

56-ТА ЩОРІЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА ПЕДІАТРИЧНОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ, ГЕПАТОЛОГІЇ ТА НУТРИЦІОЛОГІЇ

Переклала й адаптувала д-р мед. наук Лариса Стрільчук

ЗАТРИМКА ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ В ДІТЕЙ ІЗ ЦЕЛІАКІЄЮ

P. Rižnik, P. Abrishamchian, H. Antunes та ін.

Мета. Численні дослідження зі всього світу постійно виявляють тривалу затримку в діагностиці целіакії. Метою цього дослідження було з'ясування термінів діагностичної затримки в дітей з уперше встановленим діагнозом целіакії.

Методи. Було проведено ретроспективне багатоцентрове дослідження за участю дитячих гастроентерологів із 29 країн Європи, Північної Америки, Азії та Австралії, Північної Африки. У фокусі дослідження перебував час від першої появи симптомів до встановлення остаточного діагнозу.

Результати. Проаналізовано дані 1466 дітей із симптомами целіакії, яким уперше було встановлено діагноз (медіана віку – 7,5 років). Медіана діагностичної затримки становила 7 місяців, а її діапазон – від 0 місяців до 15,5 років. Найдовшою затримка встановлення діагнозу була в Росії та Узбекистані (32 та 22 місяці відповідно), а найкоротшою – в Угорщині, Туреччині, Новій Зеландії (5 місяців) та Італії (4 місяці). Найбільшою діагностична затримка була в дітей без мальабсорбції (в дітей із боєм у животі – 8 місяців, із закрепом – 11 місяців); на тлі діареї затримка становила 6 місяців. Найбільшою затримка встановлення діагнозу була в дітей із герпетичним дерматитом (15 місяців), а найменшою – в дітей із жирними каловими масами (3 місяці).

Висновки. Значна затримка встановлення діагнозу целіакії відзначається в усьому світі, особливо за відсутності ознак мальабсорбції або целіакії із закрепом. Велика затримка також спостерігається при діагностиці стану дітей з абдомінальним боєм – найчастішим симптомом целіакії в дітей. Отримані результати підтверджують потребу в підвищенні обізнаності лікарів із питанням целіакії, подальшому їх навчанні стосовно диференційної діагностики цієї хвороби та загальносвітовому узгодженні алгоритмів ведення таких пацієнтів.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ФГІЗ) ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ: КОГОРТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

A. Aceti, I. Beghetti, F. Marchese та ін.

Мета. Це проспективне багатоцентрове когортне дослідження було покликане виявити неонатальні чинники ризику ФГІЗ й оцінити поширеність колик, регургітації та закрепів протягом першого року життя.

Методи. При народженні та на візитах спостереження оцінювали неонатальні характеристики дитини, анамнез госпіталізацій, анамнез куріння батьків тощо.

Результати. Було проаналізовано дані 6060 немовлят, 7,7% із яких народжені передчасно. Поширеність ФГІЗ у передчасно народжених немовлят була достовірно вищою, ніж у немовлят, народжених своєчасно (колька: 39,4 проти 26,3%; регургітація: 36,0 проти 17,2%; функціональний закреп: 22,2 проти 9,2%; усі $p < 0,001$). У немовлят, народжених своєчасно, застосування антибіотиків у неонатальному періоді

та низький рівень рН пупкової крові асоціювалися з кольками, регургітацією й функціональним закрепом ($p < 0,001$), а госпіталізація у відділення інтенсивної терапії – з регургітацією ($p < 0,001$). Цікаво, що куріння батька було пов'язане з кількою, а куріння матері – з регургітацією та закрепом. Винятково грудне вигодовування на момент виписки асоціювалося з нижчим ризиком розвитку ФГІЗ ($p < 0,001$). У дітей, народжених передчасно, неонатальне застосування антибіотиків і куріння батька асоціювалося з кількою, а госпіталізація у відділення інтенсивної терапії та народження від двоплідної вагітності – з регургітацією.

Висновки. Немовлята, народжені передчасно, мають вищий ризик розвитку ФГІЗ у перший рік життя порівняно з немовлятами, народженими у відповідний термін. У народжених своєчасно немовлят застосування антибіотиків у неонатальному періоді, низький рівень рН крові пупкового канатика та куріння батька незалежно асоціювалися з ФГІЗ, натомість грудне вигодовування виступало захисним чинником.

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ПЕДІАТРІЇ: ПОРІВНЯННЯ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНОГО Й ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

M.G. Puoti, C. Bucci, R. Turco та ін.

Мета. Нещодавні дослідження за участю дорослих пацієнтів вивчали ефективність антибіотикотерапії як неоперативного лікування гострого апендициту (ГА), однак дані щодо дітей дотепер відсутні. Автори оцінили ефективність антибіотиків (АБ) широкого спектра порівняно з апендектомією в дітей із неускладненим ГА.

Методи. Усіх дітей, госпіталізованих до цієї лікарні з неускладненим ГА, було стратифіковано за клінічними й ультразвукографічними критеріями та рандомізовано в групи хірургічного або фармакотерапевтичного лікування. Для чисельної оцінки ризику апендициту в дітей із болем у животі застосовували калькулятор ризику апендициту в педіатрії (pARC).

Результати. У дослідження було включено 126 дітей; 52 дитини отримували АБ, а 74 підлягали апендектомії. АБ-терапія була ефективною в 49 із 52 (94,2%) дітей; частка рецидивів упродовж першого року після першого епізоду ГА становила 12,2%. Оцінка за pARC достовірно асоціювалася з відсутністю ефективності АБ та рецидивуванням ГА ($p = 0,04$). У дітей з оцінкою за pARC < 75 імовірність сприятливої відповіді на АБ становила 93%. Потовщення перивісцерального жирового прошарку, виявлене під час ультразвукового дослідження через 1 місяць після епізоду ГА, асоціювалося з довгостроковим рецидивуванням апендициту ($p < 0,05$).

Висновки. У дітей із неускладненим ГА спостерігається висока ефективність АБ, зіставна з такою хірургічного втручання, однак у дітей, пролікованих АБ, відзначалася досить значна частка рецидивів протягом першого року спостереження, що зумовлювало потребу в хірургічному втручанні. У виявленні дітей, які можуть отримати переваги від неінвазивного підходу, може допомогти оцінка за pARC.

ПРОКОВТУВАННЯ МОНЕТКИ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: ЖОДНИХ ТУРБОТ НИЖЧЕ ДІАФРАГМИ

M.G. Puoti, M. Caldore, C. Bucci та ін.

Мета. Проковтування стороннього тіла являє собою поширений клінічний сценарій у невідкладній педіатрії, причому найчастіше проковтуваним об'єктом виступають монети. Якщо монета проходить через стравохід у шлунок, потреба в ендоскопічному втручанні відсутня; за дитиною можна спостерігати клінічно. Однак якщо монета застрягає у стравоході, ситуація може стати невідкладною. Метою дослідження було оцінювання наслідків та ускладнень проковтування монети в дітей, які звернулися до центру третинної медичної допомоги для невідкладної ендоскопії.

Методи. Було проаналізовано дані 807 дітей віком < 14 років.

Результати. У 52 (6%) дітей монета залишилася у стравоході, а в 755 (94%) – у шлунку або нижче, останніх було виписано та скеровано на контрольний амбулаторний візит через 4 тижні. Із 52 пацієнтів із монетою у стравоході 23 були симптоматичними, найпоширенішим симптомом виступала слинотеча. Монета затрималася в проксимальній ділянці стравоходу в 32 дітей, у середній – у 10 та в дистальній – також у 10. Пацієнтам із проксимальною локалізацією монети було виконано негайну ендоскопію, іншим

(за відсутності тяжких симптомів) – ендоскопію впродовж 12 годин після надходження. У 65% останніх рентгенографія продемонструвала спонтанне переміщення монети до шлунка, що зумовило відсутність потреби в ендоскопічному втручанні.

Висновки. Більшість проковтнутих монет проходять через травний тракт без жодних несприятливих наслідків, не потребуючи лікарського втручання. Невідкладного лікування потребують лише випадки, коли монета затрималася у стравоході. У більшості таких випадків монета затримується у верхніх відділах стравоходу, потребуючи її негайного ендоскопічного видалення у зв'язку з ризиком потрапляння в дихальні шляхи, неприємними для пацієнта симптомами та низькою ймовірністю самостійного просування до шлунка. У разі застрягання монети в середніх/нижніх відділах стравоходу автори рекомендують відтермінувати ендоскопію щонайменше на 6-12 годин і повторити рентгенографію перед проведенням процедури, оскільки в >50% випадків монета просувається далі самостійно.

5-РІЧНИЙ ДОСВІД ЗАКЛАДУ ТРЕТИННОГО РІВНЯ ЩОДО ПРОКОВТУВАННЯ БАТАРЕЙОК-ТАБЛЕТОК: ДІТИ ПРОДОВЖУЮТЬ ВІД ЦЬОГО ПОМИРАТИ

M. Almheiri, E. Aljabri, A. Kader та ін.

Мета. Проковтування батарейок-таблеток (ПБТ) у дітей може призвести до ускладнень, які загрожують життю, та навіть смерті. У 2021 р. Європейське товариство педіатричної гастроентерології, гепатології та нутриціології (ESPGHAN) опублікувало керівні вказівки із зазначеного питання. Метою цього дослідження стали визначення прихильності до цих вказівок і вивчення проблеми ПБТ і його ускладнень.

Методи. Проведено ретроспективний аналіз даних дітей, які звернулися до закладу третинного рівня з проблемою ПБТ протягом 2018-2023 рр.

Результати. У дослідження було включено 40 пацієнтів, причому зафіксовано зростання кількості випадків. У 52% випадків (n=21) батарейку знаходили в стравоході, в 37% – у шлунку. За рекомендаціями ESPGHAN, батарейку-таблетку необхідно усунути зі стравоходу впродовж 2 годин. У 14 пацієнтів ендоскопічне видалення батарейки було виконано впродовж 1,5 години після заковтування. Відповідно до ендоскопічної класифікації корозивних ушкоджень (шкала Zargar) у 9 пацієнтів оцінка становила 0 балів, але 14 дітей можна було віднести до класу ушкоджень IIIa. 82% пацієнтів (n=33) повністю одужали, 3 дитини мали короткотривалі ускладнення (гарячка), 1 дитина – перфорацію стравоходу. У 3 пацієнтів спостерігалися довгострокові ускладнення, включаючи стриктуру стравоходу, яка потребувала численних дилатувальних утручань і накладання трахеоезофагеальної фістули; 1 дитина померла (рис.). Із 32 пацієнтів, які звернулися до лікаря протягом <12 годин після заковтування, 15 мали показання до візуалізаційного обстеження, але в 13 із них воно так і не було виконано. Із 18 пацієнтів, яким проводилося ендоскопічне видалення батарейки-таблетки зі стравоходу, 13 також було виконано промивання оцтовою кислотою.

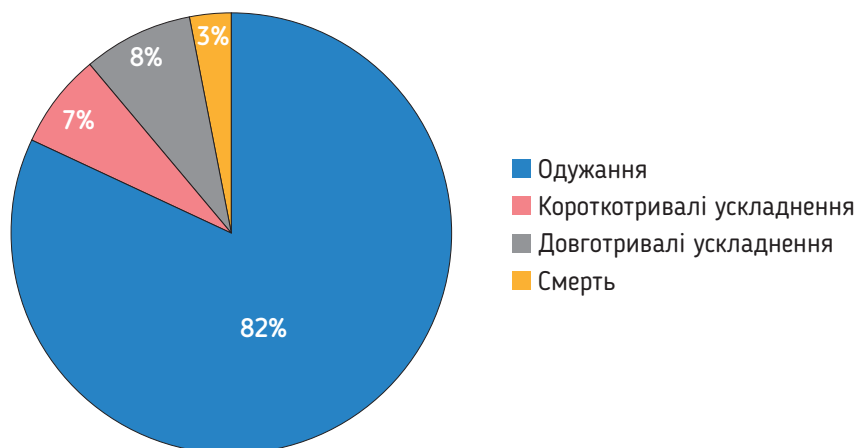


Рис. Наслідки заковтування батарейки-таблетки

Висновки. Після 2021 р. більшість дітей, які проковтнули батарейку-таблетку, отримували лікування відповідно до рекомендацій ESPGHAN. Більшість пацієнтів одужали, однак довготривалі ускладнення можуть загрожувати життю та спричиняти значну захворюваність і смертність.

ТЯЖКА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ В ДІТЕЙ НЕУТОЧНЕНОГО ГЕНЕЗУ: ВИСОКА ДІАГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ

N.Y. Lipski, M. Kori, T. Ben-Ami

Мета. Тяжка залізодефіцитна анемія (ЗДА) в дітей трапляється відносно рідко. Метою цього дослідження було оцінювання діагностичних можливостей ендоскопічного дослідження верхніх відділів травного тракту (ЕДВВТТ) у дітей.

Методи. Було проведено ретроспективне дослідження, що включало дітей віком <18 років, госпіталізованих із непояснюваною тяжкою ЗДА, рівнем гемоглобіну ≤ 70 г/л, яким проводилося ЕДВВТТ.

Результати. Зі 106 дітей, госпіталізованих із тяжкою анемією, 29 мали непояснювану ЗДА. ЕДВВТТ було проведено 25 дітям, 19 з яких (76%) мали симптоми анемії, а 10 (40%) – гастроінтестинальні симптоми. Середній уміст гемоглобіну в учасників дослідження становив 62 г/л. Стартове лікування передбачало переливання крові в 3 (12%) дітей, внутрішньовенне введення заліза у 21 дитини (84%) та пероральне застосування заліза в 1 дитини (4%). Ендоскопія дала змогу виявити вузлуваті утворення в шлунку, ерозії та поліпи в 17 з 25 (68%) дітей, дуоденіт або виразки – в 3 із 25 (12%). Гістопатологічне дослідження шлунка підтвердило гастрит у 18 з 25 (72%) дітей; причому гелікобактерний гастрит мали 9 із 18 (50%) дітей, колагенозний – 5 із 18 (27,8%), лімфоцитарний – 1 дитина, а неспецифічний – 3 дитини. Дуоденальне гістопатологічне дослідження виявило 3 випадки дуоденіту й 1 випадок целиакії. Причину ЗДА вдалося встановити у 18 з 25 (72%) дітей, у більшості з яких гастроінтестинальні симптоми були відсутні. Під час періоду спостереження рівні гемоглобіну залишилися стабільними у 23 із 25 (92%) учасників; 2 дитини потребували повторного лікування.

Висновки. Більшість дітей із непояснюваною тяжкою ЗДА мала гастроінтестинальну патологію, яку вдалося виявити за допомогою ЕДВВТТ. Це дослідження доцільно включити в діагностичний алгоритм тяжкої непояснюваної ЗДА незалежно від наявності шлунково-кишкової симптоматики.

Література

ESPGHAN 56th Annual Meeting Abstracts. JPGN Rep. 2024; 5 (Suppl. 1): S1-S1437. doi: 10.1002/jpr3.12073.