg/dl} \pm 6,7 \text{ SD}$, natomiast po 6 miesiącach leczenia wynosiło $87,7 \text{ mg/dl}$

$\pm 8,8 \text{ SD}$ – różnica była istotna statystycznie. W kolejnych oznaczeniach po 1, 2 i 3 latach leczenia średnie stężenie glukozy na czczo nie różniło się istotnie w porównaniu z wartościami po 6 miesiącach. Stężenie HbA1c nie zmieniało się istotnie w trakcie całego okresu obserwacji. Po pierwszym roku u 6 z 73 dzieci (8,2%) stwierdzono zaburzenia gospodarki węglowodanowej: u 3 nieprawidłową glikemię na czczo, a u 3 innych zaburzenia tolerancji glukozy. Po 2 latach leczenia rhGH zaburzenia stwierdzono u 3 z 41 dzieci (7,3%) – u 2 nieprawidłową glikemię na czczo, u 1 zaburzenia tolerancji glukozy. U wszystkich tych dzieci stężenie HbA1c było prawidłowe. U żadnego z dzieci z badanej grupy nie rozpoznano cukrzycy.

Wnioski: U dzieci z SNP leczonych hormonem wzrostu test doustnego obciążenia glukozą jest bardziej czuły w wykrywaniu zaburzeń gospodarki węglowodanowej niż regularne (co 180 dni) oznaczanie stężenia HbA1c. Wystąpienie zaburzeń węglowodanowych (nieprawidłowej glikemii na czczo i/lub nieprawidłowej tolerancji glukozy) w czasie leczenia rhGH wymaga modyfikacji diety pacjenta oraz stosowanej dawki rhGH.



Zależność między stężeniem d-dimerów a ciężkością ostrej pokrzywki u dzieci

Agnieszka Ochab, Janusz Zaryczański

PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu

Wstęp: Aktywacja zewnątrzkrążyniowej drogi krzepnięcia i fibrynolizy zachodzi w wielu chorobach o podłożu zapalnym, co skutkuje podwyższonym poziomem d-dimerów we krwi obwodowej chorych. W ostrej pokrzywce, powszechnie kojarzonej z reakcją alergiczną, również obserwuje się wzrost markerów koagulacji.

Cel pracy: Celem pracy było wykazanie korelacji między stężeniem d-dimerów a ciężkością choroby związanej z długością hospitalizacji i koniecznością włączenia leczenia przeciwzapalnego u dzieci z ostrą pokrzywką.

Materiał i metody: Retrospektywnej analizie poddano 57 dzieci, które w latach 2014–2017 były hospitalizowane na Oddziale Pediatrii z powodu ostrej pokrzywki nie-

reagującej na leki pierwszego rzutu (34 dziewcząt oraz 23 chłopców) w wieku od 1 do 17 r.ż. U pacjentów oznaczano poziom d-dimerów we krwi obwodowej. U 95% dzieci stosowano glikokortykosteroidoterapię ogólnoustrojową w związku z brakiem poprawy po leczeniu przeciwhistaminowym.

Wyniki: Stwierdzono dodatnią korelację między stężeniem d-dimerów a ciężkością choroby u dzieci.

Wnioski: Porównując obraz kliniczny pacjentów łącznie z poziomem badanego markera wykazano przydatność oznaczania d-dimerów w ciężkiej postaci pokrzywki ostrej w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Ocena stężenia witaminy D w surowicy u dzieci hospitalizowanych z powodu objawów klinicznych sugerujących zaburzenia w układzie kostnym

Danuta Chlebna-Sokół¹, Izabela Michałus¹, Agnieszka Rusińska¹, Anna Łupińska¹, Bogdan Fijałkowski¹, Katarzyna Andrzejewska², Batbolor Magsar Khuchit¹, Maciej Porczyński¹, Izabela Woch², Anna Jończyk², Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz¹

¹Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi

Wstęp: Powszechnie występujący niedobór witaminy D wśród dzieci może istotnie wpływać na rozwój kości.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena związku pomiędzy stężeniem witaminy D w surowicy a występowaniem nieprawidłowości w narządach ruchu u dzieci w różnych okresach rozwoju.

Metodyka: Badaniem objęto 1007 dzieci w wieku od pierwszego tygodnia życia do 18 lat (471 dziewcząt i 538 chłopców), hospitalizowanych w Klinice Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2011–2015. Pacjentów podzielono na 6 grup wiekowych: grupa I – 0–12 miesięcy, grupa II – 1–3 lata, grupa III – 4–6 lat, grupa IV – 7–10 lat, grupa V – 11–14 lat i grupa VI – 15–18 lat. U każdego pacjenta oznaczono stężenie hydroksycholekalcyferolu (25OHD) w surowicy metodą chemiluminescencji. Niedobór witaminy D rozpoznawano przy stężeniu 25OHD $\leq$ 30 ng/ml.

Wyniki: U 721 badanych dzieci (71,59%) rozpoznano niedobór witaminy D, częściej u chłopców niż dziewcząt. Obserwowano wzrost częstości obniżonych stężeń witaminy D wraz z wiekiem. Średnie stężenie 25OHD osią-

gało wartości $\geq$ 30 ng/ml jedynie w sierpniu i wrześniu, a jej najniższe wartości odnotowano w lutym i listopadzie. Bóle kostne i złamania związane z niedoborem witaminy D występowały najczęściej u dzieci w wieku 4–10 lat.

Wnioski:

1. Postępujące wraz z wiekiem obniżanie się stężenia 25OHD w surowicy należy tłumaczyć zaprzestaniem stosowania profilaktyki, poza pierwszymi latami życia.
2. Osiąganie optymalnego zapotrzebowania w witaminę D przez badane dzieci w miesiącach letnich wskazuje na korzystny wpływ nasłonecznienia.
3. Objawy sugerujące zaburzenia metabolizmu kostnego występowały najczęściej u dzieci z niedoborem witaminy D w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.
4. Konieczne jest powszechne wdrożenie i realizowanie zaleceń dotyczących profilaktyki i leczenia niedoborów witaminy D we wszystkich grupach wiekowych.

Praca częściowo finansowana z funduszu statutowego: 503/1-090-02/503-11-02



Zjawisko leptynooporności jako czynnik kształtujący masę kostną dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 7–10 lat

Anna Łupińska, Danuta Chlebna-Sokół

Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Okres wieku rozwojowego to czas budowania szczytowej masy kostnej, której niska wartość jest jednym z elementów warunkujących osteoporozę w późniejszych latach życia. Opisując mechanizmy łączące nadmiar masy ciała z masą kostną, podkreśla się rolę tkanki tłuszczowej jako narządu wewnątrzwydzielniczego, produkującego liczne adipokiny, wśród których najlepiej poznana jest leptyna, jednak jej wpływ na tkankę kostną jest niejednoznaczny.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wpływu stężenia leptyny i receptora dla niej w osoczu na biochemiczne wskaźniki metabolizmu kostnego oraz gęstość mineralną kości dzieci z nadwagą i otyłością w wieku wczesnoszkolnym.

Metodyka: Badaniami objęto 80 dzieci w wieku 7–10 lat z nadmiarem masy ciała (60 z otyłością, 20 z nadwagą); grupę porównawczą stanowiło 37 dzieci z masą ciała odpowiednią do wysokości. U wszystkich badanych oznaczono stężenie leptyny w osoczu, stężenie jej receptora metodą testu immunoenzymatycznego oraz poszczególne biochemiczne wskaźniki metabolizmu kostnego – metabolit wątrobowy witaminy D (25OHD), parathormon (PTH), osteokalcynę w surowicy, NTX w moczu. Gęstość mineralna oceniana była metodą absorpcjometrii promieniowania X o podwójnej energii (DXA) w programach Total Body i Spine.

Wyniki: Wykazano istotne statystycznie ($p < 0,0001$) wyższe stężenie leptyny w osoczu u dzieci z otyłością w stosunku do badanych z nadwagą i z grupy porównawczej. Stężenie receptora dla tej adipokiny było wyższe u dzieci z masą ciała odpowiednią do wysokości ($p < 0,0001$). Nie stwierdzono zależności między stężeniem PTH, 25OHD, osteokalcyny w surowicy i NTX w moczu a stężeniem leptyny oraz jej receptora w osoczu. W grupie dzieci z nadwagą i otyłością nie wykazano korelacji między stężeniem leptyny a większością parametrów badania DXA, natomiast stwierdzono ujemną, istotną statystycznie zależność między receptorem dla tej adipokiny a parametrami gęstości mineralnej kości. W grupie porównawczej stężenie leptyny pozostawało w dodatniej korelacji ($p < 0,05$) ze wszystkimi parametrami badania DXA.

Wnioski:

1. Istotnie statystycznie wyższe stężenie leptyny w surowicy pacjentów z otyłością i nadwagą w odniesieniu do grupy porównawczej, przy jednoczesnym niskim stężeniu receptorów dla niej, wynikać może ze zjawiska leptynooporności występującego wśród dzieci z nadmiarem masy ciała.
2. Leptynooporność może stanowić przyczynę braku występowania wpływu leptyny na gęstość mineralną kości wśród dzieci z nadwagą i otyłością.



Ocena przeznaskórkowej utraty wody (TEWL) u dzieci z alergią pokarmową – doniesienie wstępne

Julia Gawryjolek¹, Magdalena Basałygo², Joanna Wolska¹, Aneta Krogulska¹

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii,
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
²Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: W ostatnim czasie coraz częściej zwraca się uwagę na związek pomiędzy nieprawidłową funkcją skóry a zwiększonym ryzykiem zachorowania na alergię pokarmową (AP). W świetle dostępnych badań wydaje się, że naturalną drogą nabywania tolerancji na białka zawarte w pokarmach jest przewód pokarmowy. Jeżeli natomiast do pierwszego kontaktu z alergenem dochodzi przez skórę, istnieje zwiększone ryzyko rozwoju uczulenia, a w konsekwencji wystąpienia objawów alergii pokarmowej.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena związku pomiędzy barierą skórną ocenianą za pomocą przeznaskórkowej utraty wody (TEWL) a występowaniem AP u dzieci.

Metodyka: Grupę badaną stanowiło 24 dzieci (16 chłopców, 8 dziewczynek) w wieku od 2 miesiąca życia do ukończenia 3 roku życia, w tym 13 (54%) dzieci z AP i 11 (46%) z atopowym zapaleniem skóry (AZS) i AP. Grupa kontrolna liczyła 19 zdrowych dzieci. W metodzie badawczej zastosowano: zwalidowany kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji (zawierający między innymi pytania dotyczące pielęgnacji skóry), badanie kliniczne z oceną nasilenia zmian skórnych w skali SCORAD, IGA, EASI, ocena TEWL przy użyciu Tewametr TM 300 podłączonego do adapteru Cutometr MPA 580.

W ocenie pielęgnacji skóry brano pod uwagę częstość i ilość stosowanego emolientu.

Wyniki: Średnia wartość SCORAD u dzieci z AP i AZS wyniosła 14 punktów, w skali EASI 3 punkty, wskaźnik IGA dla badanej grupy wynosił 1,7. Średnia wartość TEWL w grupie badanej wynosiła 42 g/m²/h, w tym w grupie dzieci z AP 36 g/m²/h, a w grupie dzieci z AZS i AP 49 g/m²/h. Średnia wartość TEWL w grupie kontrolnej wynosiła 39 g/m²/h. Prawidłową pielęgnację skóry stosowano u 16 (37%) dzieci, w tym w grupie badanej u 10 (42%) dzieci, a w grupie kontrolnej u 6 dzieci (32%). Spośród 10 dzieci z grupy badanej z prawidłowo pielęgnowaną skórą – 9 (90%) dzieci miało AP, 1 (10%) AZS i AP. Nieprawidłową pielęgnację skóry stwierdzono natomiast u 27 (58%) dzieci, w tym u 14 (58%) dzieci w grupie badanej i 13 (68%) w grupie kontrolnej.

Wnioski: Najwyższa wartość TEWL dotyczyła dzieci z AZS i AP. Nieprawidłową pielęgnację skóry stosowano częściej u dzieci z AZS i AP niż w grupie dzieci wyłącznie z AP. Wysoka średnia wartość TEWL w grupie kontrolnej może być związana z gorszą pielęgnacją skóry. Wydaje się, że zwiększona wartość TEWL i nieprawidłowa pielęgnacja skóry u dzieci z AZS predysponuje do rozwoju AP.



Pathogenetic aspects of the endothelial dysfunction in children with pyelonephritis

Kanstantin Vilchuk

National Research Center «Mother and Child», Minsk, Białoruś

Relevance: We did not find work in which the mechanisms of formation of symptomatic arterial hypertension by involving endothelium in this process in the early stages of pyelonephritis development in children were analyzed.

Purpose: To determine the role of morpho-functional properties of endothelium, nitric oxide, platelet aggregation and oxidative stress in the pathogenesis of pyelonephritis in children.

Method: In 100 patients with pyelonephritis, endothelium-dependent dilatation of the forearm vessels, arterial pressure, platelet aggregation with ADP, plasma levels of stable metabolites of nitric oxide, endotheliocytes, homocysteine, cholesterol, diene conjugates, Schiff bases, tocopherol and performed statistical analysis were studied.

Results: 80% of children with pyelonephritis ($n = 80$) had endothelial dysfunction, which was accompanied by a decrease ($p < 0.001$) of endothelium-dependent vasodilation (compared with patients without endothelial dysfunction), an increase in the degree of desquamation of the endothelium ($p < 0.001$), a level of stable metabolites

Nitric oxide in the blood plasma ($p < 0.01$), the degree of platelet aggregation with ADP ($p < 0.01$) and an increase in oxidative stress ($p < 0.01$). In patients with endothelial dysfunction, negative correlations were found between the endothelial dilatation index and the systolic level ($R = -0.37$, $p < 0.001$), diastolic ($R = -0.38$, $p < 0.001$) and mean arterial pressure ($R = -0.37$, $p < 0.001$).

Conclusion: In the pathogenesis of pyelonephritis in children, the development of endothelial dysfunction developing against a background of oxidative stress, increasing the level of products of nitric oxide degradation, platelet aggregation and endothelial desquamation plays a negative role.

Compensation of pathological vasoconstriction is provided by an increase in the level of systolic ($p < 0.001$), diastolic ($p < 0.001$), mean arterial pressure ($p < 0.001$). The obtained results can be used for the purpose of predicting and early diagnosis of secondary arterial hypertension in children.

Potential competing interests are not present



Ocena fizycznego i psychicznego komfortu dziecka podczas elektrostymulacji połykania – doniesienie wstępne

Marta Biernacka, Magdalena Rakowska, Ewa Winnicka, Piotr Socha

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Zaburzenia połykania u dzieci są poważnym problemem, często pomijanym w praktyce lekarskiej. Elektrostymulacja połykania (ES) z wykorzystaniem urządzenia VitalStim (VS) jest jednym ze sposobów terapii dysfagii, wykorzystywanym głównie w leczeniu osób dorosłych. Brak jest danych dotyczących zastosowania tego typu terapii w przypadku dzieci.

Cel pracy: Praca miała na celu sprawdzenie, czy ES jest terapią dobrze tolerowaną przez dzieci i czy jej zastosowanie pozytywnie oceniają rodzice, ponieważ emocje rodziców są również ważnym czynnikiem wpływającym na poczucie fizycznego i psychicznego komfortu u dziecka.

Metoda: W badaniu wzięło udział 6 dzieci (2 dziewczynki, 4 chłopców) w wieku od 8 miesięcy do 7 lat oraz ich rodzice (6 matek) w wieku od 24 do 37 lat. Dzieci były poddawane terapii 2 razy dziennie przez 30 min, w cyklach 5-dniowych z odstępem co 3–4 tygodnie. Parametry VS były dostosowywane do zachowania dziecka w taki sposób, aby ustawić można było jak najwyższe parametry, ale z zachowaniem komfortu i bez przekra-

czania granicy bólu. Podczas dostosowania parametrów korzystano z interpretacji zachowania dziecka dokonanej przez rodzica. Przed i po każdym cyklu terapii rodzice wypełniali kwestionariusze dotyczące oceny jakości życia Kiddy KINDL oraz oceniające nastrój rodziców UMACL.

Wyniki: Analiza statystyczna pokazała, że jakość życia rodziców dzieci z zaburzeniami połykania – w subiektywnej ocenie rodziców i w porównaniu z danymi uzyskanymi z grupy referencyjnej – jest istotnie niższa. Analiza porównawcza pomiarów przed i po zakończeniu cyklu elektrostymulacji (Kiddy KINDL) nie ujawniła różnic istotnych statystycznie w zakresie komfortu psychofizycznego. Nie odnotowano również różnic istotnych statystycznie w zakresie zmiany nastroju u rodziców w trakcie terapii połykania z wykorzystaniem VS.

Wnioski: Wyniki pokazują, że dzieci poddane elektrostymulacji połykania z wykorzystaniem VitalStim nie doświadczają psychofizycznego dyskomfortu. Nastrój rodziców jest stabilny podczas terapii.

Jakość Życia KINDL QoL	Średnia wartość oceny przed terapią ES – pomiar 1.	Średnia wartość oceny po terapii ES – pomiar 2	Różnice między 1. i 2 pomiarem	p
Samopoczucie fizyczne	38,5417	44,7917	-1,225	p = 0,275
Samopoczucie psychiczne	40,6250	42,7083	-,598	p = 0,576
Samooceń	80,0000	77,5000	,431	p = 0,688
Rodzina	56,2500	47,9167	1,136	p = 0,307
Przyjaciele	57,5000	62,5000	-,784	p = 0,477
Szkoła	78,1250	87,5000	-,600	p = 0,656
Choroba	54,6875	53,1250	,333	p = 0,761

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Szczepienia ochronne u pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit – wyniki wstępne

Magdalena Neścioruk¹, Marta Baranowska-Nowak¹, Kinga Kowalska-Duplaga², Izabella Łazowska-Przeorek¹, Andrzej Radzikowski¹, Piotr Albrecht¹, Aleksandra Banaszkiewicz¹

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

²Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wprowadzenie: Pacjenci z nieswoistym zapaleniem jelit (NZJ) są narażeni na większe ryzyko infekcji wynikające z choroby podstawowej, niedożywienia, zabiegów operacyjnych, a przede wszystkim otrzymywanego leczenia immunosupresyjnego. W związku z tym wydaje się, że ochrona przed infekcjami, między innymi za pomocą szczepień ochronnych, jest szczególnie istotna w tej grupie chorych. W Polsce, w porównaniu z większością europejskich krajów, jedynie część wymaganych szczepień jest finansowana z budżetu państwa.

Cel pracy: Celem tej pracy była ocena zakresu szczepień wykonanych u dzieci z NZJ w Polsce.

Metody: Badanie prospektywne zostało przeprowadzone w dziecięcych szpitalach klinicznych w Warszawie i Krakowie, które zajmują się diagnostyką i leczeniem pacjentów z NZJ. Przeanalizowano historię szczepień pacjentów z NZJ oraz oceniono, czy szczepienia były przeprowadzone zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych (PSO).

Wyniki: Do badania włączono 138 dzieci z NZJ (76 chłopców; średnia wieku 13 lat). Żadne z dzieci nie zostało poddane wszystkim szczepieniom wynikającym z aktualnego PSO w Polsce. Wszyscy chorzy przeszli

pełny kurs szczepienia przeciwko WZW typu B. W grupie dzieci do 3 r.ż. pełny schemat refundowanego, skojarzonego szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (zawierającego komponentę pełnokomórkową krztuśca) otrzymało 93%, a przeciwko polio 95% badanych. W 6 r.ż. było to odpowiednio 71% i 69% dzieci (w tym, u 45% zastosowano atenuowaną, a u 24% inaktywowaną szczepionkę przeciwko polio). Wśród dzieci w wieku 14 lat 61% zostało zaszczepionych przeciwko błonicy i tężcowi. Wśród badanych w wieku 10 lat 85% otrzymało dwie dawki szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce. Analizując szczepienia zalecane (nie-refundowane z budżetu państwa), tylko 18% badanych otrzymało dwie dawki szczepienia przeciwko WZW typu A, 34% dzieci otrzymało skoniugowaną szczepionkę przeciwko pneumokokom, 16% dzieci polisacharydową szczepionkę przeciwko pneumokokom, a 14% dzieci szczepionkę przeciwko meningokokom typu C. Tylko 5% badanych dziewcząt zostało zaszczepionych przeciwko HPV w odpowiednim wieku.

Wnioski: Powyższe badanie ujawniło niedostateczny poziom zaszczepienia dzieci z NZJ w Polsce.



Ocena przydatności diagnostycznej amino-terminalnego odcinka mózgowego peptydu natriuretycznego (NT-proBNP) w wadach wrodzonych serca u noworodków

Agata Tarkowska, Wanda Furmaga-Jabłońska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Choroby serca stanowią znaczącą przyczynę zachorowań oraz śmiertelności noworodków, a stosowane metody diagnostyczne bywają niewystarczające lub nie mogą być zastosowane. W ostatnim czasie obserwuje się postęp wiedzy dotyczącej wykorzystania wskaźników biochemicznych w diagnostyce układu krążenia, wśród których wiodącą rolę odgrywa NT-proBNP. W obecnym piśmiennictwie brak wystarczających danych dotyczących zachowania się tego wykładnika u noworodków, co uniemożliwia zastosowanie go w diagnostyce neonatologicznej.

Cel pracy: Celem pracy była ocena przydatności diagnostycznej oznaczania NT-proBNP u noworodków z wadami wrodzonymi serca.

Metodyka: Badaniem objęto 126 noworodków donoszonych i wcześniaków. Pacjentów podzielono na grupy: grupa I – 67 pacjentów z wadami wrodzonymi serca, grupa II (kontrolna) – 59 zdrowych noworodków. Noworodki z wadami serca zostały podzielone na grupy: Ia – z wadami przeciekowymi i Ib – ze złożonymi wadami serca. Pacjentów z grupy I podzielono również w zależności od istotności hemodynamicznej wady określanej na podstawie parametrów ECHO. Wyodrębniono grupy: II – z wadą istotną hemodynamicznie oraz grupę In – bez istotności hemodynamicznej. Stężenie NT-proBNP w surowicy oznaczane było za pomocą testu immunologicznego CARDIAC proBNP na analizatorze Cobas h232 firmy Roche Diagnostics.

Wyniki: U noworodków z wadami serca stężenie NT-proBNP jest istotnie wyższe w porównaniu ze zdrowymi. Noworodki ze złożonymi wadami serca mają wyższe stężenia NT-proBNP w porównaniu z noworodkami z izolowanymi wadami przeciekowymi. Stężenie NT-proBNP u noworodków z wadami serca koreluje z parametrami istotności hemodynamicznej w badaniu ECHO oraz z frakcją wyrzutową LV. Stwierdzono istotną korelację pomiędzy stężeniami NT-proBNP i klinicznymi wykładnikami niewydolności krążenia (klasyfikacja Rossa, skala Reithmanna).

Wnioski:

1. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w stężeniach NT-proBNP u noworodków z wadami wrodzonymi serca w porównaniu z noworodkami zdrowymi.
2. Stężenie NT-proBNP zależy od: rodzaju wady serca (proste przeciekowe lub złożone), jej istotności hemodynamicznej, frakcji wyrzutowej LV oraz nasilenia klinicznych wykładników niewydolności krążenia.
3. Seryjne oznaczenia NT-proBNP mogą być przydatne do monitorowania zaburzeń hemodynamicznych u noworodków z wadami serca.
4. Oznaczanie NT-proBNP mogłoby służyć jako test przesiewowy do identyfikacji noworodków wymagających diagnostyki kardiologicznej.



Nowe wyzwania w diagnostyce nawracających gorączek u dzieci

Beata Wolska-Kuśnierz¹, Nel Dabrowska-Leonik¹, Ivona Aksentijevich², Dorota Rowczenio³, Kamila Czerska⁴, Edyta Heropolitańska-Pliszka¹, Barbara Pietrucha¹, Małgorzata Pac¹, Małgorzata Skomska-Pawliszak¹, Hanna Gregorek⁵, Bożena Cukrowska⁶, Ewa Bernatowska¹

¹Klinika Immunologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

²National Human Genome Research Institute, Department of Health and Human Services, Bethesda, USA

³UCL Medicine School, National Amyloidosis Centre, London, United Kingdom

⁴MedGen, Warszawa

⁵Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

⁶Zakład Patologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Nawracające regularnie stany gorączkowe nieznanego pochodzenia, którym może towarzyszyć zapalenie gardła, powiększone węzły chłonne czy aftowe zapalenie jamy ustnej, mogą okazać się wbrew pozorom wyzwaniem dla lekarzy pediatrów.

Przy braku podstaw do rozpoznania choroby infekcyjnej, będącej najczęstszą przyczyną gorączki u dzieci, wachlarz możliwych rozpoznań jest bardzo szeroki. Obejmuje między innymi schorzenia autoimmunizacyjne a nawet nowotworowe.

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić nową grupę pierwotnych niedoborów odporności wrodzonej –

choroby autozapalne, o których wiedza i doświadczenia kliniczne bardzo dynamicznie rozwijają się od kilkunastu lat.

Na podstawie 20-letnich doświadczeń Kliniki Immunologii IPCZD w Warszawie:

- prezentujemy na przykładzie przypadków klinicznych najczęstszy zespół autozapalny, którym jest PFAPA, przedstawiamy możliwości diagnostyczne, terapeutyczne oraz rokowanie;
- podsumowujemy dotychczasowe osiągnięcia w poprawie rozpoznawalności i opieki nad pacjentami z tym schorzeniem w Polsce.



Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej u dzieci chorych na nieswoiste zapalenia jelit w aspekcie pierwotnej i wtórnej nietolerancji laktozy

Martyna Jasielska¹, Urszula Grzybowska-Chlebowczyk²

¹Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach

²Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Nietolerancja laktozy to zespół objawów klinicznych spowodowany dysproporcją pomiędzy ilością spożytej laktozy a możliwością jej strawienia i wchłonięcia w jelicie. Zidentyfikowano dwa polimorfizmy związane ze zmniejszeniem aktywności laktazy C/T(-13910) oraz G/A(-22018), zlokalizowane w regionie promotorowym genu LCT. W chorobie Crohna częstość występowania nietolerancji laktozy jest wyższa niż w populacji ogólnej. Wtórna nietolerancję laktozy rozpoznaje się w niemal 100% przypadków zajęcia bliższej części jelita cienkiego. Zdania autorów są podzielone co do częstości występowania nietolerancji laktozy u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Cel badania: Celem badania było oszacowanie częstości występowania pierwotnej i wtórnej nietolerancji laktozy oraz zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej u dzieci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit.

Metoda: Do badania włączono 46 dzieci, 31 z chorobą Leśniowskiego-Crohna (67,4%) i 15 z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (32,6%), hospitalizowanych na Oddziale Gastroenterologii Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, w wieku 5–18 lat (średnia 14,7 roku). U wszystkich dzieci wykonano wodoro-

motorowego genu LCT oraz badania laboratoryjne oceniające gospodarkę wapniowo-fosforanową.

Wyniki: Nietolerancję laktozy rozpoznano u 11 dzieci (23,9%), w tym u 8 pacjentów z CD (25,8%) i 3 z CU (20%). U 6 dzieci rozpoznano pierwotną nietolerancję laktozy (16% z CD i 6% z CU), a u 5 – wtórna (10% z CD i 13% z CU). U 4 pacjentów z obecnością polimorfizmów genu LCT nie stwierdzono objawów nietolerancji laktozy. Wszyscy pacjenci z rozpoznaną nietolerancją laktozy stosowali dietę bezlaktozową (zakres 1–30 miesięcy, średnio 14,5). Wśród tych pacjentów u 5 (38,5%) rozpoznano zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej pod postacią: niedoboru witaminy D₃ i wapnia oraz nadmiaru fosforanów w surowicy. Niedobór witaminy D₃ stwierdzono u 32 dzieci (69,5%), w tym u 8 dzieci z CU i 26 z CD (odpowiednio 53,3% i 83,8%). Optymalne stężenie witaminy D stwierdzono u 2 pacjentów. U 16 dzieci w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do badania suplementowano witaminę D₃.

Wnioski: Częstość występowania nietolerancji laktozy nie różni się wśród pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit od częstości populacyjnej. Zwraca natomiast uwagę wysoka częstość występowania niedoboru witaminy D₃, zwłaszcza u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, pomimo prowadzonej suplementacji.



Nadwrażliwość na pokarmy u niemowląt karmionych wyłącznie piersią – obserwacje własne

Martyna Rekowska, Inga Adamska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Nadwrażliwość na pokarmy, której znaczny wzrost częstości występowania obserwuje się na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, dotyczy zarówno niemowląt karmionych sztucznie, jak i naturalnie.

Cel pracy: Celem pracy było ustalenie częstości występowania nadwrażliwości na pokarmy u niemowląt karmionych wyłącznie piersią z objawami alergii na pokarmy oraz identyfikacja najczęstszych alergenów pokarmowych.

Analizie poddano manifestacje kliniczne nadwrażliwości na pokarmy u niemowląt karmionych wyłącznie piersią oraz oceniono wpływ wybranych czynników, takich jak: wiek niemowlęcia, płeć, długość trwania ciąży, urodzeniowa masa ciała i rodzinne obciążenie alergią, na występowanie nadwrażliwości na pokarmy u badanych niemowląt.

Pacjenci i metodyka: Badaniami objęto 106 niemowląt karmionych wyłącznie piersią w wieku do 6 m.ż., u których z powodu wyprysku atopowego i/lub objawów ze strony przewodu pokarmowego przeprowadzono diagnostykę alergologiczną – wykonano atopowe testy płatkowe (APT) z alergenami natywnymi oraz oznaczono metodą immunoenzymatyczną panel pokarmowy sIgE.

Wyniki: Reakcje niezależne od IgE występowały u 68,9% (n = 73) badanych niemowląt. Uczulenie IgE-zależne stwierdzono u 3,8% (n = 4), typ mieszany nadwrażliwości dotyczył 6,6% (n = 7). Najczęstszym alerge-

nem pokarmowym odpowiedzialnym za reakcje IgE-niezależne było żółtko (55,7%) i białko (51,9%) jaja kurzego, następnie mleko krowie (33,0%) i pszenica (27,4%). Dodatkowo reakcje w APT z mlekiem matczynym stwierdzono u 15,1% pacjentów. U badanych niemowląt dominowała manifestacja z przewodu pokarmowego (61,3%, n = 65), najczęściej pod postacią luźnych stolców z domieszką śluzu i/lub krwi. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem dziecka, płcią, długością trwania ciąży, urodzeniową masą ciała oraz rodzinnym obciążeniem atopią a występowaniem nadwrażliwości na pokarmy ($p > 0,05$).

Wnioski:

1. U niemowląt karmionych wyłącznie mlekiem matczynym dominowała IgE-niezależna nadwrażliwość na pokarmy, a najczęstszym alergenem odpowiedzialnym za reakcje kliniczne było jajo kurze, następnie mleko krowie i pszenica.
2. Dominującą manifestacją kliniczną nadwrażliwości na pokarmy u niemowląt karmionych piersią były objawy ze strony przewodu pokarmowego pod postacią luźnych stolców z domieszką śluzu i/lub krwi.
3. U niemowląt karmionych wyłącznie piersią nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem niemowlęcia, płcią, długością trwania ciąży, urodzeniową masą ciała oraz rodzinnym obciążeniem atopią a występowaniem nadwrażliwości na pokarmy.



Mleko kobiece jako źródło komórek macierzystych

Małgorzata Witkowska-Zimny¹, Ewa Kamińska-El-Hassan¹, Joanna Wójtowicz²

¹Zakład Biofizyki i Fizjologii Człowieka, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), Warszawa

Wstęp: Mleko kobiece jest substancją, która stanowi najlepszy pokarm dla dziecka na początkowym etapie jego rozwoju. Jego właściwości odżywcze są znane od setek lat, jednakże obecnie pokarm kobiecy jest traktowany jak element terapii i jeden z najważniejszych leków. Jest to niewątpliwie związane z obecnością elementów komórkowych, które decydują o jego unikatowych właściwościach. Istnienie komórek matki w mleku ludzkim, od leukocytów po komórki nabłonka w różnych stadiach rozwojowych, komórek macierzystych, progenitorowych, a nawet bakterii probiotycznych, otwiera perspektywy dla nowych zastosowań mleka ludzkiego, wyznacza nowy kierunek badań nad laktacją, ale również sprawia, że przez niektórych autorów mleko ludzkie jest uznawane za biologicznie czynną, żywą tkankę.

Cel pracy: Celem pracy było potwierdzenie obecności komórek macierzystych w mleku kobiecym oraz weryfikacja ich pluripotencjalności.

Materiał i metody: Próbkę mleka uzyskane były w 3 dobie po naturalnym porodzie między 37 a 40 tygodniem ciąży. Izolacja komórek progenitorowych i macierzystych była przeprowadzona z zastosowaniem metody opisanej przez Hassiotou et al. (2012) z modyfikacjami

w ciągu 2 h od pozyskania próbki. Liczbę komórek oceniano w hemocytometrze Burkera i przenoszono do naczyń hodowlanych: tradycyjnych i o niskiej przyczepności, tzw. *low adherent plates*. Wykorzystywano różnego rodzaju media hodowlane: DMEM + 20% FBS, Mammo-Cult medium. Oceniano morfologię komórek oraz ekspresję wybranych markerów pluripotencjalności metodą Real-time PCR.

Wyniki: W hodowlach komórkowych otrzymano kilka typów komórek. Wśród komórek adherentnych występowały komórki epitelialne oraz laktocyty. Komórki macierzyste zidentyfikowane w mleku (*breast milk stem cells* – hBSCs) wykazywały ekspresję genów: OCT4, SOX2, NANOG, charakterystycznych dla embrionalnych komórek macierzystych i innych komórek pluripotencjalnych.

Wnioski: Mleko kobiece zawiera niejednorodną populację komórek. Może być ono łatwodostępnym, nieinwazyjnym źródłem komórek progenitorowych i macierzystych, które mogą odgrywać istotną rolę w rozwoju niemowlęcia, ale także mogą być pozyskiwane w celu wykorzystania w terapii komórkowej.



Cukrzyca ciężarnych u matek a powikłania wczesnego okresu adaptacyjnego u noworodków

Marcin Setlak¹, Patrycja Radosz¹, Aneta Radwan¹, Aneta Okoń¹, Paulina Klinicka¹, Agata Górny¹, Piotr Surmiak²

¹Oddział Neonatologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Klinika Neonatologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Cukrzyca stanowi jedno z częstszych powikłań towarzyszących ciąży. Cukrzyca insulinozależna, trwająca od dzieciństwa, występuje u około 0,5% ciężarnych, natomiast u znacznie większej liczby kobiet w okresie ciąży rozpoznaje się cukrzycę ciężarnych. Uważa się, że może być ona czynnikiem ryzyka częstszego występowania powikłań w okresie noworodkowym, w tym zespołu zaburzeń oddychania, infekcji wrodzonych, hiperbilirubinemii oraz zaburzeń metabolicznych.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie najczęstszych powikłań we wczesnym okresie adaptacyjnym dzieci matek z cukrzycą ciążową.

Metodyka: Retrospektywnym badaniem objęto 222 noworodki matek z cukrzycą ciążową, hospitalizowanych na Oddziale Neonatologii UCK w Katowicach w latach 2009–2017. Z historii chorób uzyskano parametry demograficzno-socjalne rodziców, dane okołoporodowe oraz informacje o powikłaniach po porodzie u dzieci matek z cukrzycą. Analizie poddano również wyniki badań dodatkowych i obrazowych u noworodków.

Wyniki: W badanej grupie 199 noworodków (89,64%) przyszło na świat przez cięcie cesarskie, a 23 (10,36%)

siłami natury. Najczęstszym wskazaniem do zabiegu cięcia cesarskiego w trybie pilnym była zagrażająca zamarłowica płodu (16,16%). 23 (10,36%) noworodki miały cechy hipertrofii, natomiast 30 (13,51%) hipotrofii. Powikłania okresu adaptacyjnego wystąpiły u 44,1% dzieci, najczęściej stwierdzana była hiperbilirubinemia (55,1%). U 33 dzieci (14,86%) po porodzie wykryto zaburzenia węglowodanowe, u 22 (9,91%) hipoglikemię, a u 5 (2,25%) hiperglikemię. Do wahań glikemii doszło u 6 dzieci (2,70%). Wśród anomalii rozwojowych najczęściej stwierdzano wrodzoną wadę serca (10,8% noworodków). Przeprowadzone podczas pobytu na oddziale badanie USG przeciemiążzkowe wykazało patologie u 61 noworodków. Najczęstszą uwidoczną nieprawidłowością był dokomorowy nieurazowy krwotok o różnym stopniu nasilenia, wystąpił on u 47 badanych (21,17%). Badanie uwidoczniało inne nieprawidłowości w OUN u 29 (13,06%) noworodków.

Wnioski: Ze względu na zwiększone ryzyko licznych powikłań okresu adaptacyjnego, dzieci matek cukrzycowych powinny być objęte szczególną opieką, wydłużoną adekwatnie do stanu zdrowia noworodka.



Ultrasonografia w populacji zdrowych noworodków – czy warto ją wykonywać?

Ewa Syweñki¹, Monika Łata², Krystyna Michalak², Justyna Głeñ-Pakuła², Wojciech Baranowski³

¹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław

²Oddział Fizjologii i Patologii Noworodka z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodka,
SP ZOZ w Świdnicy, Regionalny Szpital Specjalistyczny „Łatawiec” w Świdnicy

³Pracownia USG, Specjalistyczny Szpital im dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu

Wstęp: Część dużych wrodzonych wad serca, ośrodkowego układu nerwowego czy układu moczowego i pokarmowego powinna zostać wstępnie zdiagnozowana wewnątrzmacicznie u płodu. W warunkach Polskich liczba rozpoznań prenatalnych systematycznie wzrasta, ale nadal jest niezadowolająca, np. anomalie układu krążenia wykrywane są w okresie płodowym średnio u co 10 dziecka [1]. Również nie wszystkie wady wrodzone, w tym zagrażające życiu, ujawniają się w trakcie poporodowej hospitalizacji noworodka. Dzieci te zostają wypisane do domu jako zdrowe, a diagnostykę wdraża się dopiero w okresie objawowym, co jest niekorzystne.

Materiał i metody: Między 1. a 7 dobą życia u noworodków przebywających na oddziale noworodkowym wykonywano jednocześnie badania przeciemniaczkowe ośrodkowego układu nerwowego, jamy brzusznej, stawów biodrowych i echokardiografię. Porównywano grupę 1197 noworodków z wykonanym przesiewowym badaniem ultrasonograficznym z grupą 1191 noworodków z wadami rozpoznanymi metodami „tradycyjnymi”.

Wnioski: W okresie 16 miesięcy prowadzenia przesiewowego badania ultrasonograficznego znacząco wzrosła grupa dzieci, które zostały objęte wczesną opieką specjalistyczną, jeszcze w okresie bezobjawowym, zmienił się również profil rozpoznawanych wad wrodzonych.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Ból w klatce piersiowej w przebiegu kardiomiopatii przerostowej – czym nas może zaskoczyć?

Agata Paszkowska¹, Lidia Ziółkowska¹, Andrzej Kościeszka¹, Joanna Petryka-Mazurkiewicz²,
Monika Kowalczyk-Domagała¹, Anna Turska-Kmieć¹, Grażyna Brzezińska-Rajszys¹

¹Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

²Instytut Kardiologii, Warszawa

Wprowadzenie: Ból w klatce piersiowej występuje u 25–50% dzieci z kardiomiopatią przerostową (HCM), jest związany z przerostem błony mięśniowej tętnic wieńcowych, zawężaniem drogi odpływu LK lub obecnością mostków mięśniowych. Mostek mięśniowy jest rozpoznawany w angiografii wieńcowej, gdy nasierdżowa tętnica wieńcowa ma przebieg wewnątrzmięśniowy, co powoduje ucisk na tętnicę w czasie skurczu serca. Częstość ich występowania w populacji ogólnej wynosi 1–3%, natomiast 30% wśród pacjentów z HCM. Prezentujemy przypadek pacjenta z HCM i bólami w klatce piersiowej, u którego nietypowy przebieg kliniczny wymagał rozszerzonej diagnostyki, na podstawie której rozpoznano rzadką, wielonaczyniową postać mostków mięśniowych na dwóch tętnicach pośrednich odchodzących od głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej.

Opis przypadku: Aktualnie 12-letni pacjent z HCM, u którego grubość przegrody międzykomorowej wynosiła 15,1 mm (Z-score = 5,83), bez zawężania drogi odpływu LK. Od kilku miesięcy chłopiec zgłaszał bóle w okolicy przedsercowej. W okresie tym pacjent nie przestrzegał zaleconego ograniczenia wysiłku fizycznego. W trakcie hospitalizacji stwierdzono podwyższoną wartość troponiny, w zapisie EKG bez cech niedokrwienia mięśnia sercowego. W badaniu perfuzji mięśnia serco-

wego (SPECT) stwierdzono ubytki perfuzji w ścianie przedniej LK. Badanie serca rezonansem magnetycznym (MRI) potwierdziło asymetryczny przerost LK. Z uwagi na epizody bólu wykonano tomografię komputerową celem oceny tętnic wieńcowych, w której stwierdzono kwadripodział głównego pnia tętnicy wieńcowej lewej na tętnice okalającą, dwie tętnice pośrednie i zstępującą przednią. Na przebiegu gałęzi pośrednich uwidoczono mostki mięśniowe. Pogłębiano diagnostykę o badanie MRI z farmakologicznym obciążeniem adenozyną, imitującym fizjologiczny wysiłek. W badaniu tym stwierdzono niedokrwienie w przerośniętych segmentach serca typowe dla zaburzeń mikrokrażenia w HCM, nie stwierdzono cech niedokrwienia w miejscu mostków mięśniowych na przebiegu tętnic wieńcowych.

Wnioski: Ból w klatce piersiowej i podwyższony poziom troponiny stwierdzany u prezentowanego pacjenta był wtórny do zaburzeń mikrokrażenia wieńcowego w przebiegu HCM. Mostki mięśniowe u dzieci z HCM są najczęściej pojedyncze i dotyczą tętnicy zstępującej przedniej, co koreluje z przerostem przegrody międzykomorowej. Należy rozważyć obrazowanie tętnic wieńcowych oraz MRI z obciążeniem farmakologicznym celem określenia mechanizmów niedokrwienia mięśnia sercowego.



Zaopatrzenie organizmu w witaminę D u pacjentów po zakończonym w dzieciństwie leczeniu przeciwnowotworowym

Eryk Latoch¹, Katarzyna Muszyńska-Rosłań¹, Anna Pazik², Milena Osińska², Anna Panasiuk¹,
Małgorzata Sawicka-Żukowska¹, Maryna Krawczuk-Rybak¹

¹Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Studenckie Koło Naukowe, Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Skojarzona terapia przeciwnowotworowa stosowana w okresie dzieciństwa, zmiana nawyków żywieniowych oraz stylu życia prowadzą do występowania wielu odległych powikłań po zakończonym leczeniu nowotworów wieku dziecięcego. Wiele badań przeprowadzonych w ostatnich latach podkreśla związek z przebytą terapią obniżonego stężenia witaminy D oraz zwiększonego ryzyka wystąpienia m.in. chorób układu sercowo-naczyniowego, układu kostnego czy chorób autoimmunologicznych. W świetle ostatnich doniesień na temat znacznych niedoborów witaminy D w populacji dzieci zdrowych wciąż niezbadana pozostaje skala problemu wśród dzieci po przebytej chorobie nowotworowej.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania niedoboru oraz deficytu witaminy D wśród dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej w dzieciństwie.

Metodyka: Analizie poddano 124 pacjentów (53 dziewczynki, 71 chłopców) byłych pacjentów Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, leczonych z powodu białaczek (53,2%), chłoniaków (10,5%) oraz guzów litych (36,3%). Średni czas od rozpoznania i średni wiek w momencie diagnozy wynosiły odpowiednio: $7,58 \pm 3,96$ i $5,75 \pm 4,25$ roku. Grupę kontrolną stanowiło 60 zdrowych dzieci (25

dziewczynek, 35 chłopców). Stężenie witaminy D oceniane było za pomocą metody immunoenzymatycznej. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu U-Manna-Whitneya oraz testu χ^2 . Za poziom istotny statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki: W badanej grupie ozdrowieńców u 114 pacjentów (92%) stwierdzono stężenie witaminy D poniżej normy: w tym stężenie suboptymalne (20–30 ng/ml) u 24% dzieci, deficyt (poniżej 20 ng/ml) u 68% pacjentów. Średnie stężenie witaminy D w grupie badanej było istotnie statystycznie niższe niż w grupie kontrolnej ($16,64 \pm 8,21$ ng/ml vs $20,84 \pm 10,23$ ng/ml, $p = 0,013$). Nie stwierdzono różnic w zależności od płci (chłopcy $17,18 \pm 8,62$ vs dziewczynki: $15,91 \pm 7,65$ ng/ml, $p = 0,398$) oraz rodzaju nowotworu ($p = 0,801$).

Wnioski: Pomimo powszechnego niedoboru witaminy D w populacji dzieci zdrowych pacjenci po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym stanowią grupę szczególnie narażoną na deficyty witaminy D. Dodatkowa suplementacja w wyższych dawkach oraz częstsza ekspozycja na słońcu wydają się konieczne do osiągnięcia prawidłowego jej stężenia oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia innych powikłań związanych z niedoborami w późniejszym życiu.



XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
DONIESIENIA PLAKATOWE





Evaluation of the efficiency of hygienic treatment of the mouth with chlorhexidin in respiratory patients

Pavel Pratasevich, Ekaterina Babko

Grodno State Medical University, Grodno

Introduction: A serious complication in resuscitation patients is the addition of a secondary pulmonary infection. An important method of prevention, along with antibiotic therapy, is oral hygiene.

Goal of research: is to analyze the antiseptic properties of chlorhexidine gluconate in resuscitation patients.

Materials and methods: This single-center study was conducted in 44 patients at the Grodno Regional Clinical Hospital in the Department of Anaesthesiology and Reanimation No 1 in 2015–2017. During the analysis, patients were randomized into three groups by random sampling.

In all studied groups of patients, the first culture was taken before the oral cavity was treated. The second culture was taken after certain conditions, depending on the study group:

- 1 group: used toothpaste and toothbrush of medium hardness. The oral cavity was rinsed with a solution of furacilin and treated with a 0.5% aqueous solution of chlorhexidine. Immediately after treatment of the oral cavity, the second culture was taken.
- 2 group: used the same algorithm for treatment of the oral cavity, but after it was completed, clean gauze wipes moistened with 0.5% aqueous chlorhexidine solution were left in the mouth for 20 minutes.

- 3 group: 2% aqueous solution of chlorhexidine was used.

Analysis of microflora was carried out on an automatic analyzer BACTEC. The statistical analysis was carried out using the STATISTICA 6.0 application software package.

Results: The most frequent pathogens were gram-negative rods of the Enterobacteriaceae family (55%), Gram-positive cocci – *Staphylococcus epidermidis* (10%) and other microorganisms. When treated with a 0.5% aqueous solution of chlorhexidine, the contamination was 10^6 colony-forming unit/sponge before and after treatment of the oral cavity. In group 3, the efficiency of a 2% aqueous solution of chlorhexidine was about 70% ($p < 0.05$).

Conclusions:

1. Conducting a single oral hygiene in resuscitation patients with a 0.5% aqueous solution of chlorhexidine is not effective.
2. The use of a 2% aqueous solution of chlorhexidine leads to a significant decrease in the contamination of the oral cavity, even with a single treatment.

Conflict of interests: the authors declare that they have no conflict of interests.



The effect of pregnancy on the course of allergic diseases in children and their mothers

Natallia Tsikhan, Syarhey Lyalikau

Grodno State Medical University, Grodno

Introduction: It is known that the course of allergic diseases during pregnancy in women can vary. Previously, we found that during both pregnancy and after childbirth, the course of allergic diseases in more than half of women (50–65%) changes: it improves, worsens, or the clinical symptoms disappear altogether. Significant influence on the described dynamics of the severity of allergic diseases during this period is affected by the gender of the fetus and features of the pregnancy course (complication with preeclampsia). It was suggested that the features of the pregnancy course and the severity of the course of allergic diseases in women during pregnancy can also be associated with the occurrence of allergic diseases in their children.

The aim of the research is to analyze the relationship between the onset of allergic diseases in children and with the features of the pregnancy and the severity of the mother's allergic diseases courses during pregnancy.

Materials: 93 women with various allergic diseases, as well as their children ($n = 147$) were examined using specially designed questionnaire.

Results: 50% of children from women with allergic diseases had no allergic diseases at the time of the study. The

incidence of allergopathologies in their children did not depend on the children gender. More often, allergic diseases were diagnosed in children with a lower birth weight ($r = -0.25$, $p = 0.026$). There was a significant correlation between complication with preeclampsia of pregnancy and the likelihood of allergic disease in children ($p < 0.05$). There was no reliable relationship between the duration of breastfeeding and the incidence of allergic diseases in children from mother with allergic diseases. A significant negative correlation between the severity of the allergic disease in a woman during pregnancy and the incidence of allergic diseases in their children was described ($r = -0.47$, $p = 0.001$).

Conclusions: Our data indicate that the features of pregnancy in a woman affect not only the severity of the allergic disease in the woman during this period, but is also associated with the incidence of allergic diseases in their children. It was interesting, the presence of an association between severity of the allergic disease courses in a woman and the incidence of allergic diseases in their children. The mechanism of such interactions requires further study. Potential competing interests are not present.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Peculiarities of acute stenosing laryngitis in children

Sviatlana Baihot¹, Aliaksandr Syty¹, Dzmitrii Rakovich¹, Iryna Marushka², Antanina Litavor²

¹Grodno State Medical University, Grodno

²Grodno Regional Children's Hospital, Grodno

Introduction: Acute stenosing laryngitis is one of the frequent and most severe manifestations of respiratory infections in children.

Objective: studying of the features of acute laryngitis in children.

Methods: A total of 124 children (85 boys and 39 girls) with acute laryngitis aged 6 months to 5 years who were on treatment at of the Grodno Children's Clinical Hospital were examined. Children were divided into 3 groups by age: up to a year – 54 children, 1–3 years – 52 children and 3–5 years – 18 children. Clinical and laboratory examination was carried out. The severity of acute stenosing laryngitis was assessed according to the Westley scale.

Results: The disease in most patients (81%) developed acutely, more often at night, body temperature increased to subfebrile digits. Sometimes there was a one-time rise in temperature to high figures. The condition of the children quickly improved: the laryngeal stenosis waned after 1–3 days, the hoarseness of the voice disappeared in 2–3 days, the cough after 4–7 days.

Acute stenosing laryngitis was most often observed in children of the first year of life (44%) and in children from 1 to 3 years (42%), less often from 3 to 5 years

(14.5%), $p < 0.05$. Boys (68.5%) had acute laryngitis more often than girls (31.5%), $p < 0.001$.

Stenosis of the larynx among all examined children was diagnosed in 71% of children, 58.6% of children had laryngeal stenosis of the first degree, 11.3% had second degree, $p < 0.01$. In children of the first year of life, stenosis of the larynx was diagnosed in 68.5% of children, from 1 to 3 years – in 80.8% of children, from 3 to 5 years – in 50% of children. Depending on the degree of severity in children of the first year of life stenosis of the larynx of the I degree was detected in 55.6% of children, stenosis of the II degree – in 12.6%. At the age of 1 year to 3 years stenosis of the larynx of the 1st degree was noted in 73.1% of children, second degree – in 7.7% of children. In 22.2% of children aged 3 to 5 years, laryngeal stenosis of the first degree was diagnosed. Stenosis of the larynx of the 2nd degree was diagnosed in 27.8% child over 3 years old.

Conclusions: Acute stenosing laryngitis is more often affected by children of the first three years of life. Boys are sick twice as often as girls. Stenosis of the larynx of the I degree in this pathology in children of the first three years of life is diagnosed more often.

Potential competing interests are not present.



Przypadek użądlenia noworodka przez osę w okresie zimowym

Jan Józefczuk, Rafał Czarnecki, Urszula Lampart

Oddział Pediatrii z Pododdziałem Kardiologii Dziecięcej,
Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

Użądlenie osy pospolitej jest bolesne, ale dla większości ludzi nie stanowi zagrożenia, poza przypadkami osób uczulonych i bardzo małych dzieci. Nawet jednokrotne użądlenie noworodka lub małego niemowlęcia przez osę może być śmiertelne.

Noworodek niespełna miesięczny, z ciąży II rozwiązanej o czasie cięciem cesarskim z uwagi na przeszłość położniczą, okres poporodowy niepowikłany. Zamieszkały w budynku wielorodzinnym w środowisku miejskim, w dobrych warunkach socjalno-bytowych.

Przyjęty na oddział w pierwszej dekadzie marca, w czwartym tygodniu życia z powodu nagłego niepokoju i nadmiernej płaczliwości. Przy przewijaniu noworodka rodzice zauważyli żywą osę, a na ciele noworodka dwa

ślady po użądleniu z miejscowym odczynem obrzękowo-rumieniowym, zlokalizowane w okolicy palucha stopy prawej oraz na wysokości dolnych żeber w linii pachowej przedniej po stronie prawej.

Po kilkakrotnym dożylnym podaniu glikokortykosteroidów uzyskano stopniowe ustąpienie zmian, z przejściowym zaostrzeniem w drugiej dobie hospitalizacji. Noworodek wypisany do domu w stanie zdrowia ogólnym dobrym po pięciu dobach hospitalizacji.

Nietypowa pora roku, w której wystąpiły zmiany, wskazuje na konieczność starannego zbierania wywiadu, a w ocenie przyczyn rumieniowo-obrzękowych zmian skórnych brania pod uwagę użądlenia przez błonkoskrzydłe, bez względu na porę roku.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Rzadkie oblicza krzywicy – wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne na przykładzie pacjenta z krzywicą pseudoniedoborową typu I

Izabela Michałus, Anna Łupińska, Agnieszka Rusińska, Danuta Chlebna-Sokół

Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Dzięki powszechnie stosowanej w okresie niemowlęcym profilaktycznej suplementacji witaminą D, pełnoobjawowa krzywica niedoborowa jest obecnie coraz rzadziej rozpoznawana. Istotnym problemem jest jednak występowanie zaburzeń genetycznych, które w obrazie klinicznym wykazują typowe cechy krzywicy, ale trudności terapeutyczne wynikają z całkowitej oporności na powszechnie stosowane preparaty witaminy D. Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie przypadku prawie 2-letniego chłopca z cechami klinicznymi, radiologicznymi i laboratoryjnymi krzywicy witamino-D-opornej typu I i zwrócenie uwagi lekarzy pediatrów na bardzo rzadkie postaci krzywicy odporne na powszechnie stosowane preparaty witaminy D, zwłaszcza w przypadku braku efektów klasycznego leczenia.

Metodyka: Przeprowadzono analizę danych z wywiadu, badania przedmiotowego, wyników badań laboratoryjnych oraz obrazowych u pacjenta z klinicznymi cechami krzywicy.

Wyniki: Postawienie diagnozy na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych w przypadku opisywanego pacjenta trwało ok. 6 miesięcy, przy czym dziecko konsultowane było wcześniej przez licznych specjalistów. W badaniu przedmiotowym uwagę zwracały niedobór masy ciała oraz wysokości, wydatne guzy czołowe, dysproporcje w budowie ciała, poszerzenie

przynaślad kości długich oraz szpotawość kończyn dolnych. Wyniki badań dodatkowych wykazały znaczną hipokalcemię i hipofosfatemię przy jednoczesnym zwiększonym wydalaniu jonów fosforu z moczem. Stężenie 25-hydroksycholekacyferolu (25OHD) w surowicy mieściło się w zakresie wartości referencyjnych, natomiast stężenie metabolitu nerkowego (1,25(OH)2D) było znacznie obniżone; towarzyszył temu wzrost aktywności fosfatazy zasadowej w surowicy. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem genetycznym. Poprawę stanu klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych i obrazowych uzyskano po włączeniu leczenia skojarzonego alfakalcydiolem i cholekalcyferolem.

Wnioski:

1. Pediatrzy i lekarze rodzinni powinni pamiętać, że istnieją szczególne postaci krzywicy uwarunkowanych genetycznie, w tym również krzywica pseudoniedoborowa typu I, dla których charakterystyczna jest całkowita oporność na stosowane powszechnie preparaty witaminy D.
2. Z uwagi na nieswoisty obraz kliniczny diagnostyka krzywicy witamino-D-opornej jest niezwykle skomplikowana i często długotrwała. Należy pamiętać, iż pacjenci z rozpoznaniem krzywicy pseudoniedoborowej typu I wymagają przewlekłej wielospecjalistycznej opieki lekarskiej.



Trudności diagnostyczne guza tarczycy o charakterze zapalnym

Iga Kapczuk¹, Agnieszka Brodzisz², Paweł Nachulewicz³, Iwona Beń-Skowronek¹, Izabela Rysz¹

¹Oddział Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Lublin

²II Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Lublin

³Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Lublin

Pacjentka 17,5-letnia będąca pod opieką Kliniki Endokrynologii od 2 lat po leczeniu zmiany guzowatej na szyi obejmującej tarczycę i sąsiadujące tkanki miękkie.

Tydzień przed hospitalizacją zgłaszała ból szyi po stronie lewej, kilka dni przed hospitalizacją w bolesnym miejscu pojawił się guz, w dniu przyjęcia do szpitala – gorączka. W badaniu fizykalnym stwierdzono w obrębie szyi po lewej stronie obecny twardy, tkliwy guz o średnicy 4–5 cm, znacznie nasiloną próchnicę zębów, poza tym bez innych nieprawidłowości.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: istotnie podwyższone parametry zapalne przy umiarkowanej leukocytozie, podwyższone beta-HCG, prawidłowe: AFP, CEA, PCT, nieznacznie obniżony poziom fT4 przy prawidłowym poziomie TSH i przeciwciał przeciw-tarczycowych. Ze względu na trudności diagnostyczne, co do charakteru guza (zmiana na tle zapalnym/rozrost nowotworowy) oraz jego pochodzenia (tkanki tarczycy/inne tkanki w obrębie szyi), wykonano badania obrazowe (USG szyi, TK szyi i śródpiersia, MR szyi z ujęciem kanału kręgowego). W MR zmiana była zlokalizowana w obrębie lewego płata tarczycy oraz obejmowała mięsień głosowy po stronie lewej i mięsień zwieracz dolny gardła. W obrazie TK zmiana guzowata przemieszczała tchawicę na stronę prawą, nie stwierdzono zmian w sąsiadujących węzłach chłonnych.

Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego, obraz histopatologiczny wycinków pobranych tkanek nie pozwalał na postawienie jednoznacznego rozpoznania – dominowały cechy włóknienia i polimorficzny naciek zapalny. Po zastosowanej antybiotykoterapii amoksycyliną z kwasem klawulanowym, a następnie metronidazolem obserwowano zdecydowaną redukcję wielkości guza. Przeprowadzono leczenie stomatologiczne próchnicy zębów. Na podstawie badań serologicznych nie stwierdzono czynnika etiologicznego zmian zapalnych w obrębie szyi i tarczycy. Wykonano skopię RTG przełyku oraz MR szyi – po stronie lewej zaleganie kontrastu w obrębie zachyłka gruszkowatego, obszar 3 mm bezsygnałowy, jednak nie potwierdzono jednoznacznie przetoki zachyłka gruszkowatego.

Bardzo prawdopodobne, że zmiany zapalne w obrębie tkanek szyi były konsekwencją znacznie nasilonej próchnicy i zaniedbań higienicznych pacjentki.

W czasie 2-letniej obserwacji nie obserwowano nawrotów zapalenia tarczycy, kontrolowano czynność hormonalną tarczycy (prawidłowa). W obrazie USG tarczycy w prawym płacie tarczycy rozpoznano guzek, w biopsji określony jako zmiana łagodna, w lewym płacie zmiany pozapalne, bliznowate.



Obserwacje kliniczne dzieci z wrodzoną łamliwością kości rozpoznaną w okresie noworodkowym lub niemowlęcym – wstępne wyniki pracy doktorskiej

Karolina Beska, Danuta Chlebna-Sokół

Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Wrodzona łamliwość kości (*osteogenesis imperfecta* – OI) to uwarunkowana genetycznie choroba tkanki łącznej, polegająca na obecności nieprawidłowego strukturalnie kolagenu i/lub niewystarczającej jego ilości w tkance kostnej, charakteryzująca się występowaniem złamań oraz zróżnicowanymi objawami klinicznymi.

Cel pracy: Celem badania jest kliniczna ocena stanu zdrowia i rozwoju ruchowego pacjentów oraz analiza biochemicznych markerów tworzenia i resorpcji kości.

Grupa badanych i metody: Obserwacji poddano dziewięć dzieci w wieku od 1 do 4 lat, u których w pierwszym roku życia, na podstawie objawów klinicznych i radiologicznych, rozpoznano wrodzoną łamliwość kości typu III i rozpoczęto, zgodnie ze schematem kanadyjskim, cykliczną terapię lekiem antyresorpcyjnym z grupy bisfosfonianów.

Wyniki: U każdego z badanych złamania wystąpiły już okołoporodowo, nawet podczas delikatnej pielęgnacji dziecka. Czterech pacjentów przeżyło więcej niż 15 złamań, znacząca ich większość dotyczyła kości długich kończyn górnych i dolnych oraz żeber. U jednego z pacjentów opisano także złamania kręgow. U wszystkich dzieci stwierdzono miękkie kości czaszki, spłaszczenie potylicy, niebieskie zabarwienie twardówek oraz skróce-

nie i zniekształcenie kości długich kończyn górnych i dolnych. Rozwój ruchowy w pierwszym roku życia był opóźniony średnio o 2–3 miesiące, większe różnice w aktywności ruchowej były zauważalne u starszych dzieci.

Wnioski: Wrodzona łamliwość kości typu III wymaga wdrożenia kompleksowego, wielospecjalistycznego leczenia już od pierwszych tygodni życia. Dotychczasowe obserwacje pozwalają sądzić, iż w przypadku postaci wrodzonej łamliwości kości przebiegającej z ciężkim kalectwem i niemożnością samodzielnego poruszania się, można znacznie zmniejszyć objawy niepełnosprawności, a nawet uzyskać możliwość samodzielnego chodzenia.

Praca finansowana z funduszu statutowego nr 503/1-090-02/503-11-02

Autorzy oświadczają, że nie mają powiązań ani finansowych zależności wobec żadnej organizacji lub kogokolwiek posiadającego bezpośredni finansowy wkład w przedmiot badań lub materiały badane w danej pracy, (np. poprzez zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, poza wymienionymi w załączniku lub liście redakcyjnym)



Niemowlę z neutropenią w przebiegu glikogenozy Ib – opis przypadku

Diana Szymańska-Miller, Beata Kulik-Rechberger, Maria Trojanowska-Szostek

Zakład Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Neutropenia jest częstym problem w praktyce pediatrycznej. Ze względu na stopień ciężkości dzielona jest na łagodną, umiarkowaną, ciężką i bardzo ciężką (agranulocytozę). Neutropenię określa się jako ostrą, kiedy utrzymuje się do 6 miesięcy, i przewlekłą, jeśli występuje ponad 6 miesięcy. Może być wrodzona i nabyta. Neutropenia nabyta występuje zdecydowanie częściej, podczas gdy wrodzone mogą być jedynym objawem choroby lub stanowić składową zespołu chorobowego.

Opis przypadku: Niemowlę 4-miesięczne zostało przyjęte na Oddział Patologii Niemowląt USzD w Lublinie z powodu zapalenia płuc. W 5 tygodniu życia u dziecka stwierdzono zapalenie płuc z towarzyszącą agranulocytozą, a w wieku 2 miesięcy posocznicę z agranulocytozą, hiperkalcemią, hipertransaminazemią i hepatomegalią. Podczas obecnej hospitalizacji stwierdzono: bledność skóry, zaokrągloną twarz z wydatnymi policzkami (twarz lalki), fuczenia nad polami płucnymi oraz znacznie powiększoną wątrobę sięgającą do linii pępka. Wyniki badań laboratoryjnych wykazały: niedokrwistość (Hb – 9,3 g/dl; 9,2 g/dl), neutropenię (neutrocyty – 120/ μ l, 420/ μ l), podwyższone wykładniki stanu zapalnego (CRP – 1,13 mg/dl), podwyższoną aktywność transaminaz (AST – 217, 149, 482 U/L; ALT – 138, 315, 249 U/L)

i GGTP (309, 383 U/L), podwyższone stężenie wapnia (2,88 mmol/l), trójglicerydów (202 mg/dl) i mleczanów (107, 118 mg/dl). Wielokrotnie powtarzane oznaczenia stężenia glukozy we krwi wskazywały na hipoglikemię, głównie w przerwach między posiłkami (rzędu 28, 38 mg/dl), bez towarzyszących objawów klinicznych. RTG klatki piersiowej wykazało skąpe plamiste zagęszczenia; USG jamy brzusznej – powiększoną wątrobę oraz podwyższenie echogeniczności miąższu nerek i wątroby. Wykluczono hematologiczne przyczyny neutropenii. Wywiad (nawracające infekcje), wyniki badania fizykalnego (twarz lalki, powiększona wątroba) i badań laboratoryjnych pozwalały przypuszczać, że dziecko ma neutropenię w przebiegu glikogenozy Ib. Ze względu na narastające zaburzenia metaboliczne dziewczynkę przeniesiono do Kliniki Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych IP-CZDz w Warszawie, gdzie rozpoznanie potwierdzono.

Wnioski: Nawracające infekcje, utrzymująca się neutropenia, powiększenie wątroby ze wzrostem aktywności transaminaz i gamma-glutamylotranspeptydazy, obniżenie stężenia glukozy w surowicy krwi oraz kwasica mleczanowa sugerują rozpoznanie glikogenozy typu Ib (częstość występowania 1:500 000).

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Zespół von Hippel-Lindau – podział kliniczny oraz sposób monitorowania w zależności od typu choroby

Sylwia Kozaczuk, Iwona Beń-Skowronek

Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Lublin

Zespół von Hippel-Lindau, inaczej naczyniakowatość siatkówkowo-mózdkowa, jest rzadkim zespołem związanym z genetycznie zwiększoną predyspozycją do rozwoju nowotworów, często pojawiających się już w młodym wieku. Za chorobę odpowiedzialne są mutacje germinalne genu VHL. Schorzenie to dziedziczy się w sposób autosomalny dominujący. Szacuje się, że częstość występowania HVL-syndromu wynosi ok 1 : 36 000 osób. Do najbardziej charakterystycznych dla tej choroby zmian nowotworowych zalicza się: naczyniaki zarodkowe (mózdżku i rdzenia kręgowego oraz siatkówki), raka jasnokomórkowego nerki, guzy chromochłonne nadnerczy, guzy worka endolimfatycznego oraz guzy neuroendokrynne. Istotny jest fakt, że nowotwory te często rozwijają się już w młodym wieku, są wieloogniskowe

i obustronne. W zależności od rodzaju mutacji w obrębie genu VHL, a co za tym idzie wynikających z niej różnych zmian narządowych, wyróżnia się kilka typów zespołu von Hippel-Lindau. Podział ten oparty jest na rodzinnym występowaniu bądź nie guza chromochłonnego oraz ryzyku rozwoju raka nerki. Wyróżnia się typ 1., w którym nie występuje pheochromocytoma oraz typ 2 z obecnością pheochromocytoma, który dodatkowo podzielony jest na 3 podtypy (2A z niewielkim ryzykiem rozwoju raka nerki, 2B z często występującym rakiem nerki oraz rzadko występujący typ 2C z guzem chromochłonnym jako jedyną manifestacją choroby). Podział ten ma istotne znaczenie w monitorowaniu leczenia oraz zaplanowaniu opieki i badań profilaktyczno-diagnostycznych rodzin z VHL.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Hiperinsulinizm bez otyłości

Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp: Najczęstszymi objawami hiperinsulinizmu w badaniu fizykalnym są rogowacenie ciemne i otyłość; natomiast dolegliwości zgłaszane przez pacjentów są bardzo różne – od subtelnych, jak zwiększenie apetytu, po objawy ciężkiej hipoglikemii reaktywnej z drżeniem kończyn i osłabieniem.

Opis przypadku: Pacjentka lat 12 została przyjęta na oddział diabetologii dziecięcej ze względu na duży niepokój matki odnośnie do rozwoju otyłości przez dziecko, prowadzący do bardzo ścisłego rygoru dietetycznego i treningowego oraz kontroli aktywności pozaszkolnej. Problemy z narastaniem masy ciała i nadmiernym apetytem rozpoczęły się około 9 r.ż. Wywiad rodzinny obciążony otyłością rozwijającą się w okresie dojrzewania i trudną do leczenia. Pomimo że przy kwalifikacji do hospitalizacji w badaniu fizykalnym nie stwierdzono odchyłań od normy – wzrost 144 cm, masa ciała 44,2 kg, BMI 20, WtHR 0,46 – zdecydowano o przyjęciu dziecka celem uspokojenia matki.

W teście doustnego obciążenia glukozą stwierdzono prawidłową glikemię na czczo i w drugiej godzinie testu (126 mg/dl), z wartością 203 mg/dl w 60 minucie. Jednocześnie, mimo że insulina w 0 i 150 minucie testu były prawidłowe, widoczny był znaczny hiperinsulinizm między

60 a 120 minutą testu, z maksymalną wartością 385,6 μ U/ml. Wyliczony wskaźnik HOMA-IR wynosił 1,61. Jednocześnie stężenie HbA1c wynosiło 6%. Pozostałe badania, m.in. lipidogram i badanie funkcji tarczycy, bez odchyłań od normy. Po poinformowaniu matki i uzyskaniu jej zgody, włączono leczenie metforminą w łącznej dawce 1250 mg/dobę.

W wykonanych po roku badaniach kontrolnych, po odstawieniu na tydzień metforminy, maksymalna glikemia wynosiła 162 mg/dl, a insulinemia 174,7 μ U/ml, pacjentka zgłaszała zaś mniejszy apetyt na słodczyce.

Wnioski:

- Niepokój rodziców, związany ze zmianą zachowania czy nawyków u dziecka, nie powinien być bagatelizowany niezależnie od wieku dziecka, szczególnie przy obciążonym wywiadzie rodzinnym.
- Wskaźnik HOMA-IR może nie być wystarczającym badaniem diagnostycznym do wykazania hiperinsulinemii.
- Przy podejrzeniu hiperinsulinizmu wskazane jest wykonanie minimum 3-punktowego testu obciążenia glukozą z pomiarem stężeń glukozy i insuliny.



Otyłość maskująca przedwczesne dojrzewanie płciowe

Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp: Wiedzę na temat dojrzewania płciowego dzieci otrzymują najczęściej w szkole, w wieku około 10 lat, czyli w momencie, kiedy wiele z nich jest już w trakcie tego procesu. Rodzice, nie mając świadomości konsekwencji przedwczesnego dojrzewania płciowego, nie rzadko pozytywnie oceniają pojawiające się oznaki dojrzewania, jak np. powiększanie się piersi. Jednocześnie u dzieci otyłych lub o jasnej karnacji thelarche czy axillarche II stopnia w skali Tannera łatwo może ująć uwagę podczas badania ogólnolekarskiego, skutkując przeoczeniem lub opóźnieniem rozpoznania przedwczesnego dojrzewania płciowego.

Opis przypadku: Pacjentka 7 lat i 10 miesięcy, obciążona upośledzeniem umysłowym lekkiego stopnia i moczeniem nocnym, została przyjęta na oddział diabetologii dziecięcej celem diagnostyki otyłości i hipercholesterolemii. Wywiad rodzinny silnie obciążony otyłością, dyslipidemią i chorobami tarczycy. W badaniu fizykalnym oprócz otyłości stwierdzono miernie nasilone oznaki dojrzewania płciowego – pojedyncze bardzo jasne włosy pachowe i łonowe, nieznaczna ilość tkanki gruczołowej zasutkowo. Rodzice nie umieli podać, od jak dawna wło-

ski są obecne – dziecko samo dbało o higienę. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyłań w gospodarcę węglowodanowej, potwierdzono granicznie wysokie wartości cholesterolu całkowitego i trójglicerydów. W badaniach hormonów płciowych potwierdzono przedwczesne dojrzewanie płciowe GnRH-zależne. Mimo granicznego wieku u pacjentki rozpoczęto leczenie diphereliną, ze względu na współistniejące upośledzenie umysłowe i dysonans między dojrzałością umysłową i fizyczną.

Podsumowanie: Brak wiedzy na temat prawidłowego wieku rozpoczęcia dojrzewania płciowego i jego przebiegu, połączony ze źle pojętą wstydlivością, może doprowadzić do przeoczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego. Jednocześnie cały czas obniża się wiek prawidłowego rozpoczęcia dojrzewania płciowego. W przypadkach wątpliwych należy kierować się dobrem pacjenta i brać pod uwagę także jego dojrzałość umysłową czy prognozowany wzrost ostateczny, gdyż przedwczesna dojrzałość płciowa może doprowadzić do niskiego wzrostu ostatecznego, zaburzonych proporcji ciała oraz dysharmonii dojrzałości psychicznej i fizycznej.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Rola badania podmiotowego oraz przedmiotowego w diagnostyce pierwotnej autoimmunologicznej niedoczynności kory nadnerczy

Agata Kozłowska¹, Urszula Wątrobińska¹, Elżbieta Moszczyńska¹, Mieczysław Szalecki^{1,2}

¹Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

²Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Choroba Addisona to zespół objawów klinicznych, wywołanych długotrwałym niedoborem hormonów kory nadnerczy, zwłaszcza glukokortykosteroidów. Częściej chorują kobiety, u których początek choroby obserwuje się zwykle w 3. lub 4. dekadzie życia, zaś u dzieci częściej występuje u chłopców, którzy stanowią około 75% pacjentów.

W pracy przedstawiamy trudności diagnostyczne, jakie mogą pojawić się w trakcie ustalania ostatecznego rozpoznania choroby Addisona na podstawie opisów dwóch przypadków.

Pacjent I. Prawie 18-letni chłopiec hospitalizowany w szpitalu powiatowym z powodu wymiotów, z podejrzeniem nieżytu żołądkowo-jelitowego. Pacjent zgłaszał postępujące osłabienie z epizodami zasłabnięć, pogorszenie apetytu oraz spadek masy ciała, w badaniu przedmiotowym zauważono ciemne zabarwienie skóry. Podczas diagnostyki stwierdzono dyselektrolitemię pod postacią hiponatremii. Biorąc pod uwagę wywiad, badanie przedmiotowe i wyniki badań biochemicznych wykonano badanie porannego stężenia kortyzolu, stwierdzając jego obniżenie. Po przekazaniu pacjenta do IPCZD wykonano test z dużą dawką Synacthenu, wykazano obniżoną rezerwę nadnerczową w zakresie wydzielania kortyzolu. Ponadto stwierdzono podwyższone stężenie ACTH oraz obecność przeciwciał przeciw 21-hydroksylazie.

Rozpoznano pierwotną niedoczynność kory nadnerczy o podłożu autoimmunologicznym oraz włączono leczenie substytucyjne hydrokortyzonem.

Pacjent II. 10-letni chłopiec został przyjęty do IPCZD z powodu uporczywych wymiotów oraz przewlekłej hiponatremii. Chłopiec w ciągu ostatnich 2 lat był 4-krotnie hospitalizowany z powodu wymiotów i osłabienia. Podczas każdej hospitalizacji stwierdzano hiponatremię, jednokrotnie oznaczono stężenie kortyzolu – wynik w granicach normy. Wysłano podejrzenie zespołu SIADH, zalecono restrykcje płynowe oraz dosalanie. W trakcie kolejnego epizodu wymiotów chłopiec został przyjęty do IPCZD. W badaniu fizykalnym stwierdzono ziemiste zabarwienie skóry. Na podstawie obniżonego stężenia porannego kortyzolu, braku rezerwy nadnerczy w zakresie wydzielania kortyzolu w teście z dużą dawką Synacthenu, podwyższonego stężenia ACTH i przeciwciał przeciw 21-hydroksylazie, rozpoznano pierwotną niedoczynność kory nadnerczy o podłożu autoimmunologicznym. Zalecono leczenie substytucyjne gluko- oraz mineralokortykoidami.

Porównanie pacjenta z klasycznymi objawami i pacjenta z nietypowymi objawami pokazuje istotność pogłębionego wywiadu chorobowego oraz badania przedmiotowego w diagnostyce niedoczynności kory nadnerczy.



Przebieg kliniczny atroficznego zapalenia tarczycy u dzieci

Dominika Labochka, Katarzyna Pasternak-Pietrzak, Beata Pyrżak, Anna Kucharska

Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, Warszawa

Wstęp: Atroficzne zapalenie tarczycy jest uważane za rzadką formę autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy (AIZT), która zazwyczaj prowadzi do rozwoju ciężkiej niedoczynności tego narządu.

Cel pracy: Celem pracy była charakterystyka przebiegu klinicznego atroficznego, autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy u dzieci.

Materiał i metody: Do analizy zakwalifikowano pacjentów z ciężką pierwotną niedoczynnością tarczycy, u których nie występowało wole, a stężenie TSH było wyższe niż 100 mIU/L. W latach 2007–2017 powyższe kryteria spełniało 21 pacjentów. Atroficzne zapalenie tarczycy rozpoznano u 16 pacjentów (10 dziewcząt i 6 chłopców), średni wiek pacjentów wynosił $10,24 \pm 3,43$ roku.

Wyniki: W badanej grupie stwierdzono mniejszą przewagę płci żeńskiej niż w innych postaciach AIZT. Najczęściej zgłaszanymi objawami były: spowolnienie tempa wzrastania (50%), przyrost masy ciała (44%), niedokrwistość (44%), sucha skóra (37%), obrzęk śluzakowaty (37%), zaparcia (25%), senność (25%), mniejsza aktyw-

ność fizyczna (25%). Średni czas, jaki upłynął od pierwszych objawów do rozpoznania, wynosił $22,9 \pm 20,32$ miesiąca, mediana – 19 miesięcy. Stężenie TSH w momencie rozpoznania wynosiło średnio $530,96 \pm 260,12$ μ IU/ml (zakres 171,22 – >1000 uIU/ml) przy normie 0,58–3,59 μ IU/ml. Średnie stężenie fT4 $0,33 \pm 0,12$ ng/dl przy normie 0,78–1,31 ng/dl, stężenie fT3 $1,29 \pm 0,77$ pg/ml przy normie 2,17–3,77 pg/ml. Średnie stężenie przeciwciał anty-TPO wynosiło $2015,06 \pm 2527,78$ IU/ml (norma < 5,6 IU/ml), anty-Tg $849,564 \pm 1143,13$ IU/ml (norma < 4,1 IU/ml). U jednej z pacjentek stwierdzono przeciwciała przeciwko receptorowi TSH 1,48 IU/l (ECLIA, Roche, norma < 1,22 IU/L).

Wnioski: Częstość występowania atroficznego zapalenia tarczycy wydaje się niedoszacowana. Ciężka hipotyreoza w przebiegu atroficznego zapalenia tarczycy jest późno rozpoznawana, pomimo że pacjenci prezentują typowe objawy kliniczne. Prawdopodobnie główną przyczyną tego opóźnienia jest brak powiększenia tarczycy.



Niewidzialna otyłość

Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wstęp: Otyłość, choroba obciążona wieloma powikłaniami, często może być diagnozowana na zasadzie „straszen diagnose”. Jednak mimo jej wzrastającej częstości i nasilenia wśród dzieci i młodzieży, przesuwają się próg wrażliwości i reakcji na tę chorobę również wśród lekarzy. To prowadzi do opóźnionej diagnostyki i leczenia powikłań otyłości.

Opis przypadku: Pacjent lat 14 i 6 miesięcy został przyjęty na oddział diabetologii dziecięcej, ze względu na podejrzenie cukrzycy postawione przez specjalistę chirurgii, który usuwał u niego położony zapępkowo ropień o średnicy 6 cm. Była to pierwsza osoba, która wdrożyła jakiejkolwiek postępowanie diagnostyczne. Przy przyjęciu pacjent ważył 146,5 kg przy wzroście 184 cm; BMI 42, WtHR 0,77. Pacjent od ok. 9 r.ż. przybierał na wadze do stanu ograniczającego aktywność ruchową i powodującego wykluczenie społeczne.

W badaniu fizykalnym stwierdzono otyłość monstrialną, znacznego stopnia koślawość kolan, liczne przebarwienia po zmianach ropnych na skórze całego ciała, liczne białe i czerwone rozstępki na skórze brzucha i klatki piersiowej, znaczne rogowacenie ciemne skóry pach i pseudo-

micropenis. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono znacznego stopnia hiperinsulinizm przy prawidłowych glikemiach oraz mieszaną dyslipidemię. Profil kortyzolemii oraz test hamowania deksametazonem prawidłowe. W badaniach USG wykluczono ginekomastię oraz stwierdzono cechy stłuszczenia wątroby. Na podstawie badania holterowskiego rozpoznano nadciśnienie tętnicze i skierowano pacjenta do Poradni Nadciśnienia Dzieci. Włączono leczenie preparatem metforminy, zalecono dietę o niskim indeksie glikemicznym, udostępniono wsparcie dietetyczne i psychologiczne. Ze względu na problemy z poruszaniem, zalecono wysiłek fizyczny w ramach możliwości pacjenta.

Podsumowanie: Wiedza na temat otyłości i jej możliwych powikłań wśród rodziców pacjentów pediatrycznych jest nadal zbyt niska. Przy rozmyciu odpowiedzialności za kierowanie pacjenta do dalszej diagnostyki i leczenia otyłości, pacjenci z tym schorzeniem często trafiają do specjalisty już z powikłaniami. Wskazane jest stworzenie algorytmu wstępnego diagnozowania otyłości i jej powikłań, postępowania leczniczego oraz listy wskazań wymagających kierowania do poradni specjalistycznej.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Zespół SHORT – rzadka choroba genetyczna – opis przypadku

Maria Klatka¹, Katarzyna Kozyra¹, Izabela Rysz¹, Agnieszka Polak², Witold Kołłątaj¹

¹Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Klinika Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Zespół SHORT jest rzadkim zespołem genetycznym uwarunkowanym, charakteryzującym się wieloma wrodzonymi wadami narządów wewnętrznych. Nazwa zespołu to akronim głównych cech klinicznych, do których należą: (S) niski wzrost, (H) nadmierna wiotkość stawów, występowanie przepuklin pachwinowych, (O) głęboko osadzone gałki oczne, (R) anomalie Riegera oraz (T) opóźnione wyrzynanie zębów. Inną cechą jest ograniczenie wzrostu wewnątrzmacicznego (IUGR).

Cel pracy: Częstość występowania zespołu pozostaje nieznana (< 1 : 1 000 000), opisano dotychczas tylko kilkadziesiąt przypadków na świecie. Ciekawe jest więc przedstawienie przypadku dziewczynki lat 2 4/12 z zespołem SHORT, która zgłosiła się do lubelskiej poradni endokrynologicznej.

Materiał i metody: W pracy przedstawiamy przypadek dziewczynki w wieku dwóch lat czterech miesięcy z zespołem SHORT, rozpoznany badaniem genetycznym, u której występuje większość typowych cech omawianego zespołu, czyli: opóźnienie wzrostu i cechy dysmorficzne (trójkątna twarz, wypukłe czoło, głęboko osadzone oczy, wąskie nozdrza bądź ich niedorozwój, wąskie usta z kącikami skierowanymi ku dołowi, mała broda z dołkiem, nieprawidłowe położenie uszu, zmarszczki, lipodystrofia w okolicy łędźwiowej i łokci).

U osób z zespołem SHORT inteligencja pozostaje w granicach normy. Opisywano łagodne zaburzenia poznawcze, może też występować opóźniony rozwój mowy w okresie dzieciństwa.

Zespół jest spowodowany mutacjami PIK3R1 (podjednostki regulującej kinazę fosfoinozyno-3). Analiza molekularna wykazała u pacjentki obecność wariantu heterozygotycznego c.1956dupT (p.Lys653 *) w egzonie 15 PIK3R1. Jest to nowa mutacja, dotychczas nieopisywana w dostępnej literaturze.

Wyniki badań: Kliniczne kryteria rozpoznania zespołu SHORT nie zostały dokładnie ustalone, jednak typowe rysy twarzy oraz towarzyszące różne wrodzone nieprawidłowości mogą z dużym prawdopodobieństwem sugerować chorobę. Ostateczne rozpoznanie zespołu uzyskuje się, wykonując badania molekularne. U naszej pacjentki stwierdzono nową mutację – c.1956dupT (DNA nucleotide change), p.Lys653*.

Wnioski:

1. Leczenie zespołu SHORT jest objawowe. Każdy pacjent wymaga wielospecjalistycznej opieki.
2. Poznawanie cech dysmorficznych ma duże znaczenie w diagnozowaniu wrodzonych zespołów genetycznych i umożliwia wczesne wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz właściwej opieki nad pacjentem.



Jatrogenna niedoczynność kory nadnerczy u 3 pacjentów – prezentacja przypadków

Katarzyna Pasternak-Pietrzak¹, Karolina Kot¹, Elżbieta Moszczyńska¹, Michał Staniszewski¹,
Mieczysław Szalecki^{1,2}

¹Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

²Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Jatrogenna niedoczynność kory nadnerczy (JNKN) to istotny objaw niepożądany terapii glikokortykoidami (GKS). Jej najcięższą postacią – przełom nadnerczowy – stanowi zagrożenie życia.

Celem pracy było przedstawienie 3 pacjentów, u których JNKN wystąpiła jako konsekwencja zastosowania silnie działających GKS.

Pacjent 1. (11 l. 2/12) w trakcie leczenia urazu penetrującego gałki ocznej okołoooperacyjnie otrzymywał hydrokortyzon w dawce 40 mg/m², następnie stosowano dostępną steroidoterapię prednizonem w dawce 16 mg/m² przez 7 tyg. Po zakończeniu terapii stwierdzono obniżone stęż. porannego kortyzolu (2,2 µg/dl; 1,7 µg/dl) i rozpoznano JNKN. Pacjent jest w trakcie leczenia substytucyjnego hydrokortyzonem (w dawce 11,7 mg/m², następnie 8,8 mg/m²).

Pacjent 2 (3 l. 10/12) po kompleksowym leczeniu guza nosogardła, z przewlekłymi zapaleniami uszu i zatok obocznych nosa, będącymi powikłaniami po napromienianiu, został skierowany do Kliniki Endokrynologii celem diagnostyki w kierunku moczówki prostej. Początkowo stwierdzono u niego wtórną niedoczynność tarczycy, prawidłową czynność osi nadnerczowej oraz potwierdzono na podstawie próby odwodnieniowo-wazopresynowej moczówkę prostą. 3 miesiące później na podstawie pomiaru porannego stężenia kortyzolu (1,1 µg/dl)

stwierdzono niedoczynność nadnerczy. W toku diagnostyki jej przyczyn stwierdzono, że do niedoczynności doprowadziło płukanie (8 tygodni wcześniej) jamy sutkowej roztworem deksametazonu w czasie operacji antromastoidektomii. Po wykonaniu testu z 1 µg Synacthenu stwierdzono niepełną rezerwę nadnerczową, pacjent wymagał stosowania hydrokortyzonu w sytuacjach stresowych.

Pacjentka 3 (2 l. 4/12) była leczona deksametazonem iv przez 9 dni z powodu obrzęku mózgu w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. Po zakończeniu terapii i oznaczeniu porannego kortyzolu (stęż. 1,0 µg/dl) stwierdzono JNKN – pacjentka wymagała substytucyjnego leczenia hydrokortyzonem. Po 4 miesiącach terapii na podstawie prawidłowego wyniku testu z 1 µg Synacthenu stwierdzono prawidłową funkcję osi nadnerczowej – dziewczynka nie wymagała dalszego podawania hydrokortyzonu.

Zahamowanie czynności nadnerczy może wystąpić na skutek podania GKS każdą z dróg, nawet po krótkotrwałym stosowaniu. Ryzyko działań niepożądanych zależy nie tylko od siły działania danego GKS, lecz także od wrażliwości osobniczej pacjenta. Należy zawsze pamiętać o zasadach racjonalnej steroidoterapii, a w przypadku wystąpienia działań niepożądanych, szybko i skutecznie przeciwdziałać ich skutkom.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Wrodzona łamliwość kości u dzieci – charakterystyka kliniczna, densytometryczna i trudności diagnostyczne na podstawie 20 lat doświadczeń Kliniki

Agnieszka Rusińska¹, Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz¹, Izabela Michałus¹, Karolina Beska¹,
Paulina Adamiecka², Danuta Chlebna-Sokół¹

¹Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Klinika Pediatrii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
Ośrodek Pediatryczny im. Marii Konopnickiej, Łódź

Wstęp: Wrodzona łamliwość kości (*osteogenesis imperfecta* – OI) jest uwarunkowaną genetycznie dysplazją kostną charakteryzującą się między innymi nawracającymi złamaniami i zmniejszoną gęstością mineralną kości.

Cel pracy: Celem pracy jest porównanie objawów klinicznych w różnych typach OI i przedstawienie trudności diagnostycznych na przykładzie analizy pacjentów znajdujących się pod opieką naszej Kliniki.

Pacjenci i metody: Badaniami objęto 123 pacjentów z rozpoznaniem OI (w tym z typem I – 54, II – 2, III – 41, IV – 26), w wieku od 1. tyg. życia do 18 r.ż., w tym 58 dziewcząt i 65 chłopców. Przeprowadzono badanie ankietowe dotyczące występujących dolegliwości, stosowanej diagnostyki i leczenia oraz badanie pediatryczne i antropometryczne. Ponadto wykonano badanie densytometryczne kości metodą absorpcjometrii promieniowania X o podwójnej energii (DXA).

Wyniki: Najczęściej obserwowano nawracające złamania kości, które stwierdzono u 100/123 (81%) badanych. Całkowita liczba złamań wynosiła od 0 do 40, nie stwierdzono jednakże znamiennych statystycznie różnic w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi typami. Deformacje

kostne obecne były u 74/123 (60%) dzieci, w tym najczęściej u pacjentów z typem II i III. Spośród objawów pozaszkieletowych najczęściej obserwowano niebieskawe zabarwienie twardówek, które obecne było u 101/123 (82%) badanych. *Dentinogenesis imperfecta* rozpoznano jedynie u 28/123 (22%) pacjentów. Wykazano istotnie statystycznie niższą gęstość mineralną kości u chorych z typem III, najlepsze wskaźniki prezentowali natomiast pacjenci z typem I ($p < 0,05$).

Wnioski:

- OI jest heterogenną grupą zaburzeń związanych ze zwiększoną predyspozycją do złamań, charakteryzującą się istotnym zróżnicowaniem objawów w poszczególnych typach tej choroby.
- Jednoznaczne ustalenie rozpoznania oraz rokowania może sprawiać trudności u części pacjentów, z uwagi na „nakładanie się” objawów niektórych typów OI (I i IV, II i III oraz III i IV) oraz modyfikujący wpływ wdrożonego leczenia.

Praca finansowana z funduszu statutowego nr 503/1-090-02/503-11-02 oraz w ramach grantu NN407 060 938



Ocena skuteczności leczenia doustną formą bisfosfonianów (alendronian sodu) dzieci z łagodnymi postaciami wrodzonej łamliwości kości

Anna Błaszczuk¹, Ewa Małecka-Tendera², Paweł Matusik²

¹Studenckie Koło Naukowe Zaburzeń Metabolicznych przy Katedrze i Klinice Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Wrodzona łamliwość kości (*ostogenesis imperfecta* – OI) to niejednorodna klinicznie grupa chorób związanych z genetycznie uwarunkowanym niedoborem, brakiem lub wadliwą budową kolagenu bądź czynników transkrypcyjnych związanych z ekspresją genu dla tego białka. Najczęściej stosowaną metodą leczenia jest doustna podaż preparatów bisfosfonianów. Możliwość zastosowania doustnych preparatów tych leków w omawianej grupie wiekowej wydaje się ograniczona do łagodniejszych postaci klinicznych, a ich skuteczność nie została dostatecznie udokumentowana.

Cel pracy: Celem pracy była ocena przebiegu klinicznego choroby u dzieci z łagodnymi typami OI (I i IV) i skuteczności doustnej terapii alendronianem sodu w tej grupie pacjentów.

Materiał i metody: Na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej Poradni Chorób Metabolicznych uzyskano dane kliniczne grupy 10 dzieci (8 chłopców) w wieku średnio $12,58 \pm 4,59$ roku z łagodnymi klinicznie postaciami OI. Średni wiek wystąpienia pierw-

szego złamania wynosił $3,64 \pm 2,17$ roku. U połowy ($n = 5$; 4 chłopców) z nich zastosowano w leczeniu doustny preparat bisfosfonianów (alendronian sodu).

Wyniki: U dzieci leczonych bisfosfonianami stwierdzono młodszy wiek wystąpienia pierwszego złamania ($3,05$ vs $4,38$ roku) i większa skumulowana liczba złamań ($7,6$ vs $3,8$), jednak różnice te nie osiągnęły znamienności statystycznej. Stwierdzono natomiast znamienne zmniejszenie się częstości występowania złamań po włączeniu leczenia (odpowiednio $6,2$ vs $1,4$; $p < 0,01$). U żadnego z pacjentów nie stwierdzono powikłań po zastosowanym leczeniu. Zaobserwowano również istotne działanie przeciwbólowe bisfosfonianów, zwłaszcza w podgrupie ze złamaniami kompresyjnymi kręgow.

Wnioski: Przeprowadzona analiza potwierdza skuteczność terapii doustnym preparatem bisfosfonianów w zakresie redukcji częstości złamań i działania przeciwbólowego. Leczenie to nie wydaje się obarczone dodatkowym ryzykiem powikłań, związanym z jego stosowaniem w populacji pediatrycznej.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Szybko postępująca wirylizacja u 1,5-roczonej dziewczynki – rak kory nadnerczy

Ewelina Witkowska-Sędek¹, Olga Gryniwicz-Kwiatkowska², Agnieszka Rudzka-Kocjan²,
Małgorzata Rumińska¹, Dominika Labochka¹, Beata Pyrżak¹, Mieczysław Szalecki¹, Anna Kucharska¹

¹Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Klinika Onkologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Większość przypadków raka kory nadnerczy u dzieci dotyczy populacji poniżej 5 r.ż. Częstość występowania raka kory nadnerczy jest najwyższa w południowej Brazylii, co wiąże się z częstszą obecnością w tym rejonie mutacji TP53 R337H.

Opis przypadku: 1,5-roczone dziewczynka przyjęta do Kliniki Pediatrii i Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu szybko postępującej wirylizacji zewnętrznych narządów płciowych: powiększenia łechtaczki od miesiąca i pojawienia się owłosienia łonowego od 2 tygodni. Urodzona z C1, cięciem cesarskim, z m.c. 3860 g, 10 pkt w skali Apgar. Okres noworodkowy bez powikłań. W wywiadzie lewostronny refluks pęcherzowo-moczowodowy II° powikłany nawracającymi zakażeniami układu moczowego. Rodzice dziewczynki zdrowi – matka Polka, ojciec Argentyńczyk. Przy przyjęciu stan dobry, cera śniada, łechtaczka znacznie powiększona, przekrwienie przedsionka pochwy, pojedyncze włosy łonowe, ciemny meszek nad górną wargą i na kończynach górnych. W badaniach istotnie podwyższone dla płci i wieku stężenie testosteronu, androstendionu i siarczanu dehydroepiandrosteronu w surowicy krwi, z towarzyszącym niskim stężeniem gonadotropin i estradiolu. W profilu steroidowym z dobrowej zbiórki moczu podwyższone wydalanie metaboli-

tów androgenów. W USG jamy brzusznej owalna hipoechogeniczna, dobrze odgraniczona zmiana 49 x 35 x 31 mm w rzucie lewego nadnercza. Wysunięto podejrzenie wirylizującego guza kory nadnerczy. Dziewczynkę przekazano do Kliniki Onkologii IP-CZD. W tomografii komputerowej uwidoczniono guz 50 x 40 x 30 mm położony do przodu od lewej nerki i częściowo widoczne lewe nadnercze, nie stwierdzono obecności powiększonych węzłów chłonnych ani przerzutów do płuc. Dziewczynkę zakwalifikowano do zabiegu laparoskopowego usunięcia guza. W czasie zabiegu uszkodzono torebkę guza, zabieg makroskopowo radykalny. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano raka kory nadnerczy. Wykluczono mutację białka p53. Po operacji stężenia testosteronu, siarczanu dehydroepiandrosteronu i androstendionu znormalizowały się. Ze względu na rozmiary guza i uszkodzenie torebki guza zdecydowano o zastosowaniu uzupełniającej chemioterapii. Aktualnie 10 miesięcy po zabiegu dziewczynka pozostaje w dobrym stanie ogólnym bez objawów klinicznych i biochemicznych wznowy.

Wnioski: U dzieci w wieku przedpokwitaniowym szybko postępująca wirylizacja jest objawem sugerującym z dużym prawdopodobieństwem raka kory nadnerczy i wymaga pilnej diagnostyki oraz leczenia.



Hipofosfatazja – choroba o wielu twarzach

Izabela Michałus, Gabriela Orzechowska, Anna Łupińska, Agnieszka Rusińska, Danuta Chlebna-Sokół

Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Klinika Pediatrii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Hipofosfatazja jest rzadką chorobą genetyczną spowodowaną mutacją w genie tkankowo niespecyficznej fosfatazy zasadowej. Gen dla TNSALP zlokalizowany jest na krótkim ramieniu chromosomu 1 (1p36.1-34). Dotychczas opisano ponad 200 punktowych mutacji. Choroba dziedziczona jest w sposób autosomalny recesywny lub dominujący. Częstość występowania to 1 : 100 000 żywych urodzeń. Wyróżniamy postacie: perinatalną, niemowlęcą, dziecięcą, dorosłych, odontohipofosfatazję i pseudohipofosfatazję.

Cel pracy: Przedstawienie przypadków pacjentów z zaburzeniami biochemicznymi i w budowie kości ma na celu zwrócenie uwagi na rzadko występującą chorobę o podłożu genetycznym – hipofosfatazję. Autorzy chcą zwrócić uwagę na to, iż nie tylko podwyższone wartości aktywności fosfatazy alkalicznej, ale też obniżone, są objawem choroby.

Pacjenci i metody: Przeprowadzono analizę danych z wywiadu oraz badań biochemicznych 3 pacjentów. Pierwsze dziecko to dziewczynka z rozpoznaną w wieku 20 miesięcy hipofosfatazją, leczoną enzymatyczną terapią substytucyjną, drugie z łagodną postacią tej choroby – odontohipofosfatazją oraz pacjentka dorosła z rozpoznaną hipofosfatazją w wieku dziecięcym, nieleczona przyczynowo.

Wyniki: U wszystkich pacjentów rozpoznanie hipofosfatazji opierało się objawach klinicznych (u 2 dziewczynek bardzo charakterystyczne przedwczesne wypadanie zębów mlecznych), na badaniach biochemicznych i obrazie radiologicznym szkieletu. W surowicy stwierdzano niską aktywność fosfatazy zasadowej, ponadto w badaniach biochemicznych również hiperkalcemię, hiperkalciurię oraz wtórne obniżenie stężenia parathormonu. Na zdjęciach rentgenowskich obserwuje się hipomineralizację kości. Potwierdzenie rozpoznania jest możliwe poprzez analizę mutacji genu TNSALP. Mutacje patogenne wykazano u 2 prezentowanych w pracy pacjentek.

Wnioski: 1. Rozpoznanie hipofosfatazji jest trudne z uwagi na różnorodność postaci i objawów klinicznych, a także na rzadkie występowanie tej choroby. 2. W diagnozowaniu zaburzeń przebiegających ze zmianami w układzie kostnym należy brać pod uwagę zarówno dolne, jak i górne wartości referencyjne oznaczanych parametrów biochemicznych, gdyż ich wnikliwa analiza jest podstawą diagnostyki różnicowej. 3. Wprowadzenie do leczenia enzymatycznej terapii substytucyjnej powoduje poprawę kliniczną, biochemiczną i radiologiczną u pacjentów z hipofosfatazją.

Praca finansowana z funduszu statutowego nr 503/1-090-02/503-11-02

Nie występuje konflikt interesów



Współistnienie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i celiakii u 12-letniej pacjentki

Agnieszka Mroczkowska-Juchkiewicz, Agnieszka Pawłowska-Kamieniak, Paulina Krawiec,
Katarzyna Kominek, Elżbieta Pac-Kożuchowska

Klinika Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest chorobą o nieznanym dokładnie etiopatogenezie. Pod uwagę bierze się współistnienie czynników genetycznych, środowiskowych i immunologicznych. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowania na tę chorobę w populacji dziecięcej i obniżenie wieku rozpoznania. Choroby autoimmunizacyjne, w tym wrzodziejące zapalenie jelita grubego, sprzyjają ujawnianiu się innych zaburzeń/chorób z kregu autoimmunizacyjnego. Ten fakt był przyczyną prezentacji pacjentki z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i współistniejącą celiakią.

Opis przypadku: Dziewczynka 12-letnia przyjęta do Kliniki Pediatrii z powodu biegunki z domieszką krwi od 3 miesięcy. Wypóżnienia w dzień i sporadycznie w nocy. W tym czasie bez bólów brzucha, bez gorączki. Nie obserwowano utraty masy ciała. W wykonanych ambulatoryjnie badaniach dodatkowych stwierdzono niedokrwistość mikrocytarną.

Przy przyjęciu do Kliniki dziewczynka była w stanie dobrym, bez dolegliwości. W wykonanych badaniach dodatkowych stwierdzono podwyższone OB, niedokrwi-

stość mikrocytarną, sideropenię. W USG jelit poprzeczna i zstępnica o zniesionej haustracji, obrzękniętej, niepogrubionej ścianie. Ze względu na przewlekłe biegunki, okresowe domieszki krwi wykonano badania endoskopowe górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W screeningu serologicznym obecne przeciwciała przeciw transglutaminazie tkankowej w mianie 69 CU. W wykonanych badaniach endoskopowych – w dwunastnicy obraz sugerujący celiakię, w kolonoskopii – obraz pancolitis. Postawiono podejrzenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego oraz celiakii. Rozpoznanie potwierdzono histopatologicznie. Pacjentka leczona preparatem 5-ASA, sterydoterapią systemową oraz dietą bezglutenową z dobrym efektem.

Pozostaje pod opieką Poradni Gastrologicznej USzD w Lublinie.

Wniosek: Pacjenci z chorobami autoimmunizacyjnymi stanowią grupę ryzyka współwystępowania z celiakią. U tych pacjentów należy pamiętać o wykonywaniu badań serologicznych w kierunku celiakii.



Ciężka postać alergii pokarmowej (LTFA – *liver transplant acquired food allergy*) u dziecka po transplantacji wątroby – opis przypadku

Monika Szychta, Maciej Dądański, Irena Jankowska, Joanna Teisseyre, Joanna Pawłowska

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Choroby alergiczne (ChA) są częstym problemem zdrowotnym w praktyce pediatrycznej. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań na ChA wśród pacjentów po transplantacji wątroby (LTx). Szacunkowa częstość występowania ChA u dzieci po LTx wynosi 14%. Przebieg kliniczny ChA w tej grupie pacjentów jest bardzo zróżnicowany i może obejmować: alergię pokarmową, atopowe zapalenie skóry (AZS), alergiczny nieżyt nosa oraz astmę oskrzelową. Patomechanizm ChA u dzieci po LTx jest nadal niejasny, w patogenie powyższych zaburzeń dostrzega się udział leku o działaniu immunosupresyjnym – takrolimusu (Tac). Stosowanie Tac po LTx zaburza równowagę immunologiczną między subpopulacjami limfocytów pomocniczych Th1 i Th2, promując rozwój odpowiedzi Th2, co sprzyja rozwojowi ChA.

Cel pracy: Opis przypadku LTFA u dziecka po LTx.

Metody i wyniki: Prezentujemy 20-miesięcznego chłopca, który przeżył LTx w okresie noworodkowym, w wieku 3 tygodni z powodu ostrej niewydolności wątroby o nieustalonej przyczynie.

Leczenie immunosupresyjne po LTx było typowe i obejmowało stosowanie: Tac, kortykosteroidów i mykofenolanu mofetylu.

Pierwsze objawy alergii wystąpiły 4 miesiące po LTx pod postacią ciężkiego AZS.

W leczeniu zastosowano początkowo hydrolizat serwatki o znacznym stopniu hydrolizy, a następnie zmieniono na hydrolizat kazeiny o wysokim stopniu hydrolizy. Ponadto stosowano: leki antyhistaminowe w leczeniu objawowym świądu skóry, pielęgnację i natłuszczanie skóry, maść z kortykosteroidami oraz Tac miejscowo. Pomimo stosowanego leczenia nie obserwowano poprawy klinicznej. Dodatkowo chłopiec przeżył dwa ciężkie zakażenia układu oddechowego wymagające hospitalizacji.

W wynikach badań laboratoryjnych wielokrotnie stwierdzano: wzrost bezwzględnej liczby eozynofili (Eo) i całkowitego stężenia IgE w surowicy krwi oraz wzrost specyficznych IgE (alfa-laktoalbumina, beta-laktoglobulina, kazeina, białko jaja, żółtko jaja i ryż).

Wobec braku efektów stosowanego leczenia, po upływie 15 miesięcy od LTx, zmodyfikowano leczenie immunosupresyjne, zamieniając Tac na cyklosporynę A (CyA), obserwując stopniową poprawę stanu skóry, a w badaniach laboratoryjnych obniżenie Eo.

Wnioski: Choroby alergiczne u dzieci, nabyte po LTx, mają ciężki i złożony przebieg kliniczny. Standardowe leczenie w tej grupie pacjentów często jest nieskuteczne. Dopiero modyfikacja leczenia immunosupresyjnego z zamianą Tac na CyA przynosi dobrą kontrolę objawów ChA.

Brak konfliktu interesów



Wczesne czynniki ryzyka rozwoju nieswoistych zapaleń jelit u dzieci

Aleksandra Dolińska, Zuzanna Wasielewska, Aneta Krogulska

Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: W ostatnich latach obserwuje się stałe zwiększanie częstości nowych zachorowań na nieswoiste zapalenia jelit (NZJ) u dzieci, stąd na całym świecie trwają badania mające na celu określenie prawdopodobnych czynników predysponujących do wystąpienia choroby. Wyniki badań wskazują na udział w patogenезie tych chorób nie tylko czynników genetycznych, ale również środowiskowych.

Cel pracy: Celem badania była ocena występowania wczesnych czynników ryzyka u dzieci z NZJ.

Metodyka: Badaniem objęto 105 dzieci z NZJ, w wieku 2–19 lat, będących pod opieką Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii. Rozpoznanie NZJ ustalono na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych, endoskopowych, histopatologicznych i radiologicznych [ESPGHAN]. Wśród metod badanych zastosowano zwalidowany kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, który w zależności od preferencji opiekuna rozesłano drogą mailową, pocztą tradycyjną lub poproszono o wypełnienie ankiety w czasie hospitalizacji dziecka w Klinice. Zwrotność ankiet wynosiła 63,81%. U 36 (54%) badanych dzieci rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna (ch.L-C), a u 24 (36%) wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG).

Wyniki: Wśród pacjentów z ch.L-C 11 (30,56%) urodziło się drogą cięcia cesarskiego, 20 (55,56%) stanowiły

dzieci urodzone z pierwszej ciąży. Analogiczne wartości u dzieci z WZJG to: 3 (12,5%) i 9 (37,5%).

Wśród badanych 28 (42,42%) pacjentów było narażonych na działanie dymu tytoniowego w 1. r.ż., z czego 16 (57,14%) to dzieci z ch.L-C, a 10 (35,71%) z CU.

W grupie zbadanych dzieci 56 (86,36%) pacjentów było po urodzeniu karmionych piersią, z czego 30 (53,57%) to dzieci z ch.L-C, a 20 (35,71%) dzieci z CU.

Wśród dzieci, u których w 1. r.ż. zastosowano antybiotyki u 15 (55,56%) w kolejnych latach rozpoznano ch.L-C, a u 7 (25,93%) CU. Wśród dzieci, które były hospitalizowane w 1. r.ż. 10 (55,56%) stanowiły dzieci z ch.L-C, a 6 (33,33%) z CU.

Wnioski:

1. U dzieci z ch.L-C wykazano w 1. r.ż. częstsze stosowanie antybiotyku, przebyte hospitalizacje oraz większą ekspozycję na dym tytoniowy niż u dzieci z CU.
2. Dzieci z ch.L-C były częściej rodzone drogą cięcia cesarskiego niż dzieci z CU.
3. Nie wykazano związku występowania NZJ z kolejnością i czasem trwania ciąży, otrzymaną punktacją w skali Apgar, masą urodzeniową czy sposobem karmienia w 1. r.ż.
4. Wczesne czynniki ryzyka mogą mieć związek ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nieswoiste zapalenia jelit w przyszłości.



Wczesne czynniki ryzyka rozwoju uczulenia na alergeny pokarmowe u dzieci do 3 roku życia

Hanna Ludwig, Ewa Łoś-Rycharska, Julia Gawryjolek, Aneta Krogulska

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Wobec obserwowanego, narastającego trendu występowania alergii na pokarmy (AP), poszukiwanie czynników za to odpowiedzialnych jest tematem badań na całym świecie. Uważa się, że znaczenie w rozwoju AP mają czynniki genetyczne i środowiskowe. Obecność uczulenia zwiększa ryzyko rozwoju AP.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wpływu czynników osobniczych i środowiskowych na występowanie uczulenia na pokarmy u dzieci z podejrzeniem AP.

Materiał i metody: Analizą retrospektywną objęto dokumentację medyczną 318 dzieci w wieku od 0 do 3 r.ż., (śr. $12,9 \pm 10,1$ mc) hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii CM w Bydgoszczy w okresie 01.01–31.12.2015 r. z podejrzeniem AP. Uczulenie weryfikowano poprzez ocenę stężenia sIgE we krwi metodą Polycheck firmy BioCheck (uczulenie IgE-zależne) oraz na podstawie wyników atopowych testów płatkowych z natywnymi alergenami pokarmowymi z użyciem komór Finn Chamber (uczulenie IgE-niezależne).

Wyniki: Uczulenie na pokarmy potwierdzono u 203 (63,8%) dzieci, w tym uczulenie IgE-zależne u 52 (16,4%), a IgE-niezależne u 151 (47,5%) dzieci. U 115 (36,2%) dzieci stwierdzono ujemne wyniki badań alergologicznych. Mediana wieku dzieci z grupy IgE-zależnej wynosiła 15,5 mc i była istotnie wyższa niż w grupie

IgE-niezależnej (Me = 9,0 mc) ($p = 0,004$). Uczulenie zarówno IgE-zależne, jak i IgE-niezależne, stwierdzano częściej u chłopców (69%; 58%) niż u dziewczynek (31%; 42%) ($p > 0,05$). Dzieci z uczuleniem IgE-niezależnym istotnie częściej zamieszkiwały środowiska wiejskie (39,1%), w porównaniu z grupą kontrolną (22,6%) ($p = 0,004$). Najczęstszym objawem klinicznym uczulenia na pokarmy były zmiany skórne o typie AZS (50% uczulonych dzieci z uczuleniem IgE-zależnym i IgE-niezależnym). Nie wykazano związku okolicy urodzenia z czynnikami ryzyka, takich jak: kolejność ciąży i porodu, rodzaj porodu, czas trwania ciąży i masa urodzeniowa noworodka, z występowaniem uczulenia na pokarmy. Podobnie nie stwierdzono związku z rodzinnym obciążeniem atopią. Dzieci z uczuleniem IgE-niezależnym były istotnie dłużej karmione naturalnie (Me = 3,0 mc) w porównaniu z dziećmi nieuczulonymi (Me = 1,5 mc) ($p = 0,018$).

Wnioski: Uczulenie IgE-niezależne rozwija się wcześniej niż uczulenie IgE-zależne. Dzieci z uczuleniem IgE-niezależnym były istotnie dłużej karmione piersią niż dzieci z grupy kontrolnej. Nie wykazano związku czynników okolicy urodzenia z rozwojem uczulenia na pokarmy u dzieci do 3 r.ż.

Konflikt interesu nie występuje



Lepiej późno niż wcale: opis przypadku rozpoznania mukowiscydozy u 9-letniej dziewczynki

Paulina Krawiec, Agnieszka Mroczkowska-Juchkiewicz, Agnieszka Pawłowska-Kamieniak,
Katarzyna Kominek, Elżbieta Pac-Kożuchowska

Klinika Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Mukowiscydoza zwykle ujawnia się w pierwszych latach życia, jednak ze względu na heterogeny obraz kliniczny ustalenie ostatecznego rozpoznania wciąż jest wyzwaniem w praktyce klinicznej. Wczesne rozpoznanie choroby umożliwia podjęcie leczenia zanim dojdzie do rozwoju nieodwracalnych zmian narządowych, a tym samym wiąże się z wydłużeniem i poprawą jakości życia pacjentów. Przedstawiamy przypadek późnego rozpoznania mukowiscydozy, pomimo jej typowego przebiegu klinicznego.

Opis przypadku: Dziewczynka 9-letnia pozostająca pod opieką alergologa z powodu przewlekłego kaszlu przyjęta do Kliniki Pediatrii z powodu hipertransaminazemii oraz nieprawidłowego obrazu wątroby w USG jamy brzusznej.

Dziewczynka z ciąży I, porodu I, urodzona w 39 hbd cięciem cesarskim z masą ciała 2970 g, oceniona na 9–10 punktów w skali Apgar. Badania przesiewowe noworodka – prawidłowe. Od urodzenia obserwowano słabe przyrosty masy ciała dziecka. Stolce oddaje 2–3 razy dziennie, papkowate, z obecnością niestrawionych resztek pokarmowych. W wieku 1,5 roku epizod wypadnięcia błony śluzowej odbytnicy. Z uwagi na obserwowane wzdęcie brzucha ambulatoryjnie wykonano USG jamy brzusznej, w którym stwierdzono powiększoną wątrobę

o niejednorodnej echogeniczności i zatartej echostrukturze. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono hipertransaminazemię. Z tego powodu dziewczynkę skierowano do Kliniki Pediatrii. W badaniu fizykalnym zwracał uwagę wzdęty brzuch, niedobór masy ciała i wysokości. W badaniach laboratoryjnych zwiększona aktywność transaminaz i GGTP oraz obniżone stężenie elastazy w kale. W USG jamy brzusznej wątroba nieznacznie powiększona o wyraźnie niejednorodnej, podwyższonej echogeniczności. Całokształt obrazu klinicznego sugerował mukowiscydozę. Wykonane testy potowe, przesiewowy i konduktometryczny wypadły dodatnio. W badaniu molekularnym stwierdzono obecność patogennej mutacji p.Phe508del w obydwu allelach genu CFTR, co potwierdziło rozpoznanie mukowiscydozy.

Wnioski: Prawidłowy wynik badania przesiewowego noworodka nie wyklucza mukowiscydozy. Mukowiscydozę należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej zapalenia wątroby, niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki, przewlekłego kaszlu i nieprawidłowego rozwoju fizycznego dziecka. Rozpoznanie mukowiscydozy opiera się na korelacji obrazu klinicznego, wyniku testu potowego oraz badania molekularnego genu CFTR.

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów



Powiększenie węzłów chłonnych krezkowych u dzieci z bólami brzucha – istotny problem w praktyce pediatrycznej – doniesienie wstępne

Dominika Wilczyńska, Agnieszka Sakson-Słomińska, Magdalena Tworkiewicz, Aneta Krogulska

Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Powiększenie węzłów chłonnych krezkowych jest częstą przyczyną bólów brzucha u dzieci. Kliniczna manifestacja może przypominać objawy tzw. ostrego brzucha i wymaga różnicowania z ostrym stanem chirurgicznym. Do najczęstszych przyczyn limfadenopatii brzusznej należą infekcje bakteryjne, w tym zakażenie pałeczką *Yersinia*, wirusowe i pasożytnicze.

Cel pracy: Celem badania jest ocena przyczyn występowania powiększenia węzłów chłonnych krezkowych u dzieci hospitalizowanych z powodu bólów brzucha.

Materiał i metody: Badaniem objęto 1153 dzieci z bólami brzucha, hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy od kwietnia 2016 do marca 2017 r., spośród których wyłoniono grupę dzieci z powiększeniem węzłów chłonnych krezkowych. Za powiększenie przyjęto węzły chłonne krezkowe o wymiarach powyżej 15 x 7 mm w badaniu USG. U badanych dzieci wykonano badania laboratoryjne (morfologię, CRP, OB, LDH, przeciwciała przeciw *Yersinia*), badania mikrobiologiczne (posiew kału) oraz w kierunku infekcji pasożytniczych przewodu pokarmowego (badanie kału na pasożyty oraz antygen lamblii w kale).

Wyniki: Powiększenie krezkowych węzłów chłonnych wykazano u 29 (2,5%) hospitalizowanych w Klinice

z powodu bólów brzucha. Na podstawie morfologii krwi z rozmazem u żadnego pacjenta nie stwierdzono odchyleń w zakresie leukocytów; wykazano trombocytozę u 3 (10,3%) pacjentów, niedokrwistość mikrocytarną u 1 (3,4%). U 5 (17,2%) dzieci stwierdzono podwyższone CRP, z czego u 4 (13,8%) również OB. Poziom LDH był prawidłowy u wszystkich badanych dzieci. W badaniu serologicznym wykryto przeciwciała przeciwko *Yersinia* u 6 (20,6%) dzieci, w tym po 2 (6,8%) w klasach IgA, IgM i IgG. U żadnego z badanych dzieci nie stwierdzono w kale obecności pasożytów i antygenu lamblii. U 4 (13,8%) pacjentów uzyskano dodatni wynik posiewu kału (1 x wyhodowano norowirusa, 1 x *Salmonella enteritidis* oraz 2 x *Yersinia enterocolitica*). Do najczęstszych objawów towarzyszących bólowi brzucha należały wymioty u 10 (34,5%), luźne stolce u 8 (27,6%) i gorączka u 4 (13,8%) dzieci. Z uwagi na obraz kliniczny u 14 (48,3%) pacjentów włączono do leczenia trimetoprin z sulfametoksazolem uzyskując poprawę kliniczną.

Wnioski: Powiększenie krezkowych węzłów chłonnych wykazano u 2,5% dzieci z bólami brzucha. Zakażenie *Yersinią* stwierdzono u 20,6% dzieci z limfadenopatią brzuszną. Do najczęstszych objawów towarzyszących bólowi brzucha należały wymioty, luźne stolce i gorączka.



Wprowadzanie pokarmów uzupełniających a występowanie objawów alergii u dzieci w pierwszym roku życia – doniesienie wstępne

Magdalena Kuśmierek¹, Ewa Łoś-Rycharska¹, Julia Gawryjolek¹, Andrzej Chęsy², Aneta Krogulska¹

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Regionalny Ośrodek Medycyny Sportowej Sportvita, Bydgoszcz

Wstęp: Dane na temat optymalnego czasu wprowadzania produktów uzupełniających do diety dziecka zarówno zdrowego, jak i należącego do grupy ryzyka wystąpienia alergii, podlegają ostatnio ewaluacji. Wcześniej wskazywano na konieczność odraczania wprowadzania tzw. alergizujących pokarmów, ostatnio jednak uznaje się, że optymalny czas to okres między 4 a 6 m.ż. Podkreśla się, że ekspozycja organizmu dziecka na alergeny pokarmowe może mieć znaczenie w rozwoju alergii bądź tolerancji na nie.

Cel: Celem pracy była analiza związku między czasem wprowadzenia pokarmów uzupełniających a występowaniem objawów alergii u dzieci w pierwszym roku życia.

Metodyka: Badaniem objęto 50 dzieci w wieku 12–18 miesięcy (25 dzieci z objawami alergii stanowiło grupę badaną, 25 zdrowych – kontrolną). Na podstawie zwalidowanego kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji przeanalizowano żywienie w pierwszym roku życia, określając czas wprowadzania pokarmów uzupełniających i występowanie objawów alergii.

Wyniki: Białka mleka w grupie badanej wprowadzano najczęściej w 3 m.ż. – u 5 osób (20%) oraz w 7–8 m.ż. – również u 5 (20%) dzieci, w grupie kontrolnej najczęściej w 7–8 m.ż. u 7 dzieci (28%; $p > 0,05$). Do 18 m.ż. mleka nie wprowadzono u 4 (16%) dzieci z grupy badanej. Żółtko jaja wprowadzano do diety najczęściej w 7–

–8 m.ż., zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej u 7 (28%) w grupie badanej najczęściej 1 raz/tydz. oraz u 8 (32%) w kontrolnej, a u 7 (26%) dzieci najczęściej 2–3 razy/tydz. Białko jaja najczęściej podawano w 4–6 m.ż. zarówno w grupie badanej u 5 (20%) dzieci, jak i kontrolnej 6 (24%) dzieci. Orzeszki ziemne najczęściej włączono w 12 m.ż. zarówno w grupie badanej u 7 (28%) dzieci, jak i kontrolnej. Mąkę pszenną w grupie badanej podawano najczęściej w 7–8 m.ż. u 7 (25%) dzieci, podobnie jak w kontrolnej – 9 (36%); w grupie badanej najczęściej codziennie u 7(25%), a w grupie kontrolnej 2–3 razy/tydz. u 7(28%) dzieci. Ryby wprowadzano najczęściej w 7–8 m.ż. w obu grupach, w badanej u 9 (36%), a w kontrolnej u 5 (20%) dzieci. W grupie badanej u 11 (44%) dzieci i kontrolnej u 15 (60%) warzywa podawano od 4–6 m.ż. codziennie. Mięso najczęściej wprowadzano w 7–8 m.ż. w grupie badanej u 12 (48%) i kontrolnej u 10 (40%) dzieci. W grupie badanej nie wprowadzono do diety skorupiaków oraz orzechów innych niż orzeszki ziemne.

Wnioski: Nie wykazano związku między czasem wprowadzania pokarmów uzupełniających a występowaniem objawów alergii. Objawy alergii najczęściej obserwowano po wprowadzeniu białek mleka krowiego. U dzieci bez objawów alergii stosowano bardziej urozmaiconą dietę.



APRI jako marker włóknienia u dzieci z autoimmunizacyjnym zapaleniem wątroby (AIH)

Karolina Piwczynska, Marek Woynarowski, Małgorzata Woźniak, Maciej Dądałski

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Autoimmunizacyjne zapalenie wątroby (AZW) jest przewlekłym procesem zapalnym, prowadzącym do postępującego włóknienia i rozwoju marskości wątroby. Obecnie złotym standardem w ocenie zaawansowania procesu włóknienia jest biopsja narządu. Z uwagi na ryzyko powikłań biopsji, w celu nieinwazyjnej oceny progresji choroby poszukuje się markerów osoczowych wykorzystujących podstawowe badania laboratoryjne.

Wskaźnik APRI wyliczany jako stosunek aktywności aminotransferazy asparaginianowej do liczby płytek krwi jest prostym osoczym testem pośrednim oceniającym włóknienie.

Cel pracy: Celem badania było porównanie wartości współczynnika APRI z nasileniem włóknienia ocenianego w biopsji wątroby.

Materiał: Materiał do badań laboratoryjnych pobrano od 46 dzieci z autoimmunizacyjnym zapaleniem wątroby (F-33, M-13) w wieku 5,5–18 ($14,5 \pm 3,8$) lat. U wszystkich chorych dysponowano wynikiem biopsji wątroby wykonanej ze wskazań klinicznych.

Metody: Rutynowe próbki krwi zostały pobrane od pacjentów. Wskaźnik APRI został wyliczony jako stosunek aktywności aminotransferazy asparaginianowej do liczby

płytek krwi. Preparaty histopatologiczne uzyskane podczas biopsji wątroby, wykonane wcześniej ze wskazań klinicznych, oceniano według klasyfikacji Batts i Ludwig. Pacjentów podzielono na dwie grupy. Do grupy pierwszej zakwalifikowano dzieci bez lub z minimalnym włóknieniem (staging 0–1), do drugiej grupy pacjentów z zaawansowanym włóknieniem (staging 2–4). Porównano wartości współczynnika APRI pomiędzy grupami. Za pomocą analizy krzywych ROC oceniano siłę dyskryminacji współczynnika APRI pomiędzy grupami (AccuROC, Kanada).

Wyniki: Minimalne włóknienie w badaniu histopatologicznym było obecne u 8, natomiast zaawansowane włóknienie stwierdzono u 38 pacjentów. U pacjentów zakwalifikowanych do grupy ze znacznym włóknieniem stwierdzono wyższe wartości współczynnika APRI ($1,59$ vs $0,30$; $p < 0,01$) niż u dzieci z łagodnym włóknieniem. Powierzchnia pod krzywą ROC wynosiła $0,736111$ ($AUC = 0,7361$) czułość (95% CI) = $0,58$ ($0,407565$ do $0,744859$) i swoistość (95% CI) = 1 ($0,630583$ do 1 [95% CI]), co daje średnie wartości dyskryminujące pomiędzy grupami pacjentów.



Ocena występowania chorób alergicznych u dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit – doniesienie wstępne

Zuzanna Wasielewska, Aleksandra Dolińska, Aneta Krogulska

Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Badania ostatnich lat wskazują na narastający trend występowania chorób o podłożu autoimmunologicznym, do których należą nieswoiste zapalenia jelit (NZJ) oraz choroby alergiczne. Liczne badania, głównie u osób dorosłych, wskazują na możliwy związek występujący między nimi, u podstaw którego leży wspólna patogenezą.

Cel pracy: Celem badania jest analiza występowania alergii na pokarmy, atopowego zapalenia skóry (AZS), alergicznego nieżytu nosa (ANN) oraz astmy u dzieci chorujących na NZJ.

Metodyka pracy: Badaniem objęto 105 pacjentów z NZJ w wieku od 20 miesięcy do 18 lat pozostających pod opieką Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii CM w Bydgoszczy oraz Poradni Gastroenterologicznej. U 52 dzieci rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna (ch.L-C), u 41 wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG), a u 12 dzieci postać nieokreśloną. NZJ rozpoznawano na podstawie obowiązujących kryteriów ESPGHAN. Wśród metod badawczych zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Zwrotność ankiet wynosiła 63%. Ostatecznie do analizy statystycznej zakwalifikowano 60 pacjentów z NZJ oraz 60 dzieci zdrowych.

Wyniki: Co najmniej 1 chorobę alergiczną stwierdzono u 26 (43%) dzieci z NZJ. Najczęściej występującą chorobą alergiczną było AZS dotyczące 13 (22%) dzieci

z grupy badanej, wśród których było 6 (17%) dzieci z ch.L-C oraz 7 (29%) dzieci z WZJG. Występowanie alergii na białka mleka krowiego w okresie wczesnodziecięcym zgłoszono u 12 (20%) dzieci z NZJ, tj. u 9 (25%) z ch.L-C oraz u 3 (13%) dzieci z WZJG. Alergia pokarmowa dotyczyła 11 (18%) dzieci z grupy badanej, w tym 6 (17%) dzieci z ch.L-C oraz 5 (21%) dzieci z WZJG. ANN występował u 10 (17%) dzieci, tj. u 6 (17%) dzieci z ch.L-C oraz u 4 (17%) z WZJG. U 6 (10%) dzieci zanotowano występowanie astmy, w tym u 4 (11%) z ch.L-C i u 2 (8%) dzieci z WZJG. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w występowaniu ww. chorób pomiędzy dziećmi chorującymi na ch.L-C i WZJG ($p > 0,05$). Chłopcy z NZJ istotnie częściej chorowali na alergię pokarmową niż dziewczynki ($p = 0,015$). U dzieci z NZJ, u których w przebiegu leczenia stosowano leczenie biologiczne, istotnie częściej występowała astma ($p = 0,013$).

Wnioski:

1. Choroby alergiczne występują częściej u dzieci z NZJ niż w ogólnej populacji pediatrycznej.
2. Dzieci z NZJ wymagają czujnego nadzoru lekarskiego nie tylko z powodu choroby podstawowej, ale również możliwego współistnienia alergii.
3. Badania dotyczące współwystępowania chorób alergicznych z NZJ w populacji pediatrycznej wymagają kontynuacji.



Czy przewlekłe zapalenie trzustki u dzieci jest chorobą wieloczynnikową?

Karolina Wejnarska, Elwira Kołodziejczyk, Grzegorz Oracz

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Etiologia przewlekłego zapalenia trzustki (PZT) u dzieci jest bardziej zróżnicowana niż u dorosłych. Główną przyczyną PZT są mutacje genów (PRSS1, SPINK1, CFTR, CTSC, CPA1). Do innych częstych czynników etiologicznych należą wady anatomiczne przewodu trzustkowego, zaburzenia lipidowe czy choroby dróg żółciowych. Większość z wymienionych patologii ma charakter czynników ryzyka, stąd do rozwoju zapalenia trzustki niezbędny jest udział dodatkowych mechanizmów wyzwalających.

Cel pracy: Celem pracy była analiza współwystępowania czynników etiologicznych PZT u dzieci.

Metody: Do badania włączono 324 pacjentów z PZT hospitalizowanych w IP CZD od 1988 do 2016 r. Przeanalizowano dostępne w historii choroby dane medyczne dotyczące diagnostyki PZT, rozpoznania oraz zastosowanego leczenia. U wszystkich pacjentów wykonano badania genetyczne w kierunku mutacji genów związanych z PZT (SPINK1, PRSS1, CFTR, CTSC).

Wyniki: Więcej niż jeden czynnik ryzyka PZT opisano u 85 dzieci (26,2%). Średni wiek pierwszych objawów choroby wynosił 8,1 roku (2,1–16,4 roku). U 74 pacjen-

tów (87%) wystąpiły 2 czynniki ryzyka PZT, u 6 więcej niż 2. U 14 pacjentów z mutacją genu PRSS1, która jest uznana za bezpośrednią przyczynę PZT, stwierdzono inny towarzyszący czynnik etiologiczny: u 9 z nich była to inna mutacja genowa (CTSC n = 5, SPINK1 n = 3, CFTR n = 1), u 3 dzieci stwierdzono wady anatomiczne przewodu trzustkowego (*pancreas divisum* n = 2, *ansa pancreatica* n = 1), 1 dziecko cierpiało na kamicę żółciową, a 1 na hipertriglicerydemię. W badanej grupie chorych 22 pacjentów (25,9%) wykryto więcej niż jedną mutację genetyczną. Natomiast u 39 dzieci (45,9%) mutacji genu innego niż PRSS1 towarzyszyła dodatkowa patologia – u 24 pacjentów stwierdzono anomalię anatomiczną, u 5 pacjentów choroby dróg żółciowych, u 10 chorych zaburzenia lipidowe.

Wnioski: Czynniki etiologiczne PZT u dzieci są zróżnicowane. Uzyskane wyniki przemawiają za wieloczynnikową etiologią PZT i są zgodne z teorią „podwójnego uderzenia”. Nie sposób jednak zróżnicować, który z czynników etiologicznych ma przeważające znaczenie w rozwoju PZT.



Zmiany polipowate jelita grubego – czy zawsze są polipami?

Anna Socha-Banasiak¹, Dobromiła Barańska², Elżbieta Czekwianianc¹

¹Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

14-letnia dziewczynka została skierowana do Kliniki Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP z powodu podejrzenia polipowatości jelita grubego. W wywiadzie od 6 miesięcy zgłaszała bóle brzucha oraz oddawanie rozluźnionych stolców. Pacjentka była wcześniej hospitalizowana w innej placówce – w kolonoskopii uwidoczniło występowanie licznych zmian polipowatych w odbytnicy i esicy.

Przy przyjęciu do Kliniki stan ogólny dziewczynki był dobry. W badaniu przedmiotowym stwierdzono asymetrię tkanki podskórnej okolicy nad lewym talerzem biodrowym, występowanie 3 plam typu „café au lait” na kończynie dolnej i tułowiu. W USG uwidoczniło zbiornik płynowy w tkance podskórnej lewej okolicy biodrowej – uzyskany w trakcie punkcji płyn był surowiczy. Przeprowadzono kolonoskopię, podczas której uwidoczniło występowanie licznych (ok. 50) polipów siedzących (O-Is w klasyfikacji paryskiej) o średnicy 2–3 mm do maks. 10 mm, zlokalizowanych od połowy poprzecznicy, z największym zagęszczeniem w esicy. Zmiany cechowały się niezmienioną błoną śluzową oraz prawidłowym wzorem dołeczkowym (typ I w skali NICE). Z uwagi na objawy kliniczne pacjentki oraz morfologiczne cechy zmian w badaniu endoskopowym wysunięto podejrzenie rozrodny pęcherzykowej jelit. W RM jamy brzusznej uwidoczniło wielotorbielowatą masę

(60 x 90 x 110 mm) zlokalizowaną wzdłuż esicy, naczyń krezki i prawdopodobnie penetrującą do ściany jelita. W świetle esicy widoczne były torbiele (2–15 mm) wpuklające się do ściany jelita oraz mniejsze i niezbyt liczne śródściennne torbiele w obrębie odbytnicy, esicy i zstępnicy. Obserwowano również w przestrzeni zaotrzewnowej wielotorbielowatą strukturę (30 x 60 x 140 mm) układającą się na powierzchni aorty oraz kolejną zmianę (25 x 45 x 47 mm) w tkance podskórnej lewej okolicy lędźwiowej. Opisane struktury torbielowate łączyły się ze sobą.

Wielotorbielowaty charakter zmian sugerował występowanie wady naczyń chłonnych lewej części jelita grubego z prawdopodobnie współistniejącą malformacją typu *cystic hygroma* przestrzeni przedaortalnej. Dziewczynkę skierowano do konsultacji chirurgicznej – do chwili obecnej nie podjęto decyzji o leczeniu zabiegowym.

Wnioski: Zmiany polipowate w obrazie endoskopowym nieposiadające cech polipów w badaniu histopatologicznym wymagają podjęcia prób różnicowania z innymi chorobami, w tym pneumatozą jelit oraz wadami naczyń limfatycznych.

Występowanie plam typu „café au lait” może upoważniać do poszukiwania wad naczyń chłonnych.

Konflikt interesów: brak



Ocena świadomości wpływu palenia tytoniu na zdrowie u młodzieży z nieswoistym zapaleniem jelit – wyniki wstępne

Marta Baranowska-Nowak¹, Magdalena Neścioruk¹, Kinga Kowalska-Duplaga², Stefan Kuźniarski¹,
Izabella Łazowska-Przeorek¹, Aleksandra Banaszkiewicz¹

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

²Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp: Palenie papierosów (PP) powoduje wiele bardzo poważnych chorób, szczególnie nowotworowych, układu oddechowego i układu krwionośnego. Wywiera także wpływ na przebieg nieswoistego zapalenia jelit (NZJ). Dotychczas jednak nie udowodniono, dlaczego utrudnia leczenie i powoduje cięższy przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna (ch.L-C) a łagodzi przebieg wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG). Dysponujemy niewielką ilością danych na temat świadomości dorosłych pacjentów z rozpoznaną ch.L-C oraz WZJG na temat wpływu PP na przebieg NZJ. Celem badania była ocena świadomości wpływu palenia wśród młodzieży z NZJ.

Metody: Prospektywne badanie zostało przeprowadzone w dwóch dziecięcych szpitalach uniwersyteckich w Warszawie i Krakowie, w okresie od kwietnia do listopada 2016 r. Poproszono młodzież z rozpoznanym, zgodnie z kryteriami z Porto, NZJ o wypełnienie anonimowej ankiety. Poza pytaniami o wiek, płeć, status palenia, dia-

gnozę oraz aktualne leczenie, ankieta zawierała 11 pytań badających świadomość wpływu PP na ciężkość przebiegu NZJ. Grupą kontrolną była grupa zdrowej młodzieży w podobnym wieku.

Wyniki: Do badania włączono 208 respondentów (103 z NZJ i 105 jako grupa kontrolna). Grupa pacjentów z NZJ zawierała 68 pacjentów chorujących na ch.L-C i 35 na WZJG. PP zgłosiło 6,7% (14/103) pacjentów z NZJ; wśród pacjentów z ch.L-C 8,8% (6/68), a z WZJG 22,9% (8/35). Częstość PP w grupie kontrolnej wynosiła 17,1% (18/105). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w posiadanej wiedzy dotyczącej wpływu PP na przebieg choroby podstawowej oraz wystąpienie objawów pozajelitowych pomiędzy pacjentami z ch.L-C i WZJG (odpowiednio $p = 0,39$ i $p = 0,55$). Obie grupy pacjentów miały podobną opinię na temat ryzyka interwencji chirurgicznej związanej z paleniem ($p = 0,25$).

Wniosek: Świadomość pacjentów z ch.L-C i WZJG na temat wpływu PP na przebieg NZJ jest podobna.



Choroba śródmiąższowa płuc w przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u 15-letniej dziewczynki – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Anna Góra¹, Katarzyna Bąk-Drabik², Jolanta Porębska¹, Franciszek Halkiewicz¹, Katarzyna Ziora²,
Edyta Machura²

¹Oddział Ogólnopediatryczny, SP SK Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko w Zabrze
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ). Choroby te związane są z występowaniem manifestacji pozajelitowych, co stanowi o ich ogólnoustrojowym charakterze. Manifestacje płucne występują rzadko. Ich obraz kliniczny jest zróżnicowany, często przypominający odrębne jednostki chorobowe układu oddechowego.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie przypadku 15-letniej pacjentki, u której rozpoznano płucną manifestację WZJG.

Opis przypadku: 15-letnia dziewczynka z WZJG została przyjęta na Oddział Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci z powodu pogorszenia stanu ogólnego, z podejrzeniem zakażenia dolnych dróg oddechowych. W obrazie klinicznym dominowało osłabienie, wieczorna gorączka do 38,5°C, nadmierna potliwość, kaszel oraz utrata masy ciała. Aktywność WZJG oceniono w skali PUCAI na 20 punktów, co odpowiadało łagodnej postaci choroby. Na podstawie wykonanych badań laboratoryjnych i radiologicznych rozpoznano zapalenie płuc. Do leczenia włączono preparat ciprofloksacyny, nie uzyskując poprawy. W związku z podejrzeniem zakażenia o etiologii atypowej zastosowano terapię sekwencyjną klarytromycyną. Na podstawie badań w kierunku zakażeń bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych, infestacji

pasożytniczych oraz chorób tkanki łącznej nie ustalono etiologii zmian. Opierając się na badaniu metodą PCR i oznaczeniu Quantiferonu, wykluczono zakażenie prątkiem gruźlicy. Wobec trudności diagnostycznych przeprowadzono HRCT klatki piersiowej oraz bronchoskopię z pobraniem popłuczyn oskrzelowych. W obrazach tomograficznych uwidoczniono nacieki w obwodowych partiach płuca prawego z powiększeniem węzłów chłonnych przytchawiczych i podostragowych (ryc. 1). W popłuczynach oskrzelowych stwierdzono wzrost odsetka eozynofili do 3%. Badania czynnościowe płuc wykazały obecność łagodnych zaburzeń typu restrykcyjnego. Przeprowadzono konsultację pulmonologiczną, wysuwając podejrzenie śródmiąższowego zapalenia płuc, będącego płucną manifestacją WZJG. Do leczenia dołączono doustny preparat prednizonu. Sterydoterapię kontynuowano przez 12 tygodni. Po 11 miesiącach od rozpoznania uzyskano całkowitą regresję manifestacji płucnej.

Omówienie: Manifestacje płucne, pomimo rzadkiego występowania, stanowią ważny element obrazu klinicznego pacjentów z NChZJ. Rozpoznanie choroby płuc w tej grupie pacjentów jest trudne, ze względu na niespecyficzne objawy, brak kryteriów diagnostycznych oraz konieczność przeprowadzenia szerokiej diagnostyki różnicowej.



Ocena przydatności wybranych wskaźników laboratoryjnych i ultrasonograficznych u dzieci z objawami z przewodu pokarmowego przed zastosowaniem inwazyjnych procedur diagnostycznych

Aleksandra Powązka¹, Anna Socha-Banasiak¹, Krzysztof Pacześ¹, Joanna Ślęzak¹, Piotr Raczyński²,
Ryszard Makosiej¹, Elżbieta Czkwianianc²

¹Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

Wstęp: Diagnostyka różnicowa nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ) oraz zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego (ZCzPP) poza badaniem podmiotowym i przedmiotowym może wymagać również przeprowadzenia badań endoskopowych i obrazowych, np. enterografii. Szczególnie w populacji dziecięcej istotne jest uzasadnienie przeprowadzenia inwazyjnych procedur diagnostycznych.

Cel pracy: Celem pracy była ocena przydatności wskaźników ryzyka występowania NChZJ z uwzględnieniem m.in. oceny grubości ściany jelita krętego u pacjentów z bólami brzucha i/lub biegunką przed zastosowaniem inwazyjnych procedur diagnostycznych.

Metodyka: Badaniem retrospektywnym objęto 96 dzieci z NChZJ oraz 27 pacjentów z ZCzPP hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP w Łodzi w latach 2007–2015. Na podstawie danych z dokumentacji medycznej analizowano częstość występowania objawów, takich jak bóle brzucha, biegunka, a także nieprawidłowości wyników badań laboratoryjnych: PLT, CRP, OB. U każdego pacjenta wykonano ocenę ultrasonograficzną grubości ściany jelita krętego z zastosowaniem sondy (3–13 MHz; Phillips, model HD 11XE) oraz kolonoskopię z pobraniem biopsji z jelita krętego do oceny histopatologicznej.

Wyniki: Badaniem objęto 66 dziewczynek i 57 chłopców w wieku 2–18 lat. Bóle brzucha obserwowano częściej u pacjentów z ZCzPP niż z NChZJ (92,6% vs 77,1%; $p < 0,05$), podczas gdy biegunka występowała częściej w grupie pacjentów z NChZJ (81,2% vs 51,8%; $p < 0,05$). Średnie wartości OB, CRP i PLT były znacznie wyższe w grupie dzieci z NChZJ niż u pacjentów z ZCzPP (odpowiednio $24,5 \pm 16,7$ vs $4,33 \pm 4,0$; $2,9 \pm 3,3$ vs $0,5 \pm 0,0$; $399,9 \pm 92,1$ vs $253,0 \pm 62,9$; $p < 0,05$). Średnia grubość ściany jelita krętego była wyższa w grupie badanych z chorobą Leśniowskiego-Crohna ($3,5 \text{ mm} \pm 2,5$) niż tych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego ($2,3 \pm 1,2$) oraz ZCzPP ($1,9 \pm 1,1$) ($p < 0,05$). Czułość i swoistość ultrasonograficznej oceny pogrubienia ściany jelita krętego powyżej 3 mm wynosiła odpowiednio 34,4% i 81,5%.

Wnioski: W celu wyeliminowania niepotrzebnej ekspozycji na promieniowanie jonizujące oraz możliwe komplikacje znieczulenia ogólnego i endoskopii, w diagnostyce wstępnej u dzieci z bólem brzucha i biegunką należy wykorzystać w pierwszej kolejności szczegółowy wywiad chorobowy, podstawowe badania laboratoryjne oraz ultrasonograficzną ocenę grubości ściany jelita krętego.

Konflikt interesów: brak



Interstycjalna delecja (2)(32.1;q33.3) u 5-letniego chłopca

Małgorzata Lisik^{1,2}, Marta Turek³, Justyna Pękalska³

¹Katedra i Zakład Biologii Molekularnej i Genetyki, Wydział Lekarski w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Poradnia Genetyczna, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, Katowice

³Pracownia Cytogenetyczna, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, Katowice

Interstycjalne delecje ramienia długiego chromosomu X obejmujące region 2q31q32 są odpowiedzialne za liczne objawy kliniczne, takie jak: dysmorfia twarzy, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia zachowania.

Przedstawiamy przypadek 5-letniego chłopca z kariotypem 46,XY,del(2)(q32.1;q33.3).

Chłopiec K.K. z CII, PII urodzony w 37 t.c. SN, masa urodzeniowa 3020 g, długość ciała 51 cm, Apgar 10 pkt.

Rozwój psychoruchowy dziecka przebiegał w granicach normy do 12 m.ż. Po przebyciu infekcji (ospa wietrzna) w 13 m.ż. zaobserwowano regres w rozwoju mowy. Wykonane badanie słuchu wykazało występowanie niedosłuchu UP-60dB, UL-40dB.

Badanie przedmiotowe: stosunkowo duża mózgoczaszka, twarz trójkątna, szeroko rozstawione, wąskie szpary powiekowe, małe usta, nieco odstające małżowiny uszne.

Wzrost 101,6 cm (< 3 p.c.), masa 13,4 kg (< 3 p.c.), obwód głowy 46 cm (< 3 p.c.)

W wieku 5 lat diagnozowany z powodu niedoboru wzrostu na Oddziale Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w Katowicach, gdzie rozpoznano somatotropinową niedoczynność przysadki.

Badanie kariotypu wykazało powstałą *de novo* interstycjalną delecję fragmentu ramienia długiego chromosomu 2. Kariotyp 46,XY,del(2)(q32.1;q33.3).

Konflikt interesów – brak

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Neurozakażenie u 2-miesięcznego dziecka jako maska choroby Menkesa

Marcin Gwoździak¹, Kamila Ludwikowska¹, Janusz Zaryczński², Robert Śmigiel³, Leszek Szenborn¹

¹Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne, Opole

³Zakład Propedeutyki Pediatrii i Chorób Rzadkich, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Choroba Menkesa jest neurodegeneracyjną chorobą uwarunkowaną genetycznie, o recesywnym typie dziedziczenia sprzężonym z chromosomem X, związaną z uogólnionym niedoborem miedzi, wynikającym z zaburzeń wchłaniania tego pierwiastka w przewodzie pokarmowym i jego metabolizmu, a co za tym idzie, niedostateczną syntezą białek miedziozależnych.

Prezentujemy przypadek 2-miesięcznego chłopca, który został skierowany z rozpoznaniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

Dziecko pochodzi z C I niepowikłanej, poród nastąpił w 37 tyg, przez CC z powodu położenia pośladkowego (m. ur. 3749 g, Apgar 10). Po urodzeniu stwierdzono jedynie ubytek słuchu. Od 2 m.ż. u dziecka obserwowano apatię i patologiczną senność z epizodami drżenia powiek i prawej kończyny górnej. Z tego powodu dziecko zostało przyjęte na oddział pediatryczny; stwierdzono podwyższone parametry stanu zapalnego (WBC 19,5 tys./ μ L; CRP 52,55 mg/L; PCT 0,45 ng/ml) oraz obecność asymetrycznych zmian w bad. CT i MRI, mogących odpow-

owiadać zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. W PMR stwierdzono podwyższoną pleocytozę (22 kom/ μ L). Zastosowano terapię empiryczną (ceftriakson, amikacynę, acyklowir) oraz leczenie przeciwdrgawkowe. Ze względu na brak poprawy klinicznej i obecność dyskretnych cech dysmorfii (cofnięta bródka, błądź i nadmierna elastyczność skóry, nietypowy wygląd włosów) oraz zalecenie genetyka poszerzono diagnostykę, stwierdzając obniżone stężenie miedzi, co nasunęło podejrzenie choroby Menkesa. W kolejnych dobach dziecko wymagało intensywnej terapii (stany napadowe z towarzyszącą niewydolnością oddechową). Badania genetyczne potwierdziły rozpoznanie choroby Menkesa.

Wnioski:

1. U niemowląt prezentujących objawy neuroinfekcji, u których leczenie empiryczne nie przynosi spodziewanej poprawy, należy brać pod uwagę rzadkie choroby neurodegeneracyjne.
2. Napady drgawek mogą powodować zmiany cytologiczne w PMR.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Zespół łamliwego chromosomu X – trudności diagnostyczne

Małgorzata Lisik

Katedra i Zakład Biologii Molekularnej i Genetyki, Wydział Lekarski w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Zespół łamliwego chromosomu X (FXS) stanowi najczęstszą rodzinną postać niepełnosprawności intelektualnej. Częstość występowania choroby szacowana jest na 1 : 4000–1 : 6000 urodzeń płci męskiej. Zespół dziedziczony jest jako cecha dominująca sprzężona z chromosomem X. Wiodącym objawem zespołu FXS jest niepełnosprawność intelektualna, zwykle umiarkowanego lub znacznego stopnia, której towarzyszą zaburzenia zachowania pod postacią cech autystycznych.

Cel pracy: Celem pracy jest próba określenia zbioru objawów ułatwiających postawienie rozpoznania zespołu łamliwego chromosomu X.

Metody: Badaniami objęto 23 chłopców i mężczyzn (10–32 lata) z pełną mutacją w genie *FMR1*. Przeprowadzono dokładne badanie kliniczne obejmujące: analizę rodowodu, badanie psychologiczne, pomiary antropometryczne oraz badanie dysmorfologiczne.

Wyniki: Trzech pacjentów (13%) stanowiło izolowany przypadek niepełnosprawności intelektualnej w rodzinie.

Pozostałych 20 należało do 15 rodzin, w których u innych członków rodziny występowała niepełnosprawność intelektualna. Stopień niepełnosprawności intelektualnej był zróżnicowany: lekki u 1/23 (4,35%), umiarkowany u 12/23 (52,17%), znaczny u 10/23 (43,48). Zaburzenia ze spektrum autyzmu zdiagnozowano u 5/23 (21,74%) pacjentów.

Analiza BMI wykazała, że 14 z 23 (60,68%) miało prawidłową masę ciała – 9/23 (39,13%) nadwagę, a 5/23 (21,74%) otyłość.

Wnioski: Postawienie rozpoznania FXS jest trudne z uwagi na brak specyficznych objawów. Wczesne rozpoznanie ma kluczowe znaczenie ze względu na wczesną interwencję oraz poradnictwo genetyczne. Wystąpienie choroby w rodzinie niesie ze sobą 50 procentowe prawdopodobieństwo urodzenia się kolejnego dziecka z chorobą.

Konflikt interesów – brak



Guz kory nadnerczy czynny hormonalnie – prezentacja przypadku klinicznego 1,5-miesięcznego niemowlęcia z zespołem Cushinga

Michalina Jezierska¹, Jagoda Badurowicz¹, Joanna Stefanowicz¹, Dorota Birkholz-Walerzak²,
Elżbieta Adamkiewicz-Drożyńska¹

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Guzy kory nadnerczy u dzieci występują rzadko. Stanowią one około 0,2% wszystkich guzów litych w tej grupie wiekowej. Ich cechą charakterystyczną jest zdolność do aktywności hormonalnej, która w przypadku pacjentów poniżej 18 r.ż. pojawia się częściej niż w populacji osób dorosłych. Najczęstszą manifestacją kliniczną tej aktywności są wirylizacja i zespół Cushinga. Do uznanych niekorzystnych czynników prognostycznych tych nowotworów należą duży guz pierwotny ($> 200 \text{ cm}^3$) oraz obecność przerzutów odległych. Wśród dodatkowych czynników wymienia się między innymi współwystępowanie zespołu Cushinga. Kluczową rolę w leczeniu guzów kory nadnerczy nadal odgrywa resekcja chirurgiczna. Rola chemioterapii pozostaje kontrowersyjna.

W pracy prezentujemy przypadek niemowlęcia płci męskiej po raz pierwszy przyjętego do Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego (UCK) w Gdańsku w 6. tygodniu życia z powodu guza nadnercza lewego. Zmianę zlokalizowaną w lewym nadnerczu po raz pierwszy uwidoczniono w badaniu USG wykonanym w trakcie pobytu chłopca na oddziale noworodkowym. Początkowo pacjent obserwowany w związku z podejrzeniem krwaka nadnercza. Ostatecznie, po potwierdzeniu litego charakteru zmiany w badaniach obrazowych, poddany diagnostyce onkolo-

gicznej. W trakcie procesu diagnostycznego chłopiec budził niepokój z powodu niezadowalającego tempa rozwoju fizycznego i motorycznego. We współpracy z endokrynologiem wysunięto podejrzenie guza nadnercza czynnego hormonalnie ze współwystępującym zespołem Cushinga, co potwierdzono w badaniach dodatkowych. Aktualnie dziecko po zabiegu resekcji nadnercza lewego wraz z guzem pozostaje pod opieką Poradni Onkologii Dziecięcej i Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci UCK.

W Klinice Pediatrii UCK w Gdańsku wśród 40 pacjentów w wieku do 3 m.ż. włącznie, diagnozowanych w latach 1993–2017 z powodu guza nadnercza, tylko u prezentowanego chłopca postawiono rozpoznanie guza kory nadnercza.

Niniejsza praca, prezentując przykład pacjenta z rozpoznaniem rzadko występującego guza litego z nietypową symptomatologią, jest kolejnym dowodem na to, że kluczem do sukcesu diagnostycznego jest dokładna ocena kliniczna pacjenta i współpraca między lekarzami różnych specjalności.

Konflikt interesów nie występuje

Finansowanie nie występuje



Mnogie udary wielonarządowe jako niezwykła manifestacja kliniczna gruczolakoraka żołądka ze różnicowaniem kosmówkowym i wątrobowym

Piotr Buda¹, Monika Bożek¹, Olga Rutynowska², Bożenna Dembowska-Bagińska², Anna Wieteska-Klimczak¹, Dariusz Chmielewski³, Piotr Gietka⁴, Agnieszka Brożyna², Wiesława Grajkowska⁵, Janusz Książyk¹

¹Klinika Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych,
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

²Klinika Onkologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

³Klinika Neurologii i Epileptologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

⁴Kliniki i Poliklinika Reumatologii Wieków Rozwojowego,
Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Warszawa

⁵Zakład Patologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Chłopiec 16-letni z nawrotową gradówką, zapaleniem wału okołopaznokciowego palucha lewego, okresowymi bólami nadbrzusza, po urazie głowy okolicy potylicznej został przyjęty z objawami udaru niedokrwinnego lewej półkuli mózgu. W badaniach dodatkowych stwierdzono: niewielką anemizację, trombocytopenię, splenomegalię. W badaniu ECHO serca wysunięto podejrzenie infekcyjnego zapalenia wsierdza. Wobec towarzyszącej gorączki i narastających parametrów stanu zapalnego leczony szerokospektralną antybiotykoterapią (wielokrotnie jałowe posiewy krwi) bez wpływu na tor gorączki. Stosowano również leczenie przeciwkrzepliwe. W trakcie hospitalizacji stwierdzono narastanie cytopenii, splenomegalię, przebiegi do jam ciała, limfadenopatię brzuszną, zaburzenia krzepnięcia. Wysłano podejrzenie zespołu Libman-Sacksa oraz wtórnego zespołu antyfosfolipidowego w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego (wykluczono badaniami immunologicznymi), leczony glukokortykosteroidami bez poprawy. Po około miesiącu od pierwszych objawów wystąpił kolejny udar mózgu – stwierdzono świeże zmiany udarowe w obu półkulach, niedrożność tętnic środkowych mózgu, zmiany niedokrwienne w nerkach i śledzionie. W związku z narastającymi objawami niewydolności wielonarządowej chłopiec

został przeniesiony na oddział intensywnej terapii, był wentylowany mechanicznie, leczony glukokortykosteroidami, immunoglobulinami, antybiotykoterapią bez poprawy. W toku diagnostyki stwierdzono pięćdziesięciokrotnie podwyższone stężenie beta-HCG we krwi. Podejrzewając nowotwór germinalny wykonano badanie MR jąder nie stwierdzając patologii. Z uwagi na powiększające się węzły chłonne w obrębie jamy brzusznej wykonano laparotomię. Na podstawie badania patomorfologicznego węzłów chłonnych okolicy krezki jelita cienkiego i żołądka rozpoznano gruczolakoraka ze różnicowaniem kosmówkowym i wątrobowym. Chłopiec został przeniesiony do Kliniki Onkologii w stanie ciężkim, z niedowładem czterokończynowym, bez kontaktu logicznego, gorączkujący. W toku dalszej diagnostyki ujawniły się przerzuty do licznych węzłów chłonnych jamy brzusznej i śródpiersia. Podejrzewano, że ognisko pierwotne zlokalizowane jest w żołądku. W leczeniu zastosowano intensywną chemioterapię, uzyskując przejściową poprawę w postaci spadku stężenia betaHCG i zmniejszenia się powiększonych węzłów chłonnych. Nie obserwowano poprawy stanu neurologicznego. Chłopiec zmarł z progresji choroby po 3 miesiącach od rozpoznania gruczolakoraka.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Wykorzystanie u dzieci komórek macierzystych pozyskanych przez Polski Bank Komórek Macierzystych – Grupa FamiCord [CIC 0980] – dziesięć lat doświadczeń

Anna Mucha¹, Karol Kosterna¹, Mariusz Grudniak¹, Dominika Gładysz¹, Iwona Marszałek¹, Eugeniusz Krzysztof Machaj¹, Magdalena Sendek¹, Kamila Poteralska¹, Karolina Zagórska¹, Joanna Płaczowska¹, Agnieszka Orczykowska¹, Tomasz Ołdak¹, Magdalena Chrościnska-Krawczyk², Krystyna Mitosek-Szewczyk², Maciej Borucki¹, Dariusz Borucki¹

¹Polski Bank Komórek Macierzystych, Warszawa

²Klinika Neurologii Dziecięcej, III Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Zakład Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: W Polsce krwiotwórcze komórki macierzyste (KKM) są od 1 grudnia 1989 r. wykorzystywane w hematologii i onkologii dziecięcej. Mezenchymalne komórki macierzyste, dzięki Polskiemu Bankowi Komórek Macierzystych (PBKM), wykorzystywane są już w Polsce w pediatrii od października 2011 r., i stosowane w procedurze medycznego eksperymentu leczniczego.

Cel pracy: Celem pracy jest wykazanie dotychczasowych zastosowań komórek macierzystych, pochodzących z Polskiego Banku Komórek Macierzystych (PBKM), mającego status EBMT harvest center (CIC 0980) u dzieci w różnych gałęziach medycyny.

Pacjenci i metody: Od marca 2007 do marca 2017 NZOZ Polski Bank przygotował komórki macierzyste dla 277 dzieci. Przygotowane i wydane komórki pochodziły z czterech źródeł: galareta Whartona (183 preparaty produktu leczniczego), szpik (40 preparatów zawierających KKM), krew pępowinowa (23 preparaty zawierające KKM), krew obwodowa po farmakologicznej mobilizacji (28 preparatów KKM), krew pępowinowa (23 preparaty) oraz trzy preparaty służące do infuzji limfocytów dawcy (*donor lymphocyte infusion* – DLI).

Wyniki: Produkt leczniczy zawierający mezenchymalne komórki macierzyste (MKM) z galarety Whartona (183 preparaty) był stosowany już w Polsce w ponad 50 chorobach. W neurologii dziecięcej najczęstszym wskaza-

niem było mózgowe porażenie dziecięce (43 pacjentów), autyzm (32), rozszczep kręgosłupa (10). W transplantologii najczęstszym wskazaniem była choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (14).

Pozyskane od dawcy niespokrewnionego KKM (40 preparatów szpiku), zastosowane w 14 krajach Europy i świata, wykorzystane były najczęściej do przeszczepienia u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną (OBL) (14 pacjentów).

KKM z krwi obwodowej po farmakologicznej mobilizacji (28 preparatów), wykorzystane zostały w 14 krajach Europy i świata najczęściej u dzieci z zespołem mielodysplastycznym (3) oraz OBL (3).

Krew pępowinowa (23 preparaty z KKM), przeszczepiono w czterech krajach, również głównie u dzieci z OBL.

DLI (3 preparaty) wykorzystano w dwóch krajach – u jednego dziecka z mukopolisacharydozą oraz u jednego dziecka z ziarnicą złośliwą. W jednym przypadku brak danych.

Wnioski: Możliwości zastosowania różnych komórek macierzystych w Polsce, w Europie oraz na świecie wskazują na szeroki dostęp pacjentów pediatrycznych do wykorzystania KKM w hematologii i onkologii dziecięcej oraz na możliwy dostęp do KKM w procedurze medycznego eksperymentu leczniczego.



Ocena funkcji nerek u dzieci po zakończonej terapii z powodu guzów ośrodkowego układu nerwowego

Grażyna Sobol-Milejska¹, Katarzyna Musioł¹, Agnieszka Mizia-Malarz¹, Weronika Stolpa¹, Łukasz Nowotka², Karolina Torba², Gabriela Ochała², Natalia Kuna²

¹Oddział Onkologii, Hematologii i Chemioterapii, Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Poprawa wyników leczenia schorzeń nowotworowych u dzieci jest wynikiem stosowanej agresywnej terapii przeciwnowotworowej, która z kolei wiąże się z ryzykiem polekowej toksyczności narządowej, w tym dysfunkcji nerek.

Cel pracy: Celem pracy była ocena występowania przewlekłego polekowego uszkodzenia nerek po ukończonej chemioterapii u dzieci z guzami OUN oraz ocena wybranych markerów nefrotoksyczności: cystatyny C, beta2mikroglobuliny (B2M) oraz lipokaliny neutrofilowej połączonej z żelatyną (NGAL).

Materiał i metody: Analizie poddano historię leczenia 38 dzieci (18 dziewcząt, 20 chłopców) w wieku od 27 do 22,5 roku (średnia wieku 14,2) po zakończonej terapii złośliwego nowotworu OUN. Średni czas od zakończenia leczenia wynosił 3,2 roku.

Wykonano klasyczne badania laboratoryjne oceniające filtrację kłębuszków nerkowych, a uzyskane wartości odnoszono do wyników nowych markerów nefrotoksyczności: cystatyna C, beta2mikroglobulina, NGAL. Oceniono stopień uszkodzenia cewek nerkowych, obliczając wskaźnik nerkowej reabsorpcji fosforanów (TRP) oraz maksymalną zdolność reabsorpcji zwrotnej fosforanów w cewkach nerkowych na decylitr przesączania kłębuskowego (TmP/GFR).

Wyniki: U 22 pacjentów (57,8%) stwierdzono cechy przebiegającej subklinicznie przewlekłej choroby nerek, z kolei cechy niewydolności nerek (GFR < 60 ml/min/1,72 m²) u 6 dzieci (15,7%). Wykazano ujemną istotną statystycznie korelację pomiędzy GFR a stężeniem cystatyny C (p < 0,003) oraz GFR a stężeniem beta2mikroglobuliny (p < 0,016). Nie stwierdzono takiej zależności pomiędzy GFR a NGAL.

W grupie dzieci z przewlekłą chorobą nerek wykazano statystycznie istotnie wyższe stężenia cystatyny C i B2M, w porównaniu z wynikami pozostałej grupy ozdrowieńców. Stężenie NGAL w obu grupach było porównywalne. U 13 dzieci (34%) stwierdzono cechy tubulopatii polekowej. Wykazano obecność silnej korelacji dodatniej (p < 0,001) pomiędzy stężeniem cystatyny C i B2M oraz TRP i TmP/GFR. Nie stwierdzono takiej korelacji w odniesieniu do NGAL.

Podsumowanie: U dzieci leczonych z powodu nowotworu OUN często występują polekowe zaburzenia funkcji nerek, dotyczące kłębków i cewek nerkowych.

Cystatyna C i beta2mikroglobulina mogą być markerami przydatnymi w ocenie późnej nefrotoksyczności polekowej, czego nie wykazano w odniesieniu do NGAL.



Przypadkowo zdiagnozowany nerwiak zarodkowy u dwojga niemowląt

Maria Trojanowska-Szostek¹, Diana Szymańska-Miller¹, Agnieszka Brodzisz², Beata Kulik-Rechberger²

¹Zakład Propedeutyki Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Guzy nadnerczy u dzieci dzielą się na nowotworowe i nienowotworowe. Nowotworowe wywodzą się z rdzenia (neuroblastoma, pheochromocytoma) lub z kory gruczołu (gruczolak i rak). Bardzo rzadko w nadnerczach rozwija się czerniak lub mięśniak gładkokomórkowy. Guzy nienowotworowe to torbiele, naczyniaki oraz guzy krwawienne (okołoporodowe i pourazowe). 90% wszystkich guzów nadnerczy stanowi nerwiak zarodkowy – neuroblastoma. Przedstawiamy dwoje niemowląt płci żeńskiej z przypadkowo zdiagnozowanym nerwiakiem zarodkowym, hospitalizowanych na Oddziale Patologii Niemowląt USzD w Lublinie w latach 2016–2017. U obu dziewczynek w badaniu USG wykonanym ambulatoryjnie stwierdzono zmiany ogniskowe w nadnerczach.

Przypadek pierwszy: Dziewczynka 6,5-miesięczna skierowana była do szpitala z powodu braku prawidłowego rozwoju fizycznego (masa i długość ciała poniżej 3 centyla). W USG wykonanym na oddziale potwierdzono obecność hipoechogenicznej zmiany (18 x 16 x 20 mm) w lewym nadnerczu. Rozszerzono diagnostykę o tomografię jamy brzusznej, która potwierdziła obecność zmiany guzowatej (20 x 20 x 29 mm). Zgodnie z zaleceniem hematologa oznaczono poziom enolazy specyficznej dla neuronów (NSE), uzyskując wynik nieznacznie powyżej normy – 21,46 µg/l (norma < 18,3).

Podjęto próbę dobowej zbiórki moczu celem oznaczenia poziomu katecholamin. Ze względu na niepokój dziecka i pojawienie się krwi w moczu od badania odstąpiono. Dziewczynkę zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie.

Przypadek drugi: Dziewczynka 2,5-miesięczna, diagnozowana była z powodu naczyniaków płaskojamistych w okolicy uszu, które stopniowo powiększały się od 2-tygodnia życia. USG jamy brzusznej wykonane w drugiej dobie życia nie wykazywało nieprawidłowości, natomiast USG wykonane w czasie hospitalizacji z powodu naczyniaków potwierdziło obecność hiperechogenicznej zmiany w nadnerczu prawym o wymiarze 26 x 11 x 22 mm oraz liczne zmiany ogniskowe w obrębie wątroby (do 11 mm średnicy). MRI jamy brzusznej potwierdziło obecność guza wielkości 21 x 13 x 24 mm, zmiany w wątrobie określono jako metastatyczne. Stężenie NSE wynosiło 44,0 µg/l, poziom katecholamin w DZM był prawidłowy. Dodatkowo wykonano biopsję szpiku – wynik prawidłowy. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie neuroblastoma, z przerzutami do wątroby.

Wnioski: Opisane przypadki przemawiają za potrzebą wykonywania USG jamy brzusznej każdemu dziecku w okresie niemowlęcym, także zdrowemu.



Perspektywy zastosowania midostaurinu w potencjalnej farmakoterapii celowanej ostrej białaczki szpikowej

Małgorzata Lasota, Walentyna Balwierz

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Rozwój ostrej białaczki szpikowej (AML) jest spowodowany gromadzeniem się m.in. nabytych zmian genetycznych w hematopoetycznych komórkach progenitorowych, które zaburzają prawidłowe mechanizmy proliferacji, śmierci i różnicowania komórek. Mutacje aktywujące w obrębie genów kodujących receptorowe kinazy tyrozynowe mogą być ważnym czynnikiem sprawczym onkogenezy, dlatego receptory o aktywności kinaz wydają się atrakcyjnym celem terapeutycznym, a inhibitory kinaz tyrozynowych (takie jak np. midostaurin) są aktualnie jednym z najbardziej zaawansowanych przykładów medycyny spersonalizowanej.

Celem pracy było zbadanie występowania oraz znaczenia ekspresji i mutacji receptora c-KIT w AML u dzieci oraz ocena *in vitro* wpływu inhibitora kinaz tyrozynowych – midostaurinu na wybrane linie komórkowe AML, reprezentujące różne jej podtypy oraz najczęściej występujące w tej grupie chorych translokacje genetyczne.

Ekspresję receptora c-KIT (CD117), a także innych antygenów charakterystycznych dla linii mieloidalnej oceniono metodą cytometrii przepływowej. W celu wykrycia mutacji genu kodującego receptor c-KIT zsekwencjonowano ekson 8 i 17 badanych linii komórkowych. Za pomocą barwienia błękitem trypanu i testem MTS oceniono proliferację komórek; metodą cytometrii przepływowej

(FACS) z użyciem aneksyny V i jodku propidyny (PI) oraz mikroskopii fluorescencyjnej (barwienie różnicowe Hoechst 33258/PI) – przeżywalność komórek. Dopasowano także logistyczny model zależności efektu działania od dawki inhibitora i wyznaczono wartości połowicznej dawki cytostatycznej IC_{50} . Określono również wpływ midostaurinu na ekspresję białek uczestniczących w transdukcji sygnału metodą ELISA.

Rezultaty przeprowadzonych doświadczeń wykazały ekspresję receptora c-KIT na wszystkich badanych liniach komórkowych. W obrębie eksonu 17 wykryto mutację punktową w kodonie N822 w linii Kasumi-1. Ponadto wykazano także, że midostaurin hamuje proliferację wszystkich badanych linii komórkowych AML, w sposób zależny od stężenia i czasu inkubacji. Barwienie różnicowe i analiza FACS pokazały, że badany inhibitor indukuje apoptozę w komórkach AML. Rezultaty przeprowadzonych badań wykazały również obniżenie stopnia ufosforylowania receptora c-KIT oraz kinaz Akt i Erk1/2 pod wpływem badanego związku.

Midostaurin wywiera silny cytostatyczny i cytotoksyczny wpływ na komórki AML. Związek ten stanowi obiecującą substancję leczniczą do zastosowania w potencjalnej farmakoterapii celowanej.



Drugie nowotwory u dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej w materiale jednego ośrodka

Grażyna Sobol-Milejska, Agnieszka Mizia-Malarz, Katarzyna Musioł

Oddział Onkologii, Hematologii i Chemioterapii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, Katowice

Wstęp: Drugie nowotwory rozpoznawane są u ok. 3–12% dzieci z przebytą chorobą nowotworową, a ich indukcja ma związek zarówno z predyspozycją genetyczną do nowotworzenia, jak i z wpływem stosowanej terapii. Wśród cytostatyków możliwe działanie karcinogenne przypisywane jest lekom z grupy epipodofilotoksyn oraz alkilującym. Podnoszony jest udział radioterapii w powstawaniu drugich nowotworów.

Cel pracy: Celem pracy była ocena występowania drugich nowotworów w materiale oddziału onkologii z określeniem czynników ryzyka ich rozwoju.

Pacjenci i metody: Drugi nowotwór w naszym oddziale rozpoznano w 7/974 rozpoznań onkologicznych (< 1%), w tym w 3 przypadkach były to ostre białaczki mieloblastyczne (SA Ewing, PNET ściany klatki piersiowej, guz mózgu-GM), u 2 dzieci rozpoznano MDS (Sagranulocyticum, guz mózgu – EA), u 1 dziecka (RBL) guz mózgu – AA, a u dziecka po terapii pineoblastoma rozpoznano gruczolaka tarczycy.

Wyniki: Białaczki rozpoznano u 2 dzieci po 2 i 10 miesiącach od zakończenia leczenia, a w przypadku 1 dziecka z guzem mózgu w trakcie chemioterapii podtrzymującej. Guz mózgu wykryto u dziecka leczonego przed 14 laty z powodu retinoblastoma, MDS rozpoznano po 2 latach, a w przypadku jednego pacjenta po 7 miesiącach po zakończeniu chemioterapii. Wszyscy pacjenci otrzymywali w leczeniu podofilotoksyny i leki alkilujące w ramach stosownych programów terapeutycznych, a także RT. Zmarło 4 dzieci, w tym 3 z AML i 1 dziecko z AA.

Podsumowanie: Drugie nowotwory u dzieci onkologicznych występują rzadko, przy czym rokowanie w ich przypadku jest bardzo trudne. Białaczki są najczęstszymi drugimi nowotworami u dzieci. W związku z możliwym rozwojem drugiego nowotworu, u pacjentów po przebytym leczeniu przeciwnowotworowym, szczególnie z zastosowaniem pochodnych podofilotoksyn, środków alkilujących i radioterapii, konieczna jest wieloletnia kontrola onkologiczna.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Opóźnione i przypadkowe rozpoznanie choroby nowotworowej u dzieci

Tomasz Jarmoliński¹, Kazimierz Antonowicz¹, Paweł Szostak¹, Barbara Marszałska¹, Hanna Marciniak¹,
Joanna Szczepanik-Boroń², Remigiusz Rzepka²

¹Oddział Dziecięcy, Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o., Międzyrzecz

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o., Międzyrzecz

Wstęp: Choroba nowotworowa u dzieci może rozwijać się przez długi czas skrycie albo też przebiegać z dyskretnymi, nieswoistymi lub mylącymi objawami i dlatego rozpoznanie bywa opóźnione bądź przypadkowe.

Materiał i metody: Przedstawiono pięcioro chorych z różnymi guzami o nietypowym lub bezobjawowym przebiegu, u których diagnozę postawiono na oddziale pediatrycznym: 1) 7-latkę z czaszkogardlakiem, 2) 17-latkę z ziarnicą złośliwą, 3) 20-miesięczną dziewczynkę z guzem tylnego dołu czaszki, 4) 17-latkę z olbrzymim gruczolakiem torbielowatym jajnika i 5) 10-latkę z guzem Grubera-Frantz głowy trzustki. U chorych 1–4 występowały objawy związane z chorobą podstawową: 1) zaburzenia wzroku, bóle głowy i wymioty, 2) świąd skóry, powiększenie węzłów chłonnych szyi i pachy, 3) remisja rozwoju psychoruchowego, wyniszczenie, nawracające ciężkie zakażenia, zaburzenia połykania, 4) zatrzymanie miesiączki, bóle pleców. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej rozpoznawano wstępnie odpowiednio: 1) niedobór wzrostu i masy ciała (po konsultacji okulisty), 2) atopowe zapalenie skóry i guzek sutka (po konsultacji dermatologa i chirurga dziecięcego), 3) opóźnienie rozwoju psychoruchowego z nawracającym zapaleniem płuc oraz 4) niedoczynność tarczycy. Czas od pojawienia się pierwszych symptomów nowotworu do rozpoznania wynosił 3–12 miesięcy. U chorej (5) guza trzustki wykryto przypadkowo w badaniu USG wykonanym z powodu nawracających zapaleń pęcherza. U wszystkich dzieci rozpoznanie choroby nowotworowej na oddziale postawiono na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i badań obrazowych (USG i TK), potwierdzono je w ośrodkach specjalistycznych, do których przekazano chorych. U dzieci z guzami OUN (1, 3) zaawansowanie zmian nie pozwoliło na podjęcie skutecznej terapii i zastosowano jedynie postępowanie paliatywne, pozostałe dzieci były leczone chirurgicznie (4, 5) i chemioterapią (2).

Wnioski: Ze względu na możliwy nietypowy i skryty przebieg choroby nowotworowej, należy zachować szczególną czujność onkologiczną w przypadku przewlekłych i nawracających objawów oraz stanów chorobowych u dzieci. Podstawowa diagnostyka obrazowa (USG i TK) powinna być dostępna na poziomie oddziału pediatrycznego szpitala powiatowego.



Ostre martwicze zapalenie trzustki w trakcie leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej. Analiza przypadku

Anna Płotka¹, Agnieszka Wziątek², Jacek Wachowiak², Katarzyna Derwich²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatrycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatrycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki (OZT) u dzieci leczonych z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) jest najczęściej skutkiem ubocznym stosowanych leków (L-asparaginaza, pegaspargaza, steroidy) i ma zwykle przebieg łagodny. Ciężkie OZT występuje sporadycznie, ale wiąże się z wysokim ryzykiem śmiertelności. W pracy przedstawiamy opis pacjenta z martwiczym OZT w trakcie leczenia ALL.

Opis przypadku: 13-letni chłopiec z rozpoznaniem ALL B-common został przyjęty w trybie ostrożyrowym do Kliniki Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatrycznej z powodu wymiotów, bólu brzucha i osłabienia. Pacjent był w trakcie realizacji Protokołu II (21 doba) wg ALL IC BFM 2009 dla grupy pośredniego ryzyka (IR). W badaniu przedmiotowym: brzuch miękki, bolesny, lekko wzdęty. W badaniach laboratoryjnych: wzrost stężenia lipazy, obniżone całkowite stężenie białka w surowicy, zaburzenia koagulologiczne. Na podstawie badań obrazowych (USG i TK jamy brzusznej) rozpoznano martwicze zapalenie trzustki. Podczas hospitalizacji chłopiec zgłaszał silne bóle brzucha promieniujące do pleców oraz bóle opasujące w rzucie trzustki. U pacjenta zaobserwowano objaw Cullena i objaw Greya Turnera. Z uwagi na brak wskazań do interwencji chirurgicznej pacjent wymagał intensywnego leczenia objawowego.

Zastosowano: antybiotykoterapię (meropenem), dożylną nawadnianie, żywienie pozajelitowe, sandostatynę (oktreotyd), drenaż jamy brzusznej i jam opłucnowych, insulinoterapię, leki przeciwbólowe (morfina, paracetamol, tramadol). Stan pacjenta ulegał stopniowej poprawie. W kontrolnych badaniach obrazowych uwidoczniło tworzącą się torbiel trzustki oraz zbiorniki płynu w jamie brzusznej, które ulegały stopniowej resorpcji i nie wymagały interwencji chirurgicznej. Wobec ustąpienia objawów klinicznych i laboratoryjnych stanu zapalnego trzustki oraz ze względu na stabilny stan pacjenta, kontynuowano leczenie ALL z pominięciem drugiej fazy Protokołu II (serie cytarabiny i cyklofosfamid). Chłopiec rozpoczął leczenie podtrzymujące (6-merkaptopuryna, metotreksat) w pełnej dawce bez powikłań.

Wnioski: Ryzyko wystąpienia OZT w czasie leczenia ALL jest wysokie. Stosowane leki (L-asparaginaza, pegaspargaza, steroidy) zwiększają przeżywalność, jednak mogą wywoływać ciężkie OZT, będące powikłaniem zagrażającym życiu oraz przyczyniającym się do długotrwałych przerw w chemioterapii. Szybkie wdrożenie intensywnego leczenia i kompleksowa opieka mogą uratować pacjenta mimo złej prognozy.

Brak konfliktu interesów

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Histiocytoza komórek Langerhansa – doświadczenia ośrodka gdańskiego z ostatnich 24 lat

Aleksandra Miękus¹, Michalina Jezierska¹, Joanna Stefanowicz¹, Anna Balcerska¹, Elżbieta Adamkiewicz-Drożyńska¹,
Ewa Iżycka-Świeszewska²

¹Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

²Zakład Patomorfologii, Szpital Copernicus, Gdańsk

Histiocytoza komórek Langerhansa (LCH) to rzadka choroba o nieznanym etiologii, charakteryzująca się klonalnym rozrostem tych komórek. Szczyt zapadalności przypada na 3 r.ż., jednak LCH może wystąpić w każdym wieku oraz w każdym narządzie. Z tego powodu obserwuje się znaczną różnorodność objawów choroby, co zwykle opóźnia postawienie prawidłowego rozpoznania. W przedstawionej pracy prezentujemy 35 pacjentów w wieku od 1 m.ż. do 25 r.ż. z rozpoznaniem LCH leczonych w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Gdańsku w latach 1992–2016. W analizowanej grupie stwierdzono nieznaczną przewagę płci męskiej (M19 : K16). Wśród opisywanych pacjentów dominuje wielogniskowa postać choroby. Zgodnie z klasyfikacją Histiocyte Society Evaluation and Treatment Guidelines

z kwietnia 2009 r. najwięcej pacjentów zakwalifikowano do grupy MS-LCH *without involvement of „risk organs”* (11/35), następnie SS-LCH *with MBF* (6/35) i SS-LCH (6/35), MS-LCH *with involvement of „risk organs”* (5/35). Najrzadziej występujące postaci to SS-LCH *with „CNS risk” lesions* (4/35) oraz SS-LCH *with „special site” lesions* (3/35). Choroba najczęściej dotyczyła kości, skóry, węzłów chłonnych. Większość ognisk kostnych naciekała otaczającą tkankę podskórną. Leczenie systemowe zastosowano u większości chorych. U 40% pacjentów wystąpiła wznova choroby zasadniczej. Wszyscy chorzy osiągnęli długoletnie przeżycie.

LCH jest chorobą o dobrym rokowaniu nawet w postaciach rozsianych z dysfunkcją narządów, jednak w jej przebiegu obserwuje się częste i liczne wznovy.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Lito-pseudobrodawkowaty guz trzustki o bezobjawowym przebiegu u 10-letniej dziewczynki

Tomasz Jarmoliński¹, Joanna Szczepanik-Boroń², Remigiusz Rzepka², Jan Godziński³, Dorota Sokalla⁴

¹Oddział Dziecięcy, Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o., Międzyrzecz

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o., Międzyrzecz

³Oddział Chirurgii Dziecięcej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny, Wrocław

⁴Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Guzy trzustki stanowią mniej niż 1% nowotworów wieku dziecięcego. Podobnie jak u dorosłych ich przebieg może być skryty i skąpoobjawowy, natomiast rokowanie jest lepsze, gdyż u dzieci rak trzustki występuje niezwykle rzadko. Przedstawiono historię 10-letniej chorej z przypadkowo wykrytym lito-pseudobrodawkowatym guzem trzustki (*solid pseudopapillary tumor* – SPT). Dziewczynka została skierowana na badanie USG z powodu nawracających zapaleń pęcherza moczowego. Podczas badania wykazano w rzucie głowy trzustki okrągły obszar o średnicy ok. 5 cm, o nieco niższej, niż cały narząd, niejednorodnej echogeniczności, skąpo unaczyniony w badaniu dopplerowskim (1). Chorą w trybie pilnym przyjęto na oddział pediatrii. W badaniu przedmiotowym stwierdzono asteniczną budowę ciała. W badaniach laboratoryjnych nie wykazano nieprawidłowości. W tomografii komputerowej zobrazowano w głowie trzustki hipodensyjny twór guzowaty o wymiarach 41 x 37 mm i gęstości optycznej ok. 40 jH, przylegający do części odźwiernikowej żołądka i modelujący dwunastnicę. Po podaniu kontrastu zmiana uległa wzmocnieniu do gęstości 70 jH (2,3). Pacjentkę przekazano do kliniki onkologicznej, skąd po uzupełnieniu diagnostyki trafiła na oddział chirurgii dziecięcej. W materiale pobranym podczas operacyjnej biopsji rozpoznano SPT (guz Frantz, Grubera-

-Frantz, Hamoudiego). Wykonano pankreatoduodenektomię metodą Longmire-Traverso. W okresie pooperacyjnym stwierdzano hiperglikemię, w ciągu dwóch lat po zabiegu nie obserwowano powikłań, przerzutów ani wznowy.

Od czasu pierwszej publikacji amerykańskiej patolożki Virginii Frantz w 1959 r. opisano na świecie ok. 900 chorych z tym rodzajem nowotworu, głównie młodych kobiet w wieku 18–35 lat. Pacjenci pediatryczni stanowili tylko 13%, a 4 opisy dzieci pochodzą z Polski (*Nachulewicz P. i wsp.: Medicine 2015; 94; e1165; Słowik-Moczyłowska Ż. i wsp.: J.Med.Case.Rep 2015; 9; 268; Piechota-Mikula i wsp.: Ann. Acad. Med. Siles. 2016; 70: 118–121*). Guz ten rośnie skąpoobjawowo, a w późnym stadium może dawać przerzuty do okolicznych narządów oraz węzłów chłonnych i dlatego podstawowe znaczenie rokownicze ma wczesne rozpoznanie. Leczenie operacyjne w przypadkach bez przerzutów daje niemal 100% szans na wyleczenie.

Wnioski: W obrazowaniu różnych schorzeń narządów jamy brzusznej u dzieci należy zwrócić uwagę na bezobjawowe guzy trzustki. Ze względu na ich bardzo rzadkie występowanie zaawansowana diagnostyka i leczenie powinny się odbywać wyłącznie w wyspecjalizowanych ośrodkach.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Tuberculosis in children and adolescents in the Grodno region (2010–2016 years)

Alena Aleksa

Grodno State Medical University, Grodno

Primary tuberculosis develops in patients not previously exposed to *Mycobacterium tuberculosis*. It is most common in infants and children. The tuberculosis (TB) incidence among children and adolescent population is low in Belarus.

The purpose of work: To assess the situation with tuberculosis incidence among children and adolescent population in the Grodno region for the period 2000–2016.

Results: Generally, the situation with tuberculosis incidence of children and adolescents is positive in Belarus during 2010–2016 years. During 2010–2016 years a decrease of TB incidence rate in the children population age 0–17 years from 3.8 to 1.9 per 100 000 of persons is seen. TB incidence rate in children population is (0–14 years) has decreased from 2 (2010) to 0.8 (2016) per 100 000 of persons. A similar indicator among teenagers (15–17 years) is 10 (2010) and 8 (2016), respectively. Common number of new cases TB in population 0–17 years in Belarus was 35 persons (31 – pulmonary TB, 3 – TB of bones, 1 – TB of kidney).

During 2010–2016 years absolute numbers of TB cases in children and adolescents population in the Grodno region were 4-2-3-6-2-5-3, respectively. TB incidence

rate was 0.6 per 100 000 children population from 2013 year (no more than 1 child annually). It should be noted that 96.2% of children in the Grodno region are vaccinated in 2016. Greater variability of TB incidence is characteristic between teenagers: 7.0 per 100 000 population in 2010 (3 cases); 5.4 (2 cases) in 2012; 5.8 per 100 000 population in 2013 (2 cases); 14.8 (5 cases) in 2014; 12.6 (4 cases) in 2015 and 3.1 (1 case) in 2016. Only 3 TB cases (2 children and 1 teenager) were registered in region in 2016. MDR-TB contact was established in 2 cases. Infiltrative pulmonary TB (MBT-positive) was in 2 cases. Primary TB complex (MBT-negative) – 1 child. All this children were vaccinated BCG.

Conclusion. Since 2010, in Grodno region TB incidence rate in children and teenagers remains low – 0.6 and 3.1 per 100 000 population (2016), respectively. TB incidence among adolescents is significantly higher, which requires more attention of TB specialists in this age group. But, considering that most of the sick persons are from contact foci, it is need to pay more attention to children from tuberculosis foci, especially from socially maladjusted families.



Włośnica przyczyną bólów brzucha

Joanna Kulla, Irena Nowak, Anna Kleczka-Sowa

Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Endokrynologii i Diabetologii,
Regionalny Szpital Specjalistyczny, Grudziądz

Włośnica to ciężką chorobą pasożytnicza, spowodowana zarażeniem włośniem krętym (*Trichinella spiralis*). Do zachorowania dochodzi po zjedzeniu zarażonego mięsa. We krwi stwierdza się wysoką leukocytozę i eozynofilię. Objawy uzależnione są od stopnia inwazji i charakteryzują się m.in. wysoką gorączką, bolesnością mięśni, bólami brzucha, biegunką i charakterystycznym dla ludzi obrzękiem twarzy. Możliwe są ciężkie powikłania: zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie płuc, mózgu, a nawet zgon.

Pacjent 16-letni został skierowany do szpitala z powodu bólów brzucha i luźnych stolców występujących od około 2 lat z nasileniem od 4 dni. Przy przyjęciu stan ogólny chłopca był dobry, w badaniu przedmiotowym poza trądzikiem młodzieńczym, tkliwością w nadbrzuszu nie stwierdzano istotnych nieprawidłowości. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono hiperleukocytozę rzędu 34 000/uł, eozynofilię 41,5%, podwyższoną aktywność aminotransferaz i poziomowi fibrynogenu. Markery WZW typu A, B i C były ujemne, stężenie przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej było prawidłowe, panel

pokarmowy sIgE był ujemny. Stwierdzono prawidłowy poziom alfafetoproteiny, alfa-1-antytrypsyny, ceruloplazminy i wydalania miedzi w DZM. W badaniu kału nie stwierdzono obecności antygenów *Rotavirus*, *Adenovirus*, *Norowirus*, *Campylobacter jejuni*, ani szczepów *Salmonella* i *Shigella*. Wykluczono infestację pasożytami przewodu pokarmowego i toksocarozę. Obraz narządów mięsnych jamy brzusznej w badaniu USG był sonograficznie w normie, prawidłowy obraz płuc i sylwetki serca w RTG klatki piersiowej i dna oczu w badaniu okulistycznym.

Od matki chłopca w trakcie pobytu w szpitalu uzyskano informację o spożywaniu mięsa badanego we własnym zakresie. Pobrano materiał na badanie w kierunku włośnicy. Wyniki badania w kierunku zakażenia *Trichinella spiralis* IgG metodą ELISA były dodatnie, potwierdzone metodą Western-blot. Chłopca objęto opieką Poradni Chorób Zakaźnych.

W prezentacji zwracamy uwagę na konieczność uwzględnienia włośnicy w diagnostyce bólów brzucha.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Choroba kociego pazura jako przyczyna powiększenia węzłów chłonnych – opis przypadku

Joanna Węgrzynek, Natalia Krysiak, Dorota Kardas-Sobantka, Henryka Arndt, Marta Kłos, Aleksandra Mazepus, Magdalena Bajer-Szydłowska, Agata Lange, Anna Szczepaniak-Kubat

Oddział Dziecięcy, Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Pabianice

Wstęp: Powiększenie węzłów chłonnych jest w pediatrii często obserwowanym objawem o zróżnicowanej etiologii – od łagodnie przebiegającej infekcji wirusowej po chorobę rozrostową. Choroba kociego pazura (CSD) to rzadka zoonoza bakteryjna wywołana najczęściej przez bakterie *Bartonella henselae*, których rezerwuarem mogą być młode koty. Zakażenie ma zwykle ostry i łagodny przebieg. Początkowo w miejscu zadrapania pojawia się zmiana pierwotna (grudka zapalna). Następnie, nawet po kilku tygodniach, ulegają powiększeniu okoliczne węzły chłonne i dołączają się objawy ogólne: gorączka, osłabienie, brak apetytu. Rzadko dochodzi do powikłań, np. ropienia zajętych węzłów chłonnych, zespołu oczno-gruczołowego, zapalenia mózgu, wsierdza, wątroby, kości i szpiku.

Opis przypadku: Chłopiec 5-letni został przyjęty do szpitala z powodu utrzymującej się od 3 dni gorączki, której towarzyszyło pogorszenie samopoczucia, obniżone łaknienie, ból brzucha oraz trwające od doby wymioty; dodatkowym problemem były zaparcia. Badaniem przedmiotowym stwierdzono powiększony i bolesny węzeł chłonny pachowy lewy o średnicy ok. 4 cm, liniowy ślad po zadrapaniu na lewej ręce oraz tkliwy brzuch przy palpacji. Wyniki badań laboratoryjnych wykazały leukocytozę (22 tys./ μ l) oraz wzrost CRP (88,2 mg/l). Badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej

oraz obwodowych węzłów chłonnych) uwiaryściły powiększone węzły chłonne w dole pachowym lewym, lewej okolicy podobojczykowej, a także szyjne i pojedyncze kręzłowe. Z uwagi na niejednoznaczny obraz kliniczny pogłębiono diagnostykę m.in. w kierunku toksoplazmozy, zakażeń wirusowych (EBV, CMV) oraz posiewy kału i moczu, których wyniki były ujemne.

W trakcie hospitalizacji uzyskano dodatkową informację, iż tydzień wcześniej chłopiec został zadrapany przez kota. Wysłano podejrzenie CSD, które potwierdzono na podstawie obecności przeciwciał w klasie IgG i IgM przeciwko *Bartonella henselae*. W wyniku zastosowanego leczenia azytromycyną uzyskano poprawę kliniczną – ustąpienie gorączki, zmniejszenie węzłów chłonnych. Równoczesna terapia dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (m.in. nawadnianie parenteralne, makrogole) spowodowała ustąpienie wymiotów i normalizację wypróżnień.

Wnioski

1. W diagnostyce przyczyn powiększenia węzłów chłonnych należy uwzględnić zakażenie *Bartonella henselae*.
2. Do wysunięcia podejrzenia choroby kociego pazura istotne znaczenie ma wywiad lekarski, uwzględniający fakt zadrapania przez kota.



Zakażenie HIV u 16-letniego chłopca

Hanna Marciniak¹, Tomasz Jarmoliński¹, Paweł Szostak¹, Ewa Zeńczak², Monika Haberko²,
Joanna Łasecka-Zadrożna³, Józef Rudnicki³

¹Oddział Dziecięcy, Szpital Międzyrzecki Spółka z o.o., Międzyrzecz

²Oddział Dziecięcy, SPWSZ, Szczecin

³Oddział Dziecięcy Obserwacyjno-Zakaźny, SPWSZ, Szczecin

Zakażenie HIV u dzieci rozpoznaje się rzadko, w Polsce u 1% chorych. Najczęstsza droga zakażenia to infekcja wertykalna od matki, starsze dzieci natomiast mogą zarażać się podobnie jak dorośli. Przedstawiono przypadek 16-letniego chłopca bez typowego wywiadu, u którego rozpoznanie postawiono w szpitalu powiatowym. Chory został przyjęty z powodu 5-dniowej gorączki z towarzyszącymi bólem gardła, kaszlem oraz bólami mięśniowo-stawowymi. Od kilku miesięcy miał objawy depresji. Przy przyjęciu był w stanie średnim, osłabiony, splątany, w badaniu przedmiotowym stwierdzono opryszczkę warogową, powiększone węzły chłonne szyi, suche śluzówki jamy ustnej oraz żywoczerwone gardło. W badaniach dodatkowych wykazano leuko- i trombocytopenię przy prawidłowym CRP, podwyższoną aktywność aminotransferaz oraz powiększoną śledzionę i pojedyncze węzły chłonne w przestrzeni zaotrzewnowej w USG brzucha. W drugiej dobie pobytu na skórze pojawiła się różowa, zlewna, swędząca wysypka przy septycznej gorączce. Podejrzewając zakażenie wirusem z rodzaju *Herpes* o ciężkim przebiegu, do leczenia włączono acyklowir oraz cefotaksym, odstawiono lek przeciwdepresyjny, mogący powodować deplecję szpiku i reakcje skórne. Serologicznie potwierdzono aktywne zakażenie HSV. Uzyskano poprawę i wypisano pacjenta do domu, jednak

po 20 dniach został przyjęty ponownie z podejrzeniem mononukleozy zakaźnej: gorączkujący, z limfadenopatią, objawami anginy i plamisto-grudkową wysypką na skórze tułowia. Po wykluczeniu ostrego zakażenia EBV podjęto ponownie leczenie przeciwbakteryjne, które okazało się nieskuteczne. Utrzymywała się gorączka i złe samopoczucie z bólami w klatce piersiowej, a w badaniach dodatkowych – małopłytkowość oraz zwiększenie odsetka młodych form neutrofilii w rozmazie krwi. W USG jamy brzusznej uwidoczniło się powiększającą się śledzionę. Podejrzewając chorobę rozrostową chorego przekazano do kliniki onkologicznej, jednocześnie uzyskano dodatni wynik badania serologicznego w kierunku HIV. W punkcji szpiku stwierdzono wysoki odsetek atypowych komórek CD3+/CD8+. Pacjenta przeniesiono na oddział zakaźny, gdzie badaniem Western-blot potwierdzono zakażenie wirusem HIV typu 1. Objawy ostrej wiremii ustąpiły po włączeniu skojarzonego leczenia antyretrowirusowego. Długotrwałe rozmowy z psychologiem ujawniły ryzykowne zachowania mogące być przyczyną AIDS.

Wniosek: Zakażenie HIV należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej nietypowych infekcji o nawrotowym lub przewlekającym się przebiegu u dzieci.



Odra – potrzeba gotowości do rozpoznania i diagnozowania

Aneta Popiel¹, Leszek Szenborn²

¹Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Klinika i Katedra Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Od 20 lat WHO przedstawia kolejne daty wieńczące światowy program eliminacji odry, którego celem jest obniżenie zapadalności do poniżej 0,1 przypadku na 100 tys. Ostatni niedotrzymany termin upłynął w roku 2015. Pomimo podejmowanych działań od 2010 r. obserwuje się wyraźny wzrost zachorowań, zwłaszcza w krajach europejskich. Najwięcej zachorowań (2013–2014) odnotowano w Niemczech (2580), Francji (368) i Austrii (315). Również w Polsce zapadalność na odrę przekracza docelowy wskaźnik. W latach 2011–2016 odnotowano odpowiednio 38, 60, 84, 110, 48 i 132 przypadków oraz zapadalność 0,1/0,16/0,22/0,29/0,12/0,34.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie przypadku 7-miesięcznego chłopca, który trafił do kliniki z powodu gorączki, kataru, kaszlu i wysypki. Pacjent do tej pory bez istotnej przeszłości chorobowej, szczepiony według PSO, uczęszcza do żłobka. Dwa tygodnie wcześniej dziecko przebywało w Niemczech (Monachium). Objawy choroby pojawiły się w 10 dniu po powrocie do Polski (katar, kaszel, gorączka do 39°C, zapalenie spojówek oraz wysypka obecna na głowie i tułowiu). W czwartym dniu objawów pacjent zgłosił się do Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych. Przy przyjęciu nadal gorączko-

wał, uwagę zwracały: żywoczerwona plamisto-grudkowa osutka obecna na głowie (także skórze owłosionej), tułowiu, pojedyncze zmiany na kończynach dolnych, na błonach śluzowych jamy ustnej zmiany mogące odpowiadać plamkom Koplika. Matka dziecka była w przeszłości szczepiona przeciwko odrze, nie chorowała. Ze względu na podejrzenie odry przeprowadzono badania wirusologiczne i serologiczne, które potwierdziły zakażenie wirusem odry. W kolejnych dniach obserwowano charakterystyczną dla odry ewolucję wykwitów i ustąpienie gorączki. Nie obserwowano wczesnych powikłań choroby ani wtórnych zachorowań w otoczeniu dziecka.

Wnioski: Polscy lekarze powinni pozostawać w gotowości do rozpoznania odry, pomimo niezłej sytuacji epidemiologicznej. Istnieje podwyższone ryzyko przyniesienia odry z krajów, w których zakażenia występują endemicznie i epidemicznie. W epoce szczepień przeciwko odrze niemowlęta należą do grupy ryzyka zachorowania na tę chorobę, ze względu na gorszą jakość przekazanej przez matki odporności (najczęściej poszczepienna). Łagodny przebieg choroby oraz brak wtórnych zachorowań mógł być spowodowany częściową kontrolą zakażenia przez przekazane biernie przeciwciała.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



TIBOLA – rzadko rozpoznawana w Polsce odkleszczowa choroba wywołana przez riketsje

Zofia Szymańska-Toczek¹, Katarzyna Toczek-Kubicka¹, Tomasz Chmielewski², Leszek Szenborn¹

¹Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

²Samodzielna Pracownia Riketsji, Chłamydii i Krętków Odzwierzęcych, Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa)

Kleszcze przenoszą na ludzi liczne choroby. W Polsce należą do nich najczęściej borelioza i odkleszczowe zapalenie mózgu. Bardzo rzadko rozpoznawane są choroby wywoływane przez inne drobnoustroje, w tym riketsje. W pracy przedstawiono sześcioro dzieci z odkleszczowym zapaleniem skóry i węzłów chłonnych szyjnych, które zgłosiły się do Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych we Wrocławiu w jednym sezonie epidemicznym (2016).

U trojga – na podstawie wywiadu i typowych objawów klinicznych – rozpoznano zespół skórno-węzłowy związany z ukłuciem przez kleszcza (*Tick-borne lymphadenopathy* – TIBOLA). Zakażenie *R. rickettsii* potwierdzono badaniami serologicznymi. U jednego dziecka, pomi-

mo typowego wywiadu i obrazu klinicznego, nie uzyskano potwierdzenia, co autorzy wiążą z wczesnym rozpoznaniem choroby (8 dzień od ukąszenia przez kleszcza) oraz wdrożeniem skutecznego leczenia doksycykliną. U dwojga pacjentów zespół skórno-węzłowy wywołany był przez bakterie pospolite.

Wniosek: W sezonie aktywności kleszczy, niezależnie od wywiadu wskazującego na kontakt z kleszczem, pacjenci zgłaszający się z zespołami skórno-węzłowymi, zwłaszcza ze zmianą skórną zlokalizowaną na owłosionej skórze głowy, powinni być diagnozowani w kierunku zakażeń riketsjowych i leczeni skutecznymi w tych zakażeniach antybiotykami.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Zakażenia rotawirusowe jako przyczyna hospitalizacji na oddziale pediatrycznym

Marta Kłos, Dorota Kardas-Sobantka, Martyna Masternak, Joanna Węgrzynek, Natalia Krysiak, Magdalena Bajer-Szydłowska, Aleksandra Mazepus, Agata Lange, Henryka Arndt, Anna Szczepaniak-Kubat

Oddział Dziecięcy, Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o. o., Pabianice

Wstęp: Zakażenie rotawirusowe stanowi częstą przyczynę hospitalizacji na oddziałach pediatrycznych. Drogi transmisji, zarówno pokarmowa, jak i kropelkowa, sprzyjają szerzeniu się choroby wśród pacjentów hospitalizowanych z innych powodów. Objawy kliniczne to zwykle gorączka, wymioty, a następnie wodnista biegunka, które mogą prowadzić do odwodnienia. Choroba może mieć ciężki przebieg, szczególnie w najmłodszej grupie wiekowej (0–36 miesięcy). Skuteczną metodą zapobiegania są dostępne w Polsce i zalecane (ale nie obowiązkowe) szczepienia ochronne.

Cel pracy: Celem pracy była ocena obrazu klinicznego zakażeń rotawirusowych u dzieci wymagających hospitalizacji.

Materiał i metody: Badaniem objęto 1085 pacjentów leczonych na Oddziale Dziecięcym PCM w Pabianicach w okresie od 1 kwietnia 2016 do 31 marca 2017 roku. Z tej grupy wyodrębniono 294 dzieci z rozpoznaniem nieżytu żołądkowo-jelitowego (A02, A04, A08, A09) o różnej etiologii. Szczegółowo przeanalizowano historie chorób dzieci z potwierdzoną etiologią rotawirusową.

Wyniki: Zakażenia rotawirusami potwierdzono w 71 przypadkach, co stanowiło 6,5% wszystkich hospitalizowanych, w tym 24,1% z powodu biegunki. Kolejnymi czynnikami etiologicznymi były adenowirusy (31 przy-

padków), *Salmonella spp.* (19 przypadków) i norowirusy (8 przypadków).

W dużym odsetku do zachorowania doszło poza szpitalem (76%). Mimo przestrzegania reżimu sanitarnego, 16 pacjentów (24%) uległo zakażeniu na oddziale podczas leczenia z powodu innych chorób; spowodowało to wydłużenie czasu ich hospitalizacji o 2–6 dni. Choroba w większości (80%) dotyczyła dzieci najmłodszych, w wieku poniżej 3 r.ż.

W grupie pacjentów, u których doszło do zakażenia rotawirusami, tylko 10 (14%) otrzymało szczepienie (9 Rotarix; 1 Rotateq), z czego połowa niepełne (jedna dawka). Z obserwacji klinicznej wynika, że przebieg choroby był u tych dzieci łagodniejszy.

Zaobserwowano, że w okresie analizowanych 12 miesięcy najwięcej hospitalizacji z powodu zakażenia rotawirusami było w marcu i lutym 2017 (odpowiednio: 34 i 14) oraz maju 2016 (11); w pozostałych miesiącach pojedyncze przypadki. Często infekcja obejmowała kilku członków rodziny – rodzeństwo i/lub opiekunów.

Wnioski:

1. Potwierdzono wysoki udział zakażeń rotawirusowych u dzieci hospitalizowanych z powodu biegunki oraz istotny udział w etiologii zakażeń szpitalnych.
2. Niski odsetek dzieci zaszczepionych może mieć wpływ na transmisję zakażenia.



Prawdopodobne przyczyny pokrzywki ostrej u dzieci hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w latach 2005–2008

Eleonora Dyńska¹, Helena Rotsztejn², Bartosz Pawlikowski¹, Anna Socha-Banasia¹, Elżbieta Czkwianianc¹

¹Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

²Zakład Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Katedra Kosmetologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Pokrzywka jest niejednorodnym zespołem chorobowym, w którym podstawowym wykwitem jest bąbel pokrzywkowy, szybko pojawiający się i ustępujący bez pozostawienia śladu. Zmianom towarzyszy świąd o różnym nasileniu. Biorąc pod uwagę czas trwania i przebieg choroby dzieli się pokrzywkę na ostrą, trwającą do 6 tygodni, pokrzywkę ostrą nawrotową do 4–6 tygodni, ale po okresie remisji zmiany nawracają, oraz przewlekłą, utrzymującą się ponad 6 tygodni.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza przyczyn pokrzywki ostrej u dzieci.

Metodyka: W niniejszej pracy poddano analizie przyczyny pokrzywki ostrej u 53 dzieci w wieku od 2 do 17 lat (47% dziewczynek, 53% chłopców), hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii ICZMP w Łodzi w latach 2005–2008.

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz szczegółowej diagnostyki prawdopodobną przyczynę pokrzywki ostrej udało się ustalić u 92,5% chorych, przy czym u 71,7% (38 dzieci) pokrzywka ostra związana była z infekcjami (w tym zakażenie *Mycoplasma pn.*: 17%

– 9 dzieci, *Chlamydia pn.*: 13% – 7 dzieci, parwowirusy: 11% – 6 dzieci, adenowirusy: 9,5% – 5 dzieci, nadkażenie wirusem Ebstein-Barra: 9,5% – 5 dzieci, *Streptococcus sp.*: 15% – 8 dzieci). U 26,5% chorych (14 dzieci) stwierdzono alergię na alergeny powietrzno-pochodne, u 11,3% (6 dzieci) alergię pokarmową oraz u 3,8% (2 dzieci) na jady owadów (osa, szerszeń), u 17% chorych (9 dzieci) rozpoznano alergię na stosowane leki. Natomiast u 7,5% na 53 pacjentów (4 dzieci) dodatni był test serologiczny w kierunku *Ascaris sp.* W przypadku 34% (n = 18) chorych stwierdzono więcej niż jedną prawdopodobną przyczynę pokrzywki. W ramach przeprowadzonej diagnostyki u 7,5% (4 przebadanych dzieci) nie udało się ustalić możliwych czynników sprawczych schorzenia.

Wnioski: Częstą przyczyną pokrzywki u dzieci są infekcje, zwłaszcza bakteryjne i wirusowe. Niekiedy nie udaje się ustalić przyczyny schorzenia.

Konflikt interesów: brak



Grypa u noworodków w sezonie 2015/2016 – obserwacje własne

Edyta Zawłocka^{1,2}, Małgorzata Czajkowska², Katarzyna Cieślak³, Ewelina Hallmann-Szeleńska³, Karol Szymański³, Dorota Kowalczyk³, Lidia B. Brydak³, Teresa Jackowska^{1,2}

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

²Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie

³Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH)

Słowa kluczowe: noworodki, grypa, powikłania grypy

Wstęp: Grypa jest chorobą zakaźną, przenoszoną drogą kropelkową, występującą w każdej grupie wiekowej. Najcięższy przebieg obserwuje się u noworodków i niemowląt, u dorosłych > 65 r.ż., a także wśród pacjentów obciążonych chorobami przewlekłymi.

Cel pracy: Celem pracy była analiza objawów klinicznych, przebiegu i powikłań grypy u noworodków hospitalizowanych w Klinicznym Oddziale Pediatrycznym Szpitala Bielańskiego (KOP) oraz sytuacji epidemiologicznej domowników z uwzględnieniem szczepień ochronnych, ocena skuteczności szybkich testów w kierunku grypy u noworodków.

Materiał i metody: W KOP w sezonie infekcyjnym 2015/2016 grypę rozpoznano u 9 noworodków (5 dziewczynek i 4 chłopców), co stanowiło 5,5% (9/163) wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu grypy. Rozpoznanie stawiano na podstawie dodatniego wyniku szybkiego testu w kierunku wirusa grypy (*Rapid Influenza Diagnostic Test* – RIDT) i/lub badania metodą biologii molekularnej (*Real-Time Polymerase Chain Reaction* – qRT-PCR) wykonanego w Zakładzie Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Wyniki: Najczęstszą przyczyną zgłaszania się do KOP była gorączka (5/9 przypadków), a także objawy infekcji dróg oddechowych, jak katar, kaszel (5/9 przypadków),

zmiana zachowania (apatia, niepokój; 6/9 przypadków). U jednego dziecka wystąpił bezdech. Aż w 6 przypadkach obserwowano cechy infekcji wśród domowników. W żadnej rodzinie nie przeprowadzono szczepień ochronnych przed analizowanym sezonem infekcyjnym. U sześciu noworodków przy przyjęciu wysunięto podejrzenie infekcji uogólnionej. W przypadku pięciu noworodków wykonano RIDT, który w 100% był ujemny. U tych dzieci w celu weryfikacji rozpoznania, a także u pozostałych czterech wykonano qRT-PCR, uzyskując wynik dodatni. Wszystkim pacjentom włączono lek przeciwigrypowy – oseltamiwir. U sześciu pacjentów wystąpiły powikłania pogrypowe (zapalenie płuc, zapalenie jamy ustnej, wirusowe zapalenie OUN). W dwóch przypadkach rozpoznano koinfekcję wirusem RSV (*Respiratory Syncytial Virus*), a w trzech zakażenie układu moczowego. U ośmiu pacjentów zastosowano antybiotykoterapię. Średni czas hospitalizacji wynosił 10,7 dnia (8–15 dni).

Wnioski: Objawy grypy u noworodków nie są charakterystyczne, a przebieg choroby jest ciężki, często powikłany. Najmłodsi pacjenci najczęściej zarażają się od członków rodziny. Wśród naszych pacjentów żaden z domowników nie był zaszczepiony przeciwko grypie. Na podstawie naszych obserwacji wydaje się, że RIDT są mało przydatne w rozpoznawaniu grypy u noworodków.

Praca napisana w ramach grantu CMKP 501-1-20-19-17



Czy łatwo jest rozpoznać mononukleozę?

Monika Karlikowska-Skwarnik¹, Leszek Szenborn¹, Edyta Paradowska²

¹Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

²Pracownia Wirusologii Molekularnej i Chemii Biologicznej, Instytut Biologii Medycznej, Polska Akademia Nauk, Łódź

Wstęp: Mononukleozę zakaźną (MZ) jest częstą przyczyną konsultacji lekarskich w gabinetach pediatrycznych. Szacuje się, że do wieku młodzieńczego około 90% populacji przebyło zakażenie wirusem EBV, z czego 1/3 to objawowe postacie choroby. Rozpoznanie MZ, zwłaszcza z objawami wysiękowego zapalenia gardła, często nastręcza trudności i jest przyczyną opóźnienia diagnozy i nadużywania antybiotyków.

Cel pracy: Celem pracy było wyłonienie objawów klinicznych i wyników badań laboratoryjnych zwiększających prawdopodobieństwo rozpoznania mononukleozy zakaźnej u pacjentów z zapaleniem gardła.

Metodyka: Spośród pacjentów konsultowanych w Klinice Pediatrii i Chorób Infekcyjnych w roku 2014 wyłoniono grupę 43 chorych, u których potwierdzono zakażenie wirusem EBV poprzez detekcję materiału genetycznego wirusa metodą PCR; dodatkowo wykonano badania serologiczne. U dzieci dokonywano analizy stanu klinicznego (ocena w skali Centora, obecność hepatomegalii i splenomegalii), wykonano badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym, stężenie białka C-reaktywnego, aktywność aminotransferaz). Dokonano analizy użyteczności poszczególnych parametrów w aspekcie rozpoznania MZ.

Wyniki: Badani byli w wieku 3–17,5 roku. 27 dzieci uzyskało w skali Centora 2–3 punkty, natomiast 16 – 4–5

punktów. Hepatomegalię stwierdzono u 81% dzieci ocenianych na 4–5 punktów wg Centora i jedynie u 59% chorych, którzy uzyskali 2–3 punkty. Powiększenie śledziony stwierdzono u 62,5% pacjentów z najwyższą oceną wg Centora. U 87% chorych z wyższą punktacją wykazano obecność limfocytów atypowych, w grupie z pośrednim wynikiem – u 70%. Średnie stężenie CRP wynosiło 25,85 mg/l, w obu grupach u 75% chorych odnotowano wartości przekraczające normę. Obecność przeciwciał VCA IgM stwierdzono u wszystkich chorych, którzy uzyskali 5 punktów w skali Centora. Najwyższy odsetek dzieci z obecnością przeciwciał VCA IgG odnotowano w grupie ocenianej na 3 punkty w skali Centora. Zwiększoną aktywność aminotransferaz obserwowano u wszystkich chorych.

Wnioski: Należy zwrócić uwagę, że duża część pacjentów ocenianych wysoko według skali Centora cierpi na infekcję wirusową i nie wymaga stosowania antybiotyku. Warto zwrócić uwagę na występującą hepatomegalie i splenomegalie, obecność limfocytów atypowych w rozmazie krwi obwodowej i zwiększoną aktywność aminotransferaz. Zwiększone stężenie CRP nie jest parametrem wykluczającym zakażenie wirusem EBV. U chorych ocenianych na 4–5 punktów w skali Centora warto wykonywać oznaczenie przeciwciał VCA IgM.



Objawy neurologiczne jako wczesna manifestacja grypy u dzieci – obserwacje własne w sezonie 2015/2016

Edyta Zawłocka^{1,2}, Małgorzata Czajkowska², Katarzyna Cieślak³, Ewelina Hallmann-Szeleńska³,
Karol Szymański³, Dorota Kowalczyk³, Lidia B. Brydak³, Teresa Jackowska^{1,2}

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

²Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie

³Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZN)

Słowa kluczowe: drgawki, zapalenie mózgu, powikłania grypy

Wstęp: Objawy grypy mogą dotyczyć wszystkich narządów i układów, w tym również układu nerwowego, a pierwszą manifestacją choroby mogą być drgawki lub inne objawy neurologiczne.

Cel pracy: Celem pracy była analiza przebiegu choroby u pacjentów hospitalizowanych z powodu grypy w Klinicznym Oddziale Pediatrycznym (KOP) Szpitala Bielańskiego w Warszawie w sezonie epidemicznym 2015/2016, u których obserwowano objawy neurologiczne.

Metodyka: W sezonie 2015/2016 z powodu grypy hospitalizowano 163 pacjentów. U 16,6% (27/163 przypadki) obserwowano objawy neurologiczne (14 dziewczynek i 13 chłopców). Rozpoznanie stawiano na podstawie dodatniego wyniku szybkiego testu w kierunku wirusa grypy (*Rapid Influenza Diagnostic Test* – RIDT) i/lub badania metodą biologii molekularnej (*Real-Time Polymerase Chain Reaction* – qRT-PCR) wykonanego w Zakładzie Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Wyniki: Najczęściej występującym objawem były drgawki (63% przypadków), w tym u 14,8% wystąpiły drgawki złożone bez gorączki. U pozostałych pacjentów obserwowano: utratę przytomności (22,2% przypadków), zaburzenia świadomości (3,7%), spowolnienie mowy (3,7%), silne bóle głowy i wymioty (3,7%), zmianę za-

chowania (3,7% przypadków). Najmłodszy pacjent, u którego występowały objawy neurologiczne, miał 19 dni, zaś najstarszy 16 lat (średni wiek 4 lata 10 miesięcy). W 70,4% (19/27 przypadków) przypadków rozpoznano wirus grypy typu A, w 25,9% (7/27) grypy B, a w 3,7% przypadków (1/27) wirusy grypy typu A i B. U 29,6% pacjentów grypę rozpoznano na podstawie wyniku RIDT, zaś u 70,4% na podstawie qRT-PCR. U 40,7% pacjentów obserwowano powikłania grypy (zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, ostre zapalenia ucha środkowego i zapalenie jamy ustnej). U 11,1% dzieci obserwowano objawy zapalenia mózgu. W związku z ciężkim stanem klinicznym przy przyjęciu u 4/27 pacjentów (14,8% przypadków) wykonano TK ośrodkowego układu nerwowego w celu wykluczenia innych przyczyn występujących objawów. U 66,6% dzieci wykonano elektroencefalografię, w 44,4% zapis był nieprawidłowy. Wszyscy pacjenci otrzymali oseltamiwir. U sześciu pacjentów (22,2% przypadków) wdrożono antybiotykoterapię, dwoje dzieci (7,4% przypadków) było leczonych acyklowirem. Żadnego z pacjentów nie przekazano na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Długość hospitalizacji wynosiła od 3 do 13 dni.

Wnioski: Grypa może być chorobą o nietypowym przebiegu, której pierwszą manifestacją mogą być objawy neurologiczne.

Praca napisana w ramach grantu CMKP 501-1-20-19-17



Mathematical background role of endothelial dysfunction and atherosclerosis risk factors in the development of high normal arterial pressure in children

Mikalai Maksimovich

Grodno State Medical University, Grodno

Introduction: It is believed that the risk factors for atherosclerosis and reduced synthesis of nitric oxide in the endothelium lead to the development of arterial hypertension in adults. It is known that nitric oxide is one of the important endogenous vasodilators. The reason for reducing the synthesis of nitric oxide in the endothelium (or endothelial dysfunction – ED) in adults are such risk factors for atherosclerosis as smoking, hypodynamia, stress, atherogenic nutrition and others. The studies available for this problem in children are few and contradictory.

Purpose: to establish the role of risk factors for atherosclerosis and endothelial dysfunction in the development of high normal blood pressure in children with autonomic disorders using the methods of evidence-based medicine.

Methods: 504 children of both sexes for 10–16 years ($p > 0.05$) were examined (314 children with vegetative disorders and 190 healthy children). Manometry, rheographic test with reactive hyperemia (cuff test), questioning, statistical method were used.

Results: In patients with autonomic nervous system disorders and with high normal arterial pressure, a high level of risk factors was identified: high frequency of

smoking, hypodynamia, stress, atherogenic nutrition, weighed heredity at atherogenic pathology (arterial hypertension, heart and brain infarctions) and endothelial dysfunction. The low and medium level of risk factors in 190 healthy children did not lead to the formation of high normal blood pressure ($p < 0.001$) and endothelial dysfunction ($p < 0.001$).

Conclusions: The methods of evidence-based medicine have established that only in patients with high normal arterial pressure, a high level of risk factors increases the absolute risk of endothelial dysfunction up to 95% (with a low level of risk factors – 21%). The additional risk is 75%.

The presence of endothelial dysfunction in patients with vegetative disorders increases the absolute risk of developing a high normal blood pressure to 95% (an additional risk is 59%).

Risk factors and endothelial dysfunction lead to the formation of high normal blood pressure in children with autonomic nervous system disorders.

Potential competing interests are not present



Disturbances of a cardiac rhythm at newborns

Evgeniya Burak, Lyudmila Gurina

Establishment of education "Grodno State Medical University", Grodno

Introduction: In recent years the tendency to the increase of the number of newborns with disturbances of a cardiac rhythm has been noted. It is necessary to remember that disturbances of a cardiac rhythm in the neonatal period are often able to do a transitory character, a favorable course, don't demand treatment. Studying clinical forms of disturbances of a cardiac rhythm at newborns will allow to broaden the doctors' horizons about possible disturbances of a cardiac rhythm in the neonatal period.

Research objective – to give the clinical characteristic of disturbances of a cardiac rhythm at infants.

Materials and methods. The research included 34 newborns with disturbance of a cardiac rhythm.

Results and discussion. As the conducted research showed disturbances of a heart rhythm have been diagnosed at 34 newborns, without essential sex difference: boys made 51.5%, girls – 48.5%. Statistically significantly more often were disturbances of a cardiac rhythm at city dwellers in comparison with rural, 68.57% against 31.43%, respectively ($p < 0.05$). At an assessment of gestational age it was defined that practically all children were born in time and only 2 of them were prematurely born

(30 and 34 weeks) that made 5.8%. Disturbance of a heart rhythm became the manifestation of such pathological syndromes as extrasystole, paroxysmal tachycardia, sinus tachycardia, sinus bradycardia, atrioventricular heart block, sinoatrial block. At the same time more than half of the children (65.7%) had extrasystole, paroxysmal tachycardia – 14.3%, atrioventricular heart block – 11.43%, the manifestations at sinoatrial blocks and sinus tachycardia were equally distributed – 5.7%, the least at a sinus bradycardia – 2.85%.

The manifestations of a heart failure were observed at six newborns (17.64%), a heart failure of the first degree – 14.28%, a heart failure of the second degree – 2.85%. Other 28 children (82.35%) with disturbances of a cardiac rhythm had no circulatory deficiency.

Conclusion: Thus, in the neonatal period disturbances of a cardiac rhythm are most often diagnosed at the full-term newborns living in the city that is perhaps related to the influence of the negative factors of the city life on a fetus and in future on the child's organism are presented by extrasystole, in our research more than at a half of patients, as a rule, aren't accompanied by a heart failure.



Evaluation of systolic heart function in children with arterial hypertension

Mikalai Maksimovich¹, Alexander Luksha²

¹Grodno State Medical University, Grodno

²Ostrovets Central Regional Hospital, Ostrovets

Introduction: Arterial hypertension (AH) remains one of the most urgent problems of modern pediatrics. This is due mainly to its widespread prevalence, which reaches up to 20% in adolescents. It is believed that the origins of the formation of an elevated level of arterial pressure lie in childhood. Therefore, timely detection of echocardiographic signs of hypertension is of great clinical importance.

Purpose: To evaluate the systolic function of the heart in children with AH.

Materials: 80 boys, aged 7–17 years, were examined. The main group included boys with AH ($n = 37$), in the control group – healthy ($n = 43$). All patients underwent complete clinical, instrumental and laboratory examination. The systolic function of the heart was assessed using the echocardiographic method of the study.

Results: This study shows: the posterior wall of the left ventricle in healthy boys was 8.12 mm in diastole, 10.57 mm in systole, 9.21 mm ($p < 0.01$) and 10.94 mm

($p < 0.05$) in boys with AH, respectively, the left ventricle: the end-diastolic size was 41.67 mm (47.48 mm, $p < 0.01$), the end-systolic size was 28.02 mm (31.12 mm, $p < 0.05$), the shock volume in healthy subjects was 55.28 ml, in children with AH 69.06 ml ($p < 0.001$), the ejection fraction is 65.30% (65.25%, $p > 0.05$), the shortening fraction is 35.01 mm and 36.25 mm ($p > 0.05$).

Conclusions: Children with hypertension have evidence of left ventricular hypertrophy, which is an echocardiographic criterion for the development of hypertension. The shock volume in children with AH is significantly higher than in healthy children. Echocardiography with AH is a highly sensitive method of assessing the condition of the heart, which allows to identify early structural and functional changes in the myocardium and to study their dynamics during observation and treatment.

Potential competing interests are not present



Atherosclerosis risk factors and traditional parameter of autonomic disorders in screening diagnostics of dysfunction of endothelial in children

Mikalai Maksimovich

Grodno State Medical University, Grodno

Introduction: When examining childrens with autonomic disorders, it was established that endothelial dysfunction, found in most patients with high normal arterial pressure, leads to significant hemodynamic disturbances in their bodies that are close to those found in hypertension.

Purpose: Using the method of discriminant analysis the role of risk factors for atherosclerosis and traditional indicators used in the diagnosis of autonomic disorders in children for the detection of endothelial dysfunction.

Methods: 240 children of both sexes ($p > 0.05$) of 10–16 years with autonomic disorders were examined. Applied: manometry, rheography, cardiointervalography, test with reactive hyperemia (cuff test), questioning, and discriminant analysis.

Results: At the discriminant analysis 167 parameters of the all ill person with vegetative dysfunction ($n = 240$) the variant of the optimal combination of the minimal quantity (7) the markers of the endothelium dysfunction

(level of the risk factors of atherosclerosis, atherogenic hereditary, head pain, cardialgias, passive and active smoking, hypodynamia and obesity), can be carry out the through classification the investigation children at common percentage 93.8% ($p < 0.0001$, λ -Wilks = 0.24) for 2 groups: persons with endothelium dysfunction (1 group) and without endothelium dysfunction (2 group).

Conclusions: The percentage of the through classification at using this complex of the parameters is high as for ill persons with endothelium dysfunction (97.1%), as for ill persons without endothelium dysfunction (91.4%).

May be that wide introduction the approach in clinical practice can to allow without using instrumental investigation to found through children vegetative dysfunction the group of risk for early atherogenic damages of the vessels and development of the primary arterial hypertension.

Potential competing interests are not present

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, suppl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Czynniki związane z wydłużeniem odstępu QT u dzieci z fałszywymi ścięgnami lewej komory

Natalia Tomczyk, Serchej Lyalikow

Grodno State Medical University, Grodno

Wstęp: W ostatnich latach problem z wydłużeniem odstępu QT przyciąga uwagę badaczy jako prognostyk zagrożających życiu zaburzeń rytmu serca. Zarówno wrodzone, jak i nabyte formy wydłużenia QT mogą być przyczyną stanów patologicznych, które prowadzą do nagłego zgonu pacjentów.

Cel pracy: Celem pracy była ocena za pomocą analizy dyskryminacyjnej znaczenia wskaźników echokardiograficznych i ich związku z wydłużeniem odstępu QT u dzieci z fałszywymi ścięgnami lewej komory.

Materiały i metody: Przeprowadzono kompleksowy przegląd stanu zdrowia 159 dzieci w wieku od 0 do 17 lat: badanie kliniczne, anamneza, antropometria, EKG i echokardiografia. Żaden z badanych pacjentów nie był poddany leczeniu wpływającemu na czas trwania odstępu QT.

Wyniki: Zgodnie z wynikami analizy dyskryminacyjnej uzyskano oznaczenia najbardziej związane z wydłużeniem QT: skurczowa objętość lewej skrzepliny, frakcje wyrzutowe i skracające, objętość udaru, masa mięśnia sercowego, wskaźnik masy mięśnia sercowego (kryte-

rium Lambda Wilksa – 0,8832, $F = 3,1974$, $p < 0,006$). Analiza macierzy klasyfikacyjnej świadczy o tym, że niezależne oznaczenia zostały właściwie przypisane do wybranych grup. Część ogólnej liczby prawidłowo sklasyfikowanych przypadków w danym modelu wyniosła 80,26%, czułość – 80,42%, swoistość – 77,8%, znaczenie diagnostyczne z wynikiem pozytywnym – 80,42%, znaczenie diagnostyczne z wynikiem negatywnym – 77,78%. Wyniki analizy dyskryminacyjnej wskazują na to, że największe ryzyko wydłużenia QT w obecności izolowanych i połączonych fałszywych ścięgien lewej komory występuje u tych dzieci, u których obserwuje się spadek następujących parametrów hemodynamicznych: skurczowa objętość lewej skrzepliny, frakcje wyrzutowe i skracające, masa mięśnia sercowego oraz wzrost objętości udaru, wskaźnika masy mięśnia.

Wnioski: Wykonany model pozwala z wysoką dokładnością wykazać związek między wskaźnikami echokardiograficznymi a wydłużeniem odstępu QT u dzieci z fałszywymi ścięgnami lewej komory (czułość – 80,42%, swoistość – 77,78%).



Ostra niewydolność nerek w przebiegu leptospirozy

Katarzyna Dziedzic-Jankowska, Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska

Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, Warszawa

Leptospiroza to zakaźna choroba odzwierzęca, wywołana przez krętki z rodzaju *Leptospira*. Rezerwuarem krętków *Leptospira* są gryzonie (głównie szczury), dzikie zwierzęta, a także psy, koty, świny, konie, bydło domowe. Źródłem zakażenia jest woda, gleba, rośliny zanieczyszczone moczem zakażonych zwierząt. *Leptospira spp.* sprzyjają warunki wilgotne i ciepłe, dlatego bakterie bytują głównie w strefach klimatu tropikalnego, subtropikalnego i umiarkowanego. Obraz kliniczny leptospirozy może przebiegać od postaci łagodnej z objawami niespecyficznymi (grypopodobnymi) do ciężkiej, przebiegającej z ostrą niewydolnością wątroby, nerek, zaburzeniami świadomości, niedokrwistością, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Opisano przypadek chłopca z ostrą niewydolnością nerek w przebiegu leptospirozy. 17-letni chłopiec został przyjęty na Oddział Nefrologii Dziecięcej z powodu ostrej niewydolności nerek. Tydzień przed hospitalizacją chłopiec wrócił do Polski z 3-tygodniowego pobytu w Tajlandii. W wywiadzie: od 7 dni podwyższona temperatura do 39°C, od 3 dni wymioty. Podczas pobytu w Tajlandii głębokie uszkodzenie naskórka podczas urazu komunikacyjnego. Ponadto chłopiec zgłaszał dolegliwości bólo-

we mięśni, głowy, brzucha oraz ogólne osłabienie. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone wskaźniki stanu zapalnego: CRP 48,4 mg/dl (norma do 1 mg/dl), niedokrwistość (Hb 10,9 g/dl), małopłytkowość (PLT $82 \times 10^3/\mu\text{l}$), narastające parametry funkcji nerek (kreatynina 7,4 mg/dl, GFR 10,04 ml/min/1,73 m²) oraz próby wątrobowe (Alat 115 U/l GGT 225 U/l), w moczu białkomocz i krwinkomocz. Ze względu na ostry przebieg choroby oraz wywiad wskazujący na pobyt w krajach tropikalnych wysunięto podejrzenie choroby zakaźnej. Wykluczono malarię, chorobę Denga, zakażenie wirusem Zika, Hanta oraz Chikungunua. Badaniem serologicznym potwierdzono leptospirozę w ostrym okresie choroby (podwyższone miano IgM 70 U/ml, niskie miano IgG 8 U/ml). Serokonwersja po 3 tygodniach: IgM 41,8 U/ml, IgG 16,3 U/ml. Chłopiec podczas hospitalizacji wymagał leczenia nerkozastępczego (2 hemodializy), otrzymywał Ceftriakson przez 10 dni. Po zastosowanym leczeniu stan kliniczny uległ poprawie, parametry funkcji nerek, próby wątrobowe oraz obraz morfologii krwi uległy normalizacji. W stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Jak często w Polsce u dzieci w wieku szkolnym występują zaburzenia oddawania moczu? – badanie ankietowe

Anna Wyciszczok, Szymon Czajka, Andrzej Grabowski, Paweł Małek, Wojciech Korlacki

Katedra i Klinika Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii, Wydział Lekarski
z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Nietrzymanie moczu jest dolegliwością często występującą w populacji dzieci szkolnych. W wielu krajach prowadzone były badania epidemiologiczne oceniające częstość zaburzeń mikcji u dzieci w różnych grupach wiekowych. U dzieci powyżej 5 lat nietrzymanie moczu traktowane jest jako patologia, która zawsze powinna wzbudzić niepokój rodziców oraz lekarza. Zaburzenia tego typu dzieli się na 2 główne kategorie: moczenie dzienne oraz moczenie nocne. Dostępne prace dotyczące moczenia u dzieci nie dają możliwości oceny częstości występowania tego zjawiska w Polsce.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania zaburzeń oddawania moczu wraz z objawami i okolicznościami towarzyszącymi w populacji dzieci w wieku 7–10 lat w Polsce.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto rodziców 954 dzieci (491 dziewczynek i 463 chłopców) uczestniczących w zebraniach rodziców w 11 szkołach na terenie południowej Polski. Kwestionariusz opracowano na podstawie wytycznych ICCS (International Children's Continence Society). Badaną populację podzielono na grupy w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania (miasto/wieś), poziomu wykształcenia rodziców, obecności lub braku objawów towarzyszących oraz

typu zaburzenia mikcji. Uzyskane dane porównano statystycznie.

Wyniki: Zebrane dane wskazują na znaczące występowanie zaburzeń oddawania moczu wśród badanych dzieci. U 18% badanych występuje nieprawidłowa kontrola mikcji przynajmniej jeden raz w przeszłości, istotna różnica dotyczy częstości występowania zaburzenia w zależności od płci – 17,5% dziewczynek i 18,8% chłopców. Izolowane moczenie nocne występuje u 5,2% dzieci (4% dziewczynek i 6,5% chłopców). Izolowane moczenie dzienne zgłosili rodzice w przypadku 9,4% dziewczynek i 7,3% chłopców. W 16,7% problem powrócił po okresie dobrej kontroli oddawania moczu, jedynie 4,6% dzieci od urodzenia nie uzyskało prawidłowej kontroli mikcji. Wykazano, że w 86,7% przypadków zaburzeniom mikcji towarzyszyły występujące z różną częstością zaparcia.

Wnioski: Nieprawidłowa kontrola oddawania moczu jest częstym zaburzeniem w badanej populacji. Problem ten nie powinien być bagatelizowany, ponieważ nieleczony może powodować nie tylko narastanie objawów natury fizycznej, ale także upośledzać funkcjonowanie społeczne dziecka i mieć znaczący wpływ na pogorszenie się jego stanu psychicznego.



Krwistek pochwy jako rzadka przyczyna zatrzymania moczu u 14-letniej dziewczynki

Tomasz Jarmoliński¹, Hanna Marciniak¹, Jaromir Grochocki²

¹Oddział Dziecięcy, Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o., Międzyrzecz

²Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o., Międzyrzecz

Nagłe zatrzymanie moczu u dzieci zdarza się rzadko, częściej u dziewczynek. Przyczyną może być zakażenie układu moczowego, kamica, porażenie pęcherza pochodzenia neurogennego, uraz cewki moczowej, guz cewki lub pęcherza, torbiel ujścia moczowodu oraz ucisk cewki moczowej z zewnątrz przez krwaki lub guz. Bardzo rzadką przyczyną jest retencja krwi miesiączkowej w narządach rodnych (tzw. krwistek) u dziewczynek z zarośnięciem błony dziewiczej lub inną przeszkodą w pochwie. Wada taka występuje z częstością 1 : 2000. Przedstawiono 14-letnią chorą z zatrzymaniem moczu i krwistkiem pochwy hospitalizowaną w naszym ośrodku. Dziewczynka dotychczas nie chorująca z powodu nagłych silnych bólów w dole brzucha i „bezmoczu” zgłosiła się na oddział ratunkowy, skąd została odesłana bez badania na oddział dziecięcy. Z wywiadu wynikało, iż „bezmocz zupełny” trwał kilka godzin, a próby mikcji były nieefektywne, nasilały ból i powodowały popuszczanie stolca. Pacjentka miała cechy dojrzałości płciowej, nie miesiączkowała. Przy przyjęciu stan chorej określono jako dość ciężki, ze względu na objawy „wstrząsu bólowego” (błada, spocona, z tachykardią). W badaniu przedmiotowym na leżąco zaobserwowano duży „guz” w dole brzucha, brzuch był twardy, napięty, bolesny przy ucisku.

W badaniu palpacyjnym i opukiwaniem stwierdzono wypełniony pęcherz moczowy, co potwierdzono USG. Za pęcherzem uwidoczniono zbiornik z hiperechogenną treścią płynną o wymiarach 10 x 10 x 20 cm, nad którym znajdowała się prawidłowa macica (1,2). Miedniczki obu nerek były poszerzone, z widocznymi podmiędniczkowymi odcinkami moczowodów. Podczas cewnikowania w szparze sromu stwierdzono uwypukloną zarośniętą błonę dziewiczą. W kontrolnym badaniu USG zmniejszyły się cechy zastoju w górnym odcinku układu moczowego, nadal widoczna była wypełniona gęstą treścią pochwa. W badaniach dodatkowych stwierdzono leukocyturię. Dziewczynkę przekazano na oddział ginekologii, gdzie następnego dnia wykonano plastykę błony dziewiczej, ewakuując 1350 ml gęstej brunatnej treści (3). Po dwóch dniach chorą zwolniono do domu bez dolegliwości. W pogłębionym wywiadzie stwierdzono cykliczne, comiesięczne bóle brzucha.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej nagłego zatrzymania moczu u dziewczynek należy wziąć pod uwagę krwistek narządów rodnych. W rozpoznaniu ma znaczenie badanie przedmiotowe i USG. Ze względu na dokuczliwość objawów leczenie w takiej sytuacji należy podjąć niezwłocznie.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Ocena ultrasonograficznego obrazu skóry u noworodków

Paulina Przybysz¹, Robert Krzysztof Mlosek², Maria Wilińska³, Joanna Wójtowicz¹, Teresa Jackowska¹

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

³Klinika Neonatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego, Warszawa

Wstęp: Badanie ultrasonograficzne, ze względu na bezpieczeństwo, powtarzalność i dostępność może stać się użytecznym narzędziem do oceny skóry noworodków.

Cel pracy: Celem pracy było ustalenie możliwości zastosowania ultrasonografii wysokich częstotliwości do oceny skóry u noworodków oraz poszukiwanie różnic w ultrasonograficznym obrazie skóry i tkanki podskórnej w tej grupie wiekowej.

Materiał i metoda: Do badania włączono 71 noworodków bez widocznych zmian na skórze. U wszystkich noworodków wykonano ultrasonograficzne badanie skóry i tkanki podskórnej w pierwszej dobie życia w trzech lokalizacjach: na zewnętrznej stronie przedramienia, jednej trzeciej dalszej bocznej stronie uda oraz na brzuchu na wysokości pępka w linii środkowo-obojęzycznej. Do badań wykorzystano ultrasonograf Derma View wyposażony w głowicę o częstotliwości 48 MHz. W uzyskanych obrazach wyróżniono trzy struktury: echo naskórkowe, skórę właściwą i tkankę podskórną. Ocenie poddano: grubość naskórka, grubość skóry właściwej, echogeniczność skóry właściwej oraz echogeniczność tkanki podskórnej. Uzyskane dane analizowano uwzględniając płeć, masę ciała, urodzenie drogami natury lub drogą cięcia cesarskiego oraz gazometrię krwi pępowinowej.

Wyniki: W zależności od badanej okolicy ciała średnia grubość naskórka wynosiła 0,081–0,083 mm, natomiast przeciętna wartość grubości skóry właściwej 0,679–0,722 mm. Noworodki z wyższą urodzeniową masą ciała charakteryzowały się grubszy naskórkiem i grubszą skórą właściwą, niezależnie od badanej okolicy. Grubość naskórka była dodatnio skorelowana z grubością skóry właściwej, ale nie zaobserwowano istotnych różnic w grubościach obu struktur, porównując trzy badane okolice. Stwierdzono istotną różnicę w echogeniczności skóry właściwej i tkanki podskórnej w okolicy brzucha, zależnie od drogi urodzenia, oraz istotne różnice echogeniczności skóry właściwej i tkanki podskórnej występujące pomiędzy wszystkimi badanymi okolicami. Płeć nie wpływała istotnie na zmienność w obrazie ultrasonograficznym skóry. Żaden z ocenianych parametrów nie zależał także od pH w gazometrii krwi pępowinowej.

Wnioski: Ultrasonografia wysokich częstotliwości może stać się użyteczną metodą do oceny skóry noworodków, uzupełniając dotychczasowe metody diagnostyczne monitorujące skórę zmienioną chorobowo. Konieczne jest opracowanie jednolitych standardów dotyczących skóry zdrowej w tej grupie wiekowej w celu wykorzystywania ultrasonografii skóry do oceny patologii.

Praca realizowana w ramach grantu CMKP501-1-20-19-17



Clinical features of congenital pylorostenosis

Tatsiana Pratasevich¹, Natalia Boncevich², Anna Svirkova²

¹Department of Pediatric № 2, Grodno State Medical University, Grodno

²Grodno State Medical University, Grodno

Background: Congenital pylorostenosis is one of the common causes of partial high obstruction in children of the first weeks and months of life. The disease is characterized by a progressive course and is accompanied by the development of hypotrophy and metabolic disorders. The research purpose was to analyze the clinical features of a congenital pylorostenosis at children of Grodno and the Grodno region.

Materials and methods: 40 case histories of children with the diagnosis "a congenital hypertrophic pylorostenosis" were analyzed retrospectively. They were on examination and treatment in the Grodno Regional Children's Clinical Hospital for the period 2006–2016. For comparison of shares used exact criterion of Fischer (Fisherexacttest, two-tailed).

Results: Full-term newborns accounted for 92.5%, pre-term infants – 7.5% ($p = 0.00001$).

At admission to the hospital children aged from 1 up to 2 months – 60% of cases, up to 1 month – 37.5% prevailed, 2 months – 1 child (2.5%). The boys made up 80%, the girls – 20% ($p = 0.00001$). The average time from the onset of clinical signs of pyloric stenosis before admission to the hospital was 6.8 ± 5.1 days.

Among associated diseases anemia was diagnosed in 65% of children, the syndrome movements disturbance

was observed in 32.5%, small heart anomalies were detected in 15% of cases. In every second child the disease was complicated by protein-calorie deficiency (47.5%).

Complaints on admission: projectile vomiting – 97.5%, a plentiful regurgitation – 2.5%, loss of weight – 55%, constipation – 32.5%, diuresis decrease – 20%, anxiety – 17.5%, flaccidity – 15%. At the clinical examination, a symptom of "hourglass" was noted in every third child (30%), the pyloric section was palpable in 27.5%, a decrease in soft tissue turgor was found in 12.5% of cases, and dryness of the mucous membranes in 10%.

At discharge from the hospital as a result of the treatment, 87.5% of the children showed a positive dynamics of body weight. In view of the severity of the pathology and the need for surgical treatment, the average number of the days spent in the hospital was 16.0 ± 6.7 .

Conclusions: A high incidence of pyloric stenosis (60%) was observed in the group of children aged 1 to 2 months. In 4 times more often this pathology was found in boys ($p = 0.00001$). In every second child the disease was complicated by protein-calorie deficiency (47.5%).

Conflict of interests: the authors declare that they have no conflict of interests



Dysplazja obojczykowo-czaszkowa – opis przypadku

Elżbieta Szponar¹, Artur Kościeszka¹, Grażyna Polkowska², Agata Tarkowska², Wanda Furmaga-Jabłońska²,
Beata Kulik-Rechberger¹

¹Zakład Propedeutyki Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Klinika Patologii Noworodków i Niemowląt, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dysplazja obojczykowo-czaszkowa (dysplazja cleidocranialis – CCD) należy do rzadkich, genetycznie uwarunkowanych zaburzeń rozwojowych układu kostnego. Po raz pierwszy została opisana w 1897 r. przez dwóch francuskich lekarzy Pierre Marie i R. Sainton, którzy nadali jej nazwę dyzostozy obojczykowo-czaszkowej. W 1967 r. nazwę zmieniono na dysplazję obojczykowo-czaszkową, nazywaną także zespołem Mariego-Saintona. Choroba dziedziczy się autosomalnie dominująco. Mutacja znajduje się na 6 chromosomie w obrębie genu RUNX2. Główne objawy kliniczne to defekty budowy czaszki (brachycefalia, wydane guzy czołowe i ciemieniowe, opóźnione zarastanie ciemiaczek), hipoplazja obojczyków i anomalie zębowe. Ich współwystępowanie uważa się za patognomoniczne dla CCD, choć nieobecność jednego czy nawet dwóch elementów triady nie wyklucza rozpoznania. Objawy zespołu, wbrew nazwie, mogą dotyczyć całego układu kostnego. Do rzadziej występujących objawów należą szerokie rozstawienie oczodołów, rozszczep kręgosłupa, szpotawość lub koślawość bioder, zaburzenia kostnienia śródreżca i śródstopia, nieprawidłowości budowy miednicy. Zespół występuje z jednakową częstością u obu płci. Choroba rzadko rozpoznawana jest u noworodków czy niemowląt.

Na Oddziale Patologii Noworodków diagnozowano 3-tygodniową dziewczynkę z powodu dużego ciemiaczka i szerokich szwów czaszkowych. Stwierdzono nieprawidłowości budowy czaszki (skośnogłowie, wystające guzy czołowe, otwarte szwy czaszkowe, duże ciemię przednie 7 x 5 cm, tylne 4 x 2 cm, hiperteloryzm, nisko osadzona nasada nosa, uniesione obustronnie płatki uszu) oraz w badaniu palpacyjnym szyi i klatki piersiowej niestabilność obręczy barkowej. W wykonanym RTG klatki piersiowej uwidoczono dysplastyczne obojczyki. Dokonano kompleksowej oceny gospodarki wapniowo-fosforanowej. Stwierdzono obniżone stężenie parathormonu i zwiększoną resorpcję zwrotną fosforanów. Dziewczynka była konsultowana przez ortopedę, endokrynologa i genetyka. Analiza DNA wykazała obecność mutacji p.R225Q w jednym allelu genu RUNX2. potwierdzającą kliniczne rozpoznanie choroby.

Po 10 miesiącach ponownie oceniono układ kostny, dokonano pomiarów antropometrycznych i oceniono rozwój psychomotoryczny dziecka. Stwierdzono niekształtną głowę, obniżone napięcie mięśniowe, niewielkie opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Dziecko, ze względu na opisane zaburzenia, nadal pozostaje pod stałą kompleksową opieką poradni specjalistycznych.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Dependence of generalized infectious-inflammatory diseases on xenobiotics effects

Olena Vlasova

Higher State Educational Institution of Ukraine, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

The analysis of investigations conducted in the world demonstrates the interest of scientists from many countries in the effect of xenobiotics on the “mother-fetus” system and newborns. Examination of the body susceptibility to a cytotoxic action of xenobiotics improves early diagnostics of ecologically determined pathology, enables to forecast and find susceptibility of every child to milder or more severe course of the disease, and isolate risk groups of children who have to undergo medical correction and preventive measures.

Objective: To study peculiarities of the causes of perinatal loss in the districts of Chernivtsi in case of different geochemical characteristics in order to determine the role of ecological factors, and soil pollution in particular, concerning the formation and course of generalized infectious-inflammatory diseases in the neonatal period.

Materials and methods: A comparative analysis to determine the causes of loss in the perinatal and neonatal periods of life depending on the geochemical characteristics of locations by means of “sandwich” method was conducted. By means of the retrospective analysis (for 10 years) 109 autopsy protocols of fetuses, stillborn and died newborns from mothers residing in the town of Chernivtsi were investigated.

Results: the analysis of distribution of perinatal and neonatal loss by the geochemical characteristics was indicative of the fact that in all the districts connected with a combined pollution of metals and radiation the loss was 3.4 times higher than that in the pure areas, and 2.6 times higher than that in the areas polluted only with heavy metals.

A combined soil pollution with small doses of heavy metals and anthropogenic radionuclides promotes the formation and unfavourable course of generalized infectious-inflammatory diseases in the perinatal and neonatal periods and infancy. As to the pure area the following data were registered: odds ratio – 13.15 (95%CI 5.03–34.4); relative risk – 8.0 (95%CI 6.4–10.04); attributive risk – 37%.

Concerning the district polluted with heavy metals: odds ratio – 2.33 (95%CI 1.3–4.3); relative risk – 1.8 (95%CI 1.4–2.3); attributive risk – 19%.

Conclusion: considering the data obtained we can suggest that a combined effect of xenobiotics on the organism of a pregnant woman and fetus promotes occurrence and lethal consequences of generalized infectious-inflammatory diseases.



Development of children about one year with the various serotonin status of umbilical cord blood serum

Lydia Sheibak, Tatsiana Pratasevich

Grodno State Medical University, Grodno

Background: It is known that revealing of initial displays of pathological processes during the early neonatal period, their timely correction and preventive maintenance, allows to prevent negative consequences in the further development of the child.

Aim: A research objective was the retrospective analysis serotonin metabolism indices in umbilical cord blood serum of full-term newborns at an assessment of their psychological development at the age of 1 year.

Methods: It had been analysed 80 neonatal records and 80 cards of development of children. The comparison group was made by 10 healthy children. When comparing independent groups with abnormal distribution of values of one or two quantitative signs the nonparametric method – Mann-Whitney's criterion was used.

Results: The analysis of psychological development of children at the age of 1 year has shown that the syndrome movements disturbances was observed at 19 (23.8%) children. The retrospective analysis of indicators of serotonin exchange in umbilical cord blood serum in group of

children with the syndrome movements disturbances at the age of 1 year, has revealed statistically significant of tryptophans level increase – Trp (77.8 [67.4/96.7] against 60.7 [59.1/77.7] nmol/ml, $p = 0.04$) and the precursor of serotonin, 5-hydroxytryptophan (5-HTP) concentrations level increase (26.0 [18.4/32.7] against 18.7 [14.3/20.3] nmol/l, $p = 0.03$ in comparison group). It is known that the serotonin exchange in the prenatal and early postnatal period influences formation and development of structures of the central nervous system, activates its reflex activity.

Conclusions. It has been shown that at children with the statistically significant increased level of serotonin precursor (tryptophan and 5-hydroxytryptophan) in umbilical cord blood serum at one-year-old age the syndrome movements disturbances took place.

Conflict of interests: the authors declare that they have no conflict of interests



The results of treatment of symptomatic epilepsy in children and teens with depakin chrono drug

Eugenij Onegin¹, Olga Onegina²

¹Grodno State Medical University, Grodno

²Grodno Regional Clinical Children's Hospital, Grodno

Introduction: The most important goal of treatment is to stop epilepsy seizures with minimal side effects of antiepileptic therapy.

Objective: objectification maximum therapeutic efficacy of the drug valproic acid – depakin chrono without the side effects in patients with different types and frequency of epileptic seizures based on the clinical and electroencephalographic monitoring studies in children and adolescents.

Methods: The work was carried out on the basis of KM "DOKB" Grodno. Depakine chrono treated 87 patients with various forms of symptomatic epileptic seizures admitted to the neurological department in a planned and emergency basis. Patients' ages ranged from 5 months to 17 years. The study included patients with a verified diagnosis of epilepsy, the established form of the disease, regularly taking anti-epileptic drugs. The diagnosis of epilepsy, its shape and type of seizures was installed in accordance with the ICD-10 and the International Classification of epileptic seizures (ILAE, 1981).

Results: Based on this study found that depakin chrono is highly effective drug in the treatment of various forms of epilepsy in children and adolescents. The most impor-

tant advantage is the smaller chrono depakin of intakes and the rarity of occurrence of side effects, due to the smaller number of oscillations and the disappearance of defined peak plasma concentrations after administration of valproate, long-acting, which takes place in dose reduction, and better controlled monotherapy. Introduction to the therapeutic scheme depakine chrono helped to overcome treatment resistance, as well as its prevention in cases start therapy in newly diagnosed disease. The marked effect of antiepileptic and normotimicheskoe depakine chrono to evaluate these drugs as a means of improving the quality of life of patients with epilepsy.

Conclusions: Expressed an antiepileptic effect, a wide therapeutic range for all types of attacks and symptomatic forms of epilepsy, good tolerability of high doses of the drug to the lack of effect on cognitive function, the existence of various forms of the drug and a smaller number of intakes helps to achieve high compliance, which allows him to recommend for the treatment of symptomatic epilepsy in children and adolescents.

Potential competing interests are not present



Homocysteina jako czynnik diagnostyczny i etiopatogenetyczny u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Jan Józefczuk¹, Wiktoria Kasprzycka², Rafał Czarnecki¹, Alfreda Graczyk², Paweł Józefczuk³, Krzysztof Magda⁴, Urszula Lampart¹

¹Oddział Pediatryczny z Pododdziałem Kardiologii Dziecięcej,
Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

²Pracownia Biochemii i Spektroskopii Optycznej, Instytut Optoelektroniki,
Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa

³Fundacja Na Rzecz Ochrony Systemu Immunologicznego „Immuno”, Warszawa

⁴Instytut Fizyki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Podstawowymi cechami charakterystycznymi dla autyzmu są zaburzenia psychofizyczne i funkcji poznawczych. Podejrzewa się, że czynniki etiopatogenetyczne są odpowiedzialne za rozwój autyzmu u dzieci z genetycznymi predyspozycjami, a także mają wpływ na nasilenie ciężkości tych zaburzeń. Głównym problem w identyfikacji pacjentów ze spektrum autyzmu stanowi brak jasnych kryteriów diagnostycznych.

Celem naszego badania było określenie poziomu magnezu we włosach oraz poziomu homocysteiny we krwi u dzieci z autyzmem. 140 dzieci poddano badaniu poziomu magnezu we włosach oraz poziomu magnezu i homocysteiny we krwi. Poziom magnezu oznaczono dzięki metodzie atomowej spektroskopii adsorpcyjnej płomienia, poziom homocysteiny oznaczono metodą radioim-

munologiczną, poziom magnezu we krwi oznaczono metodą biochemiczną.

Nasze badania wykazały prawidłowy poziom magnezu we krwi, znacząco wysoki poziom homocysteiny, bardzo niski poziom magnezu we włosach (niski poziom zwiększa się wraz z wiekiem). Nasza hipoteza brzmi, iż niedobór magnezu, jako znaczący czynnik epigenetyczny, może obniżać metylację homocysteiny, tym samym zmniejszając transkrypcję genomu i plastyczność synaptyczną. Sugerujemy, iż oznaczenie poziomu magnezu we włosach i poziomu homocysteiny we krwi może być użyteczne w identyfikacji dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz w ocenie skuteczności leczenia. Otrzymane przez nas wyniki i przeprowadzona analiza mogą zatem uzasadniać suplementację magnezem u dzieci ze spektrum autyzmu.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Bioelementy we włosach dzieci z wybranymi jednostkami neurologicznymi

Jan Józefczuk¹, Wiktoria Kasprzycka², Rafał Czarnecki¹, Alfreda Graczyk², Paweł Józefczuk³, Krzysztof Magda⁴, Urszula Lampart¹, Ewa Mrozowska-Ząbek¹, Weronika Surdy¹, Róża Kwiatkowska-Graczyk¹, Alicja Kwiatek¹

¹Oddział Pediatrii z Pododdziałem Kardiologii Dziecięcej,
Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

²Pracownia Biochemii i Spektroskopii Optycznej, Instytut Optoelektroniki,
Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa

³Fundacja Na Rzecz Ochrony Systemu Immunologicznego „Immuno”, Warszawa)

⁴Instytut Fizyki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Zbadaliśmy poziom magnezu (Mg), wapnia (Ca), miedzi (Cu), cynku (Zn) i żelaza (Fe) we włosach 82 dzieci z opóźnieniem umysłowym, spośród których 9 cierpiało z powodu padaczki, u 18 rozpoznano zespół Downa, a u 55 dzieci mózgowie porażenie dziecięce. Dziewczynki stanowiły nieco ponad 50% pacjentów.

W grupie chłopców z padaczką odkryliśmy niedobór Mg, Ca, Cu i Fe, normalny poziom Zn. W grupie dziewcząt z padaczką, poza niskim stężeniem Fe, odnotowano wysokie poziomy Ca, Mg, Zn i Cu.

W grupie dziewczynek z zespołem Downa odnotowano wysoki lub normalny poziom Ca, Mg, Zn i Cu, podczas

gdy poziom Fe przedstawiał się w sposób niecharakterystyczny.

Zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt z mózgowym porażeniem dziecięcym wykazano niski poziom Fe, a także niski poziom Cu u starszych pacjentów. W tej grupie zaobserwowano również wysokie stężenia Ca, Mg, Zn u dziewcząt i normalne u chłopców. Wysokie stężenie Ca w grupie dziewcząt z mózgowym porażeniem dziecięcym wymaga osobnych badań.

Pozyskane przez nas wyniki mogą stanowić cenną wskazówkę co do kierunku i oceny ilości możliwej suplementacji.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Zespół Melkerssona-Rosenthala

Mariana Madejska, Tomasz Rzemieniuk, Leszek Strój

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, sp. z o.o., Sosnowiec

Przedstawiono przypadek 13-letniej dziewczynki, która została przyjęta do szpitala z powodu kolejnego, trzeciego incydentu porażenia obwodowego nerwu twarzowego na przestrzeni 2 lat; niedowład występował naprzemiennie po prawej i lewej stronie. Przy przyjęciu stwierdzono cechy obwodowego niedowładu nerwu twarzowego po stronie lewej, poza tym zwrócono uwagę na obrzęk wargi górnej, pobrażdzony język i zajady. Wyniki badań laboratoryjnych, w tym w kierunku boreliozy, były prawidłowe. Wcześniej wykonane neuroobrazowanie nie wykazało zmian. Na podstawie obrazu klinicznego posta-

wiono rozpoznanie zespołu Melkerssona-Rosenthala. Podstawowe cechy kliniczne tego zespołu to nawracające porażenia obwodowe nerwu twarzowego, obrzęk warg i charakterystyczny obraz języka, a także zajady. Etiologia jest nieznana, a leczenie ma charakter objawowy i rehabilitacyjny. Z zespołem może współwystępować Choroba Leśniowskiego-Crohna, której obecnie u dziewczynki nie stwierdzono. W wyniku działań rehabilitacyjnych uzyskano stopniowe ustępowanie niedowładu. Dziewczynka będzie musiała pozostawać pod kontrolą gastroenterologiczną.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Ołów i kadm u dzieci ze spektrum autyzmu

Rafał Czarnecki¹, Wiktoria Kasprzycka², Jan Józefczuk¹, Alfreda Graczyk², Ewa Mrozowska-Ząbek¹,
Krzysztof Magda³

¹Oddział Pediatrii z Pododdziałem Kardiologii Dziecięcej, Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

²Pracownia Biochemii i Spektroskopii Optycznej, Instytut Optoelektroniki, Wojskowa Akademia Techniczna,
Warszawa

³Instytut Fizyki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Analizą objęto 37 dzieci w tym 10 dziewczynek i 27 chłopców ze zdiagnozowanymi schorzeniami ze spektrum autyzmu.

Ołów i kadm to pierwiastki chemiczne z grupy metali. Zarówno ołów, jak i kadm są truciznami kumulującymi się w organizmie. Ołów silnie wiąże się z licznymi białkami i enzymami, zaburzając wiele przemian metabolicznych, prowadząc do uszkodzenia mózgu.

Kadm, zaburzając obieg niezbędnych bioelementów, takich jak żelazo, miedź, magnez, wapń, selen oraz cynk, upośledza fosforylację oksydacyjną, aktywny transport jonów sodowych i potasowych, zaburzony metabolizm węglowodanów, również uszkadza mózg.

W analizowanej grupie oznaczono metodą spektrofotometrii poziom ołowiu i kadmu we włosach. W przeciwieństwie do licznych poprzednich doniesień nie wykazano podwyższonych wartości tych pierwiastków. Punktem odniesienia dla uzyskanych wyników były badania populacyjne przeprowadzone na grupie ponad 7 tysięcy dzieci polskich, a oceniające zawartość makro- i mikroelementów we włosach.

Uzyskane wyniki, wyraźnie niższe od ustalonych norm, wykluczają udział ołowiu i kadmu w rozwoju i nasileniu stwierdzanych zmian neuropsychiatrycznych w analizowanej grupie.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Wiedza lekarzy na temat zapobiegania przemocy w rodzinie i ich potrzeb w tym zakresie w ocenach własnych*

Piotr Hartmann, Teresa Jackowska

Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Wstęp: Po nowelizacji Ustawy o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie w 2010 r. i wejściu w życie Rozporządzenia dotyczącego procedury „Niebieskiej Karty” w 2011 r., pracownicy ochrony zdrowia mają prawo i obowiązek uczestniczyć w systemie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Po 5 latach prowadzenia procedur wszczynają oni jednak tylko około 0,8% z nich.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wiedzy lekarzy dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie oraz ich potrzeb dydaktycznych.

Materiał i metoda: Opracowano autorską anonimową ankietę zawierającą pytania dotyczące znajomości tematu. Badanie przeprowadzono wśród uczestników serii konferencji odbywających się w miastach wojewódzkich w latach 2015–2016. Zebrano 324 wypełnione formularze.

Wyniki: Analiza zebranych odpowiedzi wykazuje, iż ponad połowa lekarzy (51,2% 166/324) ocenia, że w swojej pracy nie styka się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie. Jednocześnie tylko 11,4% (37/324) prawidłowo oszacowało liczbę zgłaszanych ofiar przemocy w rodzinie w skali roku, a większość (56,1% 182/324) nie wie, że istnieją przepisy pozwalające na skuteczne

karanie sprawców przemocy. Większość lekarzy (62% 201/324) nie wie, gdzie znajduje się Zespół Interdyscyplinarny w ich gminie lub dzielnicy. Lekarze mają świadomość swojej niewiedzy. Tylko 11,1% (36/324) ocenia swoje przygotowanie do kontaktu z osobą doświadczającą przemocy bardzo dobrze lub dobrze, a 24,7% (81) deklaruje, że zna Ustawę o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie. Jednocześnie lekarze chcą poszerzać swoją wiedzę w tym zakresie (deklaratywnie), 73,1% (237/324) ankietowanych uważa, że w szkoleniach dotyczących tego tematu powinni uczestniczyć wszyscy lekarze, 6,5% (21/324) uważa, że szkolenia nie są potrzebne, ponieważ to nie do pracowników ochrony zdrowia należy praca z ofiarami przemocy domowej.

Wnioski: Większość lekarzy nie uznaje zjawiska krzywdzenia dziecka za częsty problem w swojej pracy. Wynikająca z tego nieznajomość obowiązujących przepisów w tym zakresie sprawia, że lekarz nie jest w stanie udzielić krzywdzonemu dziecku odpowiedniej pomocy. Na zmianę sytuacji mogą wpłynąć jedynie działania edukacyjne dotyczące zapobiegania przemocy w rodzinie.

*Grant CMKP 501-1-20-19-17



Porównanie trudności z karmieniem dziecka i związane z tym oczekiwania rodziców w grupie dzieci zdrowych i z problemami medycznymi

Ewa Winnicka, Katarzyna Kowalska, Małgorzata Matuszczyk, Kamila Zych, Piotr Socha

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Wstęp: Coraz częściej rodzice zgłaszają lekarzom trudności z karmieniem dzieci. Problem najczęściej występuje u niemowląt i dzieci do 4 r.ż. Zakres przyczyn jest zróżnicowany.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie oczekiwań i trudności z karmieniem dziecka zgłaszanych przez rodziców dzieci zdrowych oraz tych z problemami medycznymi lub rozwojowymi.

Metoda: Przeprowadzono prospektywne badanie ankietowe wśród rodziców dzieci ($n = 136$) hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”. Dane zebrano przed rozpoczęciem terapii zaburzeń karmienia. Większość dzieci, oprócz trudności z karmieniem, nie prezentowała innych problemów ($n = 73$; wiek 21 ± 17 msc; hbd $38 \pm 2,7$) – grupa I. W grupie dzieci z problemami medycznymi i rozwojowymi ($n = 63$; wiek 21 ± 17 msc; hbd $36 \pm 4,8$) odnotowano: opóźnienie rozwoju psychoruchowego, padaczkę, uszkodzenie mózgu, nieprawidłowości wrodzone, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia wzroku i słuchu, nadreaktywność oskrzeli/astmę, nawracające zapalenia płuc oraz inne problemy kardiologiczne, nefrologiczne i genetyczne – grupa II. Porównano częstość występowania określonych trudności z nakarmieniem dziecka

i związanych z tym oczekiwań rodziców w grupach I i II wykorzystując test χ^2 .

Wyniki: Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie pod względem częstości występowania określonych oczekiwań i trudności zgłaszanych przez rodziców. Szczegółowe wyniki przedstawiały się następująco w zakresie trudności: brak właściwych przyrostów masy ciała (gr. I 41/56; gr. II 40/54), brak uczucia głodu (gr. I 23/72; gr. II 13/63), niechęć do dotykania jedzenia (gr. I 29/72; gr. II 25/60), krztuszenie podczas karmienia (gr. I 23/73; gr. II 24/63), wymioty związane z jedzeniem (gr. I 16/73; gr. II 16/63), przetrzymywanie pokarmu w jamie ustnej (gr. I 20/73; gr. II 16/63). Oczekiwania rodziców w związku z trudnościami w karmieniu były następujące: zwiększenie ilości jedzenia pobieranego przez dziecko (gr. I 51/73; gr. II 40/63), zwiększenie różnorodności akceptowanych przez dziecko pokarmów (gr. I 43/73; gr. II 25/63), zmiana tekstury pokarmów (gr. I 28/73; gr. II 25/63), zwiększenie gotowości dziecka do poznawania, dotykania i wężania nowych pokarmów (gr. I 23/73; gr. II 18/63), poprawa zachowania związanego z jedzeniem (gr. I 34/73; gr. II 31/63).

Wyniki pokazały, że oczekiwania i trudności z karmieniem dzieci zgłaszane przez rodziców są takie same w obu badanych grupach.



Ołów i kadm u dzieci w wybranych jednostkach neuropsychiatrycznych

Rafał Czarnecki¹, Wiktoria Kasprzycka², Jan Józefczuk¹, Alfreda Graczyk², Alicja Kwiatek¹, Krzysztof Magda³

¹Oddział Pediatrii z Pododdziałem Kardiologii Dziecięcej, Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

²Pracownia Biochemii i Spektroskopii Optycznej, Instytut Optoelektroniki,
Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa

³Instytut Fizyki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Analizą objęto 82 dzieci w tym 40 dziewczynek i 42 chłopców ze zdiagnozowanymi chorobami neuropsychiatrycznymi, takimi jak padaczka (9 dzieci), Zespół Downa (18 dzieci), mózgowe porażenie dziecięce (55 dzieci). W analizowanej grupie oznaczono metodą spektrofotometrii poziom ołowiu i kadmu we włosach. Dotychczasowe doniesienia przedstawiały sprzeczne dane dotyczące poziomu i roli tych pierwiastków w etiopatogenezie. Punktem odniesienia dla uzyskanych wyników były ba-

dania populacyjne przeprowadzone na grupie ponad 7 tys. dzieci polskich, a oceniające zawartość makro- i mikroelementów we włosach.

Uzyskane wyniki, wyraźnie niższe od norm, nie potwierdzają udział ołowiu i kadmu w rozwoju i nasileniu stwierdzanych zmian neuropsychiatrycznych w analizowanej grupie.

Wyraźne różnice między naszymi danymi a normami mogą świadczyć o czystości środowiska badanych dzieci.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Hipotermia terapeutyczna jako opieka poresuscytacyjna u dzieci po nagłym zatrzymaniu krążenia – doświadczenia własne

Ewa Syweński, Hanna Falkiewicz, Elżbieta Bąk, Bożena Głowska

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław

Wstęp: U dzieci do zatrzymania krążenia (NZK) dochodzi rzadziej niż u dorosłych. Tylko 5% takich zdarzeń kończy się nagłym zgonem sercowym. Jego częstość szacuje się na 0,6–6,2/100 000 dzieci. Rokowanie w populacji pediatrycznej jest złe, a przeżywalność bez odległych skutków neurologicznych wynosi < 5%.

Cel i metoda: Metodą z wyboru w postępowaniu poresuscytacyjnym u osób dorosłych, którzy przeżyli NZK, jest zastosowanie hipotermii terapeutycznej (HT), rozumianej jako umiarkowane i kontrolowane schładzanie ciała poniżej temperatury fizjologicznej. Jej celem jest ochrona mózgu i serca jako narządów najbardziej podatnych na niepożądane efekty głębokiego niedotlenienia i związane z nim uszkodzenia, prowadzące do pogorszenia funkcjonowania osobniczego i społecznego. W populacji pediatrycznej w grupie noworodków urodzonych w ciężkiej zamartwicy, predystynującej do rozwoju encefalopatii niedokrwienno-niedotlenieniowej (ENN), HT jest metodą stosowaną od 10 lat i uznawaną za skuteczną, bezpieczną oraz zdecydowanie poprawiającą wyniki leczenia. Nie wszyscy jednak wiedzą, że możliwe jest jej zastosowanie, pod pewnymi warunkami, także u nastolatków i w populacji dzieci młodszych, które przeżyły NZK.

Od 8 lat prowadzimy kwalifikację do leczenia metodą HT u dzieci. W ciągu ostatnich 2 lat kwalifikowaliśmy

także dzieci inne niż noworodki urodzone w ciężkiej zamartwicy. Były to dzieci z długotrwałym NZK, gdzie czas ucisków klatki piersiowej był dłuższy niż 10 minut, a pacjenci podczas resuscytacji wymagali podaży leków (adrenalina i bicarbonat). U dzieci z gorszą wyjściową oceną w skali Sarnatów, wskazującą na umiarkowany stopień ENN, zastosowano selektywne chłodzenie głowy z umiarkowaną hipotermią ciała za pomocą aparatury Olimpic Cool-Cup System z wykorzystaniem standardowego 72-godzinnego protokołu dla noworodków (34°C przez 72 godziny, temperatura mierzona w odbycie).

Wyniki: Pacjenci leczeni HT w ciągu miesiąca opuścili szpital, są samodzielni i rozwijają się w sposób zadowalający. Pacjenci leczeni standardowo spędzili w szpitalu ponad 5 miesięcy, są głęboko upośledzeni i wymagają wentylacji mechanicznej oraz ciągłej opieki.

Wnioski: Dotychczas opisano mniej niż 1000 przypadków wykorzystania HT u dzieci, które przeżyły NZK. Nadal jest zbyt mało danych, by metodę tę zalecać jako leczenie z wyboru. Wyniki wstępne wydają się zachęcające i warto rozważyć HT w postępowaniu poresuscytacyjnym u dzieci, które przeżyły NZK, pozostają nieprzytomne i wymagają wentylacji mechanicznej.



Ocena świadomości dzieci i młodzieży na temat szkodliwego wpływu chipsów na zdrowie

Maria Palka-Słowik¹, Jerzy Słowik¹, Magda Szostak-Trybuś², Oliwia Łukaszczyk², Patrycja Paszek²,
Izabela Maciejewska²

¹Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych „Familia”, Siemianowice Śląskie

²Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Chipsy stały się nieodłącznym składnikiem diety człowieka XXI wieku. Współczesna społeczność, popadając we wszechobecny hedonizm, uwielbia relaksować się w towarzystwie jedzenia. Ze względu na duże tempo życia coraz częściej sięgamy po dania typu fast-food, które pomogą nam zaspokoić głód szybko i bez większego wysiłku. Spożywanie chipsów w nadmiernych ilościach może prowadzić do licznych schorzeń, takich jak otyłość, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroby układu krążenia, osteoporoza, schorzenia układu pokarmowego, nowotwory. Wartość energetyczna 225 gramowej paczki chipsów wynosi 1181 kcal, zatem praktycznie pokrywa ponad połowę dziennego zapotrzebowania na składniki energetyczne.

Cel pracy: Głównym celem badań jest ocena poziomu świadomości dzieci i młodzieży na temat szkodliwego wpływu chipsów na organizm, a także przedstawienie zagrożeń zdrowotnych wynikających z nadmiernego ich spożycia.

Metodyka: Grupę badawczą stanowiły dzieci i młodzież w wieku od 9 do 16 lat. Badanie zostało przeprowadzone

za pomocą autorskiego kwestionariusza ankietowego, który składał się zarówno z pytań otwartych, jak i zamkniętych.

Wyniki: Wszystkie przebadane dzieci i młodzież cierpiały na nadwagę lub otyłość. Żadne z przebadanych dzieci nie miało świadomości, że nadmierne spożywanie chipsów może być przyczyną nadciśnienia i miażdżycy. Ponad 80% z przebadanych dzieci deklaruje, iż spożywa chipsy, jednak nie jada ich częściej niż raz na dwa tygodnie. Wszystkie badane dzieci zadeklarowały podjadanie między posiłkami innych słodkich przekąsek. Większość badanych (78%) oceniło swój styl życia jako średnio aktywny.

Wnioski:

1. Wraz z wiekiem wzrasta poziom świadomości oraz wiedzy na temat szkodliwego działania chipsów na organizm, a także powodowanych przez nie konsekwencji somatycznych.
2. Wszystkie badane dzieci mają świadomość, iż chipsy wywierają negatywny wpływ na zdrowie i mogą być przyczyną powstawania nadwagi i otyłości.



Ciężka hiponatremia u 13-letniej dziewczynki – trudności diagnostyczne

Renata Kuczyńska, Agnieszka Sakson-Słomińska, Aneta Krogulska, Zuzanna Wasielewska

Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Hiponatremia może być skutkiem nadmiernego spożycia płynów (polidypsja), objawem chorób somatycznych (nerek, wątroby, zaburzeń hormonalnych, zespołu nieadekwatnego wydzielania ADH) lub skutkiem niepożądanych działań leków.

Ciężka hiponatremia manifestuje się objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń świadomości, śpiączki, drgawek i może prowadzić do zgonu pacjenta.

Występowanie hiponatremii związanej z zatruciem wodnym opisuje się u osób psychicznie chorych z polidypsją psychogenną oraz u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym.

Przedstawiamy przypadek 13-letniej dziewczynki hospitalizowanej z powodu zatrucia wodnego z hiponatremią najpierw na Oddziale Intensywnej Terapii, a następnie

w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii. Pacjentka została przyjęta do szpitala w trybie ostrym z powodu wymiotów, bólów głowy, postępujących zaburzeń świadomości i drgawek kloniczno-tonicznych. Wymagała intubacji, sedacji, wlewów katecholamin oraz wyrównywania poważnych zaburzeń biochemicznych pod postacią ciężkiej hiponatremii, hipochloremii, hipofosfatemii.

W toku diagnostyki różnicowej wykluczono schorzenia nerek, wątroby, zaburzenia hormonalne, neuroinfekcję, proces rozrostowy i krwawienie do OUN oraz zespół nieadekwatnego wydzielania ADH.

Ostatecznie rozpoznano zatrucie wodne z ciężką hiponatremią w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, spowodowane celowym spożywaniem nadmiernej ilości wody dla ukrycia postępującego spadku masy ciała.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Zespół Chilaiditi u 6-letniego chłopca z koarktacją aorty

Franciszek Halkiewicz¹, Tomasz Legaszewski²

¹Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy Dzieci SPSK Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Przemieszczenie pętli jelita grubego w okolicę zagięcia wątrobowego okrężnicy (tzw. objaw Chilaiditi) jest rzadką, zwykle asymptomatyczną wadą wykrywaną przypadkowo. Skojarzenie tej anomalii jelit z innymi objawami nosi nazwę zespołu Chilaiditi. W pracy przedstawiono historię 6-letniego chłopca z zespołem Chilaiditi. W okresie niemowlęcym diagnozowany w kierunku pylorostenozy, w wieku 3 lat operowany z powodu koarktacji aorty, skarżący się na nawracający ból brz-

cha, po epizodzie niedrożności przewodu pokarmowego. W literaturze dyskutowana jest etiologiczna zależność interpozycji jelita grubego z objawami ze strony innych narządów. Zdaniem autorów przedstawiony przypadek sugeruje ostrożną interpretację radiologicznego objawu Chilaiditi nie jako przypadkowej anomalii, ale jako sygnału innej patologii, głównie ze strony układu pokarmowego, naczyniowego i oddechowego.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Krótki przełyk – obraz USG i RTG postaci wrodzonej i nabytej u 2 dzieci

Franciszek Halkiewicz¹, Antonina Krawczyk-Wyględacz²

¹Przykliniczna Poradnia Chorób Płuc SPSK Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Wojewódzka Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci, Katowice

Wady wrodzone u noworodków nie przekraczają 1%. Krótki przełyk (*brachyesophagus*) jest bardzo rzadko wykrywaną wadą, często skojarzoną z zespołem innych wad. W pracy przedstawiono 2 dzieci. 1) Noworodek diagnozowany z powodu bezdechów. W obrazie USG górnego odcinka przewodu pokarmowego uwidoczniono translokację dużej części żołądka do klatki piersiowej i całkowite zniesienie anatomicznych barier przeciwdziałających. Obraz USG lepiej korelował z objawami klinicznymi niż badanie fluoroskopowe. 2) Chłopiec 3-letni został skierowany do badania USG w celu

diagnostyki struktur torbielowatych widocznych w dolnych płatach płuc, za sylwetką serca, w badaniu RTG klatki piersiowej. Dziecko było operowane w 2 dobie życia z powodu wrodzonej przetoki przełykowo-tchawiczej. W obrazie klinicznym obserwowano napady świszczącego oddechu. Badanie USG po wypełnieniu żołądka płynem pozwoliło na rozpoznanie krótkiego przełyku i nasilonej choroby refluksowej. W pracy podkreślono przydatność badania USG w rozpoznawaniu rzadkich wad wrodzonych połączenia żołądkowo-przełykowego u dzieci.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Wpływ napojów energetyzujących na organizm dzieci poniżej 16 roku życia oraz ocena świadomości dzieci i rodziców na temat napojów energetyzujących

Jerzy Słowik¹, Maria Palka-Słowik¹, Magda Szostak-Trybuś², Joanna Majcher², Patrycja Paszek², Izabela Maciejewska²

¹Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych „Familia”, Siemianowice Śląskie

²Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Napoje energetyzujące są szeroko dostępne na rynku artykułów spożywczych, jednak ich spożywanie jest szczególnie niewskazane w grupie dzieci do 16 r.ż., gdyż istnieje możliwość wystąpienia licznych skutków ubocznych. W skład napojów energetyzujących wchodzi głównie: kofeina, tauryna, guarana, cukier, niacyna i piridoksyna. Jedna puszka napoju energetyzującego zawiera 270 kcal. Regularne ich spożywanie może przyczynić się do występowania nadwagi, otyłości i cukrzycy. Kofeina może powodować zaburzenia wzrostu kostnego. Spożywanie napojów energetyzujących prowadzi do zaburzeń neurologicznych i kardiologicznych u dzieci.

Cel badań: Głównym celem badań jest ocena spożycia napojów energetyzujących wśród dzieci oraz ocena stanu wiedzy dzieci i ich rodziców na temat wpływu nadużycia napojów energetyzujących na organizm.

Metodyka: Grupę badawczą stanowiło 100 dzieci poniżej 16 r.ż., a także ich rodzice. Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankietowego.

Wyniki: Z badań wynikało, że aż 73% ankietowanych dzieci spożywa napoje energetyzujące, z czego aż 22% kilka razy w miesiącu, a 78% rzadziej niż kilka razy w miesiącu. Aż 13% respondentów stwierdziło, iż napoje energetyzujące są zdrowe. Większość ankietowanych za

najczęstsze następstwa spożycia napojów energetyzujących wskazywało: otyłość, nadciśnienie tętnicze, nadpobudliwość i zaburzenia pracy serca. Żaden z ankietowanych nie wskazał natomiast zaburzeń pracy wątroby, zaburzeń wzroku, łamliwości kości, wrzodów żołądka, niewydolności nerek, obniżenia odporności oraz bólów głowy. 13% respondentów twierdziło, iż nie ma określonego limitu spożycia napojów energetyzujących. Odnosząc się do grupy rodziców, 27% badanych ma świadomość spożywania przez ich dzieci napojów energetyzujących. 75% z nich twierdzi, że dzieci same kupują energetyki, zaś 25% odpowiedziało, że częstują ich rówieśnicy. 73% badanych rodziców ma świadomość, iż dzieci są bardziej narażone na skutki uboczne wynikające ze spożywania energetyków. Bardzo duża grupa rodziców (67%) ma świadomość, że napoje energetyczne nie powinny być stosowane u dzieci poniżej 16 r.ż.

Wnioski:

1. Substancje zawarte w energetykach wpływają w sposób negatywny na zdrowie człowieka.
2. Świadomość dzieci na temat skutków ubocznych wynikających z nadmiernego spożycia energetyków jest niska.



Dramatyczny przebieg zatrucia substancją psychoaktywną

Tomasz Rzemieniuk, Barbara Krzelowska-Sroka, Anna Koczur-Purgał, Janusz Fuchs

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, sp. z o.o., Sosnowiec

Przedstawiono przypadek 17-letniego chłopca przyjętego do szpitala z powodu zaburzeń zachowania i drgawek, z podejrzeniem zatrucia substancją psychoaktywną. Z chłopcem był utrudniony kontakt, a ze względu na pobudzenie wymagał przymusu bezpośredniego. Stosowano nawadnianie pozajelitowe i leczenie objawowe. Badaniem toksykologicznym potwierdzono obecność kanabinoli. Ze względu na ciężki stan oraz gorączkę wykonano TK głowy (wynik prawidłowy), a następnie pobrano płyn mózgowo-rdzeniowy, stwierdzając podwyższony poziom białka i cytozę z przewagą limfocytów w rozmazie. Wysłano podejrzenie wirusowego zapalenia mózgu. Do leczenia włączono acyklowir. Po drugiej dawce leku przeciwwirusowego chłopiec odzyskał przytomność, był w kontakcie logicznym, nie gorączkował. W 6 dobie hospitalizacji wystąpiło stopniowe pogorszenie stanu ogólnego chłopca – wystąpiły nasilające się zaburzenia świadomości, początkowo o charakterze jakościowym, następnie ilościowym, gorączka, pacjent znajdował się w pogotowiu drgawkowym, miał omamy. Stwierdzono dodatkowo objawy oponowe, wzmożone napięcie mięśniowe na obwodzie, wygórowane odruchy głębokie z koń-

czyn dolnych, dodatni objaw Babińskiego po lewej stronie. Wykonano powtórnie badanie TK głowy uwidoczniając obszary hipodensyjne w płatach skroniowych i rzucie jąder podkorowych. W ponownym badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskano spadek cytozy, ale 2-krotny wzrost poziomu białka. Zintensyfikowano leczenie przeciwochroneczne, płynoterapię, włączono preparat immunoglobulin i leki neuroprotektoryjne. Pomimo stosowanego leczenia, obserwowano dalsze pogorszenie stanu ogólnego pacjenta. Z powodu śpiączki mózgowej oraz niewydolności oddechowej pacjent został przekazany na oddział intensywnej opieki medycznej. Został zaintubowany i wprowadzony w śpiączkę tiopentalową. Mimo podjętych działań, obserwowano pogarszanie się stanu pacjenta. Wykonano kolejne neuroobrazowania TK, w których uwidoczniono obrzęk i zatarcie struktur mózgowia. Pacjent zmarł. Uzyskane wyniki badania wirusologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego nie potwierdziły etiologii wirusowej. Przeprowadzone później dochodzenie ujawniło stosowanie przez chłopca substancji psychoaktywnej (dopalacz), również w szpitalu, w okresie przejściowej poprawy.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Stężenie 25(OH)D u dzieci 0–18 lat hospitalizowanych – w zależności od pory roku*

Jakub Chwiećko¹, Piotr Hartmann², Teresa Jackowska²

¹Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

²Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Wstęp: Witamina D zarówno u dzieci, jak i dorosłych wytwarzana jest głównie w keratynocytach pod wpływem światła słonecznego. W naszej szerokości geograficznej ilość słońca potrzebna do efektywnej produkcji witaminy D występuje niestety jedynie w okresie letnim.

Cel pracy: Celem pracy było określenie stężenia 25(OH)D (witaminy D₃) u dzieci przyjmowanych na oddział pediatryczny bez względu na przyczynę hospitalizacji, w zależności od pory roku.

Materiał i metoda: W badaniu wzięło udział 2963 dzieci (1461 dziewcząt i 1502 chłopców) od 1. miesiąca do 18 r.ż., przyjmowanych do szpitala od października 2013 do listopada 2016 r. (37 miesięcy). Wiosną (od 21 marca do 20 czerwca) przyjęto łącznie 27% dzieci (803/2963), latem (od 21 czerwca do 22 września) – 22% (661/2963), jesienią (od 23 września do 22 grudnia) – 28% (828/2963), a zimą (od 23 grudnia do 20 marca) – 23% (671/2963). Średni wiek dzieci wynosił 5 lat 2 mies. (mediana 2,8 roku).

Oznaczenia stężeń 25(OH)D wykonywano za pomocą systemu firmy Liaison XL. Za optymalne stężenie przyjęto wartości z zakresu 30-50 ng/ml. Do badania wyko-

rzystywano materiał pozostały po pobraniu krwi do badań diagnostycznych.

Wyniki: Średnie stężenie 25(OH)D w całej grupie wynosiło 27,99 ng/ml (3,9 ng/ml – 93,0 ng/ml).

W okresie zimowym średnie stężenie wynosiło 27,48 mg/dl, wiosną – 25,65 mg/dl, latem – 31,2 mg/dl, jesienią – 28,12 mg/dl.

Zimą odsetek dzieci z prawidłowym stężeniem 25(OH)D₃ wynosił 38% (255/671), wiosną 31,38% (252/803), latem 48,26% (319/661), jesienią 36,47% (302/828).

Wnioski: Latem optymalne stężenie 25(OH)D stwierdzano u 61% dzieci w wieku 0–3 lat oraz u 48% dzieci powyżej 3 r.ż. natomiast wiosną odpowiednio 54% i 33%. Z uwagi na niewystarczający stopień nasłonecznienia w naszym kraju, szczególnie w okresie zimowo-wiosennym, kluczowa wydaje się edukacja dotycząca suplementacji witaminy D, uwzględniająca również rodziców starszych dzieci.

*Grant CMKP 501-1-20-19-17



Częstość hiperlaktatemii u dzieci przyjmowanych do szpitala. Możliwe przyczyny oraz implikacje kliniczne – badanie wstępne

Joanna Wójtowicz^{1,2}, Anna Siwonia^{1,2}, Teresa Jackowska^{1,2}

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), Warszawa

²Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

Wstęp: Stale poszukiwane są nowe możliwości diagnostyczne, które równoległe z danymi z wywiadu i badania przedmiotowego mogłyby służyć lekarzom w szybkiej i precyzyjnej ocenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby dziecka przy przyjęciu do szpitala. Podwyższone stężenie kwasu mlekowego u dzieci może być wywołane przez niedotlenienie tkanek, aktywację układu współczulnego, wady enzymatyczne lub szybką proliferację komórek, a więc klinicznie np. przez wstrząs septyczny, ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, duszność, drgawki oraz wrodzone wady metabolizmu. Hiperlaktatemia u dorosłych ma istotne znaczenie kliniczne m.in. w diagnostyce i leczeniu wstrząsu.

Cel pracy: Celem pracy było oznaczenie częstości występowania hiperlaktatemii za pomocą szybkiego testu paskowego u dzieci przyjmowanych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) lub Klinicznego Oddziału Pediatrii (KOP).

Metodyka: Do badania włączono 99 dzieci (średnia wieku 4 lata i 10/12), zgodnie z protokołem zatwierdzonym przez Komisję Bioetyczną CMKP. Stężenie kwasu mlekowego oznaczano szybkim testem paskowym (Accutrend Plus, Roche) z krwi pobranej w celu wykonania innych badań laboratoryjnych (CRP, prokalcytonina, morfologia krwi, gazometria) po przyjęciu dziecka do

KOP (37 dzieci) lub SOR (62 dzieci, z których 19 było następnie przyjętych na Oddział).

Wyniki: Hiperlaktatemię ($\geq 2,2$ mmol/l) stwierdzono u ponad 37,3% dzieci. Średnie stężenie kwasu mlekowego (2,25 mmol/l) we krwi dzieci było wyższe niż norma (0,8–2,2 mmol/l), ale nie różniło się istotnie w zależności od miejsca przyjęcia dziecka (KOP, tylko SOR, KOP z SOR). Stopień hiperlaktatemii silnie korelował ze stężeniem glukozy w surowicy ($p 0,04$; $r 0,41$), natomiast nie stwierdzono zależności stężenia kwasu mlekowego od wykładników stanu zapalnego – CRP, prokalcytoniny, liczby leukocytów, odsetka neutrofilów ani od parametrów gazometrycznych.

Wnioski: Hiperlaktatemię, która korelowała z hiperglikemią, stwierdzono u ponad 37% dzieci. Nie wykazano zależności między stężeniem kwasu mlekowego a wysokością wykładników stanu zapalnego. Planowane są dalsze badania, których celem jest porównanie stężenia kwasu mlekowego z parametrami klinicznymi (m.in. rozpoznaniem przy wypisie oraz długością hospitalizacji), aby wyodrębnić możliwe przyczyny i implikacje kliniczne stwierdzanej hiperlaktatemii u dzieci przyjmowanych do szpitala.

Badanie finansowane z grantu CMKP: 501-1-20-19-17



Wybrane aspekty profilaktyki niedoboru witaminy D u dzieci w wieku przedszkolnym podejmowane przez ich rodziców

Lucyna Sochocka¹, Joanna Gruszka²

¹Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

²Dieta Plus, Opole

Wstęp: Badania epidemiologiczne (zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach Europy Środkowej) dotyczące oceny stężenia 25(OH)D we krwi, opublikowane na przestrzeni ostatnich lat, wskazują na niedobór witaminy D w różnych populacjach. Najbardziej niepokojący jest wysoki odsetek niedoborów witaminy D u dzieci i młodzieży. Czynnikiem odpowiedzialnym za wzrost częstości występowania niedoborów witaminy D w tej grupie wiekowej wydają się zmiana stylu życia, w tym: zwiększenie ilości czasu spędzanego przez dzieci w pomieszczeniach, stosowanie filtrów UV oraz dieta uboga w witaminę D.

Cel pracy: Celem badań była próba oceny działań realizowanych w ramach profilaktyki niedoboru witaminy D u dzieci w wieku przedszkolnym podejmowanych przez rodziców tych dzieci.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w 2014 r. Objęto nimi grupę 118 rodziców dzieci w wieku 4–6 lat, które uczęszczały do sześciu losowo wybranych przedszkoli publicznych miasta Opola i województwa opolskiego. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wybraną techniką badania była ankieta, a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do oceny róż-

nic bądź zależności między analizowanymi parametrami niemierzalnymi użyto testu chi².

Wyniki: Większość ankietowanych rodziców w jadłospisie swojego dziecka uwzględniła ryby: 54,2% (n = 64) podaje je swoim dzieciom raz w tygodniu, dwa-trzy razy w tygodniu 14,4% (n = 17), 8,5% (n = 10) nie podaje ich nigdy swoim dzieciom. Spośród innych produktów zawierających witaminę D rodzice najczęściej deklarowali podać dzieciom: mleka 3,2%, sera żółtego i jaj. Według 93,2% (n = 110) ankietowanych rodziców, ich dzieci w okresie od kwietnia do września ponad dwie godziny dziennie spędzają na powietrzu, przy czym 89,8% (n = 106) rodziców podaje, iż w tym czasie dziecko ma skórę zabezpieczoną kremem z filtrem UV. Codziennie, przez cały rok witaminę D podaje swoim dzieciom 14,4% (n = 17) badanych rodziców. Preparatem najczęściej wybieranym przez rodziców, którzy zadeklarowali suplementację witaminy D, jest tran – produkt ten wskazało 54,23% (n = 64) rodziców.

Wnioski: Niezbędna wydaje się permanentna edukacja rodziców w zakresie zasad żywienia dzieci, bowiem to oni odpowiedzialni są za kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych młodego człowieka.



Guz śródpiersia rozpoznany u chłopca z podejrzeniem kolki nerkowej

Marianna Lichosik¹, Joanna Kacik¹, Aneta Czajńska-Deptuła², Katarzyna Jobs¹, Bożenna Dembowska-Bagińska²,
Bolesław Kalicki¹

¹Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

²Klinika Onkologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kamica układu moczowego u dzieci występuje z częstością 0,1–5% populacji. Typowymi objawami są gwałtowne i silne bóle w okolicy lędźwiowej promieniujące do kości krzyżowej oraz na przednią ścianę jamy brzusznej wzdłuż przebiegu moczowodów, a także do pachwin i cewki moczowej. Objawami towarzyszącymi są nudności, wymioty, krwiomocz, objawy dyzuryczne lub cechy zakażenia układu moczowego.

Opis przypadku: 15-letni pacjent przyjęty do Kliniki Pediatrii Nefrologii i Alergologii Dziecięcej WIM z powodu podejrzenia objawowej kamicy nerkowej. U pacjenta obserwowano dolegliwości bólowe w lewej okolicy lędźwiowej, nawracające od 7 miesięcy, nasilające się w pozycji siedzącej i wybudzające pacjenta ze snu. Do czasu przyjęcia do WIM chłopiec był hospitalizowany w trzech ośrodkach (lipiec 2016, wrzesień 2016), w badaniu RTG jamy brzusznej opisano drobne zwapnienie w rzucie nerki lewej, w powtarzanych badaniach USG jamy brzusznej złogów w układzie moczowym nie uwidoczniło, okresowo opisywano zastój w układzie kieli-

chowo-miedniczkowym lewej nerki. Z powodu podwyższonych parametrów zapalnych dwukrotnie był leczony antybiotykami (Cefuroksym, Amikacin), lekami przeciwbólowymi i rozkurczowymi, bez istotnego wpływu na zgłaszane dolegliwości. W WIM wykonano u pacjenta badanie uro-TK, podczas którego nie potwierdzono kamicy układu moczowego, zaobserwowano natomiast niejednorodną, ogniskową zmianę w klatce piersiowej po stronie lewej. Badanie rozszerzono o TK klatki piersiowej, gdzie uwidoczniło guz w śródpiersiu tylnym (6 x 6 x 8 cm) wychodzący z żebra IX i powodujący destrukcję żebra VIII i X. Pacjenta przekazano do ośrodka onkologicznego, gdzie po wykonaniu biopsji rozpoznano guz z grupy Ewing sarcoma/PNET.

Wnioski: Guzy śródpiersia tylnego u dzieci występują zdecydowanie rzadziej niż kamica układu moczowego. W diagnostyce kamicy badaniem z wyboru jest USG jamy brzusznej, jednak w przypadkach wątpliwych należy rozważyć poszerzenie diagnostyki obrazowej.



Powikłania antybiotykoterapii w praktyce pulmonologii dziecięcej

Tatsiana Roubuts, Wojciech Radziszewski

Grodzieński Uniwersytet Medyczny, Grodno

Wstęp: Powikłania antybiotykoterapii z roku na rok są coraz częstszym zjawiskiem. Jest to spowodowane przede wszystkim wzrostem uzasadnionego i nieuzasadnionego stosowania antybiotyków przy leczeniu.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie częstości występowania powikłań u dzieci z chorobami układu oddechowego, związanych z leczeniem antybiotykami.

Metodyka: Przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej 100 hospitalizowanych pacjentów, którzy przeszli leczenie antybiotykami z powodu chorób układu oddechowego (ostre zapalenie oskrzeli, ostre zapalenie płuc) na oddziale pulmonologii w szpitalu dziecięcym w 2016 r. Średni wiek wynosił $3 \pm 0,45$ roku. Średni czas trwania leczenia antybiotykami wynosił $7,2 \pm 0,6$ dni.

Wyniki: W 42 przypadkach przed hospitalizacją dzieci były już leczone antybiotykami ambulatoryjnie. Biegunka występowała u 27 pacjentów przyjmujących antybiotyki. U 20 dzieci wystąpiła po upływie 7 dni od antybiotykoterapii cefalosporynami 2 i 3 pokolenia i ampicyliną z sulbaktamem. Dwie trzecie tych dzieci w trakcie leczenia w szpitalu otrzymywały ampicylinę, amoksycylinę z kwasem klawulanowym i makrolidy. W przypadku tych dzieci biegunka występowała wcześniej, do 5 dni od

rozpoczęcia antybiotykoterapii. Nie było istotnych różnic w przebiegu klinicznym i czasie trwania zespołu biegunki u dzieci podczas przyjmowania probiotyków albo bez nich. Wysypkę zaobserwowano u 3 pacjentów przy leczeniu cefotaksymem, ceftriaksonem i ampicyliną z sulbaktamem – w ciągu 1–2 dni od rozpoczęcia stosowania antybiotyku. W 12% przypadków podczas terapii antybiotykami zaobserwowano leukemoid reakcje eozynofilowego typu i neutropenie różnej intensywności. Najczęściej ten zespół pojawił się po użyciu cefalosporyny pozajelitowo w 6–8 dniu od rozpoczęcia leczenia.

Wnioski: Według oddziału pulmonologii 27% dzieci z ostrymi zapaleniami dróg oddechowych podczas leczenia antybiotykami zanotowało powikłania przewodu pokarmowego, 12% leukemoid reakcje krwi i w 3% z alergicznym zapaleniem skóry. Skutki uboczne terapii antybiotykami najczęściej zaobserwowano po użyciu cefalosporyny, ampicyliny i amoksycyliny z kwasem klawulanowym lub były związane z przedszpitalnym przepisaniem tych preparatów. Ponadto, częstotliwość ich występowania nie była związana z drogą podawania, częstością i dawką antybiotyków.



Zespół Chilaiditi przyczyną ciężkich, nawracających infekcji dróg oddechowych u 2,5-miesięcznego niemowlęcia

Janusz Zaryczyński¹, Aleksander Łaba², Joanna Łaba¹

¹Wojewódzkie Centrum Medyczne, Opole

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Wrocław

Wstęp: Zespół Chilaiditi to rzadka anomalia polegająca na przemieszczeniu okrężnicy pomiędzy przeponę a wątrobę (łac. *Interpositio coli hepato-diaphragmatica*). Dotyczyć może 0,14–0,28% ogółu populacji, w tym także dzieci. Charakteryzuje się bardzo różnorodnym przebiegiem – od bezobjawowego do ciężkich infekcji dróg oddechowych z nasiloną dusznością i/lub bólami brzucha, z niedrożnością i pseudoodmą otrzewnową, czasami doprowadzając do niepotrzebnych interwencji chirurgicznych. Opisano przypadek najmłodszego na świecie dziecka, przyjętego do szpitala z powodu duszności oddechowej, u którego stwierdzono nieprawidłowe położenie jelita grubego, rozpoznając zespół Chilaiditi. W badaniu

fizykalnym stwierdzono duszność oddechową ze stridorem krtaniowym, bez efektu na typowe leczenie. W badaniu RTG klatki piersiowej – obustronne plamiste zagęszczenia mogące odpowiadać zmianom zapalnym oraz drobnoplamiste ognisko zwapnień w nadbrzuszu prawym, odpowiadające *Interpositio coli hepato-diaphragmatica*.

Wnioski: Proste badanie radiologiczne kl. piersiowej i/lub USG jamy brzusznej mogą przyspieszyć postawienie prawidłowego rozpoznania. Wdrożenie odpowiedniego leczenia pozwala na uniknięcie niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Analysis of nutrient composition of mixtures for feeding healthy infants of the first six months of life

Natalia Tomchyk, Elizaveta Avrukevich

Grodno State Medical University, Grodno

The problem of choosing a mixture for feeding a child is a responsible step associated not only with medical but also with economic aspects.

Aim and objectives: to analyze the nutrient composition of mixtures for feeding children who are six months old.

The information from websites of manufacturers of mixtures "Bellakt Optimum 1 +" (Belarus), "NAN OPTIPRO-1" (Holland), "Nestogen 1" (Switzerland) was analyzed and a survey of 34 parents was held. We calculated the confidence interval (CI) for the parameter.

It was revealed that "Bellakt Optimum 1+" is balanced in proteins, fats, carbohydrates, respectively 1.4/100, 3.5/100, 6.7/100 ml of the mixture, it contains 60% of milk serum proteins, the ideal composition of polyunsaturated fatty acids, nucleotides, vitamins, prebiotics, lutein, α -lactalbumin, micro- and macronutrients, linoleic and α -linolenic acids.

The regurgitation was revealed in 31.25% (CI95% 11.02–58.66) of children, 50.00% (CI95% (24.65–75.35) of parents noticed the poor solubility of the mixture in water. 100% of mothers noted the affordability of the product.

«Nestogen 1 prebio» is balanced in proteins, fats, carbohydrates; contains essential micro- and macronutrients, Prebiotics, linoleic, linolenic fatty acids, vitamins, tauri-

ne, coconut, rapeseed and sunflower oil, 77% of casein proteins, a lot of maltodextrin, no lactoferrin, docosahexaenoic (DHA) and arachidonic (ARA) acids, nucleotides, probiotics. 70% (CI95% (34.75–93.33) of the respondents noted a quick dilution with water, 60% (CI95% (26.24–87.84) – sweet taste, 20% (CI95% (2.52–55.61) – the onset of colic after using of the mixture.

Mixture "NAN OPTIPRO-1" contains the necessary macro- and micronutrients, vitamins, no palm olein. It contains sunflower, high oleic sunflower, coconut and rapeseed oils; DHA and ARA, taurine, inositol, nucleotides, L-carnitine. The structure of the OPTIPRO protein is similar to proteins of breast milk. The mixture contains the proteins, fats and carbohydrates, respectively, 9.6/100, 27.7/100, 57.8/100 g. 12.50% (CI95% (0.32–52.65) of parents complained of constipation and greenish stool in babies.

Thus, the composition of modern breastmilk substitutes matches the international standards. The mixtures "Bellakt Optimum 1 +" and "NAN OPTIPRO-1" are most closely related to breast milk, and they do not contain components that would cause allergic diseases and colic in children.



Przeoczone wnętrostwo

Ada Przygocka-Pieniążek, Małgorzata Myśliwiec

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Badanie narządów płciowych jest ważną częścią badania ogólnopediatrycznego, jednak często pomijaną, zarówno ze względu na brak czasu, jak i opór rodziców oraz pacjentów. Jednocześnie brak wiedzy rodziców i pacjentów na temat możliwych zaburzeń w rozwoju tych narządów sprawia, że ich wzrost nie jest przez nich monitorowany.

Opis przypadku: Pacjent niespełna 12-letni został przyjęty do specjalistycznego oddziału celem diagnostyki otyłości. Podczas badania fizykalnego przy przyjęciu, oprócz koślawości kolan, otyłości, rogowacenia ciemnego i próchnicy, stwierdzono brak jąder w mosznie i kanale pachwinowym. W zleconym badaniu USG uwidoczono jądro lewe w kanale pachwinowym, a jądro prawe początkowo w mosznie, a następnie w kanale pachwinowo-

wym. Oba jądra o prawidłowej echogeniczności i echosstrukturze. Pacjenta skierowano do Poradni Chirurgii Dziecięcej celem fiksacji jąder w mosznie.

Wnioski: Oprócz wrodzonego wnętrostwa, zwykle dającego się wy badać w pierwszym okresie życia, należy brać pod uwagę zaburzenia zstępowania jąder do moszny, mogące wystąpić w okresie ponimowlęcym. Powikłania niezstąpienia jąder są bardzo poważne – możliwe jest nowotworzenie, agenezja jąder i związane z nią zaburzenia dojrzewania płciowego oraz bezpłodność. Dlatego ważne jest informowanie rodziców pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności regularnego badania obecności jąder w mosznie, także w wieku powyżej 4–5 lat.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Ocena parametrów biochemicznych ketogenezy u dzieci z wymiotami acetonemicznymi

Helena Krakowczyk, Edyta Machura, Ewelina Chrobak, Katarzyna Ziora

Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Nasiloną ketogeneza prowadzi do pojawienia się ketozy. Jej najczęstszą przyczyną są wymioty acetonemiczne, towarzyszące infekcjom dróg oddechowych. Najbardziej wiarygodnym wskaźnikiem toczącej się w organizmie ketozy jest pomiar stężenia ciał ketonowych w surowicy krwi oraz metabolitów pośrednich ketogenezy, do których zaliczamy wolne kwasy tłuszczowe (WKT) oraz glicerol.

Cel pracy: Celem pracy była ocena i analiza parametrów biochemicznych ketogenezy u dzieci z wymiotami acetonemicznymi pod kątem ich przydatności w diagnostyce i terapii.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 50 chorych w wieku od 18 miesięcy do 12 r.ż., hospitalizowanych z powodu wymiotów z ketozą w czasie infekcji dróg oddechowych, wymagających nawodnienia pozajelitowego. U wszystkich dzieci wykonano 2-krotnie pomiary następujących parametrów: b-hydroksymaślanu, WKT, glicerolu, glukozy oraz insuliny w okresie ostrym choroby, oraz badania kontrolne około 7–10 dni po ustąpieniu objawów.

Wyniki: Stwierdzono istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy czasem trwania wymiotów przed przyjęciem dziecka do szpitala oraz okresem stosowania nawadniania pozajelitowego, a stężeniem kwasu b-hydroksymaślanowego przy przyjęciu. Hipoglikemię stwier-

dzano tylko u dzieci w wieku 2–4 lat oraz 2 razy częściej u dzieci, u których dolegliwości trwały powyżej 12 godz. Stwierdzono istotną statystycznie korelację ($p < 0,05$) pomiędzy stężeniem kwasu b-hydroksymaślanowego a stężeniem: WKT, wolnego glicerolu, glukozy. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie ($p < 0,05$) pomiędzy stężeniem glukozy i insuliny. Stężenie b-hydroksymaślanu, WKT, wolnego glicerolu u dzieci wykonane ponownie po wygaszeniu objawów ketozy było znacząco niższe ($p < 0,05$) niż w fazie ostrej choroby, co korelowało z brakiem objawów klinicznych. Analizując parametry gospodarki węglowodanowej, nie stwierdzono istotnej różnicy w stężeniu glukozy w okresie ostrym i w okresie remisji, natomiast różnica pomiędzy średnim stężeniem insuliny w obu analizowanych okresach była na granicy znaczącości statystycznej ($p = 0,058$).

Wnioski:

1. Wysokość stężeń parametrów biochemicznych ketozy świadczy o intensywności toczących się w organizmie przemian metabolicznych, nasileniu objawów klinicznych oraz konieczności intensyfikacji leczenia.
2. Wymioty acetonemiczne są przejściowymi zaburzeniami równowagi energetycznej organizmu, co potwierdzają prawidłowe wyniki parametrów biochemicznych ketozy po wygaszeniu objawów choroby.



Czynniki wpływające na stężenie witaminy D w surowicy dzieci łódzkich w wieku wczesnoszkolnym z nadmiarem masy ciała

Anna Łupińska, Danuta Chlebna-Sokół

Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości, I Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp: Otyłość, nazywana epidemią XXI wieku, stanowi czynnik ryzyka hipowitaminozy D. Nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie, będący swego rodzaju magazynem lipofilnej witaminy D, może przyczyniać się do zmniejszenia jej stężenia w surowicy. Niewłaściwie zbilansowana dieta, ograniczona aktywność fizyczna i czas ekspozycji na promienie słoneczne to kolejne czynniki zwiększające częstość niedoboru tej witaminy wśród dzieci z otyłością.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania niedoboru witaminy D u dzieci w wieku wczesnoszkolnym z nadmiarem masy ciała oraz analiza czynników wpływających na jej stężenie w surowicy w tej grupie badanych.

Pacjenci i metody: Końcowej analizie poddano 80 dzieci w wieku 7–10 lat (60 pacjentów z otyłością i 20 z nadwagą). Grupę porównawczą stanowiło 37 dzieci z prawidłową masą ciała. U wszystkich pacjentów przeprowadzono badanie lekarskie z pomiarami antropometrycznymi. Rodzice badanych wypełniali kwestionariusz zawierający pytania dotyczące m.in. aktywności fizycznej czy ekspozycji na słońce dziecka. Średnie dobowe spożycie witaminy D i wapnia analizowano wykorzystując metodę 3-dniowego zapisu całodzienniej diety. U każ-

dego dziecka oceniono skład ciała metodą absorpcjometrii promieniowania X o podwójnej energii (DXA) oraz oznaczono stężenie 25OHD w surowicy, wykorzystując metodę chemiluminescencji.

Wyniki: Niedobór witaminy D stwierdzono u 56/60 (93,3%) dzieci z otyłością, 19/20 (95%) pacjentów z nadwagą oraz 33/37 (89,2%) badanych z grupy porównawczej. Wykazano ujemną korelację między masą ciała i masą tkanki tłuszczowej a stężeniem 25OHD > 20 ng/ml w surowicy. Pora roku i czas ekspozycji na promieniowanie słoneczne nie wpływały w sposób znamieny statystycznie na stężenie 25OHD w surowicy. W diecie wszystkich pacjentów z otyłością (100%) oraz 95% badanych z nadwagą i z grupy porównawczej stwierdzono niedobory witaminy D.

Wnioski: U większości badanych dzieci wykazano niedobór witaminy D w surowicy, co wymaga wdrożenia działań mających na celu upowszechnienie realizacji istniejących zaleceń dotyczących suplementacji tą witaminą. Ujemna zależność pomiędzy zawartością tkanki tłuszczowej i masą ciała a stężeniem 25OHD w surowicy potwierdza teorię o otyłości jako czynniku ryzyka niedoboru tej witaminy.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



IgA-zależne zapalenie naczyń w populacji pediatrycznej – retrospektywna analiza 43 przypadków

Majka Jaszczura, Ewelina Chrobak, Małgorzata Barć-Czarnecka, Edyta Machura

Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Choroba Schonleina-Henocha (HSP, IgA-zależne zapalenie naczyń) jest najczęściej występującym układowym zapaleniem naczyń w wieku rozwojowym. Zgodnie z obowiązującą nomenklaturą jest zaliczana do grupy zapaleń małych naczyń, związanych z kompleksami immunologicznymi. W HSP w ścianie małych naczyń stwierdza się złogi kompleksów immunologicznych zbudowanych głównie z IgA1 i składowej C3 dopełniacza. Zmiany dotyczą najczęściej naczyń skóry kończyn dolnych, przewodu pokarmowego i nerek, towarzyszą im ból i zapalenie stawów.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza przebiegu choroby oraz wyników badań u dzieci chorych na HSP.

Metodyka: Przeanalizowano dokumentację medyczną wszystkich pacjentów wypisanych z Oddziału Ogólnopediatrycznego SPSK nr 1 w Zabrze, leczonych z powodu HSP w latach 2012–2016. Rozpoznanie choroby oparto na kryteriach EULAR/PRINTO/PRES. 47 pacjentów spełniało kryteria rozpoznania HSP. 4 pacjentów wykluczono z analizy, ze względu na brak pełnej dokumentacji medycznej.

Wyniki: Wśród 43 dzieci przeważały dziewczynki (K – 58%, M – 42%), wskaźnik M : K – 0,72 : 1. Średnia wieku pacjentów w latach wyniosła 6,6 roku (22 mies. – 15 lat). U 63% pacjentów stwierdzono objawy infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych lub przewodu po-

karmowego. Dolegliwości ze strony stawów zgłaszało 69,7% pacjentów, zajęcie przewodu pokarmowego z bólem brzucha miało miejsce w 48% przypadków, najrzadziej obserwowano zmiany w moczu w postaci krwinkomoczu i/lub białkomoczu (20,9%). U 7 dzieci pojawienie się zmian skórnych zostało poprzedzone objawami stawowymi, a u 3 początkowo obserwowano bóle brzucha i wymioty.

Podwyższone parametry zapalne (CRP/leukocytoza) stwierdzono u 38 dzieci (72,1%), podwyższone stężenie d-dimerów u 34 dzieci (79%), IgA u 15 pacjentów (34,9%) i fibrynogenu u 11 dzieci (25,6%). U 4 dzieci wystąpił nawrót choroby. W leczeniu stosowano reżim łóżkowy, antybiotykoterapię, niesteroidowe leki przeciwzapalne, inhibitory pompy protonowej, leczenie miejscowe. 9 pacjentów wymagało zastosowania glikokortykosteroidoterapii – doustnie w 5 przypadkach, w pozostałych początkowo dożylnie. U 1 dziewczynki stosowano dożylnie immunoglobuliny. Średni czas pobytu na oddziale wyniósł 9,47 dnia.

Wnioski: Najczęstszą przyczyną HSP jest infekcja. Dolegliwości stawowe, po zmianach skórnych, są drugim najczęstszym objawem. Zajęcie nerek występuje częściej u starszych pacjentów. HSP jest samoograniczającą się chorobą, o dobrym rokowaniu.



Etiological structure of respiratory infections in children living in the western regions of Belarus

Aksana Kharchanka, Tatsiana Roubuts

Grodno State Medical University, Grodno

Introduction: The number of reported cases of influenza and acute infections of the upper respiratory tract in Belarus has increased 1.5 times over the past 15 years.

Aim: To study the spectrum of bacterial flora of the nasopharynx and the oropharynx in children of early age with acute respiratory infections and determine the sensitivity to antibiotics of the identified microorganisms.

Material and methods: We examined 8115 children aged 1–15 years who were treated in the hospital for acute respiratory infections of the upper and lower respiratory tract: acute pharyngitis, stenosing laryngotracheitis, simple and obstructive bronchitis. Children were not treated with antibiotics before admission to the hospital. We took swabs from the nose and throat before prescribing antibiotics. To verify the pathogens it was used a bacteriological method and A real-time PCR method on the Line Gene 9600 device from BIOER (China). We conducted the research from 2000 to 2015.

The results: In the examined children there were identified facultative symbionts: *Staphylococcus aureus* (69.3%), *Streptococcus β-hemolytic A* (34.7%), *Pneumococcus* (8.1%), *Enterobacteria* (*E. coli* 5.8%, *Klebsiella* 4.4%), *Haemophilus influenzae* (5.7%) and *Pseudomonas* (3.2%) against resident flora (*Streptococcus α-hemolytic*,

Neisseria, *diphtheria*, *Staphylococcus epidermal*). There were identified fungi of the genus *Candida* in 17.2% of the examined children.

Analysis of the resistance of the isolated flora showed that only in 6.9% of patients the *Staphylococcus aureus* was sensitive to penicillins. However, 63.1% of strains of *Staphylococcus aureus* were sensitive to oxacillin, 68.8% of strains – to ciprofloxacin, 95.7% of strains to levofloxacin, 91.6% of strains – to sulfamethoxazole with trimethoprim and 79.5% of strains – to azithromycin. *Streptococcus β-hemolytic A* was highly sensitive to penicillins (87.9%) and resistant to azithromycin (53.8%). *Klebsiella* in 97.7% of cases was resistant to ampicillin. The detected *Pseudomonas* strains in 45.9% of cases were resistant to ceftazidime and 39% to piperacillin.

Conclusions: It was revealed a golden staphylococcus sensitive to levofloxacin and sulfamethoxazole in the oropharynx and nasopharynx in the majority of children. Constant monitoring of infectious agents and their sensitivity to antibiotics in acute respiratory infections in children is required.

Potential competing interests are not present



Guz Potta u 8-letniej dziewczynki

Paulina Przybysz¹, Piotr Hartmann¹, Magdalena Pilarska², Teresa Jackowska¹

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

²Klinika Otolaryngologii, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

Wstęp: Ciężkie powikłania zapalenia zatok, takie jak ropień mózgu, zapalenie szpiku kostnego, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych czy zakrzepica zatok żylnych mózgu występują coraz rzadziej w erze antybiotykoterapii, ale nierozpoznane nadal mogą przyczyniać się do wzrostu umieralności i śmiertelności wśród dzieci.

Opis przypadku: Dotychczas zdrowa, 8-letnia dziewczynka została przyjęta do Kliniki z powodu bólu głowy oraz obrzęku zlokalizowanego na powiekach górnych i w okolicy czołowej.

Od 2 tygodni zgłaszała ból głowy w okolicy czołowej, ze słabą reakcją na leki przeciwbólowe oraz narastający obrzęk w okolicy czołowej i powiek od 3 dni. Dwa dni przed przyjęciem była konsultowana pediatrycznie, rozpoznano reakcję alergiczną, zalecono ibuprofen i desloratadynę – bez poprawy. Dodatkowo od doby przed przyjęciem uskarżała się na niedrożność nosa, sływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła oraz zaburzenia czucia smaku. Nie gorączkowała, nie obserwowano wymiotów ani nudności, negowała uraz głowy oraz ukąszenie przez owada. Cztery tygodnie przed przyjęciem nurkowała w Morzu Adriatyckim.

Przy przyjęciu dziewczynka była w stanie ogólnym dobrym. Z odchyleń badaniem przedmiotowym stwierdzono bolesny guz o wymiarach 4 x 5 cm zlokalizowany w okolicy czołowej, obustronny obrzęk powiek, zez

zbieżny, zaczerwienione spojówki, niedrożność nosa, przekrwione łuki podniebienne-gardłowe. W badaniu neurologicznym poza słabo dodatnią próbą Romberga bez odchyleń.

W badaniach laboratoryjnych poza nieznacznie podwyższonym stężeniem markerów stanu zapalnego (CRP 11,42 mg/dl, WBC 16,8 tys./ul) nie stwierdzono odchyleń. W wykonanym badaniu tomografii komputerowej zatok uwidoczniło masowe zmiany zapalne obejmujące zatoki przynosowe po stronie prawej oraz destrukcję ściany zatok czołowych. Zmiany zapalne miały bezpośredni kontakt z przednim dołem czaszki. Na podstawie obrazu klinicznego, po konsultacji laryngologicznej, rozpoznano zapalenie zatok przynosowych powikłane guzem Potta. Z uwagi na konieczność pilnej interwencji neurochirurgicznej i leczenia laryngologicznego pacjentkę przekazano na oddział specjalistyczny.

Podsumowanie: Guz Potta jest definiowany jako ropień podokostnowy z towarzyszącym zapaleniem szpiku kostnego będący następstwem zapalenia zatok czołowych i stanowi jedno z najcięższych powikłań zapalenia zatok. Rozpoznanie tej jednostki chorobowej jest istotne, ze względu na konieczność wielospecjalistycznego leczenia.

Praca realizowana w ramach grantu CMKP501-1-20-19-17



Stężenie 25(OH)D u dzieci (0–18 lat) hospitalizowanych – obserwacje własne*

Piotr Hartmann¹, Jakub Chwiećko², Teresa Jackowska¹

¹Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

²Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Warszawa

Wstęp: Niedobory witaminy D₃, pomimo rekomendacji zalecających stosowanie jej suplementacji we wszystkich grupach wiekowych, pozostaje istotnym problemem. Jest on powszechny w wielu krajach, głównie umiarkowanych szerokości geograficznych.

Cel pracy: Celem pracy było określenie stężenia 25(OH)D (witaminy D₃) u pacjentów przyjmowanych na oddział pediatryczny, bez względu na przyczynę hospitalizacji (badanie przesiewowe prowadzone wśród dzieci w jednym ośrodku w Warszawie).

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiło 2963 dzieci (1461 dziewcząt i 1502 chłopców) w wieku od 1 miesiąca do 18 r.ż., przyjmowanych do szpitala od października 2013 do listopada 2016 r. (37 miesięcy). Średni wiek pacjentów wynosił 5 lat 2 miesiące (mediana 2,8 lat). Na potrzeby badania przydzielono pacjentów do grup wiekowych: pierwszy r.ż. (24,0% – 711/2963) drugi r.ż. (16,8% – 498/2963), trzeci r.ż. (10,7% – 319/2963), 4–5 r.ż. (14,0% – 413/2963), 6–10 r.ż. (13,8% – 409/2963), 11–18 r.ż. (20,7% – 613/2963).

Oznaczenia stężeń 25(OH)D wykonywano za pomocą systemu firmy Liaison XL. Za prawidłowe stężenie przyjęto wartości z zakresu 30–50 ng/ml. Do badania wykorzystywano materiał pozostały po wykonaniu badań diagnostycznych z próbki krwi pobranej od dziecka.

Wyniki: Średnie stężenie 25(OH)D w całej grupie wynosiło 27,99 ng/ml (3,9–93,0 ng/ml). Prawidłowe stężenia 25(OH)D stwierdzono u 38% (1128/2963) dzieci. U 59% (1740/2963) stężenia 25(OH)D były poniżej 30 ng/ml, a u 25% (742/2963) poniżej 20 ng/ml. Tylko u 3% pacjentów (95/2963) były powyżej 50 ng/ml.

Uzyskane wartości stężeń 25(OH)D różniły się znacznie w zależności od wieku badanych.

W grupie najmłodszej (1 r.ż.) stężenia powyżej 30 ng/ml stwierdzono u 71% (502/711), a w grupach starszych odsetek sukcesywnie się zmniejszał, osiągając 10% (59/613) w grupie 11–18 r.ż. U żadnego z badanych dzieci nie stwierdzono stężenia świadczącego o przedawkowaniu witaminy D₃.

Wnioski: Mimo obowiązujących rekomendacji, prawidłowe stężenia 25(OH)D są obserwowane u mniej niż połowy dzieci. Najbardziej niepokojące są wyniki uzyskiwane w grupie dzieci najstarszych. Prawie 30% niemowląt ma zbyt niskie wartości stężeń witaminy D₃. Konieczne są dalsze działania edukacyjne dotyczące stosowania witaminy D₃, szczególnie wśród rodziców dzieci po okresie niemowlęcym.

*Grant CMKP 501-1-20-19-17



Ocena profilu lipidów i ketonemii u dzieci z nawracającymi epizodami wymiotów z ketozą w trakcie infekcji dróg oddechowych

Helena Krakowczyk, Edyta Machura, Małgorzata Rusek, Katarzyna Ziora

Katedra i Klinika Pediatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Nawracające epizody wymiotów z towarzyszącą ketozą są typową i często występującą jednostką chorobową w okresie wczesnodziecięcym, a nieliczne badania zajmują się oceną stwierdzanych w czasie ich występowania zaburzeń biochemicznych i ich znaczenia w rozwoju dziecka.

Cel pracy: Celem pracy była ocena stężenia profilu lipidów oraz parametrów ketozy u dzieci z nawracającymi epizodami ketozy w wywiadzie, w porównaniu z dziećmi bez takich incydentów w wywiadzie.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 42 dzieci w tym 22 dzieci z nawracającymi epizodami wymiotów z towarzyszącą ketozą (grupa ketotyczna) oraz 20 dzieci, których rodzice takich skłonności w wywiadzie nie podawali (grupa porównawcza). Metodyka badań obejmowała badanie biochemiczne (ocenę stężeń w surowicy kwasu b-hydroksymasłowego, wolnych kwasów tłuszczowych, wolnego glicerolu, cholesterolu, TG, HDL, LDL) i analizę statystyczną otrzymanych wyników.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnych różnic w obu badanych grupach odnośnie do wieku, płci, obecnych nawyków żywieniowych, parametrów antropometrycznych. Niewielkie różnice stwierdzono w częstości przebytych infekcji. Stwierdzono nieznacznie wyższy poziom b-hy-

droksymasłanu w grupie porównawczej w stosunku do grupy ketotycznej ($p = 0,53$). Średnie stężenia glicerolu oraz glukozy w obu grupach były niemal identyczne ($p > 0,05$). Różnicę stwierdzono jedynie w średnich wartościach stężeń WKT, które były wyższe w grupie porównawczej ($p = 0,004$). Analizując parametry gospodarki tłuszczowej, stwierdzano w grupie ketotycznej wyższe średnie stężenie triglicerydów ($p = 0,18$), natomiast niższe średnie stężenie frakcji cholesterolu HDL ($p = 0,037$). W grupie ketotycznej średnie stężenie cholesterolu całkowitego było o 0,168 mmol/l niższe niż w grupie kontrolnej ($p > 0,05$). Średnie stężenia cholesterolu LDL w obydwu badanych grupach były bardzo zbliżone ($p > 0,05$).

Wnioski:

1. U dzieci z nawracającymi epizodami ketozy w okresie bezobjawowym stwierdzano większe odchylenia gospodarki lipidowej w porównaniu z dziećmi bez takich incydentów w wywiadzie.
2. Pacjenci z epizodami przygodnych wymiotów z ketozą w dzieciństwie wymagają monitorowania zaburzeń gospodarki tłuszczowo-węglowodanowej oraz modyfikacji nawyków żywieniowych celem uniknięcia wystąpienia zaburzeń metabolicznych w życiu dorosłym.



Zależność między wielkością ciemienia przedniego a stężeniem 25(OH)D₃

Maria Trojanowska-Szostek¹, Małgorzata Joniec², Beata Kulik-Rechberger¹

¹Zakład Propedeutyki Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Oddział Patologii Niemowląt, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Lublin

Wstęp: Ocena ciemienia przedniego jest ważnym elementem badania pediatrycznego. Zbyt duże lub zbyt małe w odniesieniu do wieku dziecka rodzi podejrzenie stanu chorobowego. Ponieważ jego wielkość kojarzona jest z poziomem witaminy D, lekarz musi zastanowić się nad modyfikacją dawki stosowanej w suplementacji.

Cel pracy: Celem pracy było określenie przeciętnych wielkości ciemienia przedniego u zdrowych, prawidłowo rozwijających się niemowląt z terenu Lubelszczyzny oraz określenie zależności między wielkością ciemienia przedniego a stężeniem 25(OH)D₃ w surowicy.

Materiał i metody: Badaniem objęto 1190 dzieci (558 dziewcząt, 632 chłopców) w wieku 2–13 miesięcy oraz 40 dzieci (19 dziewcząt i 21 chłopców) w wieku 18 mies., hospitalizowanych w latach 2013–2015 na Oddziale Patologii Niemowląt Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie z powodu łagodnych infekcji.

Obliczano pole powierzchni ciemienia przedniego. Dziewięćdziesiąt czworo dzieci miało oznaczone stężenie 25(OH)D₃ w surowicy.

Wyniki: Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między wielkościami ciemiaczek u dziewcząt i chłopców. Blisko 50% dzieci w wieku 13 mies. i 23% dzieci w wieku 18 mies. miało ciemień przednie otwarte. Najwcześniej zarośnięte ciemień stwierdzono u zdrowego niemowlęcia pięciomiesięcznego. Stwierdzono wyraźną ujemną korelację pomiędzy masą ciała a wielkością ciemienia oraz słabą ujemną korelację pomiędzy obwodem głowy, długością ciała a wielkością ciemienia. Nie stwierdzono zależności między wielkością ciemienia przedniego a stężeniem 25(OH)D₃.

Wnioski: U zdrowych dzieci wielkość ciemienia przedniego nie zależy od stężenia 25(OH)D₃ w surowicy.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017



Przewlekły ból biodra u 8-letniej dziewczynki maską rozlanego chłoniaka nieziarniczego – opis przypadku

Agnieszka Pawłowska-Kamieniak¹, Agnieszka Mroczkowska-Juchkiewicz¹, Katarzyna Kominek¹, Paulina Krawiec¹, Edyta Olesińska², Agnieszka Brodzisz², Beata Chrapko², Bogusław Stefaniak², Elżbieta Pac-Kożuchowska¹

¹Klinika Pediatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Chłoniaki z obwodowych limfocytów T są rzadkimi nowotworami pojawiającymi się w węzłach chłonnych i w innych lokalizacjach pozawęzłowych. W populacji dziecięcej spotyka się prawie wyłącznie chłoniaki o wysokiej złośliwości, z czego około 5–10% zachorowań stanowią chłoniaki anaplastyczne wielkomórkowe (ALCL).

Opis przypadku: Dziewczynka 8-letnia przyjęta do Kliniki Pediatrii UM w Lublinie z powodu przewlekłego bólu biodra lewego. W wywiadzie od kilku miesięcy narastające dolegliwości bólowe lewego uda i okolicy biodra lewego, okresowe utykanie, przed przyjęciem do kliniki przechylenie sylwetki ciała w lewo. W tym czasie postępujące osłabienie, mniejsza aktywność, gorszy apetyt, utrata masy ciała, okresowe zwiększone temperatury, bez ewidentnych cech infekcji. Przy przyjęciu pacjentka utykająca na lewą kończynę dolną. W badaniu fizykalnym, poza rotacją tułowia w stronę lewą, nie stwierdzono istotnych odchyleń. Wykonane badania dodatkowe wykazały wysokie parametry stanu zapalnego (OB, CRP, leukocytozę), niedokrwistość. Wykonane RTG i USG obu stawów biodrowych bez zmian. W USG jamy brzusznej powiększone węzły z zachowaną budową warstwową w prawym dole biodrowym. Biopsja szpiku, scyntygrafia trójfazowa kości oraz ECHO serca bez od-

chyień. W trakcie hospitalizacji pacjentka gorączkowała, skarżyła się na bóle biodra lewego – chód i postawa ciała okresowo nieprawidłowe. Obserwowano wzmożoną potliwość w porze nocnej. W kontrolnych badaniach, pomimo empirycznej antybiotykoterapii utrzymywały się wysokie parametry zapalne, niedokrwistość. Kontrolne USG jamy brzusznej poza podwyższonym echem tkanki w dołach biodrowych nie wykazało odchyleń. W badaniu KT jamy brzusznej stwierdzono pogrubienie lewego mięśnia biodrowo-lędźwiowego z zatartą strukturą, z cechami niewielkiego wzmocnienia po podaniu kontrastu oraz z pogrubieniem powięzi. Przed planowaną biopsją mięśnia biodrowo-lędźwiowego lewego wykonano badanie 18F – FDG PET/CT, które ujawniło cechy procesu limfoproliferacyjnego – aktywne metabolicznie węzły chłonne jamy brzusznej i miednicy oraz podwyższone gromadzenie radiofarmaceutyka w tkance kostnej (trzony L2). Do oceny histopatologicznej pobrano aktywny metabolicznie węzeł pachwinowy prawy, rozpoznano ALCL ALK + common type. Dziecko poddane zostało terapii onkologicznej w Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej UM w Lublinie. Po trzech kursach chemioterapii kontrolne badanie PET/CT wykazało całkowitą remisję metaboliczną rozlanego chłoniaka nieziarniczego.

Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2017; 71, supl. 1: XXXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

eISSN 1734-025X

www.annales.sum.edu.pl

Published online: 13.09.2017