

що при надлишку маси тіла дитина починає ходити та розмовляти пізніше.

**Перспективи подальших розробок** полягають у вивченні фізіологічних і психологічних наслідків раціональної організації взаємодії діади «мати–дитина» в процесі грудного вигодовування.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абольян Л. В. Современные аспекты грудного вскармливания / Л. В. Абольян, С. В. Новикова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2011. – Т. 90, № 1. – С. 80–83.
2. Гмошинская М. В. Оценка эффективности разработанной системы поддержки грудного вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / М. В. Гмошинская // Вопросы детской диетологии. – 2009. – Т. 7, № 1. – С. 26–36.
3. Нечитайло Ю. М. Нутриціологія дитячого віку / Ю. М. Нечитайло. – Чернівці : БДМУ, 2008. – 208 с.

4. Яворская О. В. Психогигиенический подход к поддержке грудного вскармливания — основа новой организационной формы оптимизации питания детей грудного возраста / О. В. Яворская // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 8. – С. 56–65.

5. Bhutta Z. A. Scaling up breast-feeding in developing countries / Z. A. Bhutta, M. Labbok // Lancet. – 2011. – Vol. 378, N 9789. – P. 378–380.

6. Grieger J. A. Dietary patterns and breast-feeding in Australian children / J. A. Grieger, J. Scott, L. Cobiac // Public Health Nutr. – 2011. – N 23. – P. 1–9.

7. Tononi G. Sleep function and synaptic homeostasis / G. Tononi, C. Cirelli // Sleep Med. Rev. – 2006. – Vol. 10. – P. 49–62.

8. Walker M. P. Sleep, memory, and plasticity / M. P. Walker, R. Stickgold // Ann. Rev. Psychol. – 2006. – N 57. – P. 139–166.

#### REFERENCES

1. Abolyan L.V., Novikova S.V. Modern aspects of breastfeeding. *Pediatrics. Zhurnal im. G.N. Speranskogo* 2011; 90 (1): 80-83.

2. Gmshinskaya M.V. Evaluating the effectiveness of the developed system of support for breast-feeding infants in the Russian Federation. *Voprosy detskoj dietologii* 2009; 7 (1): 26-36.

3. Nechitaylo Yu.M. *Nutritsiologiya dityachogo viku* [Nutrition of pediatric age]. Chernivtsi, BSMU, 2008. 208 p.

4. Yavorskaya O.V. Psychohygienic approach to supporting breast-feeding basis for a new form of organization to optimize infant feeding. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal* 2008; 8: 56-65.

5. Bhutta Z.A., Labbok M. Scaling up breastfeeding in developing countries. *Lancet* 2011; 378 (9789): 378-380.

6. Grieger J.A., Scott J., Cobiac L. Dietary patterns and breast-feeding in Australian children 2011; 23: 1-9.

7. Tononi G., Cirelli C. Sleep function and synaptic homeostasis. *Sleep Med. Rev.* 2006; 10: 49-62.

8. Walker M.P., Stickgold R. Sleep, memory, and plasticity. *Ann. Rev. Psychol.* 2006; 57: 139-166.

Надійшла 21.05.13

УДК 616.34-008.337-036.11-053.2-06:616-056.2

М. В. Стоян<sup>1</sup>, В. А. Курьянинова<sup>1, 2</sup>, И. Н. Захарова<sup>3</sup>, Л. Я. Климов<sup>1</sup>,  
Р. А. Атанесян<sup>1</sup>, Е. С. Герасименко<sup>1</sup>, Ю. А. Дмитриева<sup>3</sup>, М. Д. Дагужиева<sup>1</sup>

## ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Минздрава РФ, Ставрополь, Российская Федерация,

<sup>2</sup> МБУЗ Ставрополя «Городская детская клиническая больница  
имени Г. К. Филлипского», Ставрополь, Российская Федерация,

<sup>3</sup> ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия  
последипломного образования», Москва, Российская Федерация

УДК 616.34-008.337-036.11-053.2-06:616-056.2

М. В. Стоян<sup>1</sup>, В. А. Курьянинова<sup>1, 2</sup>, И. Н. Захарова<sup>3</sup>, Л. Я. Климов<sup>1</sup>, Р. А. Атанесян<sup>1</sup>, Е. С.  
Герасименко<sup>1</sup>, Ю. А. Дмитриева<sup>3</sup>, М. Д. Дагужиева<sup>1</sup>  
ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,  
Ставрополь, Российская Федерация,

<sup>2</sup> МБУЗ Ставрополя «Городская детская клиническая больница имени Г. К. Филлипского»,  
Ставрополь, Российская Федерация,

<sup>3</sup> ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва,  
Российская Федерация

Синдром мальабсорбции с полинутриентной недостаточностью, характерный для манифестной целиакии, негативно отражается на темпах физического развития подавляющего большинства детей. Зачастую низкий уровень физического развития является важнейшим показателем к обследованию ребенка, в ходе которого выявляется существование «стертой» клинической картины целиакии.

**Цель работы** — анализ закономерностей формирования задержки роста и дефицита массы тела у детей с впервые диагностированной целиакией в зависимости от возраста и длительности патентного периода заболевания.

Анализ антропометрических показателей 207 детей в возрасте от 9 мес. до 17 лет продемонстрировал, что в течение первых двух лет заболевания наблюдается выраженное уменьшение



массы тела на фоне умеренного замедления роста. По мере увеличения длительности заболевания более 2 лет формируется отчетливое отставание темпов роста, достигающее максимального уровня у пациентов с длительностью манифестации целиакии в течение 5 лет и более.

Показатели физического развития детей с впервые диагностированной целиакией существенно различаются в зависимости от возраста верификации и длительности симптомов заболевания. Для детей преддошкольного и дошкольного возраста более патогномичным симптомом, характеризующим наличие целиакии, является дефицит массы тела.

При поздно диагностированной целиакии у детей школьного возраста ведущей антропометрической характеристикой становится задержка роста, достигающая более чем у половины больных степени соматогенного нанизма.

Своевременная диагностика целиакии должна базироваться на тщательном анализе клинических симптомов, среди которых ключевая роль принадлежит анализу темпов физического развития и обязательному проведению серологического скрининга в группе детей дошкольного возраста с дефицитом массы тела, а в группе школьников — пациентов с задержкой роста и нанизмом неэндокринного генеза.

**Ключевые слова:** физическое развитие детей, целиакия, активный период заболевания.

**UDC 616.34-008.337-036.11-053.2-06:616-056.2**

**M. V. Stoyan<sup>1</sup>, V. A. Kuryaninova<sup>1, 2</sup>, I. N. Zakharova<sup>3</sup>, L. Ya. Klimov<sup>1</sup>, R. A. Atanasyan<sup>1</sup>, Ye. S. Gerasimenko<sup>1</sup>, Yu. A. Dmitriyeva<sup>3</sup>, M. D. Daguzhiyeva<sup>1</sup>**

### **CHARACTERISTICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WHO HAVE THE CELIAC DISEASE IN ITS ACTIVE PERIOD**

<sup>1</sup> *The Stavropol State Medical University of the Ministry of Health Care of Russian Federation, Stavropol, Russian Federation,*

<sup>2</sup> *The Municipal Children's Clinical Hospital named after G. K. Filipitskiy, Stavropol, Russian Federation,*

<sup>3</sup> *The Russian Medical Academy of Post-Graduation Education, Stavropol, Russian Federation*

Malabsorption syndrome with polynutritional failure, typical for the manifested celiac disease influences negatively on physical development of most of the children. Very often low level of physical development is the most important indication for a child's examination where we can identify the existence of unmanifested clinical picture of the celiac disease.

The **aim** of the paper is the analysis of the regularities of formation of children's growth retardation and body weight deficiency who had the celiac disease first diagnosed according to their age and the length of latent period of the disease.

**Methods and materials.** The anthropometric indicator analysis of 207 children at the age 9 months till 17 years has shown that we can observe pronounced reduction in body weight against the background of a moderate growth retardation during the first two years of the disease. With duration of the disease course over 2 years, backlog of growth rates is distinct and reaches the maximum with disease manifestation over 5 years.

Data of children's physical development with newly diagnosed celiac disease differ significantly depending on the age, verification and duration of the disease symptoms. For children of pre-preschool and preschool age body weight deficiency is more pathognomonic symptom, which characterizes the presence of the celiac disease.

Children of school age with late-diagnosed celiac disease acquire growth retardation, reaching of more than in half of patients the degree of somatogenic nanism which is the leading anthropometric characteristics.

Early diagnosis of the celiac disease must be based on careful analysis of the clinical symptoms, where analysis of the rate of physical development and compulsory serological screening play the main role in a group of children of preschool age with body weight deficiency and in a group of patients of school age with growth retardation and nanism of non-endocrine origin.

**Key words:** physical development of children, celiac disease, active period of disease course.

Целиакия (син. глютенная энтеропатия, болезнь Ги — Гертера — Гейбнера) на протяжении двух последних десятилетий является одним из наиболее активно изучаемых заболеваний. Это обусловлено тем обстоятельством, что, по мнению большинства специалистов, эта болезнь относится к числу мультидисциплинарных медицинских проблем, существенным образом влияющих на качество жизни [1; 2; 5; 10; 15]. Многообразие клинических симптомов и патогенетических механизмов заболевания позволяет считать изучение целиакии у детей крайне актуальной задачей [9; 15; 17].

Атрофический процесс в кишечнике, проявляющийся манифестным или субклиническим течением синдрома мальабсорбции с полинутриентной недостаточностью, отражается на темпах физического развития подавляющего большинства детей с целиакией. Более того, нередко именно низкий уровень физического развития ребенка заставляет родителей обратиться за консультацией, в ходе которой выясняется длительное существование «стертой» клинической картины заболевания [4; 12; 13]. Негативное влияние активной целиакии, независимо от формы заболевания, на физическое, а в пубертатном

периоде и на половое развитие детей и подростков столь заметно, что на ее примере прослеживаются механизмы формирования дефицита массы тела и задержки роста неэндокринного генеза [3; 6; 7; 14].

Повышение качества диагностики целиакии в нашей стране может быть достигнуто за счет расширения показаний к специализированному обследованию детей из групп риска, среди которых одно из ведущих мест занимают пациенты с задержкой физического развития. Детальное изучение динамики антропометрических показателей пациентов позволяет понять, в каком возрасте чаще всего выявляется



дефицит массы тела, а в каком — ведущим антропометрическим симптомом становится задержка роста, в тяжелых случаях достигающая степени нанизма [8; 11; 16].

**Цель работы** — анализ закономерностей формирования задержки роста и дефицита массы тела у детей с впервые диагностированной целиакией в зависимости от возраста и длительности латентного периода заболевания.

### Материалы и методы исследования

Проанализированы антропометрические показатели 207 детей в возрасте от 9 мес. до 17 лет с впервые диагностированной целиакией, наблюдавшихся в гастроэнтерологическом отделении городской детской клинической больницы имени Г. К. Филиппского Ставрополя за период с 1996 до 2012 гг.

В возрасте до 1 года было 9 (4,3 %) больных, от 1 до 3 лет — 100 (48,3 %), от 3 до 7 лет — 62 (30,0 %), от 7 до 11 лет — 11 (5,3 %), от 11 до 14 лет — 19 (9,2 %), от 15 до 18 лет — 6 (2,9 %) пациентов. Мальчиков было 114 (55,1 %), девочек — 93 (44,9 %).

Диагноз всем больным устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, результатов морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной и тощей кишок и серологического обследования.

Типичная форма заболевания диагностирована у 196 (94,7 %) детей (107 мальчиков, 89 девочек), атипичная — у 11 (5,3 %) больных (7 мальчиков, 4 девочек).

Антропометрическая характеристика больных включала определение показателей длины тела (ДТ) и массы тела (МТ), индекса массы тела (ИМТ) детей. В качестве стандартов показателей ДТ и МТ использована программа AnthroPlus 2009. У каждого больного определяли отклонение ДТ относительно возраста и МТ относительно длины тела. Дефицит массы тела (ДМТ) рассчитывали в процентах от должен-

ствующей массы, соответствующей росту. Он составлял при I степени 10–20 %, при II степени — 20–30 %, при III степени — более 30 %.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета Statistica 10.0. Достоверность различий рассчитывали по t-критерию Стьюдента, критерию  $\chi^2$ , коэффициенту парной корреляции Пирсона (r).

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ анамнестических данных продемонстрировал серьезные различия в структуре больных в зависимости от возраста. В грудном и преддошкольном возрасте у всех детей диагностирована типичная форма заболевания. В дошкольном возрасте атипичная форма заболевания диагностирована лишь в 1 (1,6 %) случае, в младшем школьном возрасте детей с атипичной формой целиакии не было, в возрасте 11–14 лет она верифицирована у 6 (31,6 %), а среди подростков 15–18 лет — у 4 (66,7 %) пациентов соответственно. С возрастом происходит увеличение доли больных с атипичной формой целиакии, что обусловлено отсутствием у них типичного диарейного синдрома, в то время как внекишечные симптомы, как правило, развиваются медленно, не привлекая должного внимания родителей и врачей.

В зависимости от возраста диагностики целиакии больные

разделены на три группы: первую составили 109 (52,6 %) детей в возрасте до 3 лет, вторую — 62 (30,0 %) ребенка в возрасте от 3 до 7 лет и третью — 36 (17,4 %) детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет.

На рис. 1 представлены коэффициент стандартного отклонения (Standard deviation score — SDS) массы тела, SDS длины тела и SDS ИМТ у детей в зависимости от возраста верификации диагноза.

Анализ данных, представленных на рис. 1, демонстрирует заметное снижение темпов физического развития у большинства детей с целиакией независимо от возраста, в котором у них была диагностирована целиакия. Детальный анализ динамики отклонений ДТ и МТ у пациентов демонстрирует, что в преддошкольном и дошкольном возрасте более значимое антропометрическое отклонение — ДМТ.

Степень задержки роста у пациентов первой группы относительно невелика, почти у половины больных показатели роста находятся в пределах средних величин. У пациентов второй группы происходит углубление ДМТ на фоне прогрессирования задержки роста, причем среднее SDS ДТ в 1,51 ( $p < 0,01$ ), а МТ — в 1,32 раза ( $p < 0,01$ ) превосходит показатели больных первой группы.

В табл. 1 представлена частота нарушений физического развития у больных исследуемых групп.

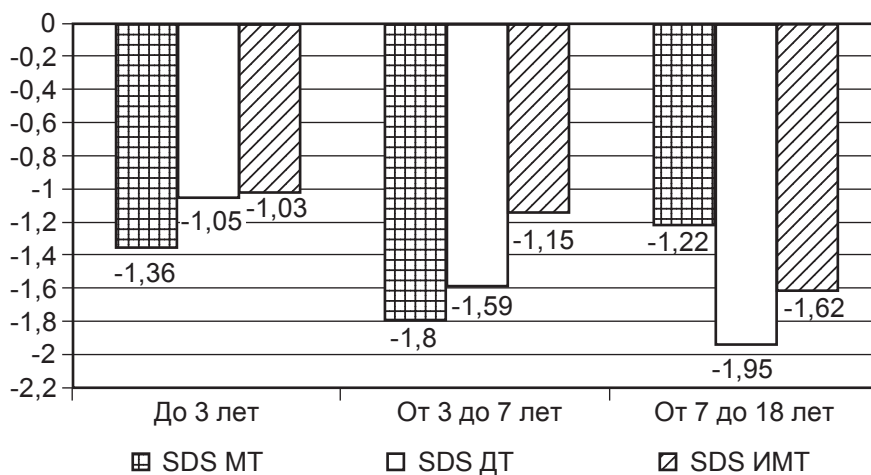


Рис. 1. Отклонения антропометрических показателей у пациентов в зависимости от возраста верификации целиакии





**Показатели физического развития детей с впервые верифицированной целиакией  
в зависимости от возраста диагностики, абс. (%)**

Показатель	Возраст верификации диагноза			Достоверность различий		
	До 3 лет, n=109	От 3 до 7 лет, n=62	От 7 до 18 лет, n=36	p <sub>1</sub>	p <sub>2</sub>	p <sub>3</sub>
Число пациентов с показателями роста от -1,0 SDS до +1,0 SDS	52 (47,7)	19 (30,6)	9 (25,0)	<0,05	<0,02	>0,05
Число пациентов с задержкой роста от -1,0 SDS до -2,0 SDS	33 (30,3)	24 (38,7)	8 (22,2)	>0,05	>0,05	>0,05
Число пациентов с задержкой роста более чем на 2 SDS	24 (22,0)	19 (30,6)	19 (52,8)	>0,05	<0,001	<0,05
Процент детей, ДТ которых ниже 5-го перцентиля относительно возраста	33 (30,3)	24 (38,7)	21 (58,3)	>0,05	<0,005	>0,05
ДМТ	68 (62,4)	48 (77,4)	23 (63,9)	<0,05	>0,05	>0,05
— I степени	33 (30,3)	22 (35,5)	18 (50,0)	>0,05	<0,05	>0,05
— II степени	27 (24,8)	16 (25,8)	1 (2,8)	>0,05	<0,01	<0,01
— III степени	8 (7,3)	10 (16,1)	4 (11,1)	>0,05	>0,05	>0,05
Процент пациентов с показателем МТ ниже 5-го перцентиля относительно ДТ	44 (40,4)	35 (56,5)	11 (30,6)	<0,05	>0,05	<0,02

*Примечание.* В табл. 1, 2: p<sub>1</sub> — достоверность различий между показателями больных 1-й и 2-й групп; p<sub>2</sub> — достоверность различий между показателями больных 1-й и 3-й групп; p<sub>3</sub> — достоверность различий между показателями больных 2-й и 3-й групп.

Анализ результатов, представленных в табл. 1, демонстрирует, что задержка роста, диагностируемая при отклонении более чем на 1,0 SDS, выявлена у 127 (61,4 %) детей, среди которых у 62 (30,0 %) диагностирован соматогенный нанизм (задержка роста более чем на 2,0 SDS). При сравнительном анализе отчетливо видно, что число детей с нормальными показателями роста прогрессивно сокращается в 1,6 раза во второй (p<0,05) и в 1,9 раза в третьей группе (p<0,02) по сравнению с детьми дошкольного возраста. Параллельно число детей с соматогенным нанизмом, обусловленным целиакией, в школьном возрасте достигает 52,8 %, увеличиваясь по отношению к показателю больных первой группы в 2,4 раза (p<0,001). Рост ниже 5-го перцентиля, при котором, согласно критериям ВОЗ, требуется углубленное эндокринологическое обследование, выявлен у 78 (37,7 %) детей, причем частота этого показателя увеличивалась в третьей группе в 1,9 раза (p<0,005) по сравнению с первой группой.

Одним из кардинальных клинических симптомов забо-

левания является ДМТ, обусловленный развитием синдрома мальабсорбции. Он диагностируется у 139 (67,1 %) больных. Максимальное число детей с ДМТ отмечается в дошкольном возрасте, однако и в преддошкольном, и в школьном возрастах их доля превышает 60 % больных.

У детей школьного возраста и подростков на первый план в характеристике физического развития выходит низкорослость на фоне относительной стабилизации прогрессирования ДМТ. Очевидно, что у детей школьного возраста впервые диагностируемая целиакия, как правило, не сопровождается тяжелым диарейным синдромом, поэтому она чаще манифестирует выраженной задержкой роста, достигающей у отдельных больных показателя, превышающего -4,0 SDS.

В зависимости от длительности латентного периода целиакии больные также разделены на 3 группы: первую группу составили 117 (56,5 %) детей, у которых от момента появления клинических симптомов до верификации диагноза прошло не более 2 лет (в среднем — (12,30±0,62) мес.); вторую — 56 (27,1 %) боль-

ных, у которых до определения диагноза прошло от 2 до 5 лет (в среднем — (41,20±±1,41) мес.); третью — 34 (16,4 %) ребенка, у которых симптоматика наблюдалась в течение 5 лет и более (в среднем — (99,10±±5,72) мес.). Важно, что у больных этих групп различался возраст появления жалоб, который составлял (12,7±1,3) мес., (28,0±5,8) мес. и (23,6±5,3) мес. соответственно.

Как правило, типичная форма целиакии диагностируется у детей относительно быстро, поэтому среди пациентов первой группы ее частота составила 99,1 %, среди детей второй группы — 87,5 %, а среди пациентов третьей группы — 91,2 % (p>0,05).

На рис. 2 представлены SDS МТ, SDS ДТ и SDS ИМТ у детей в зависимости от длительности латентного периода заболевания.

Анализ данных, представленных на рис. 2, демонстрирует отчетливое негативное влияние длительности заболевания на темпы задержки физического развития больных. Среднее отклонение роста у детей второй группы в 1,49 раза (p<0,05), а в третьей группе — в 2,37 раза (p<0,001) пре-



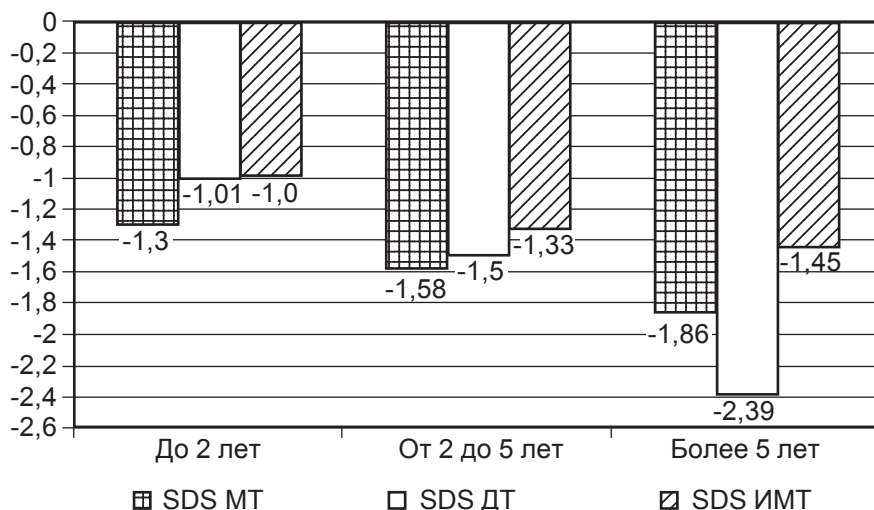


Рис. 2. Отклонения антропометрических показателей у детей с целиакией в зависимости от длительности заболевания

восходит таковое у пациентов первой группы. Разница показателей МТ в анализируемых группах не столь существенна.

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие обратной связи между длительностью течения недиагностированной целиакии и SDS роста больных ( $r=-0,30$ ,  $p<0,001$ ), а также степенью отклонения ИМТ ( $r=-0,18$ ,  $p<0,01$ ). Показательно, что связь между длительностью симптомов заболевания и SDS незначительна ( $r=-0,10$ ,  $p>0,05$ ). Интересно, что негативное влияние длительности латентного периода на за-

держку роста и формирование низкого роста у мальчиков выражено более отчетливо ( $r=-0,36$ ,  $p<0,001$ ), чем у девочек ( $r=-0,23$ ,  $p<0,05$ ).

В табл. 2 представлена частота нарушений физического развития у больных в зависимости от длительности латентного периода целиакии.

Сравнительный анализ показывает, что в первой группе число детей со средними показателями роста составляет 51,3 %, а среди пациентов третьей группы оно сокращается до 17,6 % ( $p<0,001$ ). Напротив, число детей с низкорослостью (рост ниже 5-го перцентиля) в

первой группе — 29,9 %, а в третьей группе возрастает в 2,1 раза до 64,7 % ( $p<0,001$ ). Частота ДМТ возрастает с 59,0 % в первой группе до 79,4 % в третьей группе больных ( $p<0,05$ ), причем увеличение происходит за счет наиболее тяжелых больных с ДМТ III степени ( $p<0,005$ ).

Таким образом, в развитии и течении недиагностированной целиакии у детей, с точки зрения показателей физического развития, прослеживаются следующие закономерности. В течение первых двух лет заболевания, прежде всего, наблюдается уменьшение МТ, являющейся более лабильным показателем, на фоне умеренного замедления роста. При длительности заболевания более 2 лет наблюдается более отчетливое отставание темпов роста, достигающее максимального уровня у пациентов с длительностью манифестации целиакии на протяжении 5 лет и более.

Очевидно, что у детей дошкольного и дошкольного возраста более патогномичным симптомом, характеризующим наличие целиакии, является ДМТ. В школьном возрасте, напротив, важнейшей антропометрической характеристикой поздно диагностированной целиакии становится

Таблица 2

**Показатели физического развития детей с впервые верифицированной целиакией в зависимости от длительности латентного периода, абс. (%)**

Показатель	Длительность заболевания			Достоверность различий		
	Не более 2 лет, n=117	От 2 до 5 лет, n=56	Более 5 лет, n=34	$p_1$	$p_2$	$p_3$
Число пациентов с показателями роста от -1,0 SDS до +1,0 SDS	60 (51,3)	14 (25,0)	6 (17,6)	<0,005	<0,001	>0,05
Число пациентов с задержкой роста от -1,0 SDS до -2,0 SDS	32 (27,3)	24 (42,9)	9 (26,5)	<0,05	>0,05	>0,05
Число пациентов с задержкой роста более чем на 2 SDS	25 (21,4)	18 (32,1)	19 (55,9)	>0,05	<0,001	<0,05
Процент детей, ДТ которых ниже 5-го перцентиля относительно возраста	35 (29,9)	21 (37,5)	22 (64,7)	>0,05	<0,001	<0,02
ДМТ	69 (59,0)	43 (76,8)	27 (79,4)	<0,05	<0,05	>0,05
— I степени	35 (29,9)	22 (39,3)	16 (47,0)	>0,05	>0,05	>0,05
— II степени	26 (22,2)	16 (28,6)	2 (5,9)	>0,05	>0,05	<0,02
— III степени	8 (6,8)	5 (8,9)	9 (26,5)	>0,05	<0,005	<0,05
Процент детей, МТ которых ниже 5-го перцентиля относительно ДТ	44 (37,6)	29 (51,8)	17 (50,0)	>0,05	>0,05	>0,05



задержка роста, достигающая более чем у половины больных степени соматогенного нанизма. Очевидно, что своевременная диагностика целиакии возможна лишь при тщательном анализе клинических симптомов, среди которых немаловажное значение имеет анализ темпов физического развития и обязательное проведение серологического скрининга в группе детей дошкольного возраста с ДМТ и в группе школьников с выраженной задержкой роста и нанизмом.

## Выводы

Показатели физического развития детей с впервые диагностированной целиакией существенно различаются в зависимости от возраста верификации и длительности симптомов заболевания.

У детей преддошкольного возраста с длительностью заболевания не более 2 лет отмечается выраженное замедление темпов прироста МТ на фоне нормальной ДТ или незначительной задержки роста.

Среди пациентов с длительностью латентного периода целиакии более 5 лет частота соматогенного нанизма превышает 50,0 %, а число детей, подлежащих постановке на диспансерный учет по поводу низкорослости, составляет 64,7 %.

Своевременность и повышение качества диагностики целиакии возможно лишь при повсеместном внедрении в практику учреждений амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения скрининга детей и подростков с задержкой роста и ДМТ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдужабарова З. М. Клинический полиморфизм, особенности генеалогического анамнеза и фенотипа детей узбекской популяции с целиакией / З. М. Абдужабарова // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 2. – С. 33–37.
2. Бельмер С. В. Целиакия: исходные и новые подходы к диагностике / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина // Лечащий врач. – 2012. – № 8. – С. 56–60.
3. Гастроэнтерология. Болезни детей / под ред. Л. Б. Лазебника, П. Л. Щербакова. – М.: МК, 2011. – 360 с.
4. Клинические варианты целиакии в практике педиатра / И. Н. За-

харова, Е. А. Рославцева, Т. Э. Боровик [и др.] // Вопросы диагностики в педиатрии. – 2011. – Т. 3, № 6. – С. 52–58.

5. Целиакия у детей: современный взгляд на проблему / И. Н. Захарова, Т. Э. Боровик, Н. А. Коровина Н. А. [и др.] – М., 2011. – 66 с.

6. Энтеральная недостаточность у детей: роль нарушения клеточной энергетики / А. Т. Камилова, Д. Х. Дустмухамедова, З. Е. Умарназарова [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 70–71.

7. Мухина Ю. Г. Минеральная плотность кости у детей с целиакией: факторы риска снижения / Ю. Г. Мухина, Т. В. Банина, Л. А. Щеплягина // Остеопороз и остеопатии. – 2012. – № 2. – С. 18–20.

8. Парфенов А. И. Диагностика и терапия глютенчувствительной целиакии / А. И. Парфенов, П. Л. Щербаков // Трудный пациент. – 2011. – Т. 8, № 11. – С. 52–56.

9. Парфенов А. И. Новые горизонты изучения чувствительности к глютену / А. И. Парфенов // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85, № 2. – С. 4–7.

10. Парфенов А. И. Целиакия. Эволюция представлений о распространенности, клинических проявлениях и значимости этиотропной терапии / А. И. Парфенов. – М.: Анахарсис, 2007. – 376 с.

11. Ревнова М. О. Целиакия у детей: клинические проявления, диагностика, эффективность безглютеновой диеты: автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук / М. О. Ревнова. – СПб., 2005. – 39 с.

12. Атипичная целиакия: клинический пример / Е. А. Рославцева, Н. Л. Пахомовская, Т. Э. Боровик [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 81–85.

13. Branski D. Celiac disease: A reappraisal / D. Branski, R. Troncone // J. Pediatr. – 1998. – Vol. 133, N 2. – P. 181–187.

14. Clinical pattern of celiac disease is still changing / A. Garampazzi, A. Rapa, S. Mura [et al.] // J. Pediatr. Gastroent. Nutr. – 2007. – Vol. 45. – P. 611–614.

15. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of celiac disease / S. Husby, S. Koletzko, I. R. Kopronay-Szabo [et al.] // J. Pediatr. Gastroent. Nutr. – 2012. – Vol. 54, N 1. – P. 136–160.

16. Ravikumara M. The changing clinical presentation of coeliac disease / M. Ravikumara, D. P. Tuthill, H. R. Jenkins // Arch. Dis. Child. – 2006. – Vol. 91. – P. 969–971.

17. Volta U. Celiac disease: diagnostic criteria in progress / U. Volta, V. Villanacci // Cell. Mol. Immunol. – 2011. – N 2. – P. 96–102.

## REFERENCES

1. Abduzhabarova Z.M. Clinical polymorphism, peculiarities of genalogical anamnesis and phenotype of children of

Uzbek population with celiac disease. *Pediatrics* 2011; 90 (2): 33-37.

2. Belmer S.V., Gasilina T.V. Celiac disease: outcomes and new approaches to diagnosis. *Lechshchiy vrach* 2012; 8: 56-60.

3. Lasebnik L.B., Shcherbakov P.L. (eds.) *Gastroenterology. Children's diseases*. M., MK, 2011; 360.

4. Zakharova I.N., Roslavtseva Ye.A., Borovik T.E. [et al.] Clinical variants of celiac disease in a pediatrician's practice. *Voprosy diagnostiki d pediatrii* 2011; 3 (6): 52-58.

5. Zakharova I.N., Borovik T.E., Kоровина N.A. [et al.] Celiac disease in children: a modern look at the problem. M., 2011, 66 p.

6. Kamilova A.T., Dustmukhamedova D.Kh., Umarnazarova Z.Ye. [et al.] Enteral failure in children: the role of infringement of cellular energetics. *Voprosy detskoy dietologii* 2012; 10 (2): 70-71.

7. Mukhina Yu.G., Banina T.V., Shcheplyagina T.A. Mineral density of bones in children with celiac disease: decrease risk factors. *Osteoporoz i osteopatii* 2012; 2: 18-20.

8. Parfyonov A.I., Shcherbakov P.L. Diagnosis and treatment of gluten-sensitive celiac disease *Trudnyi patsient* 2011; 8 (11): 52-56.

9. Parfyonov A.I. New prospects of studying sensitivity to gluten. *Terapevticheskiy arkhiv* 2013; 85 (2): 4-7.

10. Parfyonov A.I. Celiac disease. Evolution of ideas about spreading, clinical signs and importance of etiotropic therapy. M., Anakharsis, 2007, 376 p.

11. Revnova M.O. Celiac disease in children: clinical signs, diagnosis, effectiveness of gluten-free diet: abstract of thesis for medical doctor degree. St. Ptb., 2005: 39 p.

12. Roslavtseva Ye.A., Pakhomovskaya N.L., Borovik T.E. [et al.] Atypical celiac disease: a clinical case. *Pediatricheskaya farmakologiya* 2012; 9 (4): 81-85.

13. Branski D., Troncone R. Celiac disease: A reappraisal *J. Pediatr* 1998; 133; 2: 181-187.

14. Garampazzi A., Rapa A., Mura S. [et al.] Clinical pattern of celiac disease is still changing. *Gastroent. Nutr.* 2007; 45: 611-614.

15. Husby S., Koletzko S., Kopronay-Szabo I.R. [et al.] European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of celiac disease. *J. Pediatr. Gastroent. Nutr.* 2012; 54 (1): 136-160.

16. Ravikumara M., Tuthill D.P., Jenkins H.R. The changing clinical presentation of coeliac disease. *Arch. Dis. Child* 2006; 91: 969-971.

17. Volta U., Villanacci V. Celiac disease: diagnostic criteria in progress. *Cell. Mol. Immunol* 2011; 2: 96-102.

Поступила 20.08.2013

