



Современные подходы и результаты комплексной оценки качества жизни при целиакии: проблемы и пути решения

А.И. Хавкин^{1,2*}, Е. Долиншек³, Е.В. Шрайнер^{4,5}, А.В. Налетов⁶, Т.Т. Бораева⁷,
Е.А. Яблокова^{1,8}, Е.В. Лошкова^{9,10}, Л.Я. Климов¹¹, А.А. Камалова¹², К.Д. Завражная¹

¹ ГБУЗ Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства
Министерства здравоохранения Московской области», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
Белгород, Российская Федерация

³ Мариборский университет, Марибор, Республика Словения

⁴ ФГАОУ ВО «Новосибирский государственный университет», Новосибирск, Российская Федерация

⁵ ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, Новосибирск,
Российская Федерация

⁶ ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк, Российская Федерация

⁷ ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Владикавказ, Российская Федерация

⁸ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

⁹ ФГАОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Томск, Российская Федерация

¹⁰ ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», Москва, Российская Федерация

¹¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Ставрополь, Российская Федерация

¹² ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Казань, Республика Татарстан

Введение. Целиакия — хроническое аутоиммунное заболевание, требующее пожизненного соблюдения безглютеновой диеты. Несмотря на эффективность диеты в контроле симптомов, качество жизни пациентов остается под угрозой из-за ограничений в социальной, эмоциональной и гастрономической сферах.

Цель: провести анализ современных подходов оценки качества жизни пациентов с целиакией для оптимизации стратегий оказания помощи данной категории больных.

Основные положения. Современные исследования подчеркивают значимость не только клинического контроля, но и психосоциальной поддержки больных. В обзоре дана характеристика валидированных инструментов оценки качества жизни пациента при целиакии, представлено дифференцированное влияние заболевания на детей и взрослых, особенности соблюдения безглютеновой диеты и ее восприятие, а также региональные и культурные различия в доступе к поддержке и безглютеновым продуктам. Неблагоприятное психологическое состояние может снижать приверженность безглютеновой диете, формируя порочный круг. Сравнение с другими хроническими заболеваниями показало, что при строгом соблюдении безглютеновой диеты целиакия может иметь меньшее влияние на качество жизни.

Заключение. Для оптимизации качества жизни необходим междисциплинарный подход — от культурной адаптации шкал качества жизни до психологической и социальной поддержки таких пациентов и нормализации питания вне дома.

Ключевые слова: целиакия, качество жизни, безглютеновая диета, опросники

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Хавкин А.И., Долиншек Е., Шрайнер Е.В., Налетов А.В., Бораева Т.Т., Яблокова Е.А., Лошкова Е.В., Климов Л.Я., Камалова А.А., Завражная К.Д. Современные подходы и результаты комплексной оценки качества жизни при целиакии: проблемы и пути решения. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2026;36(2):25–35. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2026-36-2-25-35>

Modern Approaches and Results of Comprehensive Assessment of Life Quality in Celiac Disease: Problems and Solutions

Anatoly I. Khavkin^{1,2*}, Jernej Dolinšek³, Evgeniya V. Shraimer^{4,5}, Andrew V. Nalyotov⁶, Tatyana T. Boraeva⁷,
Ekaterina A. Yablokova^{1,8}, Elena V. Loshkova^{9,10}, Leonid Ya. Klimov¹¹, Aelita A. Kamalova¹², Kristina D. Zavrazhnaya¹

¹ Research Clinical Institute of Childhood of the Ministry of Health of the Moscow Region, Moscow, Russian Federation² Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation³ University of Maribor, Maribor, Slovenia⁴ Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russian Federation⁵ Institute of Chemical Biology and Fundamental Medicine of SB RAS, Novosibirsk, Russian Federation⁶ Donetsk State Medical University, Donetsk, Russian Federation⁷ North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russian Federation⁸ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation⁹ Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation¹⁰ N.P. Bochkov Research Centre for Medical Genetics, Moscow, Russian Federation¹¹ Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation¹² Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

Introduction. Celiac disease is a chronic autoimmune disease requiring a lifelong gluten-free diet. Despite the effectiveness of the diet in controlling symptoms, patients' quality of life remains at risk due to limitations in social, emotional, and gastronomic spheres.

Aim: to analyze current approaches to assessing the quality of life of patients with celiac disease in order to optimise strategies for providing care to this category of patients.

Key points. Current research emphasizes the importance of not only clinical control, but also of psychosocial support for patients. This review describes validated tools for assessing life quality in patients with celiac disease, highlighting the differential impact of the disease on children and adults, the specifics of adherence to and perceptions of a gluten-free diet, and regional and cultural differences in access to support and gluten-free products. An unfavorable psychological state can reduce adherence to a gluten-free diet, creating a vicious cycle. A comparison with other chronic diseases showed that with strict adherence to a gluten-free diet, celiac disease may have a lesser impact on quality of life.

Conclusion. Optimizing quality of life requires a multidisciplinary approach — from cultural adaptation of life quality scales to psychological and social support for these patients and normalizing nutrition outside the home.

Keywords: celiac disease, quality of life, gluten-free diet, questionnaires

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Khavkin A.I., Dolinšek J., Shrainer E.V., Nalyotov A.V., Boraeva T.T., Yablokova E.A., Loshkova E.V., Kamalova A.A., Klimov L.Ya., Zavrazhnaya K.D. Modern Approaches and Results of Comprehensive Assessment of Life Quality in Celiac Disease: Problems and Solutions. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2026;36(2):25–35. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2026-36-2-25-35>

Введение

Целиакия — иммуноопосредованное системное заболевание, возникающее вследствие употребления глютена у людей с генетической предрасположенностью и характеризующееся воспалительным поражением тонкой кишки в результате иммунного ответа, опосредованного Т-клетками [1]. Единственным на сегодняшний день эффективным методом лечения целиакии является строгая пожизненная безглютеновая диета (БГД). На сегодняшний день качество жизни (КЖ) рассматривается в качестве важного интегративного показателя состояния здоровья пациентов с хроническими заболеваниями, который отражает физическое благополучие, психосоциальное состояние и способность эффективно реализовывать повседневную активность [1–3]. Акцент на изучение КЖ при целиакии в новейших работах свидетельствует о растущем понимании того, что, помимо устранения симптомов, важно улучшать субъективное благополучие пациентов [4–6].

Цель обзора — оценить влияние целиакии и соблюдения безглютеновой диеты на качество жизни пациентов разного возраста с акцентом на региональные и культурные различия в доступности безглютеновых продуктов с использованием валидированных англо- и русскоязычных опросников.

Инструменты оценки качества жизни

Актуальным направлением исследований последних лет стало совершенствование методов определения КЖ, связанного с субъективной оценкой индивидуального здоровья (HRQoL, health-related quality of life), у пациентов с целиакией. Специфические шкалы КЖ при целиакии отражают влияние симптомов болезни и проводимой БГД на физическое и психоэмоциональное состояние пациента. По данным систематического обзора A.L. Falcomer et al., в настоящее время разработано семь опросников для оценки КЖ у пациентов с целиакией, из которых чаще всего применяли «Опросник при целиакии» (CDQ, Celiac Disease Questionnaire) и «Качество жизни при целиакии» (CDQL, Celiac Disease Specific Quality of Life) — в 21 и 17 исследованиях соответственно из 43 изученных. CDQ в большей степени сфокусирован на оценке физических и психических симптомов болезни, а CDQL — на эмоциональных последствиях пожизненного соблюдения БГД [4].

Для определения КЖ среди детей и подростков, страдающих хронической патологией, наиболее часто используют анкету PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) — общий педиатрический опросник, охватывающий физический, эмоциональный,

социальный аспекты жизни и школьную деятельность. Существуют и специальные детские шкалы — например CDDUX (Celiac Disease Dutch questionnaire), специфический для этого заболевания инструмент оценки качества жизни, связанного со здоровьем, для детей и подростков (8–18 лет) с целиакией и их родителей. Он оценивает влияние на повседневную жизнь по трем областям: диета, общение и жизнь с целиакией — используя пятибалльную шкалу Ликерта, и включает 12 пунктов: 6 по теме «Диета» (соблюдение режима, ограничения), 3 по теме «Общение» (объяснение заболевания) и 3 по теме «Наличие целиакии» (ощущения, связанные с глютенем).

Другие инструменты включают модульные версии (CeliacQ-7/27), а также европейскую систему CDAQ (Celiac Disease Assessment Questionnaire) и CDQL для межвозрастной оценки [1, 4].

Недавно S. Coburn et al. разработали еще один специальный опросник для детей с целиакией — Celiac Disease Life Inventory of Family Experiences (CDLIFE). Анкета позволяет получить представление о КЖ детей в возрасте от 2 до 18 лет, охватывая важные аспекты физического и психологического здоровья. Авторы указывают на то, что использование CDLIFE поможет выявить семьи, нуждающиеся в психологической поддержке [7].

CDQ — опросник для взрослых с целиакией, состоящий из 28 пунктов. В нем выделены четыре подшкалы: эмоциональные проблемы, социальные проблемы, болезни/тревога и гастроэнтерологические симптомы. Каждый пункт оценивается по 7-балльной шкале «всегда — никогда»; итоговый балл CDQ варьирует от 0 до 196 (в каждой подшкале 0–49 баллов), где более высокое значение отражает лучшее КЖ. Надежность шкалы была подтверждена ($\alpha = 0,80–0,91$). CDQ изначально разработан и валидирован на немецком языке, но затем был переведен и культурно адаптирован во многих странах (Италия, Португалия, Испания, Турция, Бразилия, Польша, Аргентина и др.) [4, 8].

CD-QOL (Celiac Disease Quality of Life) — опросник из 20 пунктов для взрослых пациентов, который состоит из четырех подшкал: ограничения, дисфория (расстройство от необходимости диеты), забота о здоровье и недостаточность лечения [4, 9]. Баллы подшкал суммируются: чем выше итоговый балл, тем лучше оценка качества жизни. Авторы отмечают высокую внутреннюю согласованность CD-QOL ($\alpha > 0,70$) [10]. CD-QOL акцентирует внимание на эмоциональных и социальных трудностях жизни при долгосрочном соблюдении БГД и в меньшей степени затрагивает физические симптомы. Англоязычная версия шкалы была адаптирована для многих других языков (итальянский, испанский, португальский, турецкий, иранский, нидерландский и др.) [1, 4].

PedsQL — многофакторный опросник общего КЖ для детей и подростков (от 2 до 18 лет) [11].

Генеральная версия PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales включает 23 пункта и 4 многомерные шкалы: физическое функционирование, эмоциональное функционирование, социальное функционирование и школьная деятельность. Существуют формы для детей разных возрастных групп и версия для родителей. Опросник имеет высокую надежность ($\alpha \approx 0,88–0,90$ для общей шкалы). PedsQL демонстрирует чувствительность к временным изменениям КЖ. Опросник переведен на десятки языков, включая русский [12]. В исследованиях PedsQL служит базовым инструментом для оценки общего КЖ у детей, страдающих целиакией.

Коэффициенты надежности опросников CeliacQ-27/7 (27- и 7-вопросные опросники, созданные в Нидерландах) и CDAQ (британская шкала), как правило, удовлетворительные ($\alpha > 0,8$), однако пока они менее распространены и еще не получили широкого международного признания. Появилась международная шкала CDQL для пациентов всех возрастных групп (44 вопроса, 10 подшкал), но пока она остается не адаптированной к другим языкам [1, 4].

Выбор шкалы: возраст, стадия заболевания, цели исследования

При выборе инструмента оценки КЖ важно учитывать возраст пациента и особенности течения заболевания, включающие наличие и выраженность гастроинтестинальных симптомов и психологических проблем, приверженность БГД (табл.). Для детей и подростков предпочтение обычно отдают PedsQL или специальным опросникам (CDDUX для пациентов 8–18 лет и пр.), тогда как для взрослых используют CDQ и CD-QOL [11, 13, 14].

Общие опросники целесообразно сочетать со специальными, чтобы оценивать «наблюдаемые» улучшения после лечебных вмешательств или коррекции диеты [16]. Так, выявлено, что после 10 лет соблюдения БГД оценка КЖ у пациентов по опроснику PedsQL оставалась стабильно высокой, тогда как по специфической шкале CDDUX выявлены чувствительные изменения в отдельных доменах (эмоциональном и физическом) [14].

Культурная адаптация шкал

Для правильной интерпретации вопросов анкеты при проведении исследований важны валидация и культурная адаптация шкал. При сравнении результатов между странами следует использовать версии опросников, прошедшие перекрестную культурную адаптацию. Например, CDQ и CD-QOL адаптированы во многих странах, что обеспечивает сопоставимость данных. PedsQL изначально разрабатывался для многоязычной среды и имеет обширный пул переводов (в том числе доступна русская версия). С учетом разных подходов к безглютеновой политике и восприятию болезни в разных культурах необходимо

Таблица. Сравнение основных характеристик

Шкалы	Целевая возрастная группа	Домены (подшкалы)	Кол-во пунктов	Надежность (α)	Переводы и адаптации	Источники
CDQ	Взрослые	Эмоциональные проблемы. Социальные проблемы. Болезнь/тревога. Гастроинтестинальные симптомы	28	0,80–0,91	Немецкий оригинал; адаптирован на разные языки	[1, 4]
CD-QOL	Взрослые	Ограничения. Дисфория. Забота о здоровье. Недостаточное лечение	20	–0,70	Английский оригинал; адаптирован на разные языки	[1, 4, 10]
PedsQL	Дети 2–18 лет (самоотчет и отчет родителя)	Физическое функционирование. Эмоциональное. Социальное Школьная деятельность	23	0,80–0,90	Многоязычная (включая русский)	[12, 15]
CDDUX	Дети 8–18 лет	Коммуникация. Диета. Быть больным	12	>0,70	Нидерландский оригинал; адаптирован на испанский и другие языки	[7]
Другие: CeliacQ-27/7, CDAQ, CDQL и др	—	Социальный статус, поддержка	—	—	Частично адаптированы, используются в отдельных исследованиях	[4]

Примечание: CDQ – Celiac Disease Questionnaire; CD-QOL – Celiac Disease Quality of Life; PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory; CDDUX – Celiac Disease Dutch questionnaire; CeliacQ-27/7 – Celiac Disease Questionnaire for 27/7 Questions; CDAQ – Celiac Disease Assessment Questionnaire; CDQL – Celiac Disease Specific Quality of Life.

проверять эквивалентность переведенных версий. Качественная адаптация (двунаправленный перевод, обследование экспериментальной группы) нужна для достоверного межкультурного сравнения [1, 4].

Психосоциальные аспекты и эмоциональное состояние

Помимо физических симптомов, серьезное влияние на КЖ при целиакии оказывают психосоциальные аспекты. Даже находясь на БГД, пациенты часто испытывают тревогу, стресс и ощущение социальной изоляции из-за необходимости постоянно контролировать пищевой рацион. Исследования показывают, что депрессия и тревожные расстройства встречаются у больных целиакией чаще, чем в общей популяции, причем психологический дистресс оказывает негативное влияние на показатели КЖ. Установлено, что КЖ у взрослых с целиакией тесно связано с уровнем психологического благополучия, восприятием своей болезни, стратегиями совладания/копинга и отношением к БГД. Эти факторы взаимосвязаны и могут влиять на КЖ как напрямую (через ухудшение эмоционального состояния), так и опосредованно — через снижение приверженности диете [17]. Действительно, было показано, что субъективная трудность соблюдения

диеты сильнее влияет на КЖ пациентов, чем объективный факт редких нарушений диеты [18].

В исследование A. Belpinar et al. были включены 98 детей с целиакией (средний возраст — 12 лет), которые проходили обследование в 2021–2022 гг. Установлено, что пациенты с целиакией имели более высокие баллы при оценке тревожности и депрессии и более низкие — при оценке КЖ в сравнении со здоровыми детьми. При этом уровень тревожности отрицательно коррелировал с оценкой КЖ. Авторы приходят к выводу, что дети с целиакией испытывают высокий уровень депрессии и тревожности наряду с проблемами физической функциональности и психосоциального здоровья, что негативно влияет на их КЖ [19].

Таким образом, больные, которые строго придерживаются БГД, но испытывают постоянное напряжение и неудобства по этому поводу, демонстрируют более низкое КЖ. То есть приверженность БГД и отсутствие эффективных стратегий психологической адаптации могут обусловить возникновение тревожности, хронического стресса и депрессии. Данный процесс в определенной степени модулируется культурно-региональными различиями: традициями в питании, обеспеченностью безглютеновыми продуктами, государственными программами, социальной поддержкой

и интеграцией в организации — объединяющими пациентов.

Социальная активность и диетотерапия

Строгая БГД у детей часто приводит к определенным трудностям в школе и в семье. Подростки могут особенно остро переживать данные ограничения, сталкиваясь с непониманием со стороны сверстников и социальным давлением. У взрослых аналогично возникают сложности с питанием вне дома: прием пищи в местах общественного питания, путешествия и посещение друзей требуют тщательного планирования, что вызывает стресс и приводит к социальной дезадаптации.

Взрослые пациенты с целиакией и родители больных детей в большинстве случаев отмечают важность психологической поддержки. В педиатрической популяции отмечено, что даже на фоне соблюдения строгой БГД у пациентов с целиакией уровень КЖ остается умеренно сниженным. Например, в наблюдательном исследовании 2025 г. A. Rozenztrauch et al. средний суммарный показатель КЖ у детей с целиакией, согласно опроснику PedsQL 4.0, составил 69 из 100. Существенные трудности возникают в социальной сфере: 43 % семей сообщили, что ребенок чувствовал себя изолированным на семейных мероприятиях из-за соблюдаемой диеты, а у 48 % детей были сложности в школе, связанные с питанием. Исследование показало, что фактор учебы существенно влияет на физическое состояние и общее КЖ, в то время как его влияние на эмоциональную, социальную и образовательную сферы сравнительно ниже. Воздействие целиакии на КЖ детей нарастает с возрастом: у подростков социальная жизнь и учеба страдают больше (вероятно, из-за возросших требований, давления сверстников и т. д.) [15].

В работе И.Н. Захаровой и соавт. проведен анализ медико-социальных факторов, влияющих на доступность и приверженность БГД. В исследование были включены 200 семей, воспитывающих детей с целиакией, проживающих на юге Российской Федерации. Трудности в соблюдении диеты выявлены в 87 % семей; 75 % семей вынуждены были отказаться от путешествий с детьми; 56 % не имели возможности посещать места общественного питания (рестораны, кафе); 90 % указали на сложности в приобретении безглютеновых продуктов. Установлено, что строгое соблюдение БГД в школьном возрасте наблюдается намного реже в сравнении с детьми дошкольного возраста. Среди причин осознанного нарушения диеты выделяют высокую стоимость безглютеновых продуктов. При этом строгое соблюдение БГД у детей, страдающих целиакией, ассоциировано с развитием агрессии, раздражительностью, высоким уровнем тревожности и даже депрессии. Главными проблемами семей, в которых воспитывается ребенок с целиакией, являются социально-психологическая дезадаптация больного, ограниченные финансовые

возможности для приобретения безглютеновой продукции и перестройка режима питания в целом. Авторы приходят к выводу, что психологическая работа с больными целиакией и их семьями положительно отразится как на процессе адаптации пациента к заболеванию, так и на эффективности терапии [5].

Тем не менее в развитых странах (Российская Федерация, Европа, Северная Америка, Австралия и Новая Зеландия) за последние годы доступность безглютеновых продуктов значительно выросла, что частично облегчает соблюдение БГД [1, 6]. Различия в КЖ также могут зависеть от культуры питания: так, в регионах, где традиционная кухня менее зависима от пшеницы, соблюдение диеты может восприниматься легче, тогда как в странах с преобладанием хлебобулочных изделий пациенты ощущают более серьезные ограничения. Например, в странах Восточной Азии рис является основным зерновым продуктом, поэтому исключение пшеницы может восприниматься менее драматично, чем в странах, где хлеб и продукты, содержащие глютен, являются основой питания.

Современные исследования нередко выявляют неожиданные факторы, влияющие на КЖ. Так, излишняя бдительность в отношении к диете может ухудшать КЖ больного. В недавнем исследовании 2024 г. более половины взрослых с целиакией (58 %), помимо глютена, добровольно исключали из рациона и другие продукты без медицинских показаний, опасаясь неблагоприятных реакций. У этой группы больных КЖ оказалось значительно ниже, чем у пациентов, которые ограничивали прием только глютена (57 и 70 баллов соответственно). При этом чрезмерные пищевые ограничения приводили к повышению частоты развития депрессии [20, 21]. Полученные данные подчеркивают необходимость баланса между строгим соблюдением БГД и недопущением избыточного ограничения в рационе питания других групп продуктов.

Результаты исследования выявили эмоциональные, когнитивные и поведенческие трудности, с которыми сталкиваются дети в школьной среде в процессе адаптации к целиакии и соблюдению строгой БГД [22]. При изучении особенностей питания детей с сахарным диабетом 1-го типа (СД1) и целиакией показано, что существующая в школах практика распределения продуктов питания негативно влияет на физическое и психическое здоровье данных пациентов [23]. Авторы приходят к выводу, что для эффективной терапии целиакии и СД1 важна совместная работа родителей и учителей в отношении обеспечения комплексной поддержки данных детей и адаптации их к школьной среде [23].

Строгое соблюдение БГД может оказывать существенное влияние на поступление ряда нутриентов у детей, страдающих целиакией. В исследовании E.F. Aktaş et al. показано, что целиакия

оказывает влияние не только на физическое здоровье, но и на социальное и эмоциональное благополучие, а также на академические и карьерные устремления. Социальная поддержка была решающим фактором в психологической адаптации пациентов, в то время как дискриминация, трудности с доступом к безглютеновым продуктам и общая неосведомленность общества представляли собой значительные препятствия для адаптации таких детей. Авторы работы указывают на то, что специалисты по реабилитации должны оказывать помощь подросткам, страдающим целиакией, разрабатывая стратегии само- и взаимопомощи, помогая в решении психосоциальных проблем, связанных с заболеванием [24].

У взрослых пациентов современные данные также указывают на сохранение ряда проблем, несмотря на длительную строгую БГД. Исследование 2025 г., проведенное в Германии, показало, что при высоком уровне приверженности диете (89 % опрошенных строго соблюдали БГД) пациенты все же сталкиваются с постоянными жизненными трудностями, главным образом в ситуациях, связанных с питанием вне дома (посещение ресторанов, прием пищи на работе, путешествия). Эти проблемы могут сохраняться даже через годы после установления диагноза. В первые месяцы после установления диагноза наблюдаются наиболее сильный негативный эмоциональный эффект и стресс, обусловленный необходимостью менять образ жизни. Со временем многие пациенты учатся лучше справляться с эмоциональными и бытовыми аспектами заболевания, однако часть проблем (например, чувство ограничения в повседневной жизни) не исчезает полностью. Авторы подчеркивают, что для улучшения КЖ требуется комплексная поддержка: обучение пациентов навыкам самоуправления, работа с психологом в первый год после установления диагноза, а также информирование работников общественного питания о нуждах таких больных [25].

Проспективные исследования показали, что после установки диагноза и начала диеты у пациентов через 1–2 года не только улучшаются соматические показатели, но и снижаются уровни тревоги и депрессии. Однако улучшение эмоционального состояния выражено не у всех: в первую очередь улучшается настроение у пациентов с классическими симптомами (они ощущают облегчение от исчезновения недомоганий), тогда как у бессимптомных больных изменения тревожности обычно менее выражены [18]. В целом качественные исследования сообщают, что взрослые с целиакией часто сталкиваются с «постоянным риском»: они ощущают потерю спонтанности в жизни, изменение отношения к еде и необходимость принятия «новой идентичности» как человека с хроническим заболеванием [26]. Дети же, особенно маленькие, могут в меньшей степени ощущать дезадаптацию среди сверстников, однако по мере взросления социальное

давление усиливается. С возрастом (в подростковом периоде) наблюдается некоторое ухудшение показателей КЖ в социальных и школьных домах у детей с целиакией, что связывают с ростом академической нагрузки и желанием не отличаться от сверстников [1, 4]. Таким образом, и детям, и взрослым с целиакией необходим не только медицинский контроль, но и психосоциальная поддержка для поддержания оптимального КЖ.

Сравнение качества жизни при целиакии и других хронических заболеваниях

Сравнение КЖ больных целиакией с пациентами, страдающими другими хроническими заболеваниями, позволяет понять специфичность влияния БГД и симптомов целиакии. Изучение КЖ среди пациентов с сочетанием целиакии и СД1 относительно больных с сахарным диабетом 1-го типа установило, что при условии соблюдения БГД общее качество жизни практически не отличается от такового при одном СД1. Наличие целиакии само по себе не ухудшает КЖ, но если подросток с СД1 и целиакией строго не придерживается БГД, его суммарные показатели КЖ статистически значимо ниже, чем у сверстников с СД1. Аналогичная тенденция отмечена и в семьях: родители детей, испытывающих трудности с диетой, оценивают КЖ ниже. По сути, основным фактором снижения КЖ у этих пациентов является не сам факт двойного диагноза, а именно бремя БГД. При сочетании СД1 и целиакии психологическая поддержка пациента должна фокусироваться на помощи в соблюдении диетических рекомендаций, поскольку трудности с БГД не только приводят к рискам осложнений, но и непосредственно ухудшают КЖ ребенка и его семьи [27].

При сравнении с другими хроническими заболеваниями пищеварительного тракта установлено, что целиакия не всегда приводит к значительному снижению КЖ: в ряде случаев она переносится легче, чем воспалительные заболевания кишечника. Так, в недавнем исследовании R.E. Matran et al. проведена оценка КЖ, связанного с питанием, у детей 7–18 лет с целиакией в сравнении с пациентами с воспалительными заболеваниями кишечника, включая болезнь Крона и язвенный колит. Оценка КЖ проводилась с помощью опросника FR-QoL 29 (Food-related Quality of Life). Установлено, что дети с болезнью Крона испытывали большие проблемы в отношении КЖ: их средний балл составил 64 (из 100), что было статистически значимо ($p < 0,05$) ниже относительно детей с целиакией — 79 баллов. У больных язвенным колитом средний балл находился примерно на уровне 70 и не имел статистически значимого уровня отличий от пациентов с болезнью Крона. Таким образом, в плане питания и социального взаимодействия дети с целиакией чувствовали себя лучше, чем дети с воспалительными заболеваниями кишечника. По мнению авторов, несмотря

на пожизненные ограничения, целиакия в последние годы стала более «управляемой»: строгое соблюдение БГД приводит к стабилизации состояния, а рост доступности безглютеновых продуктов облегчил жизнь пациентов [28]. Напротив, при болезни Крона диетические рекомендации не столь однозначны, течение заболевания менее предсказуемо на фоне коррекции диеты [29–32]. Это приводит к тому, что влияние болезни Крона на восприятие КЖ оказалось выше, чем бремя целиакии при хорошем компенсационном диетой [33]. Тем не менее следует учесть, что при нарушении диеты ситуация меняется — при нелеченой целиакии КЖ резко снижается.

Пациенты с пищевой аллергией также сталкиваются с похожими проблемами, влияющими на КЖ [34–36]. Как показывают исследования, при тяжелых формах пищевой аллергии у людей отмечаются дефицит информации о своем состоянии, постоянная тревога в отношении возможных реакций и, как следствие, ухудшение социального функционирования и КЖ. Страх внезапной опасной реакции при пищевой аллергии зачастую выше, чем при целиакии, что влияет на психологическое благополучие. Интересно, что недавнее сравнение опыта питания вне дома у пациентов с целиакией в сравнении с больными с пищевой аллергией выявило, что обе группы сталкиваются со сходными трудностями (неуверенность в безопасности блюд, необходимость разъяснять свой статус персоналу). Однако пациенты с целиакией сообщали о более частых тяжелых реакциях после питания вне дома. Вероятно, это связано с тем, что следы глютена в еде труднораспознаваемы и часто встречаются из-за перекрестной контаминации, тогда как люди с пищевой аллергией (например, на орехи или молоко) и персонал заведений больше осведомлены о классических аллергенах. В целом же, по результатам исследования, современный сектор общественного питания еще недостаточно удовлетворяет потребности как пациентов с пищевой аллергией, так и больных целиакией: значительная доля людей регулярно сталкивается с нарушениями диеты вне дома не по своей вине [37].

Таким образом, хронические заболевания во многом пересекаются в своем влиянии на образ жизни: необходимость постоянной диетической осторожности и ограничения снижают психологическое и социальное благополучие. При этом уникальной проблемой целиакии является абсолютная необходимость строгой БГД без возможности терапевтических «поблажек», что позволяет проводить параллели с СД1 (инсулинотерапия) и отличает ее от многих других состояний.

Культурные и региональные различия в качестве жизни при целиакии

Международные данные отчетливо демонстрируют, что КЖ пациентов с целиакией сильно зависит от социально-культурной среды, доступности

безглютеновых продуктов и системы поддержки. Сравнительный анализ, опубликованный в 2024 г., охватил около 4000 пациентов из 12 стран и сопоставил их показатели КЖ с государственной политикой в отношении целиакии [38]. Выявлены заметные региональные различия: в целом страны Европы и Океании имеют более развитые программы помощи пациентам с целиакией и, соответственно, более высокие средние показатели КЖ, тогда как в Азии, Африке и ряде стран Ближнего Востока поддержка слабее, и КЖ больных ниже. Например, в таких странах, как Италия и Великобритания, отмечены одни из самых высоких в мире значений КЖ у пациентов с целиакией, тогда как в Иране и Марокко — одни из самых низких. Данная разница напрямую связана с уровнем государственной поддержки. Так, в Италии и Великобритании уже давно действуют программы обеспечения пациентов безглютеновыми продуктами. В Италии введение дополнительных мер поддержки больных целиакией сопровождалось повышением среднего балла КЖ со 155 до 159 (из 196 возможных) за период с 2011 по 2013 г., а во Франции — с 139 в 2014 г. до 151 в 2022 г. Наоборот, в странах, где поддержка остается ограниченной (например, в Бразилии), средний уровень КЖ даже несколько снизился за период 2018–2021 гг. В Иране и ряде африканских стран до недавнего времени практически отсутствовали льготы или гарантии для людей с целиакией, что приводит к снижению КЖ. Это подтверждает прямую зависимость субъективного благополучия пациентов от внешних условий, созданных в обществе для ведения их образа жизни [1, 38].

Ключевые факторы, влияющие на КЖ при целиакии в разных странах, включают прежде всего доступность и стоимость безглютеновых продуктов, систему здравоохранения и соцподдержку и культурные пищевые традиции. Там, где безглютеновые продукты легко найти и их получение пациентом финансируется (полностью или частично) государством, жизнь больного заметно облегчена. Напротив, в регионах, где основу рациона составляют пшеница и другие глютеносодержащие злаки, а специальных продуктов мало или они дорогие, больные ощущают себя гораздо более ограниченными. Многие государства напрямую субсидируют покупку безглютеновых продуктов. Например, в Италии, Испании и Аргентине законодательно предоставляются ежемесячные денежные компенсации взрослым с целиакией для покрытия повышенных затрат на питание. В Словении детям выплачивается ежемесячное пособие, а родители детей с целиакией имеют право на налоговый вычет. В Финляндии, Норвегии и Швеции также выплачивается ежемесячное пособие. В Хорватии выдаются ежемесячные ваучеры, и то же самое действует в Сербии. В Великобритании, например, часть базовых безглютеновых продуктов (хлеб, макароны и др.) могут выдаваться пациентам

по рецепту через Национальную систему здравоохранения. В Португалии и Австралии реализован механизм налоговых вычетов, позволяющих людям с целиакией вернуть часть расходов на БГД. Такие меры гарантируют базовую продовольственную безопасность пациентов и позволяют им придерживаться БГД без угрозы для бюджета семьи, что существенно снижает финансовое бремя болезни и позитивно сказывается на КЖ [38].

Активная пациентская поддержка и просвещение

В странах, где работают ассоциации пациентов с целиакией, которые повышают осведомленность населения в отношении заболевания, больные ощущают себя увереннее. Например, в Канаде, США и большинстве стран Европы существуют некоммерческие организации, которые обучают вновь диагностированных пациентов, проводят кулинарные мастер-классы, издают списки безопасных продуктов. Такая поддержка снижает тревожность и чувство изоляции у пациентов. Исследования показывают, что со временем, по мере адаптации к жизни с целиакией и вовлечения в сообщество, психологическое состояние пациентов улучшается: ежегодно отмечается небольшой прирост показателей КЖ. Это связывают с тем, что люди привыкают к режиму, учатся готовить и выбирать еду, а также получают эмоциональную поддержку от других пациентов [1]. В Европе и Северной Америке за последнее десятилетие произошли значительные позитивные сдвиги: появилось обилие безглютеновых продуктов в супермаркетах, безглютеновые позиции в меню многих ресторанов, что интегрирует людей с целиакией в обычную жизнь. В свою очередь, в ряде азиатских стран (как и на Ближнем Востоке) проблема целиакии усугубляется низкой осведомленностью врачей и населения: заболевание диагностируется достаточно часто поздно, а понятие БГД не распространено.

Пациент может сталкиваться с непониманием со стороны окружающих, что резко снижает его социальную активность.

Выводы

Результаты представленных исследований показывают, что сегодня целиакия перестает быть «редким страданием отдельных людей» и становится заметным объектом для общественного здравоохранения во всем мире. Учет культурных и региональных особенностей при разработке стратегий поддержки — залог того, что строгая БГД будет переноситься легче, а пациенты смогут вести полноценную и активную жизнь, несмотря на свой диагноз. При клинической оценке КЖ пациентов с целиакией важно учитывать возраст, стадию заболевания и социокультурный контекст. Помимо физических симптомов, серьезное влияние на КЖ при целиакии оказывают психосоциальные аспекты. Даже находясь на БГД, пациенты часто испытывают тревогу, стресс и ощущение социальной изоляции из-за необходимости постоянно контролировать пищу. Исследования показывают, что депрессия и тревожные расстройства встречаются у больных целиакией чаще, чем в общей популяции, причем психологический дистресс напрямую снижает показатели КЖ. В свою очередь, легкость соблюдения диеты, финансовая и психологическая поддержка пациентов повышают их качество жизни, приближая их по данному показателю к здоровым людям. Использование валидированных шкал (например, CDQ и CD-QOL) позволяет точнее выявить психоэмоциональные аспекты, требующие междисциплинарного вмешательства. Совершенствование системы помощи — от законодательства до просветительских программ — рассматривается учеными как мощный механизм улучшения КЖ пациентов с целиакией.

Литература / References

1. Хавкин А.И., Налетов А.В., Павловская Е.В., Яблокова Е.А., Курьянинова В.А., Султанова А.Н. и др. Качество жизни пациентов с целиакией, соблюдающих безглютеновую диету: обзор литературы. *Вопросы современной педиатрии*. 2025;24(3):157–61. [Khavkin A.I., Nalyotov A.V., Pavlovskaya E.V., Yablokova E.A., Kur'yaninova V.A., Sultanova A.N., et al. Quality of life of patients with celiac disease on gluten-free diet: Narrative review. *Current Pediatrics*. 2025;24(3):157–61. (In Russ.)]. DOI: 10.15690/vsp.v24i3.2923
2. Кочнева Л.Д. Качество жизни детей и подростков с целиакией в остром периоде и на фоне безглютеновой диеты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь; 2021. [Kochneva L.D. Quality of life of children and adolescents with celiac disease in the acute period and in a gluten-free diet: Abstract of the Dissertation of Cand. Sci. (Med.). Stavropol; 2021. (In Russ.)].
3. Хавкин А.И., Налетов А.В., Одинаева Н.Д., Кондратьева Е.И., Марченко Н.А., Мацынин А.Н. и др. Целиакия и расстройство пищевого поведения — двунаправленная взаимосвязь заболеваний. *Педиатрическая фармакология*. 2025;22(2):135–40. [Khavkin A.I., Odinaeva N.D., Nalyotov A.V., Kondratyeva E.I., Marchenko N.A., Matsynin A.N., et al. Celiac disease and eating disorders are a bidirectional relationship of diseases. *Pediatric Pharmacology*. 2025;22(2):135–40. (In Russ.)]. DOI: 10.15690/pf.v22i2.2882
4. Falcomer A.L., de Lima B.R., Farage P., Fabris S., Ritter R., Raposo A., et al. Enhancing life with celiac disease: Unveiling effective tools for assessing health-related quality of life. *Front Immunol*. 2024;15:1396589. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1396589
5. Захарова И.Н., Климов Л.Я., Кочнева Л.Д., Гевандова М.Г., Курьянинова В.А., Стоян М.В. и др. Социальные аспекты соблюдения безглютеновой диеты детьми и подростками с целиакией. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(6):57–64. [Zakharova I.N., Klimov L.J., Kochneva L.D., Gevandova M.G., Kuryaninova V.A., Stoyan M.V., et al. Social aspects of adherence to gluten-free diet for children and adolescents with celiac disease. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2020;65(6):57–64. (In Russ.)]. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-6-57-64

6. Хавкин А.И., Одинаева Н.Д., Романовская И.Э., Кондратьева Е.И., Налетов А.В., Бораева Т.Т. и др. Оценка качества питания детей с целиакией на основе анализа приверженности родителей к сертифицированным безглютеновым продуктам. *Вопросы диетологии*. 2025;15(2):52–60. [Khavkin A.I., Odinaeva N.D., Romanovskaya I.E., Kondratyeva E.I., Nalyotov A.V., Borayeva T.T., et al. Evaluation of the nutritional quality of children with celiac disease based on the analysis of parents' adherence to certified gluten-free products. *Nutrition*. 2025;15(2):52–60. (In Russ.)]. DOI: 10.20953/2224-5448-2025-2-52-60
7. Coburn S., Trojanowski P.J., Vagadori J., Hinds P., Germone M., Liu E., et al. Development and validation of a pediatric celiac disease-specific quality of life measure. *Am J Gastroenterol*. 2025;120(5):1116–26. DOI: 10.14309/ajg.0000000000003132
8. Chaves C., Raposo A., Zandonadi R.P., Nakano E.Y., Ramos F., Teixeira-Lemos E. Quality of life perception among Portuguese celiac patients: A cross-sectional study using the Celiac Disease Questionnaire (CDQ). *Nutrients*. 2023;15(9):2051. DOI: 10.3390/nu15092051
9. Dochat C., Afari N., Arigo D. Psychometric validation of the Celiac Disease-specific Quality of Life survey (CD-QOL) in adults with celiac disease in the United States. *Qual Life Res*. 2023;32(8):2195–208. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03380-7>
10. Dorn S.D., Hernandez L., Minaya M.T., Morris C.B., Hu Y., Leserman J., et al. The development and validation of a new Coeliac Disease Quality of Life survey (CD-QOL). *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31(6):666–75. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2009.04220.x
11. Hackenbruch S.N., De Battista N.A., Grech S.G., Grima A.M. The impact on the quality of life among newly diagnosed children with coeliac disease in Malta: A child versus parent perspective. *Cureus*. 2024;16(12):e76133. DOI: 10.7759/cureus.76133
12. Berkalieva A., Kelly N.R., Fisher A., Hohmann S.F., Abul-Husn N.S., Greally J.M., et al. Physician and informal care use explained by the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) in children with suspected genetic disorders. *Qual Life Res*. 2024;33(7):1997–2009. DOI: 10.1007/s11136-024-03677-1
13. Crocco M., Calvi A., Gandullia P., Malerba F., Mariani A., Di Profio S., et al. Assessing health-related quality of life in children with coeliac disease: The Italian version of CDDUX. *Nutrients*. 2021;13(2):485. DOI: 10.3390/nu13020485
14. Crocco M., Malerba F., Calvi A., Zampatti N., Gandullia P., Madeo A., et al. Health-related quality of life in children with coeliac disease and in their families: A long-term follow-up study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;78(1):105–12. DOI: 10.1002/jpn3.12049
15. Rozensztrauch A., Mostyńska P. Quality of life in children with celiac disease: An observational study. *Nutrients*. 2025;17(6):1085. DOI: 10.3390/nu17061085
16. Баранова А.С., Налетов А.В. Влияние родительской приверженности к проводимому детям лечению хронической гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни пациента. *Педиатр*. 2020;11(1):59–60. [Baranova A.S., Nalyotov A.V. The influence of parental compliance to treatment of chronic gastroduodenal pathology in children on patient's quality of life. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(1):59–64. (In Russ.)]. DOI: 10.17816/PED11159-64
17. Möller S.P., Hayes B., Wilding H., Apputhurai P., Tye-Din J.A., Knowles S.R. Systematic review: Exploration of the impact of psychosocial factors on quality of life in adults living with coeliac disease. *J Psychosom Res*. 2021;147:110537. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110537
18. Canova C., Rosato I., Marsilio I., Valiante F., Zorzetto V., Cataudella G., et al. Quality of life and psychological disorders in coeliac disease: A prospective multi-centre study. *Nutrients*. 2021;13(9):3233. DOI: 10.3390/nu13093233
19. Belpinar A., Dağ Y.S., Arıcıoğlu Sülün A., Yayan E.H., Varol F.I. The effect of anxiety and depression levels of children with celiac disease on quality of life. *J Pediatr Nurs*. 2023;73:e260–5. DOI: 10.1016/j.pedn.2023.09.019
20. Lee A.R., Zybert P., Chen Z., Lebovits J., Wolf R.L., Lebowitz B., et al. Food avoidance beyond the gluten-free diet and the association with quality of life and eating attitudes and behaviors in adults with celiac disease. *Nutrients*. 2024;16(19):3411. DOI: 10.3390/nu16193411
21. Blodgett J.M., Lachance C.C., Stubbs B., Co M., Wu Y.T. A systematic review of the latent structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) amongst adolescents. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):197. DOI: 10.1186/s12888-021-03206-1
22. Sahn Ö.O., Tasdelen Y., Kutahyalıoğlu N.S., Güney E.U., Ozer K. School experiences in the disease management of children with celiac disease: A qualitative study. *Child Care Health Dev*. 2024;50:e70010. DOI: 10.1111/cch.70010
23. Khan A., Rani S., Verma A., Verma S., Singh V. Impact of food distribution practices on school children with coeliac disease and type 1 diabetes mellitus. *J Clin Sci Res*. 2025;14(1):68–9. DOI: 10.4103/jcsr.jcsr_126_24
24. Aktaş E.F., Ünlü Kaynakçı F.Z. The adolescent celiac experience: A holistic perspective on self-care among the “invisible” segment of society. *Disabil Rehabil*. 2025;47(23):6103–12. DOI: 10.1080/09638288.2025.2496352
25. Stroebele-Benschop N., Rau C.J., Dieze A., Bschaden A. Life challenges and quality of life of people living with coeliac disease: Time of diagnosis matters. *J Hum Nutr Diet*. 2025;38(1):10.1111/jhn.13413. DOI: 10.1111/jhn.13413
26. Rose C., Law G.U., Howard R.A. The psychosocial experiences of adults diagnosed with coeliac disease: A qualitative evidence synthesis. *Qual Life Res*. 2024;33(1):1–16. DOI: 10.1007/s11136-023-03483-1
27. Franceschi R., Pertile R., Marigliano M., Mozzillo E., Maffei C. Maintaining a gluten-free diet is associated with quality of life in youths with type 1 diabetes and celiac disease. *Acta Diabetol*. 2024;61(8):987–95. DOI: 10.1007/s00592-024-02281-6
28. Matran R.E., Diaconu A.M., Iordache A.M., Pacurar D., Becheanu C.A. Food related quality of life in children with chronic gastrointestinal disorders: Comparative study between inflammatory bowel disease and celiac disease-reports from a Romanian center. *Nutrients*. 2024;17(1):51. DOI: 10.3390/nu17010051
29. Налетов А.В., Хавкин А.И., Марченко Н.А., Матцынина М.А. Оценка эффективности использования некоторых направлений диетотерапии при воспалительных заболеваниях кишечника (обзор литературы). *Медико-социальные проблемы семьи*. 2025;30(1):89–95. [Naletov A.V., Khavkin A.I., Marchenko N.A., Matsynina M.A. Evaluation of the effectiveness of certain dietary therapy in inflammatory bowel diseases (review). *Medical and Social Problems of the Family*. 2025;30(1):89–95. (In Russ.)].
30. Хавкин А.И., Налетов А.В., Шумилов П.В., Ситкин С.И., Марченко Н.А. Диетические аспекты лечения воспалительных заболеваний кишечника. *Вопросы детской диетологии*. 2024;22(1):51–62. [Khavkin A.I., Nalyotov A.V., Shumilov P.V., Sitkin S.I., Marchenko N.A. Dietary aspects in the treatment of inflammatory bowel disease. *Pediatric Nutrition*. 2024;22(1):51–62. (In Russ.)]. DOI: 10.20953/1727-5784-2024-1-51-62
31. Poeschel L., Hupa-Breier K., Wedemeyer H., Lenzen H., Wiestler M. Food-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: Translation and validation of the German version of FR-QoL-29. *Z Gastroenterol*. 2025;63(5):477–85. DOI: 10.1055/a-2542-6781
32. Oliveira R., Martins V., Teixeira L., Tavares de Sousa H., Roseira J. Food-related quality of life in inflammatory bowel disease: translation and validation of Food-related Quality of Life to the Portuguese Language (FR-QoL-29-Portuguese). *GE Port J Gastroenterol*. 2024;32(1):9–17. DOI: 10.1159/000539227

33. Хавкин А.И., Новикова В.П., Налетов А.В., Иотова Ю.П., Богданова Е.А., Яблокова Е.А. и др. Анализ качества жизни пациентов с болезнью Крона на основе опросника SF-36. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2024;221(1):92–8. [Khavkin A.I., Novikova V.P., Nalyotov A.V., Iotova Yu.T., Bogdanova E.A., Yablokova E.A., et al. Analysis quality of life of Crohn's disease patients based on the SF-36 questionnaire. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;221(1):92–8. (In Russ.)]. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-221-1-92-98
34. Zingone F., Bertin L., Maniero D., Palo M., Lorenzon G., Barberio B., et al. Myths and facts about food intolerance: A narrative review. *Nutrients*. 2023;15(23):4969. DOI: 10.3390/nu15234969
35. Gargano D., Appanna R., Santonicola A., De Bartolomeis F., Stellato C., Cianferoni A., et al. Food allergy and intolerance: A narrative review on nutritional concerns. *Nutrients*. 2021;13(5):1638. DOI: 10.3390/nu13051638
36. Chen Q., Li Z., Castro A., Tang S., Chen J., Huang C., et al. Psychometric properties of disease-specific Health-Related Quality of Life (HRQoL) instruments for food allergy and food intolerance: Protocol for a COSMIN-based systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(1):e053534. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-053534
37. Figueroa-Gómez X., Oliveras-López M.J., Rodríguez Silva J.M., Poyanco M., López H. Experiences and perceptions of people with celiac disease, food allergies and food intolerance when dining out. *Front Nutr*. 2024;11:1321360. DOI: 10.3389/fnut.2024.1321360
38. Falcomer A.L., Pratesi C.B., Nakano E.Y., Chaves C., Rostami-Nejad M., Guennouni M., et al. From struggle to strength: A multicentric study on how public policies for celiac disease transform lives. *Nutrients*. 2024;16(17):2855. DOI: 10.3390/nu16172855

Сведения об авторах

Хавкин Анатолий Ильич* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии им. А.В. Мазурина, ГБУЗ Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области»; профессор кафедры педиатрии с курсом детских хирургических болезней Медицинского института, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».
Контактная информация: khavkin@nikid.ru;
115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, 62.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7308-7280>

Долиншек Ерней — доктор медицинских наук, руководитель отделения детской гастроэнтерологии Университетского клинического центра, Университет Марибора.
Контактная информация: Jernej.DOLINSEK@ukc-mb.si;
2000, г. Марибор, Сломшкова площадь, 15, Словения.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8095-5592>

Шрайнер Евгения Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Института медицины и медицинских технологий, ФГАОУ ВО «Новосибирский государственный университет»; старший научный сотрудник, ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН.
Контактная информация: shrayner_ev@cnmt.ru;
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9675-3044>

Налетов Андрей Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии № 2, ФГАОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации; главный внештатный детский специалист-гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.
Контактная информация: nalyotov-a@mail.ru;
283003, г. Донецк, просп. Ильича, 16.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4733-3262>

Бораева Татьяна Темирболатовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских болезней № 1, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: 23510krok@mail.ru;
362025, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9973-2293>

Information about the authors

Anatoly I. Khavkin* — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Gastroenterology and Dietetics named after A.V. Mazurin, Research Clinical Institute of Childhood of the Ministry of Health of the Moscow Region; Professor of the Department of Pediatrics with a Course in Pediatric Surgical Diseases of the Medical Institute, Belgorod State National Research University.
Contact information: khavkin@nikid.ru;
115093, Moscow, Bolshaya Serpuhovskaya str., 62.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7308-7280>

Jernej Dolinšek — MD, Dr. Sci. (Med.), Head of the Pediatric Gastroenterology Unit of the University Medical Center, University of Maribor.
Contact information: Jernej.DOLINSEK@ukc-mb.si;
2000, Maribor Slomškov trg., 15, Slovenia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8095-5592>

Evgeniya V. Shrainer — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Medicine and Medical Technologies, Novosibirsk State University; Senior Researcher, Institute of Chemical Biology and Fundamental Medicine of SB RAS.
Contact information: shrayner_ev@cnmt.ru;
630091, Novosibirsk, Krasny ave., 52.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9675-3044>

Andrew V. Nalyotov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatrics No. 2, Donetsk State Medical University; Chief Freelance Pediatric Gastroenterologist of the Ministry of Health of the Donetsk People's Republic.
Contact information: nalyotov-a@mail.ru;
283003, Donetsk, Ilyicha ave., 16.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4733-3262>

Tatyana T. Boraeva — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Diseases No. 1, North Ossetian State Medical Academy.
Contact information: 23510krok@mail.ru;
362025, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9973-2293>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Яблокова Екатерина Александровна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела педиатрии, ГБУЗ Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области»; доцент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).
Контактная информация: yablokova_e_a@staff.sechenov.ru;
119048, г. Москва, ул. Трубецкая, 8.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3364-610X>

Лошкова Елена Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии, ФГАОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова».
Контактная информация: loshkova@rambler.ru;
634050, г. Томск, Московский тракт, 2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3043-8674>

Климов Леонид Яковлевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской педиатрии, ФГАОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: klimov_leo@mail.ru;
355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7248-1614>

Камалова Аэлита Асхатовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии, ФГАОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Контактная информация: aelitakamalova@gmail.com;
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2957-680X>

Завражная Кристина Дмитриевна — педиатр-гастроэнтеролог, аспирант, ГБУЗ Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области».
Контактная информация: kristina_zavrazhnaya@mail.ru;
115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, 62.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7887-8168>

Вклад авторов

Все авторы внесли равный вклад в разработку концепции и формулирование цели статьи, сбор и обработку материалов, написание и редактирование текста и проверку верстки.

Ekaterina A. Yablokova — Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher of the Department of pediatrics, Research Clinical Institute of Childhood of the Ministry of Health of the Moscow Region; Associate Professor of the N.F. Filatov Clinical Institute of Pediatric Health, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: yablokova_e_a@staff.sechenov.ru;
119048, Moscow, Trubetskaya str., 8.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3364-610X>

Elena V. Loshkova — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Pediatrics, Siberian State Medical University; Leading Researcher, N.P. Bochkov Research Centre for Medical Genetics.
Contact information: loshkova@rambler.ru;
634050, Tomsk, Moskovsky tract, 2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3043-8674>

Leonid Ya. Klimov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Faculty Pediatrics, Stavropol State Medical University.
Contact information: klimov_leo@mail.ru;
355017, Stavropol, Mira str., 310.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7248-1614>

Aelita A. Kamalova — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Hospital Pediatrics, Kazan State Medical University.
Contact information: aelitakamalova@gmail.com;
420012, Kazan, Butlerova str., 49.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2957-680X>

Kristina D. Zavrazhnaya — Gastroenterologist, Postgraduate, Research Clinical Institute of Childhood of the Ministry of Health of the Moscow Region.
Contact information: kristina_zavrazhnaya@mail.ru;
115093, Moscow, Bolshaya Serpukhovskaya str., 62.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7887-8168>

Authors' contributions

All authors made an equal contribution to the development of the concept and formulation of the aim of the article, collection and processing of materials, writing and editing the text and proof checking.

Поступила: 15.01.2026 Принята: 01.03.2026 Опубликовано: 30.04.2026
Submitted: 15.01.2026 Accepted: 01.03.2026 Published: 30.04.2026