

FEEDS: pH – 2,0-3,0, conținut slab acid/ conținebilă, *Helicobacter pylori*: pozitiv +. Esofagul permeabil, pereții elastici. Mucoasa esofagului în treimea inferioară hiperemiată, cu depuneri albicioase și unele din ele sunt organizate în depozite albe de 2 mm. La detașarea lor, mucoasa nu este schimbată (s-au colectat biopsat din mucoasa treimii inferioare esofagiene și biopsat din joncțiunea esogastrică mucosală). Periodic în lumenul esofagului refluează conținutul gastric. Linia Z situată obișnuit față de hiatalul diafragmal, parțial ștearsă. Venele esofagiene nu sunt dilatate. Cardia se închide complet. Lumenul stomacului este obișnuit. În stomac – conținut gastric, spumă și bilă în cantitate sporită. Mucoasa stomacului, duodenului este congestionată. Pilonul este permeabil, liber. Lumenul bulbului duodenal nedeformat. Leșirea din sfincterul Kapanji este liberă. Pliurile duodenale organizate. În lumenul intestinului – conținut biliar. Papila duodenală – mare, pe peretele duodenal descendent, fără modificări endoscopice. **Concluzie:** esofagită de reflux gr. II. Gastroduodenopatie eritematoasă. **Examen histologic al biopsatului:** fragmente de epiteliu pavimentos stratificat, cu atrofi și focare de metaplazie intestinală a epitelului.

Radioscopia funcțională a TD: hernie hiatală prin alunecare, cu reflux gastroesofagian înalt, până la C6, esofagită de reflux.

A fost stabilită diagnoza: **BRGE. Esofagită de reflux gr. II. Esofagul Barrett. Sindromul Bergman. Gastroduodenopatie eritematoasă. HP (+).**

Scopul tratamentului medical este de a reduce refluxul anormal al sucului gastric acid în esofag, de a preveni recurențele, de a reduce complicațiile majore și a evita intervenția chirurgicală. Măsurile generale au o importanță majoră în tratamentul BRGE: mese frecvente și în cantitate mică, evitarea ridicării obiectelor grele, evitarea hainelor foarte strâmte, masa de seară cu trei ore înainte de culcare, capul puțin mai ridicat în timpul somnului. **Tratamentul medicamentos:** pantoprazol 40 mg/zi – 12 săptămâni, quamatel 20 mg i/v – 10 zile, venter 1g de 3 ori/zi – o lună, domperidon 10 mg de 3ori/zi – o lună, remora 150 mg 2 prize – 10 zile. **Tratamentul antirecidivant:** sezonier și la necesitate. Pe parcursul supravegherii – 2 ani – acutizări (inclusiv manifestări cardiace) nu s-au constatat.

Concluzii

1. Manifestările extradigestive ale bolii de reflux gastroesofagian sunt heterogene și frecvente. Identificarea lor, fiind secundare BRGE, necesită investigații suplimentare.

2. Manifestările extradigestive ale BRGE – cardiogie, extrasistolie, pusee de sufocare nocturnă – sunt caracteristice pentru formele medii sau severe.

Bibliografie

1. Lupașcu Iu., Dumbrava V.T., Romanciuc I. *Boala de reflux gastroesofagian*, Chișinău, 2002, 112 p.
2. Istrati V., Scurtu A., Bodrug N., Scorpan A., Hotineanu R., Manea D. *Boala de reflux gastroesofagian: manifestările clinice atipice și impactul ei asupra calității vieții pacienților*. În: Curierul medical, 2010, nr. 3, 78-81.
3. Toros S.Z., Toros A.B., Yuksel O.D. et al. *Association of laryngopharyngeal manifestations and gastroesophageal reflux*. In: Eur. Arch. Otorhinolaryngol., 2009, vol. 266, nr. 3, p. 403-409.
4. Кузьмина А.Ю. *Состояние сердечно-сосудистой системы при патологии верхнего отдела ЖКТ*. В: Лечащий врач, 2008; № 6, с. 35-38.

Anatolie Scorpan, șef secție medicină internă, SCC Feroviar, d.ș.m., conferențiar, Catedra Medicina Internă Semiologie, USMF „N. Testemițanu”
Tel.: 069358542
E-mail: anatolie_scorpan@mail.ru

OPȚIUNI DIETETICE ÎN MENȚINEREA REGIMULUI FĂRĂ GLUTEN LA COPII CU BOALĂ CELIACĂ

Ion MIHU, Diana CLICHICI,
Departamentul Pediatrie, Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Summary

Dietary options in maintenance of gluten free diet in children with celiac disease

Celiac disease is a current dilemma of modern gastroenterology because the essential requirement in stagnation of the etiopathogenic mechanisms regardless of the form, the severity of clinical signs and the patient's age, is claimed to be gluten-free diet for the entire life. Exclusion of gluten from the diet seems to be simple, in practice, however, this presents a difficult goal to achieve. Lack of children's and parents' compliance is considered to be a deadlock. Moreover lack of local gluten-free products, which would ensure a minimum difference of nutritional and energetic contribution, is also a problem. Substitution of products containing gluten with gliadine ones requires implementation of a regimen that would ensure a complex nutritional and energetic contribution in the harmonious development of the child. This article comprises dietary options developed by international organizations to support and improve the quality of life of these children.

Keywords: celiac disease, agliadine diet.

Резюме

Диетические возможности для поддержания безглютеновой диеты у детей с целиакией

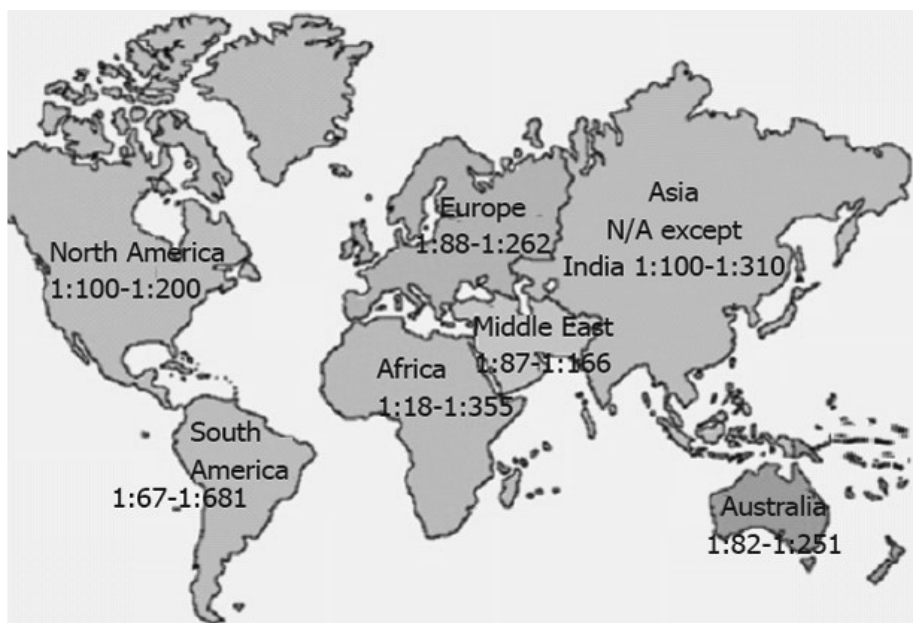
Целиакия представляет собой актуальную дилемму современной гастроэнтерологии, поскольку главным условием в приостановлении этиопатогенетических механизмов, вне зависимости от формы, тяжести клинических проявлений и возраста пациента, является безглютеновая диета, которую надо соблюдать всю жизнь. Исключение глютена из режима питания кажется легкой задачей, однако ее не так просто достигнуть из-за отсутствия сотрудничества со стороны детей и их родителей, а также из-за отсутствия отечественных продуктов, не содержащих глютен, что обеспечило бы минимальную разницу в пищевой и энергетической ценности питания. Замещение глютеносодержащих продуктов безглютеновыми предполагает внедрение режима, обеспечивающего комплексное пищевое и энергетическое потребление, необходимое для гармоничного развития ребенка. Настоящая статья содержит описание диетических возможностей, разработанных международными организациями в виду поддержания и улучшения качества жизни данных детей.

Ключевые слова: целиакия, безглютеновая диета.

Epidemiologie

Boala celiacă (enteropatia glutenică) este o afecțiune inflamatorie a intestinului subțire (în special a jejunului), determinată de intoleranța la gluten și proteinele înrudite. În prezent boala celiacă rămâne a fi subdiagnosticată în multe țări. Lacunele diagnosticului tardiv sunt fundamentate pe polimorfismul clinic al bolii celiace, în ultimii ani evoluând de la simptomatologia caracteristică la simptome puțin specifice și mai discrete, favorizând astfel creșterea formelor latente. După Fasano A., Catassi C., (2004) prevalența bolii celiace este estimată în Marea Britanie la 1:300 locuitori, în Irlanda – 1:475 locuitori, Italia – 1:1,000 locuitori, Germania – 1:2,300 locuitori, SUA – 1:10,000 locuitori și cazuistică pentru Japonia, India și China. Conform cercetărilor multicentrice, în 2012 prevalența bolii celiace în Europa este estimată în limitele de 1:88/262 locuitori (vezi harta), cu raportul formelor tipice și celor atipice de la 1:5 la 1:13 cazuri.

Incidența bolii celiace la nivel mondial



Screeningul bolii celiace se efectuează conform programelor elaborate de organizațiile internaționale, cum ar fi: OMS, ESPHAGAN, NASPHAGAN, acestea concluzionând că pe parcursul ultimilor 40 de ani, în Europa incidența bolii celiace a crescut de la 0,8/100.000 la 9,4/100.000, grație îmbunătățirii metodelor de diagnostic, screeningului grupurilor de risc și elaborării diverselor metode

de conduită a pacienților cu boală celiacă. Din grupurile de risc fac parte copiii cu: malabsorbție intestinală; anemie feriprivă, B₁₂ - deficitară; osteoporoză; intoleranța la lactoză; sindromul intestinului iritabil; simptome gastrointestinale neprecizate; artrite neprecizate; grupurile de risc cu manifestări evocatoare: patologii autoimune (diabet zaharat tip I, tiroidită); sindromul Down, sindromul Turner, sindromul Williams; deficit selectiv Ig A; rudele bolnave de gradul I [1, 3, 6, 7].

Diagnosticul timpuriu permite o implementare cât mai devreme a regimului fără gluten, care este metoda esențială de tratament pentru acești copii. Chiar și simpla contaminare a făinii folosite de pacient cu resturi de făină cu gliadină poate declanșa șirul de simptome specifice bolii celiace. Numai în condițiile excluderii tuturor surselor de gliadină intestinul subțire începe să funcționeze normal, iar complicațiile pot fi prevenite. Pronosticul în cazul respectării dietei fără gluten este favorabil, ameliorarea clinică are loc după 2-3 zile, deficitul ponderal se restabilește în 6-12 luni, iar cel statural întârzie cu 2-3 luni. Refacerea stării de sănătate se manifestă nu numai prin dispariția manifestărilor clinice, dar și printr-o restabilire generală a stării psihice și fizice, în special o îmbunătățire a abilității de concentrare și a tonusului muscular [5, 6].

Regimul fără gluten

Stabilirea cât mai timpurie a diagnosticului este primul pas spre un trata-

ment eficient, cu minimizarea apariției complicațiilor. Soluția terapeutică esențială în boala celiacă este substituirea produselor ce conțin gluten cu cele fără gluten. Prin gluten se subînțeleg prolaminele prezente în grâu (*gliadina*), în orz (*ordelina*), seară (*secalina*) și ovăz (*ovenina*). Cu alte cuvinte, boala celiacă este „**boala făinii**” [5].

Proporțiile prolaminelor în diverse cereale:

- grâu – gliadina 69%
- seară – secalina 30 – 50%
- ovăz – ovenina 16%
- orz – hordeina 46 – 52%
- mei – panicin 40%
- porumb – ziena 55%
- orez – orzenina 5%
- hibrid de grâu – cu proprietățile grâului și searei.

Când se trece la abordarea practică a dietei, de obicei, încep să apară probleme. Sursele evidente, precum produsele de panificație, spaghetetele, tăițeii, sunt ușor de îndepărtat, însă dificultățile apar în cazul alimentelor la care în procesul de fabricație se adaugă făină de grâu în cantități minime și astfel nu poate fi detectat vizual sau gustativ. Aici vorbim de brânzeturi, conserve de carne sau pește, tocături de carne, mezeluri, fasole în conservă, legume conservate, dulciuri, ciocolată, sosuri pentru carne, salate, înghețată, iaurt cu fructe, muștar și multe altele. În mod normal, pe eticheta produselor ar trebui să fie menționată prezența glutenului, deoarece pacientul cu boală celiacă nu trebuie să riște să consume un produs a cărui compoziție nu o cunoaște. Conform noilor reglementări ale Uniunii Europene, doar alimentelor care conțin mai puțin de 20 părți de gluten la un milion li se va permite să folosească termenul „fără gluten” pe ambalajele lor. Dovezi recente au arătat că acest nivel extrem de scăzut oferă o protecție mai bună pentru persoanele cu intoleranță la gluten. Anterior, un aliment etichetat „fără gluten” ar fi putut conține până la zece ori mai mult gluten [7, 8].

Pentru majoritatea pacienților, adoptarea unei diete fără gluten presupune anumite sacrificii greu de acceptat la început. După o perioadă de timp, la reintroducerea alimentelor cu gliadina este posibil ca simptomele să nu mai apară, însă acest lucru nu înseamnă că vilozitățile intestinale sunt intacte – în multe cazuri simptomele reapar după 8 săptămâni sau mai mult. Pacienții care trec prin mai multe cicluri de renunțare la dieta fără gluten și apoi le reiau pot ajunge să nu mai răspundă la terapia nutrițională și pot apărea complicații. În formele severe se impune suplimentarea cu minerale și vitamine, în funcție de deficiențele constatate [8, 9].

Așadar, la baza pâinii și produselor de panificație va fi făina de soia. Necesarul glucidic va fi acoperit

din conținutul crupelor agliadine: hrișcă, orez, porumb, soia, cartofi și zahăr. Laptele integral va fi substituit prin produse acidulate: chefir, iaurt, brânză proaspătă, deoarece acești copii au un deficit secundar de lactoză. Aportul lipidic va fi compensat prin ulei vegetal de floarea soarelui, de porumb și soia. Necesitățile proteice vor fi acoperite prin carne proaspătă (de vită, iepure, găină, curcă), preparată sub diferite forme. În vederea suplínirii aportului proteic, este important să fie excluse alimentele în producerea cărora sunt întrebuițate derivații glutenului (gluten disimulat), cum ar fi unele brânzeturi, cremele pentru copii, înghețata, caramele, mezeluri, conserve din carne sau pește în sos, tocătura de carne etc. Aportul vitaminic va fi acoperit de nutrimentele ce conțin vitamine: fructe (mere, pere) și legume (cartof, morcov, soia) fără restricții [9, 10].

Toate alimentele din rațiunea unui copil cu boală celiacă trebuie să corespundă regimului de cruțare mecanică și chimică, produsele vor fi preparate la baie de aburi sau prin fierbere. În perioada acută este de preferat piureul, iar temperatura produselor ingerate să fie între 15 și 57-62°C.

În continuare prezentăm recomandările elaborate de societățile de cercetare în domeniul bolii celiace în ce privește alimentele care urmează a fi excluse și cele care sunt premise [10, 11] în regimul fără gluten.

Produsele interzise

Cereale: făină de grâu și derivate, făină de seară și derivate, terci din griș; fulgi de ovăz, grâu, orz și derivatele lor; produse din porumb care conțin extract de seară, amestecuri din cereale și fructe (*müsli*).

Carne: tocătură din carne de magazin sau de fabrică; salam fiert, afumat, semiafumat; crenvurști, cârnăciori, șuncă, semifabricate din carne, conserve din carne, carne de porc, rinichi, pateuri și galantine; cârnați fierți, uscați, cu usturoi.

Pește și produse de mare: conserve de pește în sos de tomate, moluște, crustacee gătite, grăsimi de pește și crustacee.

Produse lactate și ouă: iaurt, brânză glazurată, maioneză, lapte, lapte praf, smântână, din cauza unei eventuale insuficiențe de lactoză în primele 6 luni după diagnostic.

Dulciuri: caramele cu umplutură, ciocolate, ciupa-ciups, dulciuri orientale, înghețată, pateuri în gelee sau în cutii pentru torte.

Fructe și legume: legume verzi preparate sau conservate, supe de legume în cutii sau pachete.

Băuturi: pentru copii mici, sucurile în ambalaj *tetrapak*, cafea solubilă, bere, diverse amestecuri.

Produsele permise

Cereale: făină și terci din porumb, amidon de cartofi și porumb, fulgi de porumb, bastonașe de

porumb care nu conțin extract de malț, orez și derivatele sale, hrișcă, soia și făină de soia.

Carne: carne proaspătă naturală (de vită, iepure, oaie, găină, curcă), preparată sub diferite forme; carne proaspătă în gel natural, conserve naturale din carne, jambon alb, bacon, piept sărat afumat sau nu, marinade, limbă de porc, de vită, viscere (organe interne, măruntaie).

Lipide: ulei vegetal de floarea-soarelui, porumb, soia, măsline; margarină vegetală.

Pește și produse de mare: pește proaspăt, înghețat, sărat sau afumat, preparat prin diferite procedee culinare, pește conservat natural în ulei, icre.

Produse lactate și ouă: chefir, biolactate, brânză, cașcaval, albuș și gălbenuș de ou fierte tare.

Dulciuri: zahăr din sfeclă, trestie, vanilat; jeleu, miere, confitură pură din fructe, din zahăr; cremă de castană pură, migdal, bomboane și acadele fără umplutură, șerbeturi, creme glasate fără patiserie.

Fructe și legume: toate fructele și legumele fără restricții, cartofi proaspeți sau pregătiți în vid, cartofi preparați comercial, cartofi sote, cartofi în aburi; legume uscate, proaspete, conservate sau naturale, făină din legume uscate, soia și făină din soia, dulceață și gem preparate în condiții de casă, mazăre, fasole, varză-albă (în perioada acută este de preferat evitarea lor, deoarece sunt greu digerabile, provoacă flatulență), nuci, nucușoare, migdale uscate, în sirop, în conserve; extracte, siropuri și esențe de fructe.

Băuturi: apă de robinet, toate apele îmbuteliate fără gaze, suc natural preparat în condiții de casă, cacao, cafea naturală, jeleu, compot, ceai din fructe, ierburi.

Respectarea regimului fără gluten este o grea încercare atât pentru copii, cât și pentru părinții acestora. Obligațiunea părinților este de a asigura condiții favorabile de adaptare la un regim nou, cu impunerea multor restricții și supuneri, pe cei mai insistenți răsplătindu-i, în majoritatea cazurilor, cu ameliorare clinică și pronostic favorabil.

Ținând cont de responsabilitatea, precum și de povara dietei fără gluten, aducem unele **recomandări** utile pentru părinți:

- Copilul cu regim fără gluten nu trebuie să fie izolat. Toată familia, vecinii, prietenii și cei apropiați trebuie să fie informați despre acest regim.
- Copilul trebuie să conștientizeze restricțiile sale alimentare, el trebuie să participe la prepararea bucatelor, ca mai apoi să le poată prepara de sine stătător.
- Este necesar de a discuta despre problemele copilului cu boală celiacă cu profesorii, educatorii, pentru a asigura respectarea dietei fără gluten al copilului instituționalizat.

- Bolnavilor cu boală celiacă li se interzice și degustarea produselor ce conțin gluten, deoarece ulterior aceste produse pot devine o ispită pentru copil și o cantitate neînsemnată de gluten poate avea consecințe nefaste asupra stării generale a copilului.
- Dacă părinții nu reușesc să explice problemele copilului cu boală celiacă în cadrul instituțiilor frecventate, atunci această inițiativă trebuie să fie preluată de către medicul curant.
- Copilul cu boală celiacă trebuie să fie bine pregătit, pentru a se descurca singur în cazul întrebărilor celor din jur privind regimul și maladia lui.
- Dieta fără gluten nu trebuie să fie o barieră în activitatea zilnică a copilului – participarea în excursii, turnee, antrenamente –, totodată asigurându-i acestuia rezerve de produse fără gluten.
- Copiii și familiile lor pot găsi grupuri de sprijin util, ca acestea să învețe să se adapteze la un nou mod de viață.
- Trebuie să fie obișnuiță pentru copil și părinți citirea cu atenție a fiecărui component în cazul procurării diverselor produse semifabricate.
- În prezența bolnavului cu boală celiacă nu trebuie expuse careva sugestii că bucatele fără gluten nu ar fi gustoase
- Toate produsele fără gluten trebuie păstrate într-un dulap aparte. Copilul trebuie să-și aibă cănița, farfurie, lingurițe, furculițe etc. personale, care se vor deosebi cert (și de către copiii mici) prin culoare, desen, formă etc
- Când se pregătesc bucatele pentru bolnavul cu boală celiacă, nu se folosesc utilajele de bucătărie (vase, cuțițe, căni etc), care nu demult au fost folosite pentru prepararea bucatelor obișnuite.
- Nu se recomandă prepararea copturilor fără gluten și celor obișnuite în același timp, deoarece praful de făină poate nimeri în făina fără gluten.
- Dacă în același timp pregătiți pentru membrii familiei și pentru copilul cu boală celiacă, nu trebuie să uitați despre spălarea frecventă a mâinilor de fiecare dată după ce lucrați cu produsele ce conțin gliadină.
- O soluție practică și des utilizată de bolnavi, în vederea creșterii calității vieții și obișnuirii cu această boală cronică, este participarea la ședințele săptămânale ale grupurilor de persoane afectate de această boală.

Concluzii

1. Un tratament medicamentos specific al bolii celiace nu există, doar adoptarea regimului fără glu-

ten pe viață permite dispariția completă a simptomelor, tratarea carențelor și prevenirea eventualelor complicații.

2. Nerespectarea dietei este principala cauză de eșec în stagnarea proceselor etiopatogenetice la pacienții cu boală celiacă. Din aceste motive, o evaluare și consiliere amănunțită în momentul diagnosticului sunt cruciale pentru dezvoltarea armonioasă a copilului.

3. Calitatea vieții pacienților cu boală celiacă diagnosticată tardiv sau a celor care ignorează dieta fără gluten scade esențial, iar acești copii au un risc înalt de mortalitate.

Bibliografie

1. American Gastroenterological Association (AGA). *AGA Institute medical position statement on the diagnosis and management of celiac disease*. In: *Gastroenterol.*, 2006, nr. 131(6), p. 1977-1980.
2. Chand N., Mihai A.A. *Celiac disease: Current Concepts in Diagnosis and Treatment*. In: *J. Clin. Gastroenterol.*, 2006 ; nr. 40 (1), p. 3-14.
3. Daniela Brunner, Johannes Spalinger. *La coeliakie chez l'enfant*. In: *Paediatrica*, 2005, vol. 16, nr. 3, p. 3.
4. *Diagnosis of Gluten-Sensitive Enteropathy (Celiac Disease)*. A Summary of the NASPGHAN, AGA and WHO Guidelines. Revised February 2008.
5. Hallert C., Granno C., Grant C., Hulten S. et al. *Quality of life of adult celiac patients treated for 10 years*. In: *Scand. J. Gastroenterology*, 1998, nr. 33, p. 933-938.
6. <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-celiac-disease-in-children/abstract/>
7. Hauser W., Stallmach A., Caspary W.F., Stein J. *Predictors of reduced health-related quality of life in adults with celiac disease*. In: *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2007, nr. 25, p. 569-578.
8. Hill I., Fasano A., Schwartz R., Counts M., Horvath K. *The prevalence of celiac disease in at-risk groups of children in the United States*.
9. Isabel Polanco. *Celiac Disease*. In: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 47, p. S3-S6, 2008, by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology.
10. Lohi S. et al. *Increasing prevalence of coeliac disease over time*. In: *Aliment Pharmacol. ther.*, 2007; nr. 26, p. 1217-1225.
11. Nachman F., Maurino E., Vazquez H. et al. *Quality of life in celiac disease patients: prospective analysis on the importance of clinical severity at diagnosis and the impact of treatment*. In: *Dig. Liver Dis.*, 2009, nr. 41, p. 15-25.
12. Poucet I. *La maladie coeliaque au-de la du regime sans gluten*. In: *Le Médecin du Québec*, vol. 43, nr. 10, Octobre 2008.

Ion Mihu, dr. hab. med., prof. univ.
Institutul Mamei și Copilului
str. Burebista, 93, tel. 559655
E-mail: mihu_ion@yahoo.com

AFECTAREA EXTRAINTESTINALĂ ÎN MALADIILE INFLAMATORII INTESTINALE LA COPII

Ion MIHU¹, Olga TIGHINEANU¹, Olesia NALBUȘ²,

¹Institutul Mamei și Copilului

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Summary

Extraintestinal affection in inflammatory bowel diseases in children

The purpose of the proposed study was to assess extraintestinal manifestations in children with inflammatory bowel diseases, in order to adjust the therapeutic behavior to the evolutionary period of the disease and the presence of extraintestinal manifestations.

The study was prospective and included patients admitted to the Department of Gastroenterology, Institute of Mother and Child Care in the period 2010-2012, with a diagnosis of ulcerative colitis or Crohn's disease. Of 41 children included in the study, 21 (51.2%) were diagnosed with extraintestinal manifestations, of which 13 (61.9%) children had an extraintestinal manifestation, 5 (23.8%) children had 2 manifestations and 3 (14.28%) children presented only three manifestations in various combinations.

Joints affection was predominant, being present in 9 (22%) children, mucocutaneous manifestations were recorded in 6 (14.6%) children, hematologic manifestations were present in 18 (43.9%) patients and hepatobiliary manifestations were revealed in 1 (2.4%) patient.

Keywords: *inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, extraintestinal manifestations.*

Резюме

Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника у детей

Задачей настоящего исследования было изучение внекишечных проявлений у детей, страдающих воспалительными кишечными заболеваниями, в целях выявления оптимального терапевтического ведения больных в зависимости от эволюционного периода развития заболевания и наличия внекишечных проявлений. Исследование было проспективным и включило пациентов, находившихся на лечении в отделении гастроэнтерологии Института Охраны Материнства и Детства на протяжении 2010-2012 годов, с диагнозом язвенного колита или болезнью Крона. Из 41 ребенка, включенных в исследование, в 21 (51,2%) случае были выявлены внекишечные проявления, из которых у 13 (61,9%) детей было по одному внекишечному проявлению, у 5 (23,8%) – по 2 проявления и у 3 (14,28%) детей – по 3 проявления в различных сочетаниях. Среди внекишечных проявлений преобладали суставные поражения, обнаруженные у 9 (22,0%) детей, за ними следовали кожно-слизистые проявления – у 6 (14,6%),