Доказательная гастроэнтерология
2026, Т. 15, №2, с. 13–22
https://doi.org/10.17116/dokgastro20261502113

Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology
2026, Vol. 15, No. 2, pp. 13–22
https://doi.org/10.17116/dokgastro20261502113

Влияние родителей на пищевое поведение детей с целиакией: мультицентровое поперечное исследование

© Анатолий Ильич Хавкин[1, 2], Анастасия Андреевна Ли[3], Ирина Анатольевна Бавыкина[4], Елена Александровна Балакирева[2], Татьяна Темирболатовна Бораева[5], Анастасия Хамидовна Ветрова[6], Северин Вячеславович Гречаный[7], Мадина Георгиевна Дзгоева[5], Юлия Андреевна Дмитриева[8, 9], Рашид Абдулович Жетишев[10], Кристина Дмитриевна Завражная[1], Александр Алексеевич Звягин[4], Елена Ивановна Кондратьева[1, 11], Олеся Асланбековна Кагирова[6], Аэлита Асхатовна Камалова[13], Леонид Яковлевич Климов[14], Елена Владимировна Лошкова[11, 12], Андрей Васильевич Налетов[15], Нуриниссо Джумаевна Одинаева[1], Виктория Николаевна Панфилова[16], Дмитрий Владимирович Печкуров[17], Мария Олеговна Ревнова[7], Олег Валерьевич Ремизов[5], Ирена Эмильевна Романовская[3], Елена Александровна Рославцева[3], Любовь Евгеньевна Сафронова[18], Аклима Накиповна Султанова[19], Алена Александровна Тяжева[17], Галина Викторовна Федотова[20], Денис Сергеевич Фуголь[21], Евгения Владимировна Крылова[21], Екатерина Александровна Яблокова[1, 22]

[1]ГБУЗ МО «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области», Мытищи, Россия;
[2]ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России, Белгород, Россия;
[3]Национальная ассоциация организаций и граждан, осуществляющих поддержку лиц с целиакией и с интолерантностью к глютену «Жизнь без глютена», Санкт-Петербург, Россия;
[4]ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия;
[5]ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, Россия;
[6]Министерство здравоохранения Чеченской Республики, Грозный, Россия;
[7]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
[8]ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия;
[9]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;
[10]ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова» Минобрнауки России, Нальчик, Россия;
[11]ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова» Минобрнауки России, Москва, Россия;
[12]ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия;
[13]ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;
[14]ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия;
[15]ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Донецк, Россия;
[16]ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия;
[17]ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия;
[18]ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», Екатеринбург, Россия;
[19]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия;
[20]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;
[21]ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия;
[22]ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Проанализировать родительские практики питания и оценить случаи, когда ребенок злоупотребляет «нездоровой» пищей в условиях безглютеновой диеты при целиакии, а также разработать подходы к выстраиванию детско-родительских отношений на фоне снижения качества жизни ребенка.

Материал и методы. Исследование основано на анкетировании родителей детей и подростков с подтвержденной целиакией. Для обеспечения воспроизводимости представлен полный перечень утверждений, сформированы субшкалы родительских практик питания и поведения ребенка, включая злоупотребление нездоровой пищей, эмоциональное кормление, воспринимаемую необходимость контроля питания, ограничения из-за опасений по поводу веса, поощрение разнообразного питания, давление «накормить», вовлечение ребенка в семейное питание, а также доступность сладостей и перекусов в домашних условиях.

Результаты. Установлено, что родительские практики питания имеют многомерную структуру и описываются рядом независимых измерений. Злоупотребление нездоровой пищей выявлено у большинства детей: 78% родителей отмечали как минимум частичное потребление сладостей сверх рекомендованного уровня. Несмотря на строгие диетические ограни-

чения, нездоровые перекусы остаются распространенным явлением. Выделены четыре профиля родительских практик: эмоционально-контролирующий, умеренно поддерживающий, пассивный и ориентированный на ограничения по весу. Воспринимаемая необходимость контроля питания показала устойчивую обратную связь со злоупотреблением нездоровой пищей, снижая его вероятность примерно в 3 раза.

Заключение. Контроль питания при целиакии является адаптивной и защищающей стратегией при условии его интеграции в повседневную жизнь семьи и сочетания с вовлечением и уважением автономии ребенка, а не с давлением и наказаниями.

Ключевые слова: *целиакия, дети, безглютеновая диета, пищевое поведение, влияние родителей.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хавкин А.И. — https://orcid.org/0000-0001-7308-7280
Ли А.А. — https://orcid.org/0009-0001-4426-7212
Бавыкина И.А. — https://orcid.org/0000-0003-1062-7280
Балакирева Е.А. — https://orcid.org/0000-0002-3919-7045
Бораева Т.Т. — https://orcid.org/0009-0007-9973-2293
Ветрова А.Х. — https://orcid.org/0000-0002-1031-3743
Гречаный С.В. — https://orcid.org/0000-0001-5967-4315
Дзгоева М.Г. — https://orcid.org/0000-0002-0247-1901
Дмитриева Ю.А. — https://orcid.org/0000-0003-0668-7336
Жетишев Р.А. — https://orcid.org/0000-0002-7204-5799
Завражная К.Д. — https://orcid.org/0009-0005-7887-8168
Звягин А.А. — https://orcid.org/0000-0002-3896-3297
Кондратьева Е.И. — https://orcid.org/0000-0001-6395-0407
Кагирова О.А. — https://orcid.org/0009-0005-2633-5006
Камалова А.А. — https://orcid.org/0000-0002-2957-680X
Климов Л.Я. — https://orcid.org/0000-0001-7248-1614
Лошкова Е.В. — https://orcid.org/0000-0002-3043-8674
Налетов А.В. — https://orcid.org/0000-0002-4733-3262
Одинаева Н.Д. — https://orcid.org/0000-0001-5214-8072
Панфилова В.Н. — https://orcid.org/0000-0003-0681-8279
Печкуров Д.В. — https://orcid.org/0000-0002-5869-2893
Ревнова М.О. — https://orcid.org/0000-0002-3537-7372
Ремизов О.В. — https://orcid.org/0000-0003-4175-5365
Романовская И.Э. — https://orcid.org/0000-0001-6137-6528
Рославцева Е.А. — https://orcid.org/0000-0002-3993-1246
Сафронова Л.Е. — https://orcid.org/0000-0002-2877-0985
Султанова А.Н. — https://orcid.org/0000-0001-6420-6591
Тяжева А.А. — https://orcid.org/0000-0001-8552-1662
Федотова Г.В. — https://orcid.org/0000-0001-7886-5491
Фуголь Д.С. — https://orcid.org/0000-0003-3502-1912
Крылова Е.В. — https://orcid.org/0000-0003-3606-4068
Яблокова Е.А. — https://orcid.org/0000-0003-3364-610X

Автор, ответственный за переписку: Хавкин А.И. — e-mail: khavkin@nikid.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Хавкин А.И., Ли А.А., Бавыкина И.А., Балакирева Е.А., Бораева Т.Т., Ветрова А.Х., Гречаный С.В., Дзгоева М.Г., Дмитриева Ю.А., Жетишев Р.А., Завражная К.Д., Звягин А.А., Кондратьева Е.И., Кагирова О.А., Камалова А.А., Климов Л.Я., Лошкова Е.В., Налетов А.В., Одинаева Н.Д., Панфилова В.Н., Печкуров Д.В., Ревнова М.О., Ремизов О.В., Романовская И.Э., Рославцева Е.А., Сафронова Л.Е., Султанова А.Н., Тяжева А.А., Федотова Г.В., Фуголь Д.С., Крылова Е.В., Яблокова Е.А. Влияние родителей на пищевое поведение детей с целиакией: мультицентровое поперечное исследование. *Доказательная гастроэнтерология.* 2026;15(2):13–22. https://doi.org/10.17116/dokgastro20261502113

Parental influence on eating behavior in children with celiac disease: a multicenter cross-sectional study

© A.I. Khavkin[1, 2], A.A. Lee[3], I.A. Bavykina[4], E.A. Balakireva[2], T.T. Boraeva[5], A.Kh. Vetrova[6], S.V. Grechanyi[7], M.G. Dzgoeva[5], Yu.A. Dmitrieva[8, 9], R.A. Zhetishev[10], K.D. Zavrazhnaya[1], A.A. Zvyagin[4], E.I. Kondratieva[1, 12], O.A. Kagirova[6], A.A. Kamalova[13], L.Ya. Klimov[14], E.V. Loshkova[11, 12], A.V. Nalyotov[15], N.D. Odinaeva[1], V.N. Panfilova[16], D.V. Pechkurov[17], M.O. Revnova[7], O.V. Remizov[5], I.E. Romanovskaya[3], E.A. Roslavtseva[3], L.E. Safronova[18], A.N. Sultanova[19], A.A. Tyazheva[17], G.V. Fedotova[20], D.S. Fugol[21], E.V. Krylova[21], E.A. Yablokova[1, 22]

[1]Research Clinical Institute of Childhood, Ministry of Health of the Moscow Region, Mytishchi, Russia;
[2]Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia;
[3]National Association “Life Without Gluten”, Saint Petersburg, Russia;
[4]Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russia;
[5]North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia;
[6]Ministry of Health of the Chechen Republic, Grozny, Russia;
[7]Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia;
[8]Z.A. Bashlyaeva Children’s City Clinical Hospital, Moscow, Russia;
[9]Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;
[10]Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov, Nalchik, Russia;
[11]Siberian State Medical University, Tomsk, Russia;
[12]Research Centre for Medical Genetics named after Academician N.P. Bochkov, Moscow, Russia;
[13]Kazan State Medical University, Kazan, Russia;
[14]Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia;
[15]Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Russia;
[16]Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia;
[17]Samara State Medical University, Samara, Russia;
[18]Regional Children’s Clinical Hospital, Yekaterinburg, Russia;
[19]Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia;
[20]Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia;
[21]Altai State Medical University, Barnaul, Russia;
[22]I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. This study examined parental feeding practices and parental perceptions of children's consumption of "unhealthy" foods under a gluten-free diet (GFD) in celiac disease, as well as approaches to parent–child interaction in the context of reduced quality of life.

Materials and Methods. The study was based on a questionnaire survey of parents of children and adolescents with confirmed celiac disease. To ensure reproducibility, the full set of questionnaire items was provided and subscales were constructed to assess parental feeding practices and child behavior, including unhealthy food consumption, emotional feeding, perceived necessity of dietary control, weight-related dietary restriction, encouragement of dietary variety, pressure to eat, child involvement in family meals, and home availability of sweets and snacks.

Results. Parental feeding practices demonstrated a multidimensional structure represented by several independent domains. Unhealthy food consumption was common: 78% of parents reported at least partial overconsumption of sweets. Despite strict dietary restrictions, unhealthy snacking remained prevalent. Four distinct parental practice profiles were identified: emotionally controlling, moderately supportive, passive, and weight-restrictive. The perceived necessity of dietary control showed a robust inverse association with unhealthy food consumption, reducing its likelihood by approximately threefold.

Conclusion. In children with celiac disease, dietary control represents an adaptive and protective strategy when embedded in everyday family life and implemented through involvement and respect for the child's autonomy rather than through pressure or punitive measures.

Keywords: *celiac disease, children, gluten-free diet, eating behavior, parental influence*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Khavkin A.I. — https://orcid.org/0000-0001-7308-7280
Lee A.A. — https://orcid.org/0009-0001-4426-7212
Bavykina I.A. — https://orcid.org/0000-0003-1062-7280
Balakireva E.A. — https://orcid.org/0000-0002-3919-7045
Boraeva T.T. — https://orcid.org/0009-0007-9973-2293
Vetrova A.Kh. — https://orcid.org/0000-0002-1031-3743
Grechanyi S.V. — https://orcid.org/0000-0001-5967-4315
Dzgoeva M.G. — https://orcid.org/0000-0002-0247-1901
Dmitrieva Yu.A. — https://orcid.org/0000-0003-0668-7336
Zhetishev R.A. — https://orcid.org/0000-0002-7204-5799
Zavrazhnaya K.D. — https://orcid.org/0009-0005-7887-8168
Zvyagin A.A. — https://orcid.org/0000-0002-3896-3297
Kondratieva E.I. — https://orcid.org/0000-0001-6395-0407
Kagirova O.A. — https://orcid.org/0009-0005-2633-5006
Kamalova A.A. — https://orcid.org/0000-0002-2957-680X
Klimov L.Ya. — https://orcid.org/0000-0001-7248-1614
Corresponding author: Khavkin A.I. — e-mail: khavkin@nikid.ru

Loshkova E.V. — https://orcid.org/0000-0002-3043-8674
Nalyotov A.V. — https://orcid.org/0000-0002-4733-3262
Odinaeva N.D. — https://orcid.org/0000-0001-5214-8072
Panfilova V.N. — https://orcid.org/0000-0003-0681-8279
Pechkurov D.V. — https://orcid.org/0000-0002-5869-2893
Revnova M.O. — https://orcid.org/0000-0002-3537-7372
Remizov O.V. — https://orcid.org/0000-0003-4175-5365
Romanovskaya I.E. — https://orcid.org/0000-0001-6137-6528
Roslavtseva E.A. — https://orcid.org/0000-0002-3993-1246
Safronova L.E. — https://orcid.org/0000-0002-2877-0985
Sultanova A.N. — https://orcid.org/0000-0001-6420-6591
Tyazheva A.A. — https://orcid.org/0000-0001-8552-1662
Fedotova G.V. — https://orcid.org/0000-0001-7886-5491
Fugol D.S. — https://orcid.org/0000-0003-3502-1912
Krylova E.V. — https://orcid.org/0000-0003-3606-4068
Yablokova E.A. — https://orcid.org/0000-0003-3364-610X

TO CITE THIS ARTICLE:

Khavkin AI, Lee AA, Bavykina IA, Balakireva EA, Boraeva TT, Vetrova AKh, Grechanyi SV, Dzgoeva MG, Dmitrieva YuA, Zhetishev RA, Zavrazhnaya KD, Zvyagin AA, Kondratieva EI, Kagirova OA, Kamalova AA, Klimov LYa, Loshkova EV, Nalyotov AV, Odinaeva ND, Panfilova VN, Pechkurov DV, Revnova MO, Remizov OV, Romanovskaya IE, Roslavtseva EA, Safronova LE, Sultanova AN, Tyazheva AA, Fedotova GV, Fugol DS, Krylova EV, Yablokova EA. Parental influence on eating behavior in children with celiac disease: a multicenter cross-sectional study. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2026;15(2):13–22. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/dokgastro20261502113

Введение

Прием пищи — единственный способ обеспечения человека энергетическим и пластическим материалом, необходимым для его жизнедеятельности. Этому действию предшествует поиск пищи, а венчает удовлетворение от еды, выражающееся, по крайней мере, в чувстве сытости [1]. Однако для человека еда стала не только источником энергии, но, нередко, источником удовольствия, бытовым ритуалом, способом показать свое расположение или свое превосходство, предметом дискуссий и согласия [2]. Еда имеет значительную психоэмоциональную окраску, порой несопоставимую с характером самой пищи [3, 4]. В реальной жизни все перечисленные аспекты очень индивидуальны, и отношение к еде определяется характерологическими особенностями, воспитанием, традициями, социальным статусом, экономическими возможностями и многими другими факторами, формируя различные варианты пищевого поведения. Причем адекватное пищевое поведение направлено на обеспечение здоровья и долголетия [5—7]. В этом контексте большой интерес представляют пациенты с целиакией [8, 9]. Особую группу составляют дети и подростки, вынужденные соблюдать строгую пожизненную ограничительную диету и находящиеся под родительским контролем.

Цель исследования — проанализировать родительские практики питания и оценить случаи, когда ребенок злоупотребляет «нездоровой» пищей в условиях безглютеновой диеты при целиакии, а также разработать подходы к выстраиванию детско-родительских отношений на фоне снижения качества жизни ребенка.

Материал и методы

Настоящее исследование опиралось на анкетирование родителей (законных представителей) детей и подростков с подтвержденным диагнозом целиакии. Для воспроизводимости инструмента представлен полный перечень утверждений **(табл. 1)**.

В анализ включены валидные ответы 349 респондентов; на одного ребенка приходилась одна анкета, заполненная одним взрослым (родителем или законным представителем). Респонденты указывали пол ребенка (188 девочек, ≈54%, и 161 мальчик, ≈46%), его возраст и длительность заболевания целиакией.

Для дальнейшего анализа возраст детей сгруппирован в четыре категории:

— 0—5 лет (дошкольный возраст);
— 6—13 лет (младший и средний школьный возраст);
— 14—17 лет (подростки);
— 18 лет и старше (молодые взрослые).

Наиболее представлена группа 6—13 лет, что отражает преимущественно школьный возраст выборки; доля дошкольников, подростков и молодых взрослых существенно ниже **(табл. 2)**.

Таблица 1. **Анкета для исследования роли родителя в формировании пищевого поведения ребенка**
Table 1. **Questionnaire for assessing the role of parents in shaping children's eating behavior**

Блок 1. Общая информация о респонденте	
1. Укажите район/регион вашего проживания: (открытый ответ)	
2. Укажите возраст вашего ребенка с подтвержденным диагнозом целиакии: (открытый ответ)	
3. Укажите пол ребенка:	a. Мужской b. Женский
4. Сколько лет ваш ребенок болеет целиакией?	
Блок 2	
1. Позволяете ли вы своему ребенку есть все, что он хочет, если это пища без глютена?	a. Да b. Нет
2. Позволяете ли вы ребенку за ужином выбирать блюда, которые он хочет, из того, что ему подают?	a. Да b. Нет
3. Если ребенку не нравится то, что ему подают, вы готовите что-то другое?	a. Да b. Нет
4. Разрешаете ли вы ребенку перекусывать, когда он хочет?	a. Да b. Нет
5. Позволяете ли вы ребенку выходить из-за стола, когда он/она сыт, даже если ваша семья не закончила есть?	a. Да b. Нет
6. Когда ребенок начинает капризничать, вы первым делом даете ему что-нибудь поесть или попить?	a. Да b. Нет
7. Даете ли вы ребенку что-нибудь поесть или пить, если ему скучно, даже если вы думаете, что он/она не голоден?	a. Да b. Нет
8. Даете ли вы ребенку что-нибудь поесть или пить, если он расстроен, даже если вы думаете, что он/она не голоден?	a. Да b. Нет
9. Поощряете ли вы ребенка съесть здоровую пищу перед тем, как съесть нездоровую?	a. Да b. Нет
10. Я поощряю ребенка пробовать новые продукты.	a. Да b. Нет
11. Я говорю своему ребенку, что здоровая (безглютеновая) пища очень вкусная.	a. Да b. Нет
12. Я поощряю своего ребенка есть разнообразную пищу.	a. Да b. Нет
13. Большинство продуктов, которые я держу в доме, полезны для здоровья.	a. Да b. Нет
14. У меня в доме много еды для перекуса (корнерсы, сладкие кукурузные палочки, шококранчи, сладкие шарики).	a. Да b. Нет
15. В каждом приеме пищи дома моему ребенку предлагается разнообразная здоровая пища.	a. Да b. Нет
16. У меня в доме много сладостей без глютена (конфеты, сладкая выпечка, печенье).	a. Да b. Нет
17. Я предлагаю сладости (конфеты, сладкую выпечку, печенье) своему ребенку в качестве награды за хорошее поведение.	a. Да b. Нет
18. Я отказываю ребенку в сладостях/десертах в ответ на плохое поведение.	a. Да b. Нет
19. Я предлагаю ребенку его любимую еду в обмен на хорошее поведение.	a. Да b. Нет
20. Я привлекаю своего ребенка к планированию семейных трапез.	a. Да b. Нет
21. Я разрешаю своему ребенку помогать готовить семейные блюда.	a. Да b. Нет
22. Я поощряю участие моего ребенка в покупках продуктов.	a. Да b. Нет
23. Я сам являюсь примером здорового безглютенового питания для своего ребенка, употребляя в пищу полезные продукты.	a. Да b. Нет
24. Я стараюсь есть здоровую безглютеновую пищу в присутствии своего ребенка, даже если она не является моей любимой.	a. Да b. Нет
25. Я стараюсь с энтузиазмом относиться к здоровой пище.	a. Да b. Нет
26. Я показываю своему ребенку, как мне нравится здоровая пища.	a. Да b. Нет
27. Злоупотребляет ли ребенок, по вашему мнению, сладостями (конфеты, сладкая выпечка, печенье)?	a. Да b. Нет
24. Злоупотребляет ли ребенок, по вашему мнению, быстрыми перекусами (корнерсы, сладкие кукурузные палочки, шококранчи, сладкие шарики)?	a. Да b. Нет

Окончание таблицы см. на след. странице

Таблица 1. **Анкета для исследования роли родителя в формировании пищевого поведения ребенка *(Окончание)***
Table 1. **Questionnaire for assessing the role of parents in shaping children's eating behavior *(Ending)***

25. Злоупотребляет ли ребенок, по вашему мнению, продуктами с высоким содержанием жира?	a. Да b. Нет
26. Злоупотребляет ли ребенок, по вашему мнению, напитками с высоким содержанием сахара (газировка, соки)?	a. Да b. Нет
27. Мой ребенок должен всегда съедать все, что лежит на его тарелке.	a. Да b. Нет
28. Если мой ребенок говорит: «Я не голоден», я все равно пытаюсь заставить его поесть.	a. Да b. Нет
29. Если мой ребенок съедает только маленькую порцию, я стараюсь, чтобы он съел больше.	a. Да b. Нет
30. Когда он/она говорит, что закончил есть, я пытаюсь заставить ребенка съесть еще один (два и т.д.) кусочек пищи.	a. Да b. Нет
31. Если я не буду направлять и регулировать питание ребенка, он будет есть слишком много своих любимых продуктов.	a. Да b. Нет
32. Если бы я не направлял и не регулировал питание своего ребенка, он бы ел слишком много вредных продуктов.	a. Да b. Нет
33. Я должен быть уверен, что мой ребенок не съест слишком много его любимых продуктов.	a. Да b. Нет
34. Я должен следить за тем, чтобы мой ребенок не ел слишком много сладостей (конфеты, сладкая выпечка, печенье).	a. Да b. Нет
35. У моего ребенка нормальный вес.	a. Да b. Нет
36. У моего ребенка избыточный вес.	a. Да b. Нет
37. У моего ребенка недостаточный вес.	a. Да b. Нет
38. Я должен следить за тем, чтобы мой ребенок не ел слишком много продуктов с высоким содержанием жиров.	a. Да b. Нет
39. Я призываю своего ребенка есть больше, чтобы он набрал недостающий вес.	a. Да b. Нет
40. Я даю ребенку небольшие порции во время еды, чтобы контролировать его вес.	a. Да b. Нет
41. Если мой ребенок съедает больше обычного за один прием пищи, я стараюсь ограничить его в следующем приеме пищи.	a. Да b. Нет
42. Я ограничиваю ребенка в еде, от которой он может потолстеть.	a. Да b. Нет
43. Есть определенные продукты, которые мой ребенок не должен есть, потому что от них он толстеет.	a. Да b. Нет
44. Я не разрешаю своему ребенку есть между приемами пищи, потому что не хочу, чтобы он растолстел.	a. Да b. Нет
45. Я обсуждаю с ребенком, почему важно есть здоровую пищу.	a. Да b. Нет
46. Я обсуждаю с ребенком питательную ценность продуктов.	a. Да b. Нет
47. Я говорю своему ребенку, что можно есть, а что нельзя, без объяснений.	a. Да b. Нет

Таблица 2. **Распределение детей с подтвержденным диагнозом целиакия по возрастным категориям**
Table 2. **Age distribution of children with a confirmed diagnosis of celiac disease**

Возрастные категории детей с подтвержденным диагнозом целиакия	Количество	% от общего количества
0—5 лет (дошкольный возраст)	67	19,2
6—13 лет (младший и средний школьный возраст)	225	64,5
14—17 лет (подростки)	40	11,5
18 лет и старше (молодые взрослые)	17	4,8

Длительность целиакии кодировалась как категориальная переменная с тремя уровнями:
— до 1 года (короткий стаж заболевания; 9 детей, ≈3% выборки),
— 1—5 лет (средняя длительность; 217 детей, ≈62%),
— 6 лет и более (длительная длительность; 123 ребенка, ≈35%).

Большинство детей живут с диагнозом уже не менее года, а значительная доля — 6 лет и более. Анкеты с критическими пропусками по ключевым вопросам не включались в соответствующие анализы; дальнейшая обработка проводилась по валидным наблюдениям.

Для проверки структуры опросника и снижения размерности данных проведен факторный анализ методом главных компонент с ортогональным вращением Varimax. Число компонент определяли по собственным значениям, графику «каменистой осыпи» и параллельному анализу. В итоговую модель вошли восемь компонент, объясняющих 76,6% общей дисперсии; высокие нагрузки пунктов и низкая уникальность позволили рассматривать их как устойчивые субшкалы.

Сформированы следующие субшкалы родительских практик питания и поведения ребенка:
1) злоупотребление нездоровой пищей;
2) эмоциональное кормление;
3) воспринимаемая необходимость контроля питания;
4) ограничение питания из-за опасений по поводу веса;

5) поощрение разнообразного и нового питания;
6) давление «накормить»;
7) вовлечение ребенка в питание семьи;
8) доступность сладостей и перекусов дома.

Для каждой субшкалы рассчитывались интегральные показатели (средние по пунктам), далее стандартизированные ($M \approx 0$, $SD \approx 1$) и использовавшиеся как непрерывные переменные. Дополнительно введена бинарная переменная целевого исхода — злоупотребление нездоровой пищей (0 — нет выраженного злоупотребления, 1 — родитель сообщает о заметном/выраженном злоупотреблении сладостями, сладкими напитками и калорийными перекусами).

Возраст ребенка и длительность заболевания кодировались как категориальные переменные, пол — как дихотомический признак (девочка/мальчик). Предварительный анализ не выявил значимых половых различий по основным показателям; тем не менее пол сохранялся в качестве контрольной переменной в межгрупповых сравнениях и регрессионных моделях.

Методы статистической обработки

Статистическая обработка проводилась последовательно и включала: расчет описательных показателей (абсолютные и относительные частоты, средние значения, стандартные отклонения, медиана) по демографическим переменным, субшкалам родительских практик и показателю злоупотребления «нездоровой» пищей; оценку взаимосвязей между субшкалами с помощью парных корреляций Пирсона.

Для межгрупповых сравнений использовались *t*-тесты для независимых выборок (с коррекцией по Уэлчу при неоднородности дисперсий): сравнивались девочки и мальчики, а также дети, злоупотребляющие и не злоупотребляющие нездоровой пищей, по субшкалам родительских практик. Ассоциации между категориальными переменными (пол, возрастные группы, длительность целиакии, кластерная принадлежность и злоупотребление нездоровой пищей) анализировались с помощью критерия χ^2 Пирсона и таблиц сопряжения.

Для выявления типичных профилей родительских практик питания проведен кластерный анализ методом *k*-средних на стандартизированных значениях семи субшкал (без показателя злоупотребления); выбор числа кластеров опирался на показатели критерия разрыва (Gap statistic), силу силуэтов и содержательную интерпретируемость решения. Независимые предикторы злоупотребления нездоровой пищей оценивались с помощью биномиальной логистической регрессии, где зависимой переменной выступал бинарный индикатор злоупотребления, а предикторами — субшкалы родительских практик, возрастная группа, пол ребенка и длительность заболевания целиакией.

Во всех видах анализа использовались двусторонние критерии при уровне статистической значимости $p<0,05$.

Результаты

Профиль родительских практик питания и их взаимосвязи. Сводные описательные характеристики восьми субшкал родительских практик питания и поведения ребенка представлены в **табл. 3**. Таблица показывает, что объем данных по всем шкалам одинаков ($n=349$, пропусков нет), а показатели даны в стандартизированном виде ($M \approx 0$, $SD=1$), что позволяет напрямую сравнивать выраженность разных практик между собой. Видно, что относительно более высокие значения медиан имеют злоупотребление нездоровой пищей, воспринимаемая необходимость контроля и вовлечение ребенка, тогда как эмоциональное кормление, давление «накормить» и ограничения по весу в среднем смещены в отрицательную сторону. Диапазоны значений (от сильно отрицательных

Таблица 3. **Описательные статистики субшкал родительских практик питания и поведения ребенка (стандартизированные значения)**
Table 3. **Descriptive statistics of subscales assessing parental feeding practices and child eating behavior (standardized scores)**

Критерий	Злоупотребление нездоровой едой	Необходимость контроля	Ограничение по весу	Поощрение разнообразия	Давление «накормить»	Вовлечение ребенка	Доступность сладостей	Эмоциональный инструмент
n	349	349	349	349	349	349	349	349
Пропущено	0	0	0	0	0	0	0	0
Медиана	0,553	0,590	–0,372	0,265	–0,596	0,538	0,0165	–0,313
Стандартное отклонение	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,00	1,000	1,000
Минимальное значение	–2,15	–1,96	–0,666	–4,80	–1,12	–2,62	–1,39	–0,707
Максимальное значение	1,25	1,39	3,26	1,14	2,24	1,06	1,47	4,49

до сильно положительных) указывают на выраженную неоднородность семей по всем субшкалам.

Корреляционный анализ показал в основном слабые, но содержательно понятные взаимосвязи между субшкалами. Наиболее тесно связаны ограничения питания из-за веса и воспринимаемая необходимость контроля: родители, которые активнее ограничивают «толстящую» пищу, одновременно сильнее убеждены в необходимости контролировать рацион ребенка. Давление «накормить» сочетается с более частым эмоциональным использованием еды и несколько более высокой субъективной потребностью в контроле, а также с небольшим повышением риска злоупотребления «нездоровой» пищей. В то же время давление «накормить» слабо, но отрицательно связано с ограничениями ради веса, что отражает разные стратегии: либо «важно, чтобы доел», либо «важно, чтобы не переел». Вовлечение ребенка и доступность сладостей дома практически не связаны с другими шкалами, выступая относительно самостоятельными характеристиками семейной системы питания.

Профили родительских практик (кластерный анализ). На основе стандартизированных значений семи субшкал родительских практик питания (контроль, ограничения по весу, поощрение разнообразия, давление «накормить», вовлечение ребенка, доступность сладостей, эмоциональное кормление) проведен кластерный анализ методом *k*-средних. Оптимальным признано решение с четырьмя кластерами. Распределение респондентов по кластерам: кластер 1 — 33 родителя (≈9% выборки), кластер 2 — 232 родителя (≈66%), кластер 3 — 40 родителей (≈11%), кластер 4 —44 родителя (≈13%).

Характеристики профилей определялись по стандартизированным средним значениям субшкал **(табл. 4)**.

Кластер 1 — эмоционально-контролирующие: крайне высокие значения эмоционального кормления (z≈+2,7), несколько повышенные контроль питания и давление «накормить», остальные практики — около среднего.

Кластер 2 — умеренно поддерживающие: самый многочисленный профиль с умеренно повышенным поощрением разнообразной еды и сниженными ограничениями по весу и эмоциональным кормлением; остальные стратегии близки к среднему уровню.

Кластер 3 — пассивные: резко снижено поощрение разнообразного питания (*z*≈–2,6) и несколько ниже вовлечение ребенка, при этом контроль, ограничения и доступность сладостей остаются на среднем уровне.

Кластер 4 — ограничивающие ради веса: максимально выражены ограничения по весу (z≈+2,3) при умеренно повышенном контроле и поощрении разнообразия; давление «накормить», эмоциональное кормление и доступность сладостей ниже среднего.

В целом полученные кластеры описывают континуум от эмоционально насыщенного и контролирующего стиля кормления к умеренно поддерживающему, более пассивному и подчеркнуто ограничивающему ради веса; их численные параметры детализированы в **табл. 4**.

Злоупотребление нездоровой пищей: частота и демографические различия

Бинарный индикатор злоупотребления нездоровой пищей показал высокую распространенность проблемного поведения: в целом около 78% детей отнесены к категории «злоупотребляет» (включая вариант «частично да»), и только примерно у каждого пятого родителя не было подобных трудностей. Таким образом, частое употребление сладостей, сладких напитков и калорийных перекусов характерно для большинства детей в выборке.

Сочетание кластерной принадлежности и пола ребенка представлено в **табл. 5**.

Во всех четырех профилях родительских практик доля детей, злоупотребляющих нездоровой пи-

Таблица 4. **Стандартизированные средние значения субшкал родительских практик питания в кластерах семей детей с целиакией (центроиды *k*-средних)**
Table 4. **Standardized mean values of parental feeding practice subscales across family clusters of children with celiac disease (k-means centroids)**

Кластер	Необходимость контроля питания	Ограничения из-за веса	Поощрение разнообразного/ нового питания	Давление «накормить»	Вовлечение ребенка в вопросы питания	Доступность сладостей и перекусов дома	Эмоциональное кормление
1	0,313	–0,189	0,336	0,419	0,097	–0,009	2,736
2	–0,073	–0,401	0,336	–0,026	0,067	0,068	–0,337
3	–0,000	–0,051	–2,599	0,117	–0,339	–0,062	0,067
4	0,150	2,303	0,336	–0,285	–0,118	–0,296	–0,337

Таблица 5. **Доля детей, злоупотребляющих нездоровой пищей, в кластерах родительских практик питания с учетом пола ребенка**
Table 5. **Proportion of children overconsuming unhealthy foods across clusters of parental feeding practices, stratified by child's sex**

Кластер	Пол	*n*	Среднее (доля «злоупотребляет»)
1 — эмоционально-контролирующие	ж	26	0,692
	м	7	1,000
2 — умеренно поддерживающие	ж	120	0,708
	м	112	0,728
3 — пассивные	ж	21	0,643
	м	19	0,632
4 — ограничивающие ради веса	ж	21	0,810
	м	23	0,804

щей, остается высокой как девочек, так и мальчиков (примерно от 63 до 100% внутри комбинации «кластер×пол»). Наиболее высокая доля наблюдается в кластере «ограничивающие ради веса» (около 80% детей обоего пола), несколько ниже — в «пассивном» кластере (около 63—64%). В «эмоционально-контролирующем» кластере все мальчики (100%) отнесены к группе «злоупотребляет», однако эта оценка основана на небольшом числе наблюдений (n=7), ее следует интерпретировать осторожно.

Сопоставление по полу в целом не выявило значимых различий: доля детей, злоупотребляющих нездоровой пищей, сопоставима у девочек и мальчиков. Аналогично, сравнение возрастных групп (0—5, 6—13, 14—18, 18+ лет) и длительности заболевания целиакией (до 1 года, 1—5 лет, 6 лет и более) не показало статистически значимых различий в частоте злоупотребления: везде она остается высокой, с некоторыми колебаниями, но без выраженных «групп риска» по этим демографическим признакам.

Ключевые предикторы злоупотребления нездоровой пищей. Для оценки вклада родительских практик питания и характеристик ребенка в вероятность злоупотребления нездоровой пищей применена биномиальная логистическая регрессия. В качестве зависимой переменной использовался бинарный показатель злоупотребления (0 — не злоупотребляет, 1 — злоупотребляет), сформированный на основе родительской оценки частоты употребления ребенком сладостей, сладких напитков и калорийных перекусов. В модель включались субшкалы родительских практик (эмоциональное кормление, доступность сладостей, вовлечение ребенка, давление «накормить», поощрение разнообразия, ограничения по весу, воспринимаемая необходимость контроля питания), а также пол, возрастная группа и длительность целиакии.

Модель в целом оказалась статистически значимой (χ^2(13)=26,10, p=0,017) при умеренном уровне объясненной дисперсии (R^2 Нагелькерке=0,07) и обеспечивала общую точность классификации порядка 79%. Это отражает высокую базовую частоту исхода: большинство детей в выборке отнесены к категории «злоупотребляет».

Единственным устойчивым предиктором, связанным с меньшей вероятностью злоупотребления нездоровой пищей, стала воспринимаемая родителем необходимость контроля питания ребенка. Более высокие значения по этой субшкале сопровождались примерно трехкратным снижением шансов злоупотребления (отношение шансов около 0,31 при 95% доверительном интервале 0,16—0,57; p<0,001).

Возраст ребенка также вносил вклад: по сравнению с дошкольниками (0—5 лет) дети 6—13 лет реже демонстрировали злоупотребление нездоровой пищей (отношение шансов около 0,43; p=0,020). Для подростков 14—18 лет наблюдалась сходная тенденция к более низким шансам (отношение шансов около 0,35; p≈0,058), однако данный эффект не достиг традиционного уровня значимости, вероятно, в силу меньшей численности группы. Пол ребенка и длительность заболевания целиакией статистически значимого вклада не вносили.

Остальные субшкалы родительских практик (эмоциональное кормление, доступность сладостей и перекусов, вовлечение ребенка в питание, давление «накормить», поощрение разнообразия, ограничения по весу) не показали независимых ассоциаций с вероятностью злоупотребления в рамках единой модели (все p>0,05). В совокупности это позволяет рассматривать общий уровень воспринимаемой необходимости контроля питания как ключевой защитный фактор на фоне высокой распространенности злоупотребления нездоровой пищей в выборке.

Обсуждение

Матрица рисков и приоритеты организации сопровождения семей. С учетом полученных результатов можно рассматривать риск злоупотребления «нездоровой» пищей в координатах двух измерений:

1) выраженность самого злоупотребления (по родительской оценке);
2) уровень воспринимаемой родителями необходимости контроля питания ребенка.

Наиболее уязвимыми оказываются семьи, где сочетание неблагоприятно по обоим параметрам: родители отмечают частое употребление ребенком сладостей, сладких напитков и калорийных перекусов, но при этом оценивают необходимость контроля как низкую или умеренную. В этой группе формальные стили кормления (к какому кластеру они относятся) и демографические характеристики не дают дополнительных «защитных» преимуществ: при общей высокой распространенности злоупотребления именно недостаток структурированного контроля создает зону наибольшего риска.

На противоположном полюсе располагаются семьи, в которых родители считают контроль питания необходимым и достаточно последовательно его реализуют, а при этом злоупотребление нездоровой пищей или не отмечается, или выражено умеренно. Эти семьи можно рассматривать как относительно защищенные, но в отношении них важно не столько усиление контроля, сколько профилактика его чрезмерной жесткости и связанного с этим напряжения в детско-родительских отношениях.

Поскольку кластеры родительских практик, пол ребенка, возраст и длительность заболевания в целом не образуют четких «групп риска» по исходу, при планировании сопровождения целесообразнее фокусироваться не на поиске «неправильного» стиля родительства как такового, а на настройке всей семейной

системы питания. В практическом плане это включает помощь родителям в следующих вопросах:

— уточнение и договоренность о правилах питания и перекусов в семье;
— планирование доступных безглютеновых «лакомств» и формировании предсказуемого режима;
— постепенное расширение автономии ребенка в принятии решений о еде при сохранении разумного контроля;
— обсуждение с ребенком рисков и ограничений, связанных с заболеванием, в спокойной, не пугающей и не стыдящей манере.

Такая «матрица рисков» позволяет не только описать текущую ситуацию, но и задать приоритет для профилактических и коррекционных программ: поддержка семей с низкой субъективной готовностью контролировать питание при уже имеющем место злоупотреблении нездоровой пищей.

Заключение

Структура родительских практик питания многомерна. Факторный анализ показал, что практики родителей детей с целиакией хорошо описываются несколькими содержательно различными измерениями: эмоциональное кормление, доступность сладостей и перекусов, вовлечение ребенка, давление «накормить», поощрение разнообразия питания, ограничения из-за веса и воспринимаемая необходимость контроля питания. Эти субшкалы образуют психометрически устойчивую структуру и отражают разные стороны регулирования питания ребенка в условиях безглютеновой диеты.

Злоупотребление «нездоровой» едой широко распространено. В большинстве семей (примерно у 77—78% детей) родители отмечают как минимум частичное злоупотребление сладостями, сладкими напитками и другими калорийными «вредными» продуктами. Даже на фоне строгих медицинских ограничений проблема нездоровых перекусов остается скорее нормой, чем исключением, и дополняет, а не заменяет задачу соблюдения безглютеновой диеты.

Профили родительских практик различаются, но они не формируют четких групп риска. Кластерный анализ выделил четыре профиля: эмоционально-контролирующий, умеренно поддерживающий, пассивный и ограничивающий ради веса. Они различаются сочетанием контролирующих, поддерживающих и эмоциональных стратегий, причем эмоционально-контролирующий профиль чаще встречается у родителей девочек. Однако доля детей, злоупотребляющих нездоровой пищей, остается высокой во всех кластерах, а различия между ними статистически неустойчивы.

Демографические характеристики слабо связаны с исходом. В простых сравнениях ни пол ребенка, ни длительность заболевания, ни возрастные группы не показывают устойчивых различий по вероятности злоупотребления: во всех подгруппах она остается на высоком уровне. Регрессионный анализ выявляет только умеренное снижение риска у детей 6—13 лет по сравнению с дошкольниками, тогда как у подростков наблюдается сходный, но статистически пограничный эффект; длительность целиакии и пол ребенка не влияют на злоупотребление «нездоровой» едой.

Ключевой защищающий фактор — воспринимаемая необходимость контроля питания. Из всех родительских практик только субъективная необходимость контролировать питание ребенка демонстрирует устойчивую обратную связь со злоупотреблением нездоровой едой: при ее повышении шансы злоупотребления примерно в 3 раза ниже. Остальные практики (эмоциональное кормление, доступность сладостей, вовлечение, давление «накормить», поощрение разнообразия, ограничения по весу) не дают самостоятельного вклада в многомерной модели, так же как пол ребенка и длительность заболевания.

В контексте целиакии контроль питания выступает, прежде всего, как адаптивная, защищающая стратегия, если он встроен в повседневную жизнь семьи и не реализуется через давление и наказания. На уровне практики это задает приоритеты: поддержка родителей в выстраивании понятных правил, планировании рациона и обсуждении с ребенком «вредной» еды, особенно в дошкольном возрасте, когда риск злоупотребления максимален. При этом акцент смещается с поиска «неправильного» стиля воспитания на настройку всей семейной системы, сочетая контроль с вовлечением и уважением к автономии ребенка.

Участие авторов:
Концепция и дизайн исследования — Хавкин А.И., Кондратьева Е.И., Султанова А.Н.
Сбор и обработка материалов — Хавкин А.И., Бавыкина И.А., Балакирева Е.А., Бораева Т.Т., Ветрова А.Х., Гречаный С.В., Дзгоева М.М., Дмитриева Ю.А., Жетишев Р.А., Завражная К.Д., Звягин А.А., Зарянкина А.И., Кагирова О.А., Камалова А.А., Климов Л.Я., Ли А.А., Лошкова Е.В., Налетов А.В., Панфилова В.Н., Печкуров Д.В., Ревнова М.О., Сафронова Л.Е., Тяжева А.А., Федотова Г.В., Фуголь Д.С., Крылова, Е.В., Яблокова Е.А.
Подбор и анализ литературы — Хавкин А.И., Одинаева Н.Д., Кондратьева Е.И., Романовская И.Э., Султанова А.Н., Ремизов О.В.
Написание рукописи — Ли А.А,
Редактирование — Хавкин А.И.
Проверка верстки и ее согласование с авторским коллективом — Хавкин А.И.

Authors' contribution:
Concept and design of the study — Khavkin A.I., Kondratyeva E.I., Sultanova A.N.
Collection and processing of materials — Khavkin A.I., Bavykina I.A., Balakireva E.A., Boraeva T.T., Vetrova A. Kh., Grechany S.V., Dzgoeva M.M., Dmitrieva Yu.A., Zhetishev R.A., Zavrazhnaya K.D., Zvyagin A.A., Zaryankina A.I., Kagirova O.A., Kamalova A.A., Klimov L.Ya., Lee A.A., Loshkova E.V., Naletov A.V., Panfilova V.N., Pechkurov D.V., Revnova M.O., Safronova L.E., Tyazheva A.A., Fedotova G.V., Fugol D.S., Krylova, E.V., Yablokova E.A.
Literature selection and analysis — Khavkin A.I., Odinaeva N.D., Kondratieva E.I., Romanovskaya I.E., Sultanova A.N., Remizov O.V.
Manuscript writing — Li A.A.
Editing — Khavkin A.I.
Layout review and approval by the authors — Khavkin A.I.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Новикова В.П. *Пищевое поведение и пищевое программирование у детей*. Под ред. С.В. Бельмера. Санкт-Петербург: Медпрактика-М; 2015.
Bel`mer SV, Xavkin AI, Novikova VP. *Pishhevoe povedenie i pishhevoe programmirovanie u detej*. Pod red. S.V. Bel`mera. Sankt-Peterburg: Medpraktika-M; 2015. (In Russ.).
2. Stanciu D, Staykov H, Dragomanova S, Tancheva L, Pop RS, Ielciu I, Crisan G. Gluten unraveled: latest insights on terminology, diagnosis, pathophysiology, dietary strategies, and intestinal microbiota modulations — A decade in review. *Nutrients*. 2024;16:3636. https://doi.org/10.3390/nu16213636
3. Melbye EL, Øgaard T, Øverby NC. Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire with parents of 10- to 12-year-olds. *BMC Medical Research Methodology*. 2011;11:113. https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-113
4. Morris Z, Norman Å, Elinder LS, Patterson E, Warnqvist A, Raposo S, Annerstedt KS. Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire among parents of 5- to 7-year-old children in Sweden. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1205427. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1205427
5. Melbye EL, Øgaard T, Øverby NC, Hansen H. Parental food-related behaviors and family meal frequencies: associations in Norwegian dyads of parents and preadolescent children. *BMC Public Health*. 2013;13:820. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-820
6. Ng NBH, Ng JQX, Shen L, Shorey S. Redefining roles — Fathers play a crucial role in shaping children's healthy eating behaviors: cross-sectional observational study. *Nutrients*. 2025;17:860. https://doi.org/10.3390/nu17050860
7. Larson N, Fulkerson JA, Berge JM, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Do parents perceive that organized activities interfere with family meals? Associations between parent perceptions and aspects of the household eating environment. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2020;120(3):414-423. https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.11.008
8. Аверкина Н.А., Баранов А.А., Бельмер С.В., Бораева Т.Т., Боровик Т.Э., Бушуева Т.В., Вишнёва Е.А., Горелов А.В., Гундобина О.С., Гурова М.М., Дмитриева Ю.А., Захарова И.Н., Звонкова Н.Г., Звягин А.А., Зокиров Н.З., Кайтукова Е.В., Климов Л.Я., Комарова Е.В., Корниенко Е.А., Кондратьева Е.И., Курьянинова В.А., Куцев С.И., Лохматов М.М., Лошкова Е.В., Налетов А.В., Намазова-Баранова Л.С., Новикова В.П., Одинаева Н.Д., Платонова М.М., Потапов А.С., Ревнова М.О., Романовская И.Э., Рославцева Е.А., Селимзянова Л.Р., Сичинава И.В., Скворцова В.А., Сурков А.Н., Тепаев Р.Ф., Фисенко А.П., Хавкин А.И., Яблокова Е.А., Янкина Г.Н., Эфендиева К.Е. «Целиакия-2025»: проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению целиакии у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2025;22(4):495-522.
Averkina NA, Baranov AA, Bel'mer SV, Boraeva TT, Borovik TA, Bushueva TV, Vishneva EA, Gorelov AV, Gundobina OS, Gurova MM, Dmitrieva YuA, Zakharova IN, Zvonkova NG, Zvyagin AA, Zokirov NZ, Kaytukova EV, Klimov LYa, Komarova EV, Kornienko EA, Kondratieva EI, Kuryaninova VA, Kutsev SI, Lokhmatov MM, Loshkova EV, Nalyotov AV, Namazova-Baranova LS, Novikova VP, Odinaeva ND, Platonova MM, Potapov AS, Revnova MO, Romanovskaya IE, Roslavtseva EA, Selimzyanova LR, Sichinava IV, Skvortsova VA, Surkov AN, Tepaev RF, Fisenko AP, Khavkin AI, Yablokova EA, Yankina GN, Efendieva KE. "Celiac Disease-2025": Project of Clinical Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Celiac Disease in Children. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2025;22(4):495-522. (In Russ.). https://doi.org/10.15690/pf.v22i4.2941
9. Хавкин А.И., Гречаный С.В., Малахова А.А., Одинаева Н.Д., Кондратьева Е.И., Шумилов П.В., Ревнова М.О., Романовская И.Э., Яблокова Е.А., Лошкова Е.В., Налетов А.В., Бораева Т.Т., Завражная К.Д. Психологические факторы приверженности безглютеновой диете у детей и подростков. *Вопросы детской диетологии*. 2025;23(5):18-30.
Khavkin AI, Grechanyi SV, Malakhova AA, Odinaeva ND, Kondratyeva EI, Shumilov PV, Revnova MO, Romanovskaya IE, Yablokova EA, Loshkova EV, Nalyotov AV, Boraeva TT, Zavrazhnaya KD. Psychological factors influencing the adherence to a gluten-free diet in children and adolescents. *Voprosy' detskoj dietologii*. 2025;23(5):18-30. (In Russ.). https://doi.org/10.20953/1727-5784-2025-5-18-30

Поступила 26.12.2025
Received 26.12.2025
Принята в печать 15.01.2025
Accepted 15.01.2025