

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЗДАНИЯ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ

Елена Евгеньевна МОИСЕЕНКО¹, Марина Федоровна ОСИПЕНКО¹, Сергей Александрович КРОТОВ², Наталья Николаевна БУРБИК², Татьяна Августовна АГЕЕВА¹

¹ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава
630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52

²ЗАО «Вектор-Бест»
630128, г. Новосибирск, а/я 102

С целью создания регистра взрослых больных целиакией для изучения распространенности заболевания в г. Новосибирске, профилактики его осложнений и организации помощи в обеспечении достаточного уровня качества жизни пациентов в условиях Городского гастроэнтерологического центра проведено обследование 650 человек с различной гастроэнтерологической патологией. Всем больным проводили лабораторно-клинические исследования по общепринятым стандартам, определяли содержание антигладинарных антител и антител к тканевой трансглутаминазе в иммуноглобулинах класса А и G, а при их позитивном результате выполняли морфологическое исследование слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. У пациентов с целиакией оценивались показатели качества жизни. Из всех обследованных у 66 пациентов (10,8 % от направленных) выявлены повышенные титры антигладинарных антител и к тканевой трансглутаминазе. У 56 из них при гистологическом исследовании слизистой двенадцатиперстной кишки выявлены признаки целиакии (8,6 % от всех направленных), эти пациенты включены в регистр больных целиакией г. Новосибирска. Таким образом, на сегодняшний день в регистре больных целиакией г. Новосибирска состоит 56 человек, выявленных в результате скрининга пациентов с различными гастроэнтерологическими заболеваниями. Все больные находятся под наблюдением у гастроэнтерологов по месту жительства. На фоне строгого соблюдения аглютеновой диеты у пациентов отмечается значительная положительная динамика симптомов и многих показателей качества жизни.

Ключевые слова: целиакия, регистр, иммунологические тесты, биопсия тонкой кишки, качество жизни.

Целиакия (шифр по МКБ X — K 90.0; синонимы: глютеновая энтеропатия, кишечный инфантилизм, нетропическая спру) — это хроническое генетически детерминированное заболевание, связанное с непереносимостью одного из компонентов белка злаковых — глютена, в частности, его токсичной фракции проламина, характеризующееся развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и синдрома мальабсорбции. Проламины в пшенице называются глинами, во ржи — секалинами, в ячмене — гордеинами, в овсе — авенинами и т. д. Наиболее высокая концентрация проламинов определяется в пшенице, ячмене, ржи. Именно их наличие в пище признано триггером развития аутоиммунного конфликта, находящегося в основе глютеновой энтеропатии.

Многообразие клинических форм целиакии обеспечивается различными проявлениями синдрома мальабсорбции и аутоиммунных процессов в

органах и системах. С этим фактом связаны трудности диагностики заболевания и его образное название «великий мим».

Большинством международных экспертов применяется клиническая классификация целиакии, включающая 3 формы: классическую (при преобладании гастроинтестинальных симптомов: диарея, похудание, метеоризм, астения), атипичную (при преобладании негастроинтестинальных симптомов, обычно моно- и малосимптомную), латентную (бессимптомную или малосимптомную на фоне характерных изменений тонкой кишки).

Общеизвестен «айсберг целиакии», описанный Ричардом Логаном в 1991 г.: на 1 случай типичной тяжелой целиакии приходится 6 случаев скрытого или атипичного течения заболевания, которые, по результатам последних эпидемиологических исследований, широко распространены в европейской популяции. К сожалению, по этой

Моисеенко Е.Е. — к.м.н., ассистент кафедры терапии пропедевтики внутренних болезней;
e-mail: elemo@ngs.ru

Осипенко М.Ф. — д.м.н., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней; e-mail: ngma@bk.ru

Кротов С.А. — начальник лаборатории бактериальных инфекций; e-mail: krotov@vector-best.ru

Бурбик Н.Н. — н.с. лаборатории бактериальных инфекций; e-mail: burbik@vector-best.ru

Агеева Т.А. — д.м.н., проф. кафедры патоморфологии; e-mail: ageta@mail.ru

же причине пациенты длительное время находятся под наблюдением врачей практически всех специальностей, а диагноз целиакии часто выставляется несвоевременно: чаще через 10 лет после начала клинических проявлений [1].

Основа диагностического алгоритма целиакии — иммунологические маркеры, определяемые в сыворотке крови, гистологические маркеры, генетические маркеры, представленные генами HLA.

Долгое время целиакия (глютеновая энтеропатия) считалась редким заболеванием. В 80-е годы XX века частота ее в различных странах мира не превышала 1 на 3000–5000 человек. В последнее время она составляет в странах Западной Европы и Северной Америки от 1 на 300 до 1 на 100 человек [2]. Распространенность этой патологии в популяциях с повышенным риском целиакии составляет в среднем от 5 до 15 %: при остеопорозе — 1–3 %, при железодефицитной анемии — 10–15 %, при сахарном диабете 1 типа — 3–6 %, у ближайших родственников больных — до 20 % [2]. Рост выявляемости целиакии связывают с повышением уровня знаний о ней практикующих врачей и расширением диагностических возможностей [3].

Результаты эпидемиологических исследований в Нижегородской области выявили распространенность целиакии среди пациентов с заболеваниями органов пищеварения 1:129 [4].

Все эти достижения позволяют считать целиакию одной из распространенных аутоиммунных патологий с разнообразными клиническими проявлениями [5].

Особый интерес к целиакии на фоне растущего ее выявления в последнее время связан с социальной значимостью заболевания: значительным снижением качества жизни пациентов и высоким риском возникновения у них (более чем в 30 раз, по сравнению с популяцией) опухолей кишечника.

Раннее установление диагноза целиакии и своевременное введение строгой безглютеновой пожизненной диеты способствует улучшению состояния больных глютеновой энтеропатией и показателей качества их жизни, а также профилактике у них онкологических заболеваний [6].

На VII съезде Национального общества гастроэнтерологов «Болезнь и возраст» 21–23 марта 2007 г. было принято решение о создании Национальной Программы по изучению проблемы целиакии в России, о формировании рабочих групп из числа педиатров, гастроэнтерологов и специалистов по питанию для проведения научно-исследовательских работ по изучению распространенности целиакии в группах риска, по тестированию безглютеновых продуктов, по составлению Московского и Общероссийского регистров больных целиакией, по разработке отечественных безглютеновых продуктов.

Цель исследования — создание регистра взрослых больных целиакией для изучения распростра-

ненности заболевания в г. Новосибирске, профилактики его осложнений и организации помощи в обеспечении достаточного уровня качества жизни пациентов.

Материалы и методы

За последние 3 года в условиях Городского гастроэнтерологического центра на базе МУЗ ГКБ № 7 нами проведено обследование 650 пациентов (330 женщин и 320 мужчин) в возрасте 17–63 лет ($31,8 \pm 6,6$) с различными гастроинтестинальными проявлениями, характерными для глютеновой энтеропатии: абдоминальными болями, метеоризмом, диареей. Диагноз устанавливался в 3 этапа: клинико-лабораторный, серологический, инструментальный.

Всем пациентам проводилось обследование соответственно «Стандартам диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения» МЗ РФ № 125 от 17.04.1998 г. (общий анализ крови, содержание сывороточного железа, общий анализ мочи, копрограмма, бактериологическое исследование кала, содержание сывороточных иммуноглобулинов, холестерина крови, белка и белковых фракций, ультразвуковое исследование печени, желчных путей, поджелудочной железы).

В сыворотке крови пациентов методом иммуноферментного анализа определяли содержание антител к глиадину (АГА) с помощью наборов «IgA — глиадин — ИФА — Бест» и «IgG — глиадин — ИФА — Бест» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия) и антител к тканевой трансглутаминазе (АТ тТГ) с помощью тест-систем «Anti-Tissue-Transglutaminase IgA» и «Anti-Tissue-Transglutaminase IgG» (ORGENTEC и DRG Diagnostics, Германия). Положительная реакция для АГА IgA установлена на уровне выше 25,0 Ед/мл, а для АТ тТГ — 10,0 Ед/мл.

С большой степенью вероятности можно утверждать, что целиакия возможна при повышении содержания обоих классов антител; диагноз целиакии менее вероетен при повышении содержания только АГА IgG или при отрицательных результатах.

При получении сомнительных или, тем более, положительных результатов, осуществлялись эзофагогастродуоденоскопия аппаратом Olympus GIF V70 (Япония) и прицельная биопсия слизистой оболочки дистального отдела 12-перстной кишки с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Результаты биопсии оценивались соответственно критериям морфологической классификации целиакии по Marsh: стадия 0 — преинфильтративная (нормальная слизистая оболочка); стадия I — увеличение количества интраэпителиальных лимфоцитов более 30 на 100 энтероцитов; стадия II — наличие на фоне лимфоцитарной инфильтрации гиперплазии крипт без снижения высоты ворсин; стадия III — классическая морфологическая картина целиакии (появление атрофии ворсин раз-

личной степени — парциальной, субтотальной или тотальной — на фоне изменений, характерных для предыдущей стадии); стадия IV — конечная стадия целиакии (тотальная атрофия ворсин).

Дополнительно проводился опрос и осмотр отобранных пациентов с целью выявления внекишечных проявлений целиакии. На каждого пациента, внесенного в регистр, заполнялась анкета, объединяющая все полученные результаты (**Приложение**). Исследование одобрено локальным этическим комитетом Новосибирского государственного медицинского университета. Все больные дали письменное информированное согласие на необходимое обследование и включение в регистр.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием прикладных программ Statistica 6.0 для Windows 98 с применением частотного и дескриптивного (описательного) анализа. Вероятность различий долей в группах определяли с использованием критерия χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Для обследования на наличие целиакии из различных лечебных учреждений города направлено 650 человек в возрасте 17–63 лет ($31,8 \pm 6,6$). По половому составу они распределились почти равномерно: 330 женщин и 320 мужчин.

Нами проведен анализ показаний, определенных врачами в направлениях пациентам для обследования на целиакию. У всех 650 человек указаны различные гастроинтестинальные симптомы: у 66 (10,2 %) — абдоминальные боли различной локализации, у 50 (7,7 %) — метеоризм, у 51 (7,8 %) — упорные запоры, у 502 (77,2 %) — хроническая диарея различной степени выраженности. Преобладание последнего синдрома обусловлено, видимо, наличием более устойчивых знаний у врачей о классической форме глютенной энтеропатии, для которой характерны диарея, похудание, метеоризм.

Всем пациентам проведено исследование на наличие иммунологических маркеров заболевания. У 66 человек (10,2 % от всех обследованных) титры АГА и АТ к ТГ оказались повышенными: более 25,0 Ед/мл и 10,0 Ед/мл соответственно, причем доля женщин от всех обследованных оказалась выше, чем мужчин (43 и 23 человека, то есть 13,03 % и 7,2 %, $p = 0,014$).

По литературным данным [7] достоверно установлено повышение содержания АГА у пациентов с нелеченной целиакией и при введении в питание глютенсодержащих продуктов на фоне лечения. Поэтому АГА-тест используется для диагностики при подозрении на целиакию, а также при наблюдении в динамике за больным для контроля за эффективностью и соблюдением диеты.

Появление антиглиадиновых антител при целиакии в настоящее время объясняют обычной иммунной реакцией и связывают с увеличенной проницаемостью кишечника для макромолекул, характерной

для целиакии. Предполагают, что образование АГА не связано с патогенетическими механизмами болезни. Это позволяет объяснить недостаточную специфичность АГА у взрослых (IgA — 89 %, IgG — 76 %) и возможное их обнаружение как у здоровых людей, так и у лиц, имеющих в анамнезе муковисцидоз (кишечная форма), синдром раздраженного кишечника, дисахаридазную недостаточность, синдром Шегрена и другие заболевания соединительной ткани. Чувствительность метода составляет 89 % (АГА IgA) и 73 % (АГА IgG) [7].

Тканевые трансглутаминазные антитела, открытые Dieterich et al. в 1997 г., имеют большую специфичность и чувствительность при диагностике целиакии: около 100 %.

Для повышения эффективности использования иммунологических тестов нами проводилось одномоментное определение АГА IgA и IgG и АТ тТГ в связи со стойкой ассоциацией целиакии с селективным IgA-дефицитом [8].

В связи с планирующимся в дальнейшем контролем над эффективностью и соблюдением диеты всем пациентам проводился тест на наличие антиглиадиновых антител, несмотря на их невысокую специфичность и чувствительность.

Только у 56 из 66 больных с позитивными и сомнительными иммунологическими результатами (84,9 % от лиц с позитивными иммунологическими результатами, 8,6 % от всех обследованных) при гистологическом исследовании слизистой оболочки дистального отдела двенадцатиперстной кишки обнаружены характерные признаки целиакии. При этом доля женщин достоверно преобладала: 37 женщин и 19 мужчин, 11,5 % и 5,9 % от всех обследованных соответственно, $p = 0,017$. По классификации Marsh [9], морфологические изменения соответствовали стадии III: гиперплазия крипт, атрофия ворсинок, лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки, увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов.

Причиной неполного совпадения иммунологических и морфологических тестов могла быть невысокая специфичность первых.

10 пациентов, вошедшие в эту группу, оставлены нами для дальнейшего наблюдения.

Таким образом, диагноз глютенной энтеропатии был установлен у 56 пациентов из 650 обследованных (8,6 %): у 50 пациентов (89,3 %) — впервые, а у 6 человек (10,7 %) — повторно (впервые определена целиакия в детском возрасте).

В соответствии с международной классификацией классическая форма целиакии наблюдалась у 19 пациентов (33,9 %). Диагноз был установлен еще педиатром в раннем детском возрасте у 6 человек, остальные 13 (возраст 16–20 лет) после обращения к педиатру проходили лечение по поводу синдрома раздраженного кишечника.

При детальном опросе, осмотре и обследовании выделенной группы пациентов (56 человек)

АНКЕТА

для введения взрослых пациентов г. Новосибирска
в регистр больных глютеневой энтеропатией

Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____

Национальность _____

Дата рождения « ____ » _____ 19 ____ года

Место рождения _____

Место жительства _____

Контактный телефон _____

Кем направлен _____

Диагноз направления _____

Уровень АГА Ig A _____ IgG _____ АТкТГ Ig A _____ IgG _____

ФГДС дата _____ 2 ____ г. Результат _____

Результат гистологического исследования _____

Диагноз целиакии выставлен ранее: да, нет. Год установления _____

Рост _____ см, масса тела _____ кг, ИМТ _____

Динамика массы тела за последний год _____

Наличие родственников с диагностированной целиакией (кто) _____

Наличие хронической диареи: да, нет; запоров: да, нет.

Характеристика стула: кратность в сутки _____ консистенция _____ объем _____

Патологические примеси: кровь _____ слизь _____

Метеоризм: да, нет.

Утомляемость: да, нет.

Наличие лактазной недостаточности: да, нет. С какого возраста _____

Травмы костей в анамнезе: какие, даты _____

Наличие собственных детей: да, нет. В течение _____ лет после начала половой жизни

Для женщин: менструации с _____ лет; регулярные, нерегулярные.

Беременностей _____ = родов _____ + аборт(ов) _____ + выкидышей _____

Щитовидная железа: АИТ: нет, да (год выявления _____).

Сахарный диабет: нет, да (1 тип, 2 тип).

Заболевания суставов: да, какие _____ Артралгии: да, нет.

Рецидивирующий афтозный стоматит: нет, да (год установления _____).

Заболевания кожи: герпетиформный дерматит, псориаз, экзема, нейродермит (год _____)

Анемия: нет, да. Эритроциты _____, гемоглобин _____ Ц.П. _____ Железо _____

АЛТ _____ АСТ _____

Обследование родственников на целиакию:

Мать _____ Отец _____

Сибсы _____

Дети _____

Согласие на динамическое наблюдение: получено, не получено.

Полный диагноз _____

Терапия (группы препаратов) _____

Глютеносодержащая диета: соблюдает, отказ.

Следующая явка _____

Планируемое обследование _____

у 12 человек (21,4 %) на фоне незначительных гастроинтестинальных жалоб (в основном абдоминальных болей) выявлены различные заболевания и состояния, ассоциированные с целиакией: герпетиформный дерматит Дюринга – 2 (3,6 %), псориаз – 1 (1,8 %), сахарный диабет – 1 (1,8 %), заболевания щитовидной железы – 1 (1,8 %), нарушения репродуктивной функции – 2 (3,6 %), бронхиальная астма – 1 (1,8 %), немотивированное похудание – 2 (3,6 %), железодефицитная анемия – 2 (3,6 %). Можно думать о наличии у этих пациентов атипичной формы целиакии.

Латентная форма глютенковой энтеропатии выявлена у 25 пациентов (44,6 %). Симптомы незначительной хронической диареи, метеоризма, похудания появились у них во взрослом возрасте. Таким образом, наши данные показывают преобладание латентной и атипичных форм целиакии над классической лишь в 2 раза. Это можно объяснить тем, что исследование проводилось среди пациентов с исходной гастроэнтерологической симптоматикой (группа риска). Обращает на себя внимание двукратное преобладание женщин, что соответствует международным показателям. Интересно, что у женщин преобладали атипичные формы заболевания.

С первых 56 пациентов начато формирование регистра больных целиакией в городе Новосибирске. После установления диагноза всем пациентам проводилось анкетирование по стандартизированной русскоязычной версии общего опросника MOS SF-36 для оценки показателей их качества жизни до начала терапии, психологического статуса и уровня тревожности (интегративный тест тревожности) до начала терапии и в последующем. Выявлены значительные отклонения от нормы, что соответствует данным отечественных и зарубежных авторов [10]. У всех пациентов снижены все показатели качества жизни, особенно в возрасте младше 30 лет по шкалам, отражающим социальное благополучие и, частично, психологическое, а у лиц старше 50 лет – психологическое и, частично, физическое. Отмечено преимущественное снижение показателей психологического здоровья у мужчин и социального комфорта у женщин. Наибольшую трудность составляло убедить больных в необходимости изменения сформированного за многие годы стереотипа питания и пожизненного соблюдения аглютеновой диеты, особенно при впервые выявленном заболевании. Каждому пациенту выдавались списки безглютеновых и глютенсодержащих продуктов, примерное меню на первую неделю. При необходимости для беседы приглашались члены их семей: матери, жены. Наиболее ригидны к рекомендациям больные с атипичной и латентной формами глютенковой энтеропатии. Соблюдение пациентами аглютеновой диеты в течение года улучшило все показатели качества жизни, особенно связанные с эмоциональной и психологической сферами. Мы

планируем продолжить эту работу для помощи пациентам в улучшении качества их жизни.

Пациентам с выраженными клиническими проявлениями проводилась медикаментозная коррекция по показаниям (заместительная, ферментная, антидиарейная терапия), выдавался список глютенсодержащих препаратов.

Все больные для повышения мотивации к лечению информированы о возможных осложнениях при отказе от этиологической терапии (аглютеновой диеты). По данным различных авторов [11, 12] у пациентов с нелеченной глютенковой энтеропатией возможность возникновения опухолей тонкой кишки в 30 раз превышает подобный риск в популяции. Велика также вероятность развития других осложнений: язвенного еюнита, рефрактерной целиакии.

Все пациенты извещены о необходимости проведения тестов на наличие целиакии у кровных родственников первой линии, так как риск наличия этого заболевания у них в 10 раз выше, чем в популяции [13]. Все больные приглашены для повторных осмотров и проведения динамического тестирования (содержание АГА, гистологическое исследование слизистой оболочки дистального отдела двенадцатиперстной кишки).

Заключение

На сегодняшний день в регистре больных целиакией г. Новосибирска состоит 56 человек, выявленных в результате скрининга пациентов с различными гастроэнтерологическими заболеваниями. Все больные находятся под наблюдением у гастроэнтерологов по месту жительства. На фоне строгого соблюдения аглютеновой диеты у пациентов отмечается значительная положительная динамика симптомов и многих показателей качества жизни.

Работа по расширению регистра продолжается. Планируется дальнейшее изучение особенностей течения глютенковой энтеропатии у жителей г. Новосибирска и улучшение возможностей ее диагностики.

Список литературы

1. Duby C., Rostom A., Sy R. et al. The prevalence of celiac disease in average-risk and at-risk Western European: A systematic review // *Gastroenterology*. 2005. 128. 4.
2. Cook H.B., Burt M.G., Collett J.A. et al. Adult coeliac disease: prevalence and clinical significance. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2000. 15. (9). 1032–1036.
3. Hoffenberg E.J., Mackenzie T., Barriga K.G. et al. A prospective study of the incidence of childhood celiac disease // *Pediatrics*. 2003. 143. 308–314.
4. Пенун А.А., Богдарин Ю.А., Саранцев Б.В. Распространенность целиакии в Нижегородской области среди пациентов группы риска // *Тер. архив*. 2008. (2). 38–44.
5. Repin A.A., Bogdarin Y.A., Sarancev B.V. Prevalence of celiac disease in Nizhniy Novgorod district // *Ter. arkhiv*. 2008. (2). 38–44.

5. Парфенов А.И. Целиакия в XXI веке // Тер. архив. 2003. (2). 5–9.
Parfenov A.I. Celiac disease in XXI century // Ter. arkhiv. 2003. (2). 5–9.
6. Передерий В.Г., Ткач С.М. Современные представления о целиакии // Сучасна гастроентерологія. 2001. (3). 27–30.
Perederiy V.G., Tkatch S.M. Modern conception of celiac disease // Suchasna gastroenterologiya. 2001. (3). 27–30.
7. Gowan 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. 54. (7). 1203–1209.
8. Эммануэль В.Л., Вохмянина Н.В., Ревнова М.О. Лабораторная диагностика целиакии // Иммунология. 2000. (5). 37–40.
Emmanuel V.L., Vochmjanin N.B., Revnova M.O. Laboratory diagnostics of celiac disease // Immunologiya. 2000. (5). 37–40.
9. Marsh M.N. Mucosal pathology in gluten sensitivity // Celiac disease. Oxford, 1992. 136–191.
10. Орешко Л.С. Психологические особенности взрослых больных целиакией // Тер. архив. 2008. (2). 44–48.
Oreshko L.S. Psychological peculiarities of adult patient with celiac disease // Ter. arkhiv. 2008. (2). 44–48.
11. Gheorghe L. Risk of complications and mortality in classic versus atypical celiac disease // 13th world congress of Gastroenterology. Roma, 2000. Abstract 42.09E.
12. Парфенов А.И. Целиакия. М.: Анахарсис, 2007. 376 с.
Parfenov A.I. Celiac disease. M.: Anakharsis, 2007. 376 p.
13. Ghai S., Pattison J., Ghai S. et al. Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation // Radiographics 2007. 27. (5). 1371–1388.

CELIAC DISEASE PATIENTS REGISTER IN NOVOSIBIRSK. THE FIRST RESULTS

Elena Evgenievna MOISEENKO¹, Marina Fedorovna OSIPENKO¹, Sergey Aleksandrovich KROTOV², Natalya Nikolaevna BURBIK², Tatyana Avgustovna AGEeva¹

¹*Novosibirsk State Medical University
630091, Novosibirsk, Krasnyi pr., 52*

²*Close Shareholder Society «Vektor-Best»
630128, Novosibirsk, P.O.B. 102*

In order to study frequency of celiac disease in Novosibirsk adult population with the help of register, which is important to prevent complications of the disease and to improve the life quality of patients, 650 patients from The City Gastroenterological Center were studied. Every patient was examined according to the modern clinical and laboratory standards. In every case antiglutenic antibodies (AGA) and IgA and IgG antibodies to tissue transglutaminase (AB TTG) were determined. If antibodies were found out morphological study of duodenal mucosa was conducted. Indexes of life quality were revised in patients with celiac disease. 66 patients (10,8 %) had high level of AGA and AB TTG. Among them histological study of duodenal mucosa revealed symptoms of celiac disease in 56 patients (8,6 %). These patients were included in register and studied for the life quality indexes. Thus, 56 patients with celiac disease, diagnosed by screening the patients with different gastroenterological diseases, are included in celiac disease register. Every patient is under following up of regional gastroenterologist. Treatment with strict aglutenic diet accompanies positive symptom dynamic and improvement of life quality indexes.

Key words: celiac disease, register, immunological tests, duodenal biopsy, life quality.

Moiseenko E.E. — candidate of medical sciences, assistant of professor of the chair of internal diseases propedevtic; e-mail: elemo@ngs.ru

Osipenko M.F. — doctor of medical sciences, professor of chair of internal diseases propedevtic; e-mail: ngma@bk.ru

Krotov S.A. — head of the laboratory of bacterial infection; e-mail: krotov@vector-best.ru

Burbic N.N. — scientific researcher of the laboratory of bacterial infection; e-mail: burbik@vector-best.ru

Ageeva T.A. — doctor of medical sciences, professor of the department of pathomorphology; e-mail: ageta@mail.ru