

Федерации по Республике Саха (Якутия) за 2017 год: Государственный доклад // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Саха (Якутия). – 2017. – С. 240 URL: http://fguz-sakha.ru/gos_doklad

On the state of sanitary and epidemiological

welfare of the population in the Russian Federation for the Republic Sakha (Yakutia): State report // Federal service for supervision of consumer rights protection and human welfare in the Republic Sakha (Yakutia). – 2017. – p. 240 URL: http://fguz-sakha.ru/gos_doklad2017.

4. База данных Саха (Якутия) стат. [Baza

danny`x Saxa (Yakutiya) stat.] URL: <http://sakha.gks.ru/>

Database of Sakha (Yakutia) stat. URL: <http://sakha.gks.ru/>

5. База данных Росстат. [Baza danny`x Rosstat.] URL: <http://www.gks.ru>

Database of Rosstat. URL: <http://www.gks.ru>

М.Ю. Рыков

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

DOI 10.25789/УМЖ.2018.64.20

УДК 614.2

С целью оценки качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Дальневосточном федеральном округе проведен анализ отчетов органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов данного федерального округа. Уровень заболеваемости в федеральном округе существенно ниже, чем в странах с более высокой достоверностью статистических данных (Европы и США), что свидетельствует о сохраняющихся дефектах выявляемости, однако отмечается положительная тенденция.

In order to assess the quality of medical care for children with oncological diseases in the Far Eastern Federal District, an analysis was conducted of reports of the executive authorities in the field of health care of the constituent entities of the Russian Federation that are part of the analyzed federal district. The incidence rate in the federal district is significantly lower than in countries with higher reliability of statistical data (Europe and the United States), which indicates that defects are still detectable, but there is a positive trend.

Keywords: pediatric oncology, malignant tumors, morbidity, mortality, one-year mortality.

Введение. Анализ качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями основывается на статистических данных. Оценка полученных результатов является основой стратегии развития медицинской помощи данной категории пациентов. Немаловажна и координация деятельности региональных и федеральных властей, направленная на повышение преемственности в оказании различных этапов медицинской помощи, поскольку детская онкология – централизованная область, но вместе с тем маршрутизация пациентов должна быть рассредоточена по стране, то есть высокотехнологичные этапы лечения проводятся в медицинских организациях третьего Б уровня, рутинные – в условиях второго–третьего А уровней [4]. По этой причине особенно важна оценка уровня оказания медицинской помощи в субъектах и федеральных округах Российской Федерации.

Цель исследования – анализ основных показателей, характеризующих медицинскую помощь детям с он-

кологическими заболеваниями в Дальневосточном федеральном округе.

Материалы и методы исследования. С 01.01.2017 по 31.12.2017 г. проведено экологическое исследование, в котором единицами анализа были агрегированные данные, а не отдельные индивиды [5].

Проанализированы оперативные отчеты органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья 7 субъектов РФ, входящих в состав ДФО: Камчатский и Приморский края, Амурская, Магаданская и Сахалинская области, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ (Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) и Хабаровского края отчеты не предоставили). Отчеты содержали следующую информацию: численность детского населения (0-17 лет); число первичных пациентов; заболеваемость (на 100 тыс. 0-17 лет); общее число детей с онкологическими заболеваниями, состоящих на учете; число пациентов, выявленных активно; число умерших пациентов, из них из числа выявленных в 2017 г.; годовичная летальность (%); смертность (на 100 тыс. 0-17 лет); наличие в субъекте отделения детской онкологии; число детских онкологических коек; число дней занятости койки в году; число врачей, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, из них число врачей,

имеющих сертификаты детских онкологов; число пациентов, направленных на лечение в медицинские организации федерального подчинения; число пациентов, уехавших на лечение за пределы территории Российской Федерации.

На основании полученных данных автором рассчитаны показатели распространенности злокачественных новообразований (ЗНО) (на 100 тыс. 0-17 лет), число детских онкологических коек и врачей детских онкологов (на 10 тыс. 0-17 лет), процент пациентов, госпитализированных в отделения детской онкологии и направленных на лечение в федеральные медицинские организации. Показатели заболеваемости, смертности, годовичной летальности также рассчитаны автором для контроля достоверности информации, содержащейся в отчетах.

В качестве объекта исследования выступали агрегированные данные: заболеваемость; смертность; годовичная летальность; активная выявляемость; число врачей детских онкологов и детских онкологических коек; среднее число дней занятости койки в году; процент пациентов, направленных на лечение в медицинские учреждения федерального подчинения и уехавших на лечение за пределы территории Российской Федерации.

Методы статистического анализа данных. Объем выборки, согласно

РЫКОВ Максим Юрьевич – к.м.н., зам. директора НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, доцент ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», гл. внештат. детский онколог МЗ РФ по Центральному ФО, wordex2006@rambler.ru, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8398-7001>, SPIN-код: 7652-0122.

Основные показатели, характеризующие медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями в Дальневосточном федеральном округе в 2017 г.

Субъект Российской Федерации	Показатели									
	Численность детского населения	Заболеваемость*/распространенность* ЗНО	Число первичных пациентов/общее число детей, сост. на учете	Число пациентов, направленных в федеральн. медицин. учреждения (%)/ухаживших на лечение за пределы РФ (%)	Число умерших пациентов/из числа выявленных	Одно-годиц. летальность, %	Смертность*	Число пациентов, выявлен. активно (%)	Число отделений детской онкологии/число детских онкологич. коек (**)/число дней занятости койки в году	Число врачей, оказывающих медицин. помощь детям с онкологич. заболеваниями/из них имеют сертификат врача детского онколога, % (**)
Республика Саха (Якутия)	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Камчатский край	65432	12,3/90,8	8/59	4 (50)/1 (12,5)	2/2	2,5	3	2 (25)	0/5 (0,8)/285	1/н/д
Приморский край	363902	12,9/89,3	47/324	17 (36,2)/3 (6,4)	12/2	4,3	3,3	0	1/25 (0,7)/20	6/5/83,3 (0,1)
Хабаровский край	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Амурская область	178297	15,2/82,6	27/147	11 (40,7)/1 (3,7)	5/2	7,4	2,8	0	0/12 (0,7)/389,8	4/2/50 (0,1)
Магаданская область	30132	3,3/50	1/15	1 (100)/0	н/д	н/д	н/д	н/д	0/0	0/0
Сахалинская область	102250	22,5/120,6	23/123	23 (100)/3 (13)	3/2	8,7	2,9	1 (4,3)	0/8 (0,8)/440	1/0
Еврейская автономная область	37597	16,2/89,2	6/33	0/0	1/1	16,7	2,7	0	0/0	0/0
Чукотский автономный округ	13245	53,8/84,6	7/11	6 (85,7)/0	0	0	0	4 (57,1)	0/10 (7,6)/н/д	1/0
Итого	790855	15/90,1	119/712	52 (43,7)/8 (6,7)	23/9	7,6	2,9	6 (5)	1/60 (0,7)/283,7	13/7/60,8 (0,08)

* На 100 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет, ** на 10 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет, н/д – нет данных.

представленным отчетам, максимально полный. Однако точно рассчитать его невозможно, поскольку в исследование вошли все дети с морфологически подтвержденными ЗНО и попавшие в статистические отчеты. Учитывая низкую заболеваемость в анализируемых субъектах, обосновано предполагать, что часть пациентов не вошла в отчеты. Данный факт, а также отсутствие катамнеза пациентов не позволяют гарантировать достоверность данных об уровне заболеваемости, смертности и одногодичной летальности.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы STATISTICA v. 7.0 (StatSoft Inc., США). За величину статистической значимости принимали значение $p < 0,05$. Оценка достоверности разности относительной частоты проводилась по критерию Стьюдента.

Результаты. Основные показатели, характеризующие медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями в субъектах, входящих в состав ДФО, представлены в таблице.

Численность детского населения составила 790855 чел. (0-17 лет). Максимальная численность детского населения отмечена в Приморском крае (363902 чел.), минимальная – в Чукотском автономном округе (13245 чел.).

Отделение детской онкологии одно в Приморском крае. В 4 (57,1%) субъектах отделения детской онкологии отсутствуют: медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями оказывается на койках, выделенных в составе других отделений многопрофильных детских клинических больниц.

Число детских онкологических коек составило 60 (0,7 на 10 тыс. 0-17 лет). В 2 (28,6%) субъектах (Магаданская область и Еврейская

автономная область) детские онкологические койки отсутствуют. Наименьшее число коек отмечено в Приморском крае и Амурской области (0,7 на 10 тыс. 0-7 лет), наибольшее – в Чукотском автономном округе (7,6 на 10 тыс. 0-17 лет).

Среднее число дней занятости койки в году составило 283,7 койко-дней. Наибольшее число дней занятости койки в году отмечено в Амурской области (389,8), наименьшее – в Приморском крае (20).

Число врачей, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, составило 13, из них 70 (60,8%, 0,08 на 10 тыс. 0-17 лет) имеют сертификат врача детского онколога. В 4 (57,1%) субъектах (Магаданская и Сахалинская области, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ) детские онкологи отсутствуют. Число врачей детских онкологов равнозначно – 0,1 на 10 тыс. детского населения 0-17 лет.

Число первичных пациентов со злокачественными новообразованиями составило 119, число пациентов, состоящих на диспансерном учете (достигших ремиссию и продолжающих лечение) – 712. Таким образом, заболеваемость в ДФО в 2017 г. составила 15, распространенность – 90,1 на 100 тыс. детей 0-17).

Наибольшая заболеваемость отмечена в Чукотском автономном округе (53,8 на 100 тыс. 0-17 лет), наименьшая – в Магаданской области (3,3), наибольшая распространенность – в Сахалинской области (120,6) наименьшая – в Амурской области (82,6 на 100 тыс. 0-17 лет).

Число умерших пациентов в ДФО составило 23, из них из числа выявленных в 2017 г. – 9. Таким образом, смертность составила 2,9 на 100 тыс. населения 0-17 лет, одногодичная летальность 7,6%. Наибольшая смертность отмечена в Приморском крае (3,3), наименьшая – в Еврейской автономной области (2,7 на 100 тыс. 0-17 лет).

Наибольшая одногодичная летальность отмечена в Камчатском крае (25%), в Чукотском автономном округе она была на отметке 0%.

Выявленных активно пациентов в ДФО было 6 чел. (5%). В ряде субъектов (Приморский край, Амурская область, Еврейская автономная область) во время плановых профилактических осмотров детского населения злокачественных новообразований выявлено не было. Максимальный процент пациентов, выявленных активно, отмечен в

Чукотском автономном округе (57,1%).

На лечение из ДФО в медицинские учреждения федерального подчинения направлено 52 (43,7%) пациента. Наибольший показатель отмечен в Магаданской и Сахалинской областях (100%), наименьший – в Приморском крае (36,2%).

На лечение за пределы территории Российской Федерации уехало 8 (6,7%) первичных пациентов.

Обсуждение. Оперативные отчеты 5 (71,4%) субъектов содержали 6 ошибок в расчетах некоторых показателей.

В отчетах Камчатского и Приморского краев, Амурской области и Еврейской автономной области цифры одногодичной летальности не соответствуют действительности: 9,1%; 1,86%; 3,17% и 100% при истинных значениях 25%; 4,3%; 7,4% и 16,7% соответственно.

Также в отчетах Еврейской автономной области и Чукотского автономного округа ошибочно рассчитаны показатели заболеваемости: 15,9 и 52,9 при истинных значениях 16,2 и 53,8 на 100 тыс. населения 0-17 лет соответственно.

Некоторые отчеты не содержат информацию в полном объеме: Камчатский край не предоставил данные о числе врачей, имеющих сертификат врача детского онколога, Магаданская область не предоставила данные о числе умерших пациентов, одногодичной летальности, смертности и активной выявляемости, Чукотский автономный округ не предоставил данных о среднем числе дней занятости койки в году.

Содержащиеся в отчетах временные характеристики (среднее время, затраченное на установление диагноза, среднее время, прошедшее от момента верификации диагноза до начала лечения, и среднее время, затраченное на установление диагноза для умерших от злокачественных новообразований пациентов) не соответствуют действительности, поскольку весьма сомнительно, что средние величины, рассчитываемые, как известно, путем сложения показателей и деления полученного числа на число слагаемых, могут быть целыми числами, тогда как в большинстве отчетов приводятся значения 7, 1 и 7 соответственно. При этом очевидно, что в ряде случаев морфологическая верификация диагноза занимает до 14 дней.

В Дальневосточном федеральном округе «лидер» по уровню заболеваемости в 2013 г. – Сахалинская область

– сохранил высокие показатели (18,5 и 22,5 на 100 тыс. 0-17 лет соответственно), однако расположен на втором месте, уступив Чукотскому автономному округу (53,8 на 100 тыс. 0-17 лет), заболеваемость в котором – наиболее высокая среди всех субъектов Российской Федерации. При этом в Чукотском автономном округе наибольшее число детских онкологических коек – 7,6 на 10 тыс. 0-17 лет, но ни одного врача детского онколога.

Заболеваемость в Еврейской автономной области, которая в 2013 г. была минимальной в федеральном округе, существенно возросла (2013 г. – 8,1, 2017 г. – 16,2). В 2017 г. наименьшая заболеваемость в ДФО отмечена в Магаданской области – 3,3 на 100 тыс. 0-17 лет [2]. Это свидетельствует о том, что выявляемость и учет за прошедшие 5 лет в некоторых субъектах повысились. Хотя заболеваемость в анализируемом федеральном округе существенно ниже, чем в странах США и Европы, но выше, чем в странах с низкой достоверностью статистических данных, например, в Республиках Средней Азии (Кыргызстан, Узбекистан, Таджикистан) [1, 6, 7].

Обеспеченность населения детскими онкологическими койками несколько повысилась (2013 г. – 0,53, 2017 г. – 0,7 на 10 тыс. 0-17 лет) [2].

Обеспеченность населения ДФО врачами детскими онкологами снизилась с 0,11 до 0,08. Это очевидно, связано с тем, что в 2017 г. в отчетах указывалось число врачей, имеющих сертификаты детских онкологов [2].

Процент пациентов, направленных на лечение в медицинские организации федерального подчинения, снизился с 75,3 до 43,7%. Оценить данный показатель достаточно сложно, поскольку детская онкология – централизованная область медицины, и многие этапы лечения пациенты должны получать на базе федеральных медицинских организаций. По этой причине фактические значения представляются достаточно низкими. Хотя это лишь субъективная оценка, она требует проведения аудита историй болезней пациентов [2].

Сравнить показатели распространенности, смертности, одногодичной летальности, активной выявляемости, среднее число дней занятости детской онкологической койки в году и процент пациентов, уехавших на лечение за пределы Российской Федерации, не представляется возможным, поскольку в 2013 г. отчеты данной информации не содержали.

Среднее число дней занятости койки в году находится на крайне низком уровне – 283,7 койко-дней.

В некоторых субъектах данный показатель находится на чрезвычайно низком уровне. Например, в Приморском крае – 20 койко-дней, в Камчатском крае – 285. Это свидетельствует о том, что в данных субъектах отмечается избыток детских онкологических коек, которые не заполняются.

В некоторых субъектах данный показатель находится на чрезвычайно высоком уровне и превышает 365 койко-дней. Например, Амурская область – 398,8, Сахалинская область – 440 койко-дней. Очевидно, что в этих субъектах на детские онкологические койки госпитализируется несколько пациентов одновременно, что свидетельствует о недостаточности в этих субъектах детских онкологических коек.

С целью устранения выявленных дефектов данных и причин, приводящих к появлению таковых, необходимо расширение информатизации, внедрение электронной базы данных детей с онкологическими заболеваниями, которая исключит «субъективный» фактор как при составлении отчетов, так и во время выбора тактики лечения и маршрутизации пациентов [3, 5].

Хотя отчеты и подписывались руководителями (заместителями руководителей) органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации, в большинстве своем данные представлялись главными внештатными детскими специалистами онкологами, что не исключает субъективного фактора, и как следствие, ошибок при заполнении анкет, которые и были выявлены.

Из бесед с некоторыми составителями установлено, что часть из них не знала, как рассчитывать уровни заболеваемости, смертности и одногодичной летальности, другие же ссылались на нехватку времени для корректного заполнения анкет. Еще одной причиной респонденты называли отсутствие достоверных статистических данных (число первичных пациентов, общее число детей, состоящих на учете и т.д.).

Заключение. Уровни заболеваемости в субъектах Российской Федерации, входящих в состав ДФО, существенно ниже таковых в странах Европы и США, но выше, чем в странах с низкой достоверностью статистических данных. Это свидетельствует о

сохраняющихся дефектах выявляемости, однако отмечается положительная тенденция. Показатели смертности находятся на приемлемом уровне, что, возможно, связано с отсутствием достоверных катамнестических данных. Процент пациентов, выявленных активно, необходимо повышать, в том числе с помощью широкого внедрения в клиническую практику алгоритма направления пациента на консультацию к врачу детскому онкологу. Для достоверной оценки уровня обеспеченности населения детскими онкологическими койками необходим аудит историй болезни пациентов.

Конфликт интересов. Автор статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Литература

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования у детей: статистика заболеваемости и смертности детей в России и странах бывшего СССР в 2015 г. / Е.М. Аксель // Евразийский онкологический журнал. – 2017. – №2. – С.349-357.

Aksel E.M. Malignant tumors in children: statistics of morbidity and mortality of children in Russia and the countries of the former USSR in

2015 / E.M. Aksel // Eurasian journal of oncology. – 2017. – №5 (2). – P. 349-357.

2. Онкологическая заболеваемость детского населения Российской Федерации и его обеспеченность медицинской помощью (врачами, коечным фондом, диагностическими и лечебными технологиями): анализ статистических данных за 2013 г. / М.Ю. Рыков, Н.А. Сусулёва, О.В. Чумакова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – №6. – С. 686-691. <https://doi.org/10.15690/vsp.v14i6.1477>.

Cancer incidence of child population of the Russian Federation and its provision of medical care (doctors, bedspace, diagnostic and therapeutic technologies): analysis of statistical data for 2013 / M.Y. Rykov, N.A. Susulyova, O.V. Chumakova [et al.] // Current pediatrics. – 2015. – №14 (6). – P. 686-691. doi:10.15690/vsp.v14i6.1477.

3. Рыков М.Ю. Внедрение электронной базы данных детей с онкологическими заболеваниями в пилотных медицинских организациях: результаты проспективного когортного исследования / М.Ю. Рыков, И.А. Турабов, О.Г. Желудкова // Онкопедиатрия. – 2018. – №1. – С. 5-12. <https://doi.org/10.15690/onco.v5i1.1861>.

Rykov M.Y. Set-up of the electronic database of pediatric cancer patients in pilot medical facilities: a prospective cohort study / M.Y. Rykov, I.A. Turabov, O.G. Zheludkova // Oncopediatrics. – 2018. – №5 (1). – P.5-12. doi:10.15690/onco.v5i1.1861.

4. Рыков М.Ю. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в Российской Федерации: анализ основных показателей и пути преодоления дефектов

статистических данных / М.Ю. Рыков, Е.Н. Байбарина, О.В. Чумакова, В.Г. Поляков // Онкопедиатрия. – 2017. – №3. – С. 159-176. <https://doi.org/10.15690/onco.v4i3.1747>.

Rykov M.Y. Cancer epidemiology in children in the Russian Federation: analysis of key indicators and ways to overcome the statistical data defects / M.Y. Rykov, E.N. Baibarina, O.V. Chumakova, V.G. Polyakov // Oncopediatrics. – 2017. – №4 (3). – P. 159-176. doi:10.15690/onco.v4i3.1747.

5. Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями / М.Ю. Рыков, Е.Н. Байбарина, О.В. Чумакова [и др.] // Онкопедиатрия. – 2017. – №2 – С.91-104. <https://doi.org/10.15690/onco.v4i2.1703>.

Improvement of the organizational and methodological approaches to healthcare delivery for children with cancer / M.Y. Rykov, E.N. Baibarina, O.V. Chumakova [et al.] // Oncopediatrics. – 2017. – №4 (2). – P. 91-104. <https://doi.org/10.15690/onco.v4i2.1703>

6. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей: основные показатели в 2011 – 2016 гг. / Под ред. М.Ю. Рыкова, В.Г. Полякова. – М.: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2017. – 210 с.

Epidemiology of malignant tumors in children: the main indicators in 2011 – 2016 / ed. by M.Yu. Rykov, V.G. Polyakov. – M.: Izdatel'stvo Pervogo MGIMU im. I.M. Sechenova, 2017. – 210 p.

7. Siegel R. Cancer statistics / R. Siegel, K. Miller, A. Jemal // CA Cancer J Clin. – 2016 – №1. – P. 7–30. doi:10.3322/caac.21332.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

С.С. Сосина, Ж.В. Винокурова, Е.П. Яковлева, И.Н. Николаева, А.П. Слепцов

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ HELICOBACTER PYLORI ШТАММА САГА У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РБ№1-НЦМ

DOI 10.25789/YMJ.2018.64.21

УДК 616.34 – 008.89(571.56)

В статье приведены данные исследования сыворотки крови пациентов взрослых и детей с хроническим гастритом на выявляемость *Helicobacter pylori* за 2012-2017 гг. Исследование проведено на базе клинико-иммунологической лаборатории Республиканской больницы №1-Национальный центр медицины методом иммуноферментного анализа на антитела к антигену Cag A *Helicobacter pylori*.

Отмечается отчетливое снижение выявляемости этих показателей среди взрослых и детей хроническим гастритом.

Ключевые слова: Крайний Север, Республика Саха (Якутия), *Helicobacter pylori*, клинико-иммунологическая лаборатория, скрининг, диагностика, иммуноферментный анализ, антитела к антигену Cag A *Helicobacter pylori*.

The article presents data of serum study on the detection of *Helicobacter pylori* among adults and children with chronic gastritis for 2012-2017. The study was performed in the clinical and immunological laboratory of the Republican hospital №1-National center of medicine by the method of enzyme immunoassay for antibodies to Cag A *Helicobacter pylori* antigen.

The tendency to decrease of the indicators of *Helicobacter pylori* infection detection among patients with chronic gastritis was revealed.

Keywords: Far North, Republic of Sakha (Yakutia), *Helicobacter pylori*, clinical and immunological laboratory, screening, diagnosis, immunoassay, antibodies to Cag A *Helicobacter pylori* antigen.

СОСИНА Светлана Степановна – к.м.н. доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, sosinasveta@gmail.com; **ВИНОКУРОВА Жанна Валерьевна** – зав. клинико-диагностич. лаб. РБ №1-НЦМ МЗ РС(Я); **ЯКОВЛЕВА Екатерина Петровна** – зав. клинико-иммунологич. лаб., sosinasveta@gmail.com; **НИКОЛАЕВА Ирина Николаевна** – врач иммунолог РБ 1-НЦМ, sosinasveta@gmail.com; **СЛЕПЦОВ Александр Петфирович** – к.м.н., доцент МИ СВФУ, slepcev@gmail.com.

Введение. В большинстве случаев причиной атрофического гастрита является инфекция *Helicobacter pylori*, которая всегда ассоциирована с гастритом. Почти у 50% лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, развивается атрофический гастрит, который в большинстве случаев приводит к раку же-

лудка и в 90% случаев является причиной развития язвенной болезни [1].

Согласно литературным данным, среди коренного населения Якутии хронический гастрит характеризуется значительным удельным весом атрофического гастрита (38,5-57,1) с большей частотой атрофических ан-