

simptomele, ar trebui să fie suficient pentru a motiva persoanele să mențină dieta, însă în realitate acești pacienți se confruntă cu un șir de probleme. Identificarea factorilor care afectează aderența la dieta fără gluten ar ajuta la elaborarea strategiilor de îmbunătățire a capacității pacientului de a respecta o dietă strictă fără gluten.

Respectarea dietei duce la ameliorarea simptomelor și reduce riscul apariției complicațiilor severe. Se poate afirma că disponibilitatea crescută a alimentelor fără gluten, gustoase, ieftine și acceptabile din punct de vedere social, precum și o mai bună etichetare a alimentelor, pot duce la creșterea respectării dietei fără gluten de către pacienți.

Concluzii

1. Dieta fără gluten reprezintă singurul tratament al bolii celiace în prezent. Respectarea ei teoretic pare simplă, dar în practică este dificilă în diferite activități sociale ale copiilor și adolescenților.

2. Vârsta pacientului în stabilirea diagnosticului de boală celiacă este importantă, deoarece respectarea dietei este în strânsă corelație cu nivelul de conștientizare al părinților de riscul apariției complicațiilor, precum și cu dificultățile menținerii unei diete restrictive de către pacienți, în special de adolescenți.

3. Dieta fără gluten trebuie să asigure o diferență minimă de aport nutrițional și energetic, care ar asigura creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului.

4. Terapia familială comportamentală cognitivă poate fi un instrument eficient pentru îmbunătățirea afecțiunilor emoționale, comportamentale la copiii cu boală celiacă și de asemenea un instrument util pentru a oferi sprijin acestor familii.

Bibliografie

1. Andrén Aronsson C.; Lee H.S.; Koletzko S. et al. *Effects of Gluten Intake on Risk of Celiac Disease: A Case-Control Study on a Swedish Birth Cohort*. In: Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2016, Mar.; nr. 14(3), p. 403-409. e3. doi: 10.1016/j.cgh.2015.09.030. Epub 2015 Nov 25.
2. Farage P.; Zandonadi R. *The Gluten-Free Diet: Difficulties Celiac Disease Patients have to Face Daily*. In: Austin. J. Nutr. Food Sci., 2014; nr. 2(5), p. 1027.
3. Garg A.; Gupta R. *Predictors of Compliance to Gluten-Free Diet in Children with Celiac Disease*. In: Int. Sch. Res. Notices, 2014; nr. 2014, p. 248402.
4. Guandalin S.; Vallee P.; Cuffari C. et al. *Pediatric Celiac Disease*. In: Medscape. Updated: Apr. 05, 2017.

5. Kassem B., Abbas B.; Mohamad A. et al. *Celiac disease in Middle Eastern and North African countries: A new burden?* In: World J. Gastroenterol., 2010, Mar. 28; nr. 16(12), p. 1449-1457.
6. MacCulloch K.; Rashid M. *Factors affecting adherence to a gluten-free diet in children with celiac disease*. In: Pediatr. Child Health, 2014, Jun.-Jul.; nr. 19(6), p. 305-309.
7. Mazzone L.; Reale L.; Spina M. et al. *Compliant gluten-free children with celiac disease: an evaluation of psychological distress*. In: BMC Pediatr., 2011; nr. 11, p. 46.
8. Mișu I.; Tighineanu O.; Clichici D. *Protocol clinic național: Boala celiacă la copil*, 2014.
9. Mișu I., Tighineanu O. *Maladiile digestive la copii*, 2013.
10. Phillips D. *Online Clinical Guide for Pediatric Celiac Disease*. Released by NASPGHAN, Celiac Disease Foundation. Medscape. September 19, 2017.

Ion Mișu, prof. univ., dr. hab. med.,
Departamentul *Pediatrie*,
USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 559655; mob. 060016001,
e-mail: mișu_ion@yahoo.com

CZU 616.34-008.337-07-053.2
MANAGEMENTUL DE DIAGNOSTIC
AL BOLII CELIACE LA COPII
Ion MIȘU, Diana CLICHICI,
Departamentul *Pediatrie*, USMF Nicolae Testemițanu,
IMSP Institutul Mamei și Copilului

Summary

Diagnosis management of celiac disease in children

The purpose of this research was to evaluate the clinical, serological and histological features of celiac disease in children. The research included 48 children with celiac disease, hospitalized from 2012 to 2015 in the Department of Gastroenterology and Hepatology of the PMSI Institute of Mother and Child. The main complaints presented by the pre-school children were: 86,25% statural-ponderal retardation, 69,56% diarrhea, 65,21% unfermented stools, 39,13% abdominal distention, 34,78% vomiting. In the school age children, the abdominal pains prevailed in 93,33%, of which 50% increased in intensity after 3-5 hours of feeding, in 37,5% before meals, general weakness 56,25%, emotional lability 43,75%, recurrent stomatitis 25%. Older children showed deficient anemia 88,89%, arthralgia 33,3%, headache 31,25%, isolated statural retardation 22,2%. The IgG transglutaminase antibodies were positive in 43,75%; IgG were positive in 95,85%. The Marsh Type 3b lesions were the predominant histological lesions in

87,5%. Based on clinical, serological and histological data, an increased prevalence of atypical form of celiac disease was found in 66,66%.

Keywords: celiac disease, clinical manifestations, early diagnosis

Резюме

Особенности диагноза целиакии у детей

Целью исследования было оценить клинические, серологические и гистологические аспекты болезни целиакия у детей. В исследовании были включены 48 детей, страдающих целиакией, госпитализированных с 2012 по 2015 год в отделении гастроэнтерологии и гепатологии Института матери и ребенка ИОМД. Основные жалобы детей дошкольного возраста были: задержка развития – 86,25% детей; диарея – 69,56%; вздутие живота – 39,13%; рвота – 34,78%. У детей школьного возраста преобладали боли в животе – 93,33%, из которых у 50% увеличились через 3-5 часов после приема пищи, а у 37,5% детей – до еды, общая слабость – у 56,25% детей, эмоциональная лабильность – 43,75%, рецидивирующий стоматит – 25%. У больших детей чаще всего было характерно: анемия – у 88,89%; артралгия – 33,3%; головная боль – 31,25%; низкий рост – 22,2% детей. Антитела трансглутаминазы IgA были положительны у 43,75%, а IgG были положительны у 95,85% детей. Преобладающие гистологические поражения были по Маршу тип 3b у 87,5%. На основании клинических, серологических и гистологических данных было обнаружено увеличение распространенности атипичной формы целиакии у 66,66% детей.

Ключевые слова: целиакия, клинические проявления, ранняя диагностика

Introducere

Boala celiacă (BC) este o patologie autoimună determinată de intoleranța la gluten și proteinele înrudite, la persoanele susceptibile genetic [1, 3, 9]. Din cauza polimorfismului clinic și creșterii incidenței formelor atipice, boala celiacă în prezent rămâne a fi subdiagnosticată, astfel constituind una dintre problemele majore ale gastroenterologiei moderne [2, 3, 5]. Cel mai frecvent acești copii sunt departajați în cota copiilor cu malabsorbție intestinală, favorizând inducerea complicațiilor severe și ireversibile, care au impact negativ asupra creșterii și dezvoltării copilului.

Prevalența BC a fost subestimată în trecut, constituind până la 0,03%, însă pe parcursul ultimilor ani, conform mai multor studii, se observă o

creștere semnificativă până la 0,3-1% în populația generală, probabil datorită implementării programelor de screening la persoanele din grupa de risc și recunoașterii formelor atipice. Cercetările epidemiologice curente raportează o prevalență a BC de la 0,31% până la 0,9% la copii și de 1-2% la adulți în Europa și 0,4-0,95% în SUA. Cea mai mare prevalență la nivel mondial constituie 5,6% și a fost înregistrată în populația pediatrică Saharawi, datorată consumului crescut de gluten, precum și consangvinității [3, 4, 10]. Raportul dintre cazurile BC nediate diagnosticate și cele diagnosticate în Europa constituie aproximativ de la 5/1 până la 13/1 [6, 8].

Manifestările clinice ale bolii celiace sunt în funcție de forma clinică: tipică, atipică, silențioasă sau latentă. În forma *tipică* predomină diareea, abdomenul mărit („aspect de păianjen” – burta mare și extremități subțiri, retard staturoponderal, la care se pot asocia vomă, dureri abdominale. În forma *atipică*, simptomatologia digestivă de regulă se plasează pe al doilea plan și predomină cea extraintestinală. În forma *silențioasă* lipsesc manifestările clinice, însă este afectată mucoasa intestinală, este o formă clinică comună pentru circa 10-15% din rudele de gradul I ale copiilor cu boală celiacă și prezintă interes pentru diagnostic, deoarece există riscul ca maladia să fie diagnosticată doar retrospectiv, după instalarea complicațiilor maligne ale bolii. Forma *latentă* evoluează fără manifestări clinice și leziuni ale mucoasei intestinale, pozitive fiind doar testele serologice specifice bolii [1, 3, 5, 9, 10].

Recunoașterea timpurie a manifestărilor clinice ar permite stabilirea diagnosticului la timp și inițierea dietei fără gluten, care este condiția esențială în stoparea mecanismelor etiopatogenetice ale bolii.

Scopul studiului a fost evaluarea cazurilor copiilor cu boală celiacă din punctul de vedere al particularităților clinice, rezultatelor serologice și leziunilor histologice.

Material și metode

Cercetarea a fost fundamentată pe un studiu prospectiv, desfășurat în cadrul secției de gastroenterologie și hepatologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului, ce a inclus toți copiii cu boală celiacă care au fost spitalizați în perioada 2012-2015. Diagnosticul bolii celiace a fost stabilit în baza anamnezei, examenului clinic, examenului serologic și celui histologic. Examenul serologic

a inclus testele specifice conform ghidurilor internaționale – Ig A totală, anticorpii transglutaminazici tip IgA și IgG, iar pentru aprecierea leziunilor histologice a fost utilizată clasificarea după Marsh modificată (Oberhuber), Corazza – Villanacci, prezentată în tabelul ce urmează.

Clasificarea histologică a leziunilor intestinale în boala celiacă [9]

Marsh (modificat Oberhuber)	Limfocite intraepiteliale crescute*	Hiperplazia criptală	Atrofia vilară	Corazza–Villanacci
Tipul 0	absente	absentă	absentă	Tip 0
Tipul 1	prezente	absentă	absentă	Tip A
Tipul 2	prezente	prezentă	absentă	
Tipul 3a	prezente	prezentă	parțială	Tip B1
Tipul 3b	prezente	prezentă	subtotală	
Tipul 3c	prezente	prezentă	totală	Tip B2

Notă: * – > 40 limfocite intraepiteliale la 100 enterocite – Marsh modificat (Oberhuber); > 25 limfocite intraepiteliale la 100 enterocite – Corazza Villanacci.
A – nonatrofică: limfocite intraepiteliale crescute; **B – atrofică:** clasa B1 – raportul vilozității/cripte este mai mic de 3:1, atrofie vilară parțială; clasa B2 – atrofie vilară totală

Pentru aprecierea manifestărilor clinice sugestive în funcție de vârstă, copiii au fost repartizați în 3 subloturi conform perioadelor copilăriei: sublotul I – copii preșcolari (2–6 ani); sublotul II – școlarul mic (7–11 ani); sublotul III – școlarul mare (12–17 ani).

Rezultate obținute

În cercetare au fost incluși 48 de copii cu boală celiacă, cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani, vârsta medie fiind de $7,17 \pm 0,2$ ani, pe când vârsta de debut – $3,78 \pm 0,4$ ani, ceea ce a evidențiat tergiversarea diagnosticului bolii la acești copii. Repartizarea conform vârstei a arătat o incidență crescută în rândul preșcolarilor: I lot a inclus 23 copii, lotul II – 16, iar lotul III – 9 copii.

Distribuția copiilor pe sexe a arătat o prevalență feminină – 27 fete (56,25%) versus 21 băieți (43,75%), sex ratio fiind de 1,28. Conform mediului de reședință, au dominat ușor copiii din mediul urban – 26 (54,16%), comparativ cu regiunea rurală – 22 copii (45,83%).

Dintre manifestările clinice, în I lot au predominat retardul staturponderal 20 (86,25%) copii, diareea – 16 (69,56%), cu scaune nefermentate – 15 (65,21%) copii, cu scaune lichide 6 (26,08%), distensie abdominală 9 (39,13%) copii și vomă – 8 (34,78%).

În lotul II, majoritatea pacienților prezentau dureri abdominale – 14 (93,33%) copii, care creșteau în intensitate după 3-5 ore de alimentație la 8 (50%) copii, iar la 6 (37,5%) – înaintea mesei; fatigabilitate – la 9 (56,25%) copii, manifestări neurologice: cefalee – 5 (31,25%) copii, labilitate emoțională – 7 (43,75%), convulsii – 1 (6,25%) copil; manifestări mucocutanate au prezentat 9 (56,25%) copii, dintre care stomatită recidivantă – 4 (25%), păr fragil – 6 (37,5%), alopecie 1 (6,25%) copil.

În lotul III, pacienții au prezentat manifestări hematologice evidențiate prin anemie deficitară – 8 (88,89%) copii, artralgiile – 3 (33,3%), retard statural izolat – 2 (22,2%) și la 2 (22,2%) fetițe – amenoree.

La toți copiii incluși în studiu au fost efectuate testele serologice specifice: anticorpi transglutaminazici tip IgA, care au fost pozitivi în 21 (43,75%) cazuri, iar IgG au fost pozitivi la 46 (95,85%) copii.

Examenul histologic a evidențiat modificări Marsh tip 3a în 4 cazuri (8,33%), Marsh tip 3b – la 42 (87,5%) copii, Marsh tip 3c – la 2 (4,16%).

În baza datelor clinice și paraclinice au fost apreciate formele bolii celiace: formă tipică au prezentat 16 (33,33%) pacienți, iar formă atipică s-a stabilit la 32 (66,66%) de copii.

Discuții

După implementarea programelor de screening al bolii celiace la persoanele din grupa de risc, a crescut semnificativ incidența bolii pe parcursul ultimilor ani la nivel mondial. Datorită predominării formelor atipice, recunoașterea timpurie a manifestărilor clinice sugestive impune o vigilență și o atenție deosebită din partea specialiștilor, pentru a exclude lacunele în diagnostic. Tergiversarea diagnosticului duce la nerespectarea dietei fără gluten, care are urmări nefavorabile asupra creșterii și dezvoltării copilului.

Concluzii

1. Boala celiacă la copii în prezent, datorită multitudinii manifestărilor clinice, rămâne a fi subdiagnosticată, de obicei acești copii fiind atribuiți în rândul copiilor cu malabsorbție intestinală, favorizând inducerea complicațiilor severe și ireversibile, cu un prognostic rezervat, în caz de nerespectare a dietei fără gluten.

2. Predominarea manifestărilor clinice extraintestinale la copii de diferite vârste duce la o întârziere a stabilirii diagnosticului. Toate cazurile

suspecte necesită o abordare multidisciplinară, pentru a realiza cu succes algoritmul de conduită a pacienților cu boală celiacă.

3. Diagnosticul tardiv al bolii celiace scade semnificativ calitatea vieții acestor pacienți, cu un risc înalt de apariție a complicațiilor. Din aceste motive, evaluarea și consilierea amănunțită în momentul diagnosticării sunt cruciale pentru dezvoltarea ulterioară armonioasă a copilului.

Bibliografie

1. Bai J., Zeballos E., Fried M. et al. *WGO-OMGE practice guideline celiac disease*. In: World Gastroenterol. News, 2005; nr. 10(2 Suppl.), p. 1-8.
2. Catassi C., Fasano A. *Celiac disease diagnosis: simple rules are better than complicated algorithms*. In: Am. J. Med., 2010, Aug; nr. 123(8), p.691-693. doi: 10.1016/j.amjmed.2010.02.019.
3. Greetje J., Wieke H.M., Verbeek W.J. et al. *The spectrum of celiac disease: epidemiology, clinical aspects and treatment*. In: Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology, April 2010, nr. 7, p. 204-213.
4. Kassem B., Abbas B., Mohamad A. et al. *Celiac disease in Middle Eastern and North African countries: A new burden?* In: World J. Gastroenterol., 2010, Mar 28; nr. 16(12), p. 1449-1457.
5. Ludvigsson J.F., Bai J.C., Biagi F. et al. *Diagnosis and management of adult coeliac disease: Guidelines from the British Society of Gastroenterology*. In: Gut, 2014, nr. 63, p. 1210-1228.
6. Mantegazza C., Zuccotti G., Dilillo D. et al. *Celiac Disease in Children*. In: International Journal of Digestive Diseases, Sep. 25, 2015.
7. Mahadov S., Green P. *Celiac Disease. A Challenge for All Physicians*. In: Gastroenterol. Hepatol. (NY), 2011, Aug; nr. 7(8), p. 554-556.
8. Mohsin R. *Tests sérologiques dans la maladie cœliaque*. In: Can. Fam. Physician., 2016, Jan.; nr. 62(1), p. e11-e17.
9. Mișu I., Tighineanu O. *Maladiile digestive la copii*. 2013.
10. Olives J., Lamireau T., Ruemmele F. *Nouvelles recommandations européennes pour le diagnostic de la maladie cœliaque chez l'enfant: une réelle simplification?* In: Archives de Pédiatrie, 2014; nr. Xxx, p. 1-4.
11. Romanos J., Rybak A., Wijmenga C. et al. *Molecular diagnosis of celiac disease: are we there yet?* In: Expert Opin. Med. Diagn., 2008; nr. 2(4), p. 399-416.

Ion Mișu, profesor universitar,
dr. hab. med.,
Departamentul *Pediatrie*,
USMF *Nicolae Testemițanu*,
tel.: 559655; mob.: 060016001,
e-mail: mișu_ion@yahoo.com

CZU: 616.3-053.2-085+615.246

PROBIOTICELE ÎN MALADIILE GASTROINTESTINALE LA COPII

**Ion MIHU¹, Tatiana JOSAN²,
Natalia CERNOPINSCHI², Vera PÎNZARI²,**

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului,

²Departamentul *Pediatrie*,

IP USMF *Nicolae Testemițanu*

Summary

Probiotics in gastrointestinal diseases in children

The author studied 82 children from the ages between 6 month and 18 years with *Helicobacter pylori* associated gastric diseases and diarrhea associated to intestinal diseases (intestinal malabsorption, ulcerative colitis, antibiotic induced diarrhea). Children were given a probiotic *Yogunorm* daily and gluten-free and/or lactose-free diet at indications, as well as they took the base medication on its main disease. The study shows that the policomponent probiotic mixture *Yogunorm* is most effective in equilibration of gastrointestinal microbiome than a monocomponent probiotic.

Keywords: *Yogunorm, microbiome, diarrhea, Helicobacter pylori*

Резюме

Пробиотики при желудочнокишечной патологии у детей

В исследовании наблюдались 82 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет в эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* и с заболеваниями кишечника тракта, сопровождающиеся диареей (синдром мальабсорбции, язвенный колит, диарея после антибиотикотерапии). Детям назначался пробиотик *Йогунорм*, а также соблюдали аглиадиновую и/или безлактозную диету, и антибактериальные препараты для лечения *Helicobacter pylori*. По наблюдениям выявилось, что *Йогунорм* дал наилучший результат чем монокомпонентный пробиотик, так как в его составе входят различные лактобактерии, свойственные кишечнику детей.

Ключевые слова: *Йогунорм, микрофлора, диарея, Helicobacter pylori*

Introducere

Maladiile gastrointestinale ocupă unul din primele locuri în structura morbidității copiilor din Republica Moldova. Problemă majoră atât în domeniul pediatriei, cât și în cadrul altor specialități medicale, reprezintă confruntarea cu consecințele antibioticoterapiei, care favorizează dezvoltarea antibioticorezistenței și dismicrobis-