



Осведомленность врачей о целиакии: результаты опроса

С.В. Быкова, к.м.н.^{1, 2}, Е.А. Сабельникова, д.м.н.¹, Е.И. Задиран¹,
А.И. Парфенов, д.м.н., проф.¹

Адрес для переписки: Светлана Владимировна Быкова, s.bykova@mknc.ru

Для цитирования: Быкова С.В., Сабельникова Е.А., Задиран Е.И., Парфенов А.И. Осведомленность врачей о целиакии: результаты опроса // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 16. С. 92–100.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-16-92-100

Цель – оценить информированность врачей общей практики, гастроэнтерологов и других специалистов о методах диагностики и лечения целиакии.

Материал и методы. Проведено одномоментное сплошное поперечное исследование осведомленности о целиакии врачей общей практики, гастроэнтерологов и других специалистов. Уровень осведомленности врачей определяли путем анонимного добровольного анкетирования с использованием анкеты из 23 вопросов, разработанной на базе отделения невоспалительной патологии кишечника (приложение). По ответам на вопросы анкеты оценивали знания врачей в области диагностики, терапии, тактики ведения пациентов с целиакией. В исследовании приняли участие 197 врачей медицинских организаций Москвы и Московской области. Статистическую обработку проводили с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016 (Microsoft, США) и применением методов описательной статистики. Данные представлены в виде абсолютных чисел и их долей.

Результаты. В результате опроса выявлены пробелы в знаниях врачей о методах диагностики и клинических проявлениях целиакии, определении групп риска пациентов, подлежащих обследованию для исключения целиакии, критериях назначения аглютеновой диеты, а также по некоторым социальным аспектам. Данные исследования свидетельствуют о недостаточном понимании методов корректной диагностики и необходимости совершенствования знаний врачей, внедрения образовательных программ, школ для врачей и пациентов.

Заключение. Необходимо повышать квалификацию врачей в вопросах диагностики и лечения целиакии с целью улучшения скрининга и ранней диагностики целиакии и связанных с ней осложнений.

Ключевые слова: целиакия, частота выявления, антитела к тканевой трансглутаминазе, осведомленность врачей

Введение

Целиакия – это аутоиммунное заболевание, обусловленное непереносимостью глютена у генетически предрасположенных лиц и характеризующееся повреждением слизистой оболочки тонкой кишки. Распространенность целиакии в европейских странах составляет около 1% [1, 2]. Заболевание часто проявляется в детском и подростковом возрасте, однако в настоящее время все чаще диагностируется во взрослом возрасте, у 20% пациентов старше 60 лет. Целиакия характеризуется значительной вариабельностью клинических проявлений: от задержки роста и развития, диареи, анемии, потери веса до репродуктивных нарушений (бесплодие, невынашивание беременно-

сти), повышения трансаминаз печени, неврологических нарушений, поэтому своевременная диагностика зачастую затруднена [3, 4]. Отсутствие лечения может вызвать серьезные осложнения, включая рак толстой кишки, лимфому, приводить к тяжелому синдрому нарушенного всасывания. Лечение данных осложнений длительное и требует значительных затрат. В настоящее время для скрининга доступны серологические тесты, такие как иммуноглобулин А к тканевой трансглутаминазе (АТтТГ-IgA), обладающий высокой чувствительностью и специфичностью. Диагноз целиакии подтверждается биопсией слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК), а лечение заключается в строгом и пожизненном соблюдении аглю-

теновой диеты (АГД) [5]. В этой ситуации крайне важны правильная и своевременная диагностика и лечение целиакии, которые базируются на достаточной осведомленности врачей общей практики и других специалистов о целиакии [6]. Чтобы своевременно установить диагноз, важно знать не только классические проявления целиакии, но и внекишечные симптомы [7].

Цель – оценить информированность врачей-терапевтов, гастроэнтерологов и других специалистов о проблеме целиакии с последующей разработкой мероприятий для повышения осведомленности врачей об этом заболевании.

Материал и методы

В декабре 2020 г. – январе 2021 г. проведено одномоментное сплошное исследование осведомленности врачей-терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов и других специалистов (ревматологи, гематологи, гепатологи, хирурги и др.) о проблеме целиакии. Уровень знаний оценивали путем добровольного анонимного анкетирования по электронной почте, проведенного в онлайн-режиме (на базе SurveyMonkey). Некоторые сотрудники Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова отвечали на вопросы письменно. Анкета из 23 вопросов, разработанная специалистами отделения невоспалительной патологии кишечника (приложение), включала характеристику респондентов (пол, возраст, специальность, должность, ученая степень), а также вопросы диагностики, определения групп риска и выбора метода лечения целиакии. В исследовании приняли участие 197 врачей медицинских организаций Москвы и Московской области.

Данные проанализированы с помощью статистической обработки с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016 (Microsoft, США) и представлены в виде абсолютных чисел и их долей. Применены методы описательной статистики.

Результаты и обсуждение

Общая характеристика респондентов

Из 197 врачей, участвовавших в исследовании, большинство составили женщины (81,7%) в возрасте 31–50 лет (54%) (рис. 1 и 2).

На вопросы анкеты ответили 19 (9,6%) терапевтов, 133 (67,5%) гастроэнтеролога, 5 (2,5%) хирургов и 40 (20,3%) врачей других специальностей (рис. 3).

Среди опрошенных специалистов основное количество составили практикующие врачи – 132 (67%). В опросе также приняли участие 20 (10,15%) заведующих отделениями, 17 (8,6%) научных сотрудников, 22 (11,1%) ординатора/аспиранта, 6 (3,04%) профессоров, 8 (4,0%) докторов медицинских наук, 60 (30,45%) кандидатов. Из опрашиваемых 123 (64,43%) врача не имели ученой степени. Стаж работы большинства респондентов (87 (44,16%)) превысил 15 лет (рис. 4).

Вопросы диагностики целиакии и определение групп риска

Вопросы, касающиеся диагностики целиакии, предполагали понимание врачами клинической ситуации, позволяющей заподозрить данное заболевание, и частоту его встречаемости в практике респондентов. Оказалось, что

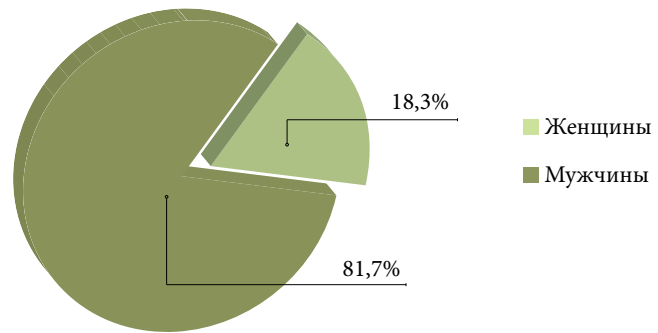


Рис. 1. Распределение врачей, принявших участие в анкетировании, по полу

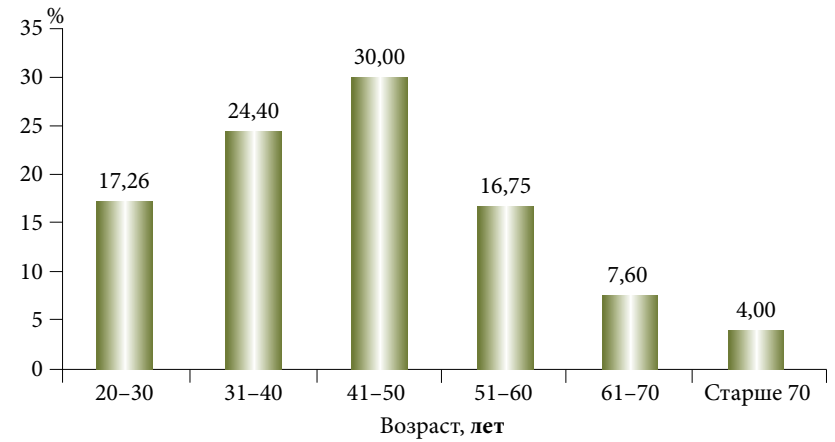


Рис. 2. Распределение врачей по возрасту

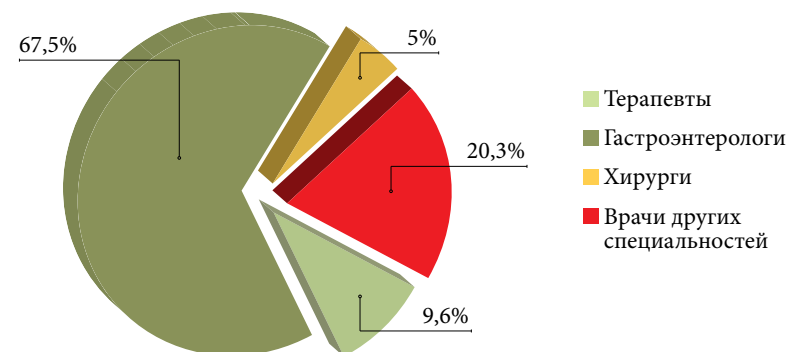


Рис. 3. Распределение респондентов по специальностям

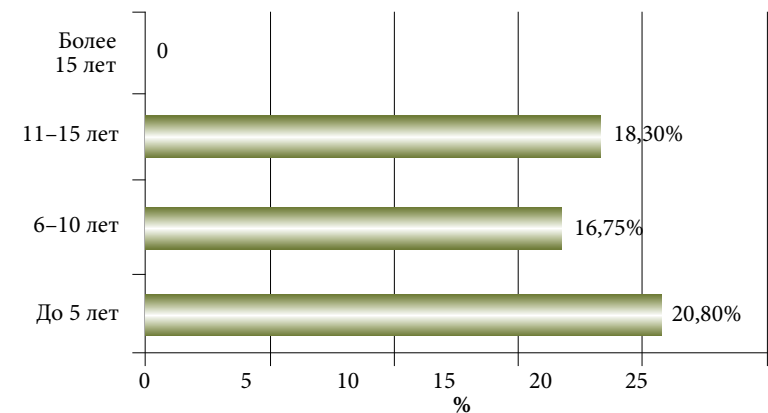


Рис. 4. Стаж работы респондентов



Таблица 1. Ответы на вопрос «Как часто Вы сталкивались с клинической ситуацией, позволяющей заподозрить целиакию?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|----------------------------------------------|------|--------|
| Часто | 55 | 27,92 |
| Редко | 113 | 57,36 |
| Очень редко | 20 | 10,15 |
| Не сталкивался с такой клинической ситуацией | 9 | 4,57 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 2. Ответы на вопрос «Рекомендовали ли Вы своим пациентам серологическое исследование целиакии?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|----------------------------|------|--------|
| Никогда | 31 | 15,74 |
| Редко (менее 5% пациентов) | 79 | 40,10 |
| Часто | 87 | 44,16 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 3. Ответы на вопрос «Рекомендуете ли Вы проведение иммунологического исследования на определение уровня общего IgA пациентам с целиакией?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|------------------|------|--------|
| Всегда | 74 | 37,60 |
| Иногда | 69 | 35,00 |
| Никогда | 54 | 27,40 |
| Всего | 197 | 100,00 |

142 (72%) опрошенных врачей в клинической практике редко, очень редко или вообще никогда не сталкивались с клинической ситуацией, связанной с исключением целиакии. Большинство из них рассматривали целиакию как редкую патологию. Это указывало на низкий уровень современных знаний об этом заболевании (табл. 1).

В реальной клинической практике врачи редко назначают обследования, уточняющие диагноз целиакии. Результаты показали, что за последний месяц 70,5% врачей либо никогда не назначили, либо обследовали не более одного-двух больных. Заподозрили целиакию у 3–5 больных 34 (17,25%) врача, обследовали более пяти больных лишь 24 (12,2%) врача.

Таким образом, более половины респондентов либо не назначали в месяц, предшествовавший опросу, обследование на целиакию, либо рекомендовали его крайне редко. Одним из объяснений может служить разнородность профессиональной деятельности. В то же время именно осведомленность о внекишечных проявлениях целиакии дает возможность гематологам, травматологам, гинекологам и неврологам выявлять ее скрытые формы [8].

Как известно, диагноз целиакии базируется на данных лабораторных и инструментальных методов обследования. На первом этапе важно оценить уровень серологических маркеров целиакии. Экспресс-тесты, результаты которых готовы через 15 минут, то есть в процессе первого визита к врачу, к сожалению, не нашли широкого применения из-за высокой стоимости. Поэтому первым этапом скрининга является анализ крови на АТгТГ IgA, IgG. Среди

опрошенных 31 (15,7%) врач никогда в клинической практике не назначал этот анализ для уточнения диагноза целиакии, а 79 (40,1%) врачей назначали его крайне редко (табл. 2).

Полученные нами данные, во-первых, подтверждают причину высокого соотношения между диагностированной и недиагностированной целиакией, достигающего 1:6–7 [1], а во-вторых, являются сильным аргументом в необходимости ее скрининга.

По рекомендациям как европейского, так и российского консенсусов по диагностике и лечению целиакии у взрослых и детей в первую очередь следует применять для скрининга АТгТГ-IgA, так как этот тест имеет хорошую чувствительность и специфичность (более 95%). Антитела к глиадину (АГА) также долгое время использовались для подтверждения диагноза. Однако со временем стали применяться более чувствительные тесты, в то время как АГА из-за невысокой чувствительности и специфичности в настоящее время не рекомендуются в качестве серологических маркеров диагностики [5]. Определение IgA и IgG к деамидированным пептидам глиадина все еще используется в качестве дополнительных тестов у детей младше двух лет с клиническими проявлениями целиакии [9]. Антитела к эндомизию, несмотря на более низкую чувствительность, чем АТгТГ-IgA, имеют более высокую специфичность (почти 100%), что позволяет применять их в качестве серологических маркеров. Однако данный тест представлен не во всех лабораториях и трудоемок в исполнении.

Дефицит IgA чаще встречается при целиакии, чем в общей популяции (примерно 2%), поэтому определение только АТгТГ-IgA для диагностики целиакии может приводить к ложноотрицательным результатам [10]. Примерно одна треть опрошенных – 74 (37,6%) признались, что проводили скрининг общего сывороточного IgA у всех пациентов с подозрением на целиакию. Более того, 54 (27,4%) врача никогда не назначают тестирование на IgA лицам с клиническим подозрением на целиакию (табл. 3).

Большинство опрошенных назначают в качестве скрининга исследование АТгТГ-IgA, что совпадает с международными рекомендациями.

В настоящее время врачи для правильной и точной диагностики целиакии на первом этапе назначают высокочувствительные тесты, такие как АТгТГ-IgA, IgG, хотя имеющийся арсенал иммунологических методов исследования представлен и антителами к деамидированному пептиду глиадина IgA, IgG, антителами к эндомизию, антителами к глиадину IgA, IgG. Как отмечалось выше, не все из перечисленных антител имеют одинаковую диагностическую значимость, поэтому в нашем опросе было важно оценить выбор антител для скрининга [11]. Неожиданным стало то, что 42 (21,3%) респондента пропустили этот вопрос. Видимо, возникли трудности с ответом. 11 (7,1%) врачей указали, что не назначают вообще никаких иммунологических исследований на целиакию. 46 (29,7%) используют антитела к глиадину IgA, IgG в качестве первого этапа скрининга, хотя, как известно, данные антитела обладают низкой чувствительностью и специфичностью. Примерно такое же количество врачей (34,2%) назначают в качестве скрининга АТгТГ IgA и IgG, рекомендованные



Всероссийским консенсусом по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых (табл. 4).

Как известно, золотым стандартом для окончательной верификации целиакии у пациентов с положительными иммунологическими тестами является проведение биопсии с последующим морфологическим исследованием СОТК. Важно у всех пациентов с подозрением на целиакию придерживаться правильного алгоритма диагностики [5, 12]. Более половины опрошенных – 109 (55,6%) всегда направляют пациентов на биопсию СОТК. Нарушение принятого алгоритма диагностики ставит под сомнение правильный диагноз (табл. 5).

Одним из важных вопросов, вызвавших затруднения, стал вопрос клинических проявлений целиакии и определения групп риска. К сожалению, 7 (3,5%) врачей пропустили вопрос, а остальные отметили классические симптомы целиакии (диарея, потеря веса, снижение уровня белка и альбумина), позволяющие заподозрить целиакию, в то время как сопутствующим заболеваниям уделялось недостаточно внимания. Действительно, хроническая диарея – это типичный симптом, сопровождающийся мальабсорбцией с вторичной потерей веса [13]. Анемия является наиболее частым гематологическим нарушением при целиакии и может быть единственным признаком заболевания [14]. Наличие аутоиммунных заболеваний, таких как сахарный диабет 1-го типа, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный гепатит, герпетиформный дерматит, чаще, чем в общей популяции, встречается у больных целиакией. Зная это, целесообразно назначать таким больным иммунологическое исследование на целиакию [15, 16].

Примерно у 40% пациентов с недавно диагностированной целиакией отмечается повышенный уровень аминотрансфераз, что также требует дообследования на целиакию. Гораздо реже встречается симптоматика с преобладанием запора, атаксии [17]. Данные опроса демонстрируют недостаточную осведомленность о правильной диагностике целиакии у пациентов с сопутствующими аутоиммунными заболеваниями и при неклассических клинических проявлениях (табл. 6).

Если ранее считалось, что целиакия – это болезнь детского возраста и чаще ее диагностировали педиатры, то в настоящее время истинная частота целиакии достигает 1:100 в общей популяции, в том числе среди пожилых людей, за счет преимущественно скрытых форм [18]. Из-за стертых и моносимптомных форм заболевания пациенты годами ходят к врачам, не получая желаемой помощи. В подобных случаях, как следует из нашего опроса, 89 (45,2%) респондентов не подозревают наличие у пациента целиакии и потому не назначают соответствующее обследование. Затруднились с ответом 27 (13,7%) врачей (табл. 7).

Как известно, родственники первой линии в 10 раз чаще имеют риск развития целиакии [2], поэтому врачу важно уточнить состояние здоровья родственников и рекомендовать обследование на предмет выявления целиакии. В нашем опросе большинство врачей – 179 (91%) давали правильные рекомендации родственникам больных целиакией, способствуя выявлению скрытых и бессимптомных форм заболевания (табл. 8).

Таблица 4. Ответы на вопрос «Какие антитела чаще всего Вы назначаете при скрининге на целиакию?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|-------------------------------------------------------|------|--------|
| Антитела к тканевой трансглутаминазе IgA, IgG | 53 | 34,19 |
| Антитела к глиадину IgA, IgG | 46 | 29,68 |
| Антитела к деамидированному пептиду глиадина IgA, IgG | 21 | 13,55 |
| Антитела к эндомиозию | 24 | 15,48 |
| Не назначаю | 11 | 7,10 |
| Всего ответили | 155 | 100,00 |
| Пропустили вопрос | 42 | 21,32 |

Таблица 5. Ответы на вопрос «Рекомендовали ли Вы биопсию слизистой оболочки тонкой кишки пациентам с положительной серологией на целиакию?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|-------------------|------|--------|
| Никогда | 18 | 9,18 |
| Редко | 33 | 16,84 |
| Часто | 36 | 18,37 |
| Всегда | 109 | 55,61 |
| Всего | 196 | 100,00 |
| Пропустили вопрос | 1 | - |

Таблица 6. Ответы на вопрос «Рекомендуете ли Вы серологический скрининг на целиакию в следующих ситуациях?»

| Клиническая ситуация | Частота положительного ответа | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|
| | абс. | % |
| Диарея | 66 | 34,70% |
| Запор | 8 | 4,21% |
| Боль в животе неясной этиологии | 37 | 19,50% |
| Потеря веса | 59 | 31,00 |
| Железодефицитная анемия неясной этиологии/без эффекта от терапии | 69 | 36,30 |
| Бесплодие | 32 | 16,8 |
| Необъяснимое повышение уровня печеночных трансаминаз | 21 | 11,00 |
| Сахарный диабет 1-го типа | 25 | 13,15 |
| Воспалительные заболевания кишечника | 30 | 15,80 |
| Аутоиммунный тиреоидит | 27 | 14,20 |
| Остеопороз | 29 | 15,20 |
| Синдром Шегрена | 13 | 6,84 |
| Синдром Тернера | 9 | 4,73 |
| Герпетический дерматит | 17 | 8,90 |
| Аутоиммунный гепатит | 22 | 11,60 |
| Полинейропатия | 16 | 8,40 |
| Отеки на фоне снижения уровня белка, альбумина | 41 | 21,60 |
| Ничего из перечисленного | 4 | 2,10 |
| Всего | 190 | - |
| Пропустили | 7 | - |



Таблица 7. Ответы на вопрос «Рекомендуете ли Вы обследование на целиакию лицам пожилого и старческого возраста?»

| Варианты ответа | Абс. | % |
|-----------------|------|--------|
| Да | 81 | 41,10 |
| Нет | 89 | 45,20 |
| Не знаю | 27 | 13,70 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 8. Ответы на вопрос «Необходимо ли назначать тестирование на целиакию у родственников больных первой линии?»

| Варианты ответа | Абс. | % |
|-----------------|------|--------|
| Да | 179 | 90,86 |
| Нет | 18 | 9,14 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 9. Ответы на вопрос «Определите риск возникновения рака у пациентов с целиакией»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|------------------|------|--------|
| Низкий | 33 | 16,75 |
| Умеренный | 86 | 43,65 |
| Высокий | 50 | 25,40 |
| Не знаю | 28 | 14,20 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 10. Ответы на вопрос «Определите риск возникновения лимфомы у пациентов с целиакией»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|------------------|------|--------|
| Низкий | 28 | 14,20 |
| Умеренный | 66 | 33,50 |
| Высокий | 78 | 39,60 |
| Не знаю | 25 | 12,70 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 11. Ответы на вопрос «Назначали ли Вы безглютеновую диету пациентам с целиакией?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|------------------|------|--------|
| Всегда | 167 | 84,78 |
| Редко | 7 | 3,55 |
| Часто | 16 | 8,12 |
| Никогда | 7 | 3,55 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Осложнения целиакии

Очень важно понимать, что в случае поздней диагностики и несвоевременного лечения целиакия может приводить к таким серьезным осложнениям, как рак желудочно-кишечного тракта, лимфопролиферативные заболевания [19–21]. В нашем исследовании знали или предполагали умеренный или высокий риск развития рака у больных целиакией 133 (67,5%) специалиста, затруднились с ответом 28 (14,2%) врачей (табл. 9). О высоком риске возникновения лимфомы у больных целиакией сообщили

Таблица 12. Ответы на вопрос «Каковы наиболее частые критерии, на основании которых Вы рекомендуете безглютеновую диету?»

| Критерии назначения пациенту АГД | Абс. | % |
|------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| Клинические симптомы (диарея, вздутие, диспепсические нарушения) | 36 | 18,27 |
| Положительные антитела к глиадину IgA, IgG | 25 | 12,69 |
| Положительные антитела к тканевой трансглутаминазе IgA, IgG, антитела к эндомиозию | 54 | 27,41 |
| Атрофия слизистой оболочки тонкой кишки по данным гистологического исследования | 50 | 25,38 |
| Не ответили на вопрос | 55 | 27,92 |
| Итого | 197 | 100,0 |

78 (39,6%) респондентов, затруднились с ответом около 13% врачей (табл. 10).

Вопросы терапии

Что касается лечения целиакии, то АГД была рекомендована (всегда или часто) пациентам с целиакией почти всеми опрошенными участниками – 183 (93%) (табл. 11). Когда респондентов попросили уточнить, какие критерии в основном используются для назначения АГД, 36 (18,3%) из них ответили, что обратят внимание на клинические симптомы, тогда как 79 (40,1%) выбрали положительные серологические маркеры (АГА, АТгТГ), 50 (25,4%) респондентов подтвердили, что рекомендуют АГД только после выявления характерных морфологических признаков при биопсии СОТК [5].

Уже давно общепризнанным фактом является строгий запрет перехода на АГД без выполнения морфологического исследования СОТК [22], однако он часто нарушается в реальной медицинской практике, что существенно затрудняет дальнейшую диагностическую тактику. Это связано с восстановлением высоты ворсинок и исчезновением других морфологических критериев целиакии. Тем не менее безглютеновая диета обязательна для пациентов с целиакией. Удивительно, что не все респонденты в нашем исследовании положительно ответили на этот вопрос (табл. 12).

Социальные аспекты целиакии

В целом 113 (57,4%) врачей считают, что диагностику и лечение целиакии можно провести в любом медицинском центре. Напротив, по мнению 84 (42,6%) респондентов, пациентов с предполагаемой и установленной целиакией следует направлять на обследование и лечение в специализированные медицинские центры (табл. 13).

В настоящее время в мире растет интерес людей к здоровому образу жизни и из средств массовой информации, особенно Интернета, многие узнают о неблагоприятных воздействиях глютена и связанных с глютеном заболеваний, которые, кроме целиакии, включают и непереносимость глютена, и аллергии на глютен. Поэтому огромное количество людей исключают глютен из пищевого рациона даже при отсутствии данных заболеваний, а АГД пропагандируется веб-форумами и даже некоторыми врачами как часть здорового образа жизни, без наличия соответствующих медицинских показаний. Одним из



последствий этой тенденции является то, что пациенты просят врача назначить им обследование для уточнения диагноза целиакии или сами начинают придерживаться АГД без проведения надлежащего диагностического обследования (табл. 14). Между тем переход пациента на АГД без проведенной предшествующей диагностики, как уже было сказано, затрудняет впоследствии возможность постановки правильного диагноза [22]. Среди опрошенных нами врачей 145 (73,6%) сталкивались с подобной ситуацией. Следовательно, требуется повышение уровня профессионализма врачей, и оно может быть достигнуто как благодаря системе последилового образования, так и с помощью средств по распространению научно обоснованной, качественной информации о целиакии. Несмотря на ошибки в ответах, недостаточно полные ответы и затруднения, большая часть врачей удовлетворена объемом информации о целиакии в МКНЦ, полученной в результате посещения научных конференций, лекций и т.д. (табл. 15).

Обсуждение

Результаты опроса убедительно показывают пробелы в знаниях врачей, касающихся диагностики и лечения целиакии. В нашей стране принят консенсус по диагностике и лечению целиакии у взрослых и детей, разработанный российскими гастроэнтерологами и педиатрами на основе отечественных и зарубежных рекомендаций и утвержденный на 42-й ежегодной научной сессии ЦНИИГ 2 марта 2016 г., который предназначен для практических врачей. Однако становится ясно, что все еще существует потребность в дополнительном обучении врачей диагностике и алгоритмам лечения этого заболевания, что в конечном итоге могло бы способствовать более раннему выявлению целиакии у пациентов и, возможно, избежать дополнительных осложнений и затрат на здравоохранение. Следует признать реальную распространенность целиакии в популяции, сочетание ее с аутоиммунными заболеваниями, правильно и повсеместно использовать доступные серологические маркеры и биопсию СОТК и своевременно диагностировать данное заболевание.

Заключение

Для преодоления проблемы низкой выявляемости целиакии в России необходимо совершенствовать уровень профессиональной подготовки врачей (организовывать образовательные программы и научные конференции не только для гастроэнтерологов, но и для врачей различных специальностей, обучать специалистов алгоритму скрининга целиакии и современным методам диагностики и лечения);

Литература

1. Rubio-Tapia A., Hill I.D., Kelly C.P. et al. American College of Gastroenterology. ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease // Am. J. Gastroenterol. 2013. Vol. 108. № 5. P. 656–676.
2. Ludvigsson J.F., Bai J.C., Biagi F. et al. Diagnosis and management of adult coeliac disease: guidelines from the British Society of Gastroenterology // Gut. 2014. Vol. 63. № 8. P. 1210–1228.
3. Парфенов А.И. Целиакия. Эволюция представлений о распространенности, клинических проявлениях и значимости этиотропной терапии. М.: Анахарсис, 2007. 376 с.
4. Крумс Л.М., Сабельникова Е.А. Хронические болезни тонкой кишки (клиника, диагностика, лечение). М.: МКНЦ, 2014. 94 с.
5. Парфенов А.И., Маев И.В., Баранов А.А. и др. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых // Альманах клинической медицины. 2016. Т. 44. № 6. С. 661–668.

Таблица 13. Ответы на вопрос «Как Вы считаете, диагностика и лечение целиакии должны выполняться в учреждении какого уровня?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|--------------------------------------|------|--------|
| Специализированный медицинский центр | 84 | 42,64 |
| Любой медицинский центр | 113 | 57,36 |
| Итого | 197 | 100,00 |

Таблица 14. Ответы на вопрос «Часто ли Вы сталкивались с ситуацией, когда больной сам изъявлял желание провести обследование на наличие целиакии (опираясь на данные из Интернета, средств массовой информации и т.д.)?»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|------------------|------|--------|
| Часто | 31 | 15,74 |
| Иногда | 114 | 57,87 |
| Никогда | 52 | 26,39 |
| Всего | 197 | 100,00 |

Таблица 15. Ответы на вопрос «Удовлетворены ли Вы объемом информации о целиакии в МКНЦ, получаемой в результате посещения научных конференций, лекций, обсуждения клинических случаев и т.д.»

| Варианты ответов | Абс. | % |
|------------------|------|--------|
| Да | 168 | 85,28 |
| Нет | 29 | 14,72 |
| Всего | 197 | 100,00 |

выделять дополнительные средства на лабораторные исследования, обеспечивающие возможность проведения тестирования на целиакию в каждой поликлинике. Важным аспектом правильной диагностики целиакии также является распространение достоверной информации о заболевании и необходимости его раннего выявления в средствах массовой информации и интернет-ресурсах. ☉

Данная работа представляет собой сплошное открытое добровольное тестирование и имеет ограничения, свойственные всем опросам. Опрос проведен среди врачей Москвы и Московской области, что следует учитывать при интерпретации данных и ограниченности применения суждений ко всей популяции врачей-терапевтов, врачей общей практики и других специалистов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



6. *Jinga M., Popp A., Balaban D.V. et al.* Physicians' attitude and perception regarding celiac disease: a questionnaire-based study // Turk. J. Gastroenterol. 2018. Vol. 29. № 4. P. 419–426.
7. *Popp A., Kiveli L., Fuchs V., Kurppa K.* Diagnosing celiac disease: towards wide-scale screening and serology-based criteria? // Gastroenterol. Res. Pract. 2019. P. 2916024.
8. *Horwitz A., Skaaby T., Kårhus L.L. et al.* Screening for celiac disease in Danish adults // Scand. J. Gastroenterol. 2015. Vol. 50. № 7. P. 824–831.
9. *Husby S., Koletzko S., Korponay-Szabo I.R. et al.* European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2012. Vol. 54. P. 136–160.
10. Coeliac disease: recognition, assessment and management. Guidance and guidelines. NICE guideline. 2015.
11. *Rashid M., Lee J.* Serologic testing in celiac disease: practical guide for clinicians // Can. Fam. Physician. 2016. Vol. 62. № 1. P. 38–43.
12. *McGowan K.E., Lyon M.E., Butzner J.D.* Celiac disease and IgA deficiency: complications of serological testing approaches encountered in the clinic // Clin. Chem. 2008. Vol. 54. № 7. P. 1203–1209.
13. *Roy A., Mehra S., Kelly C.P. et al.* The association between socioeconomic status and the symptoms at diagnosis of celiac disease: a retrospective cohort study // Ther. Adv. Gastroenterol. 2016. Vol. 9. № 4. P. 495–502.
14. *Broide E., Matalon S., Kriger-Sharabi O. et al.* Cost effectiveness of routine duodenal biopsies in iron deficiency anemia // World J. Gastroenterol. 2016. Vol. 22. № 34. P. 7813–7823.
15. *Dominguez C.P., Harkin G., Hussey M. et al.* Changes in presentation of celiac disease in Ireland from the 1960s to 2015 // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2017. Vol. 15. № 6. P. 864–871.
16. *Castillo N.E., Vanga R.R., Theethira T.G. et al.* Prevalence of abnormal liver function tests in celiac disease and the effect of a gluten-free diet in the US population // Am. J. Gastroenterol. 2015. Vol. 110. № 8. P. 1216–1222.
17. Сабельникова Е.А. Лютенчувствительная целиакия: распространенность в группах риска, клинические формы, лечение и диспансерное наблюдение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. 2012.
18. Сабельникова Е.А., Крумс Л.М., Воробьева Н.Н., Гудкова Р.Б. Целиакия у пожилых // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 12. С. 48–53.
19. *Elfström P., Granath F., Ekström Smedby K. et al.* Risk of lymphoproliferative malignancy in relation to small intestinal histopathology among patients with celiac disease // J. Natl. Cancer Inst. 2011. Vol. 103. № 5. P. 436–444.
20. *Mormile R.* Non-Hodgkin lymphoma in celiac disease: causality or casuality on the scene? // Int. J. Colorectal. Dis. 2016. Vol. 31. № 5. P. 1077.
21. *Ilus T., Kaukinen K., Virta L.J. et al.* Incidence of malignancies in diagnosed celiac patients: a population-based estimate // Am. J. Gastroenterol. 2014. Vol. 109. № 9. P. 1471–1477.
22. *Zipser R.D., Farid M., Baisch D. et al.* Physician awareness of celiac disease: a need for further education // J. Gen. Intern. Med. 2005. Vol. 20. № 7. P. 644–646.

Doctors' Awareness of Celiac Disease: Survey Results

S.V. Bykova, PhD^{1,2}, E.A. Sabelnikova, PhD¹, E.I. Zadiran¹, A.I. Parfenov, PhD, Prof.¹

¹ A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

² Scientific Research Institute of Healthcare and Medical Management of the Moscow City Health Department

Contact person: Svetlana V. Bykova, s.bykova@mknc.ru

The aim is to assess the awareness of general practitioners, gastroenterologists and other specialists on the methods of celiac disease diagnosis and treatment.

Materials and methods. A single-stage continuous cross-sectional study of celiac disease awareness among general practitioners, gastroenterologists and other specialists was conducted. The level of doctors' awareness was determined by the anonymous voluntary questionnaire using the questionnaire of 23 items developed on the basis of the Department of Non-Inflammatory Bowel Pathology (supplement). According to the answers to the questionnaire items, the knowledge of doctors in the field of diagnosis, therapy, and tactics of managing patients with celiac disease was evaluated. The study involved 197 doctors of medical organizations in Moscow and the Moscow Region. Statistical processing was performed with the use of Microsoft Excel 2016 software (Microsoft, USA) and the use of descriptive statistics methods. The data is presented in the form of absolute numbers and their fractions.

Results. The survey revealed gaps in the doctors' knowledge on the methods of celiac disease diagnosis and clinical manifestations, the definition of risk groups of patients to be examined to exclude celiac disease, the criteria for prescribing the gluten-free diet, as well as some social aspects. These studies indicate the lack of understanding of the methods of correct diagnosis and the need to improve the knowledge of doctors, the introduction of educational programs, schools for doctors and patients.

Conclusion. It is necessary to improve the skills of doctors in celiac disease diagnosis and treatment in order to improve the screening and early diagnosis of celiac disease and related complications.

Key words: celiac disease, detection rate, antibodies to tissue transglutaminase, awareness of doctors



Приложение.

Анкета осведомленности врачей

Уважаемый коллега! Просим Вас ответить на предложенные вопросы, выбрав подходящие варианты для каждой ситуации/вопроса.

1. Ваша специальность

- Терапевт
- Гастроэнтеролог
- Хирург
- Другая специальность _____

2. Занимаемая должность

- Ординатор/аспирант
- Врач отделения
- Лаборант
- Младший научный сотрудник
- Старший научный сотрудник
- Ведущий научный сотрудник
- Главный научный сотрудник
- Заведующий
- Работник администрации

3. Ваша ученая степень

- Не имею
- Кандидат медицинских наук
- Доктор медицинских наук
- Профессор

4. Пол

- Мужской
- Женский

5. Возраст

- 20–30
- 31–40
- 41–50
- 51–60
- 61–70
- Старше 70

6. Стаж работы по специальности

- До 5 лет
- 6–10 лет
- 11–15 лет
- Более 15 лет

7. Как часто Вы сталкивались с клинической ситуацией, позволяющей заподозрить целиакию?

- Часто
- Редко
- Очень редко
- Не сталкивался с такой клинической ситуацией

8. Сколько больных за последний месяц Вы обследовали на целиакию, назначая серологическое тестирование?

- 0
- 1–2
- 3–5
- 5+

9. Рекомендовали ли Вы своим пациентам серологическое исследование целиакии?

- Никогда
- Редко (менее 5% пациентов)
- Часто

10. Какие антитела чаще всего Вы назначаете при скрининге на целиакию?

- Антитела к тканевой трансглутаминазе IgA, IgG
- Антитела к глиадину IgA, IgG
- Антитела к деамидированному пептиду глиадина IgA, IgG
- Антитела к эндомизию
- Не назначаю

11. Рекомендуете ли Вы биопсию слизистой оболочки тонкой кишки пациентам с положительной серологией на целиакию?

- Никогда
- Редко
- Часто
- Всегда



12. Рекомендуете ли Вы серологический скрининг на целиакию в следующих ситуациях?

- Диарея
- Запор
- Боль в животе неясной этиологии
- Потеря веса
- Железодефицитная анемия неясной этиологии/ без эффекта от терапии
- Бесплодие
- Необъяснимое повышение уровня печеночных трансаминаз
- Сахарный диабет 1-го типа
- Воспалительные заболевания кишечника
- Аутоиммунный тиреоидит
- Остеопороз
- Синдром Шегрена
- Синдром Тернера
- Герпетический дерматит
- Аутоиммунный гепатит
- Полинейропатия
- Отеки на фоне сниженного уровня белка, альбумина в анализах крови
- Ничего из вышеперечисленного

13. Определите риск возникновения рака у пациентов с целиакией:

- Низкий
- Умеренный
- Высокий
- Не знаю

14. Определите риск возникновения лимфомы у пациентов с целиакией:

- Низкий
- Умеренный
- Высокий
- Не знаю

15. Рекомендуете ли Вы обследование на целиакию лицам пожилого и старческого возраста?

- Да
- Нет
- Не знаю

16. Назначали ли Вы безглютеновую диету пациентам с целиакией?

- Всегда
- Редко
- Часто
- Никогда

17. Каковы наиболее частые критерии, на основании которых Вы рекомендуете безглютеновую диету?

- Клинические симптомы (диарея, вздутие, диспепсические нарушения и т.д.)
- Положительные антитела к глиадину IgA, IgG
- Положительные антитела к тканевой трансглутаминазе IgA, IgG /антитела к эндомизию
- Атрофия слизистой оболочки тонкой кишки по данным гистологического исследования

18. Рекомендуете ли Вы проведение иммунологического исследования на определение уровня общего IgA пациентам с целиакией?

- Всегда
- Иногда
- Никогда

19. Как Вы считаете, диагностика и лечение целиакии должны выполняться:

- В специализированном медицинском центре
- Любом медицинском центре

20. Необходимо ли назначать тестирование на целиакию родственникам больных первой линии?

- Да
- Нет

21. Часто ли Вы сталкивались с ситуацией, когда больной сам изъявлял желание провести обследование на наличие целиакии (опираясь на данные из Интернета, средств массовой информации и т.д.)?

- Часто
- Иногда
- Никогда

22. Считаете ли Вы, что целиакия излечима?

- Да
- Нет

23. Удовлетворены ли Вы объемом информации о целиакии в МКНЦ, получаемой в результате посещения научных конференций, лекций, обсуждения клинических случаев и т.п.?

- Да
- Нет