k odhalení možných komplikací onemocnění nebo výskytu autoimunitních chorob asociovaných s CD, k motivaci dětského pacienta a jeho rodiny a k doporučení cíleného vyhledávání CD u příbuzných prvního stupně.

- Sledování dětského pacienta by mělo být prováděno lékařem a/nebo nutričním terapeutem (NT) s dostatkem zkušeností s celiakií. Pro nedostatek kvalitních studií panují nejednoznačné názory stran izolovaného sledování pacienta NT. Jediná studie, která porovnávala stupeň adherence dětského pacienta k dietě při sledování lékařem nebo NT, neprokázala rozdíl ve výsledné adherenci k dietě (4). Náklady spojené s izolovaným sledováním NT jsou však podstatně nižší (4). Novými slibnými trendy se jeví e-learning a e-health, které v jedné studii prokázaly podobnou spokojenost pacientů a jejich zákonných zástupců a kvalitu života jako při fyzických ambulantních kontrolách a současně vedly ke snížení nákladů (5). Jiná studie prokázala lepší úroveň znalostí onemocnění pacienty po podstoupení interaktivních e-learningových kurzů (6).
- První kontrola pacienta od stanovení diagnózy by měla být za 3–6 měsíců. Časnější kontrola je doporučena při pochybnostech ohledně dodržování GFD, při těžkých poruchách růstu, přetrvávání příznaků a/nebo potřebě kontrolních odběrů dříve než po uplynutí uvedené doby. Následné kontroly by měly proběhnout po 6 měsících do dosažení normalizace hladin protilátek proti tkáňové transglutamináze (anti-tTGA) a poté každých 12–24 měsíců.
- Při ambulantních kontrolách se hodnotí:
  - přetrvávání nebo nový výskyt gastrointestinálních a extra-intestinálních příznaků onemocnění.
  - antropometrická data a dynamika růstových křivek.
  - hladina anti-tTGA IgA stejnou metodikou jako při stanovení diagnózy. Normalizace anti-tTGA IgA se používá jako ukazatel slizničního hojení s vysokou pozitivní i negativní prediktivní hodnotou (7–9). K signifikantnímu poklesu anti-tTGA by mělo dojít do 3 měsíců od zahájení GFD. Avšak v jedné studii hladiny anti-tTGA přetrvávaly nad 1× horní referenční mez laboratoře (ULN – upper laboratory norm) v 83,8 % a nad 10× ULN u 26,6 % dětí po uplynutí této doby (10). K normalizaci anti-tTGA a dosažení histopatologického hojení mohou být zapotřebí až dva roky (11–13). Dle některých zdrojů, zejména při totální atrofii sliznice, nemusí, i přes vysokou adherenci k GFD, dojít k normalizaci anti-tTGA ani po dvou letech od jejího zahájení (11).
  - hladina anti-tTGA IgG u pacientů se selektivním deficitem IgA.
  - krevní obraz a stav výživy. V době stanovení diagnózy mohou být nedostatky železa, kyseliny listové a/nebo vitaminu B_{12}. Při identifikaci insuficience některého mikronutrientu je nutné zahájení suplementace a kontrola jejich hladin do její normalizace.
  - hladina vitaminu D. Některé studie prokázaly insuficienci až deficit tohoto vitaminu při CD (14, 15). Efekt GFD na jeho hladiny je nejasný. Při identifikaci nízkých hladin vitaminu D je indikována suplementace.
  - transaminázy, nebo alespoň ALT. Játra jsou častým místem extra-intestinálních projevů CD a při přítomnosti elevace transamináz při stanovení diagnózy je nutné sledování jejich dynamiky (16).
- Při kontrolních vyšetřeních je ke zvážení hodnocení:
  - hormonů štítné žlázy. Riziko rozvoje autoimunitní tyroiditidy v terénu CD je zvýšené (17), avšak stanovení hormonů této žlázy při absenci příznaků jejího onemocnění je kontroverzní (18).
  - hladin anti-HBV u dříve očkovaných jedinců. Při identifikaci nedostatečných hladin protilátek je indikováno přeočkování. U pacientů s CD je prokázána nižší humorální odpověď na vakcínu podanou v průběhu prvních 6 měsíců života (50 % pacientů s CD, 11 % zdravých kontrol) (19–21).
- Zatímco panuje všeobecná shoda stran nutnosti sledování adherence dětského pacienta k GFD, tak dosud chybí uznávaný zlatý standard k jejímu hodnocení. Doporučuje se anamnestické hodnocení přítomnosti příznaků a jídelníčku a/nebo vyplnění dietních dotazníků a laboratorní testy.
- U dětí s poruchou růstu v rámci CD by mělo dojít ke zlepšení růstových parametrů během 6 měsíců od zahájení GFD (22). Dítě by mělo dosáhnout svůj očekávaný růstový potenciál v průběhu 1–2 let od nasazení GFD. Nedojde-li k signifikantnímu zlepšení výšky v průběhu jednoho roku od zahájení striktní GFD s dokumentovanou výbornou adherencí, je na místě rozšíření diferenciálně diagnostické rozvahy a doplnění endokrinologického vyšetření.
- U dětí s CD se může v době stanovení diagnózy vyskytovat sekundární laktózová intolerance v důsledku poškození střevní sliznice. Paušální nasazení bezlaktózové diety při absenci příznaků laktózové intolerance v době stanovení diagnózy se nedoporučuje. Je však nutno pamatovat, že se primární laktózová intolerance může manifestovat u pacienta se základní diagnózou CD podobně jako v populaci bez ní.
- K normalizaci anti-tTGA IgA by mělo dojít do 18–24 měsíců od zahájení přísné GFD (23). Nedojde-li k poklesu anti-tTGA IgA do 6–12 měsíců od zahájení GFD, je nutné přísné zhodnocení adherence k GFD. Důležité je hodnocení anti-tTGA IgA stejným testem od stejného výrobce.
- Nedoporučuje se standardní provádění re-biopsie tenkého střeva po stanovení diagnózy CD. Provedení kontrolní biopsie tenkého střeva lze ve velmi omezených případech, např. při pochybnostech o správnosti původní diagnózy nebo při podezření na jiné přídatné onemocnění kromě CD.
- Velice kontroverzním tématem je tzv. refrakterní CD, která je definována jako přetrvávající nebo rekurentní vilózní atrofie a/nebo malabsorpční symptomatologie i přes dodržování striktní GFD. Důkazy o existenci této formy celiakie jsou velice chabé a při podezření na ni je na místě zhodnocení ingesce lepku a event. společný výskyt jiných enteropatií, např. Crohnovy choroby, autoimunitní enteropatie, bakteriálního přerůstání, alergie na