

## ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗРАСТАССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**ЖАБОЕВА СВЕТЛАНА ЛЕОНОВНА**, канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры профилактической медицины и экологии человека ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, директор ООО «Клиника молодости и красоты СЛ», Россия, 420126, Казань, ул. Адоратского, 3, старший научный сотрудник отдела организации геронтологической помощи и научных исследований в геронтологии и гериатрии АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Россия, 125319, Москва, ул. 1-я Аэропортовская, 6, пом. VI, комн. 1–4, e-mail: clinic-sl@mail.ru

**РАДЧЕНКО ОЛЬГА РАФАИЛЕВНА**, докт. мед. наук, доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: olga.radchenko@kazangmu.ru

**Реферат.** Результаты исследования свидетельствуют о перспективности внедрения персонализированного подхода при оказании профилактической помощи в современных социально-экономических условиях на основе сочетания достижений отечественной медицины в области профилактики заболеваний и новых трендов в области обеспечения потребности населения в сохранении и укреплении здоровья. **Цель исследования** — оценка медицинской и экономической эффективности предложенной модели персонализированной профилактики возрастассоциированных заболеваний. **Материал и методы.** В исследовании приняли участие 3 652 человека в возрасте от 35 до 74 лет. Был использован комплекс эпидемиологических, медико-социологических и статистических методов исследования, метод экспертных оценок; анкетирование пациентов по опроснику SF-36. Оценка экономической эффективности проводили на основании расчета показателя потерянных лет жизни в результате преждевременного наступления смерти и инвалидности DALY (Disability Adjusted Life Years) и показателя QALY (Quality Adjusted Life Years) на 1 год продленной жизни. **Результаты и их обсуждение.** Установлено достоверное улучшение показателей физического и психологического компонентов здоровья после прохождения базовых программ профилактики. При прохождении пациентами профилактических программ происходит предотвращение потерь здоровья, о чем свидетельствует приращение показателя DALY. При этом наиболее эффективным является применение персонализированной профилактики у пациентов среднего возраста. При внедрении предполагаемого персонализированного подхода профилактики возрастассоциированных заболеваний коэффициент полезности 1 года продленной жизни с улучшением качества жизни и уменьшением количества лет «неполноценной жизни» или инвалидности у одного пациента составит 30 430,0 руб. (экономию). **Заключение.** Оценка медицинской и экономической эффективности показала, что внедрение предложенной модели является рентабельным.

**Ключевые слова:** персонализированная профилактика, возрастассоциированные заболевания, медицинская и экономическая эффективность.

**Для ссылки:** Жабоева, С.Л. Оценка медицинской и экономической эффективности внедрения модели персонализированной профилактики возрастассоциированных заболеваний / С.Л. Жабоева, О.П. Радченко // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 2. — С.120—124.

## ASSESSMENT OF MEDICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY FROM THE PERSONIFIED PREVENTION MODEL INTRODUCTION THE DISEASES CONNECTED WITH AGE

**ZHABOYEVA SVETLANA L.**, C. Med. Sci., senior lecturer of the Department of preventive medicine and person ecology of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, director of Clinic of Youth and Beauty SL, Russia, 420126, Kazan, Adoratsky str., 3, head research worker of the Department of organization gerontological help and scientific researches in gerontology and geriatrics of Research Medical Center «Gerontologiya», Russia, 125319, Moscow, 1-st Aeroportovskaya str., 6, room VI, 1–4, e-mail: clinic-sl@mail.ru

**RADCHENKO OLGA R.**, D. Med. Sci., associate professor of the Department of preventive medicine and person ecology of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: olga.radchenko@kazangmu.ru

**Abstract. Aim.** The assessment of medical and economic efficiency of the offered personified prevention associated-age diseases model was performed. **Material and methods.** Patients 3652 persons aged from 35 till 74 years took part in research. We used epidemiological, medico-sociological and statistical methods, method of expert evaluations and questioning of patients with SF-36 questionnaire. The assessment of economic efficiency was carried out on the basis of calculation of an indicator of «the life lost years» as a result of premature occurrence of death and disability of DALY (disability adjusted life years) and an indicator of QALY (quality adjusted life years) for 1 year of the prolonged life. **Results and discussion.** Reliable improvement of indicators of physical and psychological components of health after passing the basic prevention programs is established. When passing by patients of preventive programs there is a prevention of losses of health what DALY indicator increment testifies to. At the same time, the most effective is application of the personified prevention for patients of middle age. With introduction of alleged personified prevention approach age-associated diseases and the coefficient of usefulness of 1 year of the prolonged life with improvement of quality of life and reduction of number of years of «defective life» or disability at 1 patient will make 30 430,0 rubles

(economy). **Conclusion.** The assessment of medical and economic efficiency has shown that introduction of the offered model is valuable.

**Key words:** the personified prevention, age-associated diseases, medical and economic efficiency.

**For reference:** Zhaboyeva SL, Radchenko OR. Assessment of medical and economic efficiency from the personified prevention model introduction the diseases connected with age. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (2): 120—124.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире от неинфекционных заболеваний умирает 38 млн человек, причем 16 млн людей, или 44,74%, входят в возрастную группу до 70 лет [1]. Одной из причин сложившейся ситуации ученые считают «устаревшее» положение отечественной медицины: приоритетом для российского врача остается лечение заболеваний, тогда как профилактике и санологии уделяется недостаточно внимания [2, 3]. Положение осложняется тем, что в соответствии с прогнозами Организации Объединенных Наций (ООН) к 2050 г. более 1/5 мирового населения достигнет возраста старше 60 лет, а в ряде стран, к которым относится и Россия, удельный вес таких людей достигнет 35% [4]. Очевидно, что реформирование системы здравоохранения должно происходить с учетом перспективного изменения возрастного состава населения. При этом клинико-эпидемиологическими исследованиями установлено, что на сегодняшний день наблюдается общее ускоренное старение населения: более 10% людей среднего возраста имеет функциональные признаки, характерные для людей старших возрастных групп [5, 6]. Причем специалисты отмечают, что наряду с этим наблюдается накопление неблагоприятного коморбидного фона, что ведет к сокращению качественной, активной жизни человека среднего и старшего возраста, увеличению показателей инвалидности и смертности среди лиц трудоспособного возраста, что не может не сказаться на показателях общественного здоровья и, как следствие, экономическом благополучии страны [7—10]. Все это диктует необходимость создания в России эффективной службы медицинской профилактики, направленной, в первую очередь, на предотвращение групп заболеваний, ассоциированных с возрастом.

**Цель работы** — проведение оценки медицинской и экономической эффективности предложенной модели персонифицированной профилактики возрастассоциированных заболеваний и определение целесообразности ее внедрения в деятельность частных медицинских организаций на региональном уровне.

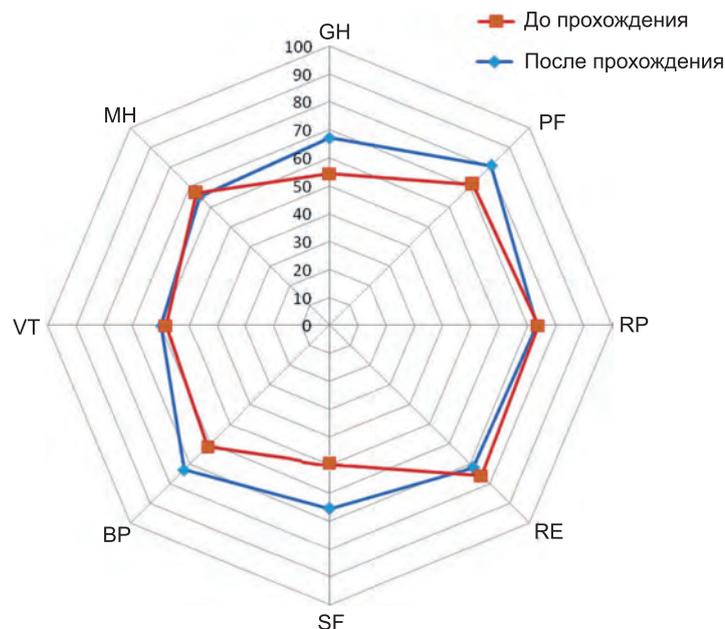
Разработанные нами принципы создания модели персонифицированной профилактики возрастассоциированных заболеваний [11, 12] позволили предложить 10 базовых программ, направленных на раннее выявление и профилактику наиболее распространенных медико-социальных синдромов (когнитивный дефицит, саркопения, синдром гипомобильности, синдром мальнутриции и синдром снижения зрения), апробировать их и оценить эффективность. Для реализации поставленной цели был использован методологический подход, включающий комплекс эпидемиологических, медико-социологических и статистических методов

исследования, при этом были использованы материалы Министерства здравоохранения Республики Татарстан и годовые отчеты медицинских организаций государственной и частной форм собственности, а также данные экспертных оценок, результаты анкетирования медицинского персонала и пациентов. Для оценки медицинской эффективности (1-й этап) были использованы показатели, характеризующие качество жизни пациентов по опроснику SF-36. Оценка экономической эффективности внедрения модели персонифицированной профилактики возрастассоциированных заболеваний (2-й этап) строилась на определении показателя потерянных лет жизни в результате преждевременного наступления смерти и инвалидности DALY (Disability Adjusted Life Years), стоимостно-утилитарном анализе — расчет показателя QALY (Quality Adjusted Life Years) на 1 год продленной жизни.

На 1-м этапе в опросе приняли участие 3 652 человека в возрасте от 35 до 74 лет (отказались 3,18% человек): 39,1% мужчин и 60,9% женщин. По количественному и качественному составу выборка была репрезентативной по отношению к генеральной совокупности. Первоначально было изучено качество жизни пациентов, обратившихся в декабре — мае 2013 г. в частные медицинские организации с профилактической целью. Для оценки результатов эффективности проводимых профилактических программ, в апреле — ноябре 2015 г. было проведено повторное анкетирование тех же респондентов. К повторному анкетированию удалось привлечь лишь 78,56% (или 2 869 человек): 1032 мужчин (72,26% от первоначально опрошенных) и 1837 женщин (82%). Мы сравнили полученные результаты.

Сравнительный анализ показателей по шкалам свидетельствует о значительном улучшении физического и психологического самочувствия респондентов после прохождения профилактических программ (*рисунок*).

Проведенный сравнительный анализ полученных результатов показал, что у респондентов были выявлены достоверно более высокие сдвиги в показателях физического компонента здоровья (включающего в себя общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое функционирование, связанное с состоянием здоровья). Показатель по шкале физического функционирования, отражающий степень ограничения выполнения физических нагрузок повседневного характера до прохождения профилактических программ, составлял (71,5±4,1) балла, тогда как у тех же респондентов спустя 1,5 года — (80,9±2,1) балла ( $p \leq 0,05$ ). Физическое ролевое функционирование, связанное с влиянием физического состояния на социальную активность (общение, поддержание отношений, выполнение тех или иных социальных функций —



Сравнительная характеристика шкал качества жизни респондентов до прохождения персонализированных программ профилактики и после прохождения (по опроснику SF-36, в баллах)

работы, обязанностей), у лиц, первоначально обратившихся в медицинские центры и пришедших на повторное анкетирование, достоверно не изменилось и составило  $(73,8 \pm 5,3)$  и  $(73,4 \pm 2,0)$  балла соответственно ( $p \geq 0,05$ ).

Сравнение значений по шкале психологического компонента здоровья, т.е. социальное функционирование, которое определяется степенью эмоционального состояния и ограничивает социальную активность, например общение, также свидетельствует о достоверном улучшении показателей:  $(49,8 \pm 1,4)$  балла до прохождения программы профилактики и  $(65,5 \pm 1,2)$  балла после прохождения ( $p \leq 0,05$ ).

Данные нашего исследования показывают, что значения показателя жизненной активности (витальное здоровье) практически идентичны [ $(59,8 \pm 2,1)$  и  $(58,1 \pm 3,4)$  балла соответственно;  $p \geq 0,05$ ]. Однако при анализе в разрезе возрастов мы отметили, что этот показатель достоверно улучшился у лиц среднего возраста после прохождения профилактических программ [ $(59,8 \pm 1,6)$  и  $(64,2 \pm 1,8)$  балла;  $p \leq 0,05$ ]. При этом мы обратили внимание на изменение показателей по шкале, измеряющей эмоциональное здоровье и характеризующей настроение, наличие депрессии, тревоги — общий показатель положительных и/или отрицательных эмоций: до прохождения профилактических программ значение состав-

ляло  $(61,3 \pm 6,4)$  балла, а после прохождения —  $(73,1 \pm 2,4)$  балла;  $p \leq 0,05$ .

Таким образом, можно говорить о достоверном улучшении показателей при повторном анкетировании после прохождения базовых программ профилактики как по физическому компоненту здоровья, так и в отношении психологического компонента здоровья. При этом обращает на себя внимание тот факт, что раннее начало проведения мероприятий по персонализированной профилактике медико-социальных синдромов приводит к лучшим результатам.

Для оценки экономической эффективности внедрения модели персонализированной профилактики возрастассоциированных заболеваний нами был рассчитан показатель потерянных лет жизни в результате преждевременного наступления смерти и инвалидности DALY (Disability Adjusted Life Years) для средней и старшей групп в гендерном преломлении, показывающий количество лет «неполноценной жизни» в случае, если бы профилактические программы не применялись (табл. 1). Данные, представленные в табл. 1, показывают, что при прохождении пациентами профилактических программ происходит приращение DALY или предотвращение потерь здоровья. При этом наиболее эффективным является применение персонализированной профилактики у пациентов среднего возраста.

Таблица 1

Показатели DALY (количество лет «неполноценной жизни») у пациентов до прохождения профилактических программ ( $n=3\ 652$  человека) и спустя 1,5 года ( $n=2\ 869$  человек)

Возрастная группа, лет	DALY до прохождения		DALY после прохождения		Предотвращенные потери здоровья	
	Муж., $n=1428$	Жен., $n=2224$	Муж., $n=1032$	Жен., $n=1837$	Для мужчин	Для женщин
Средний возраст (35—59)	5,69	4,81	3,61	3,43	2,08	1,38
Пожилой возраст (60—74)	3,02	2,17	2,42	1,86	0,6	0,31

Приращение стоимости и эффективности между пациентами традиционной (профилактический осмотр или диспансеризация) и персонифицированной профилактики (на 1 пациента)

Группа пациентов, прошедших профилактические программы	Общая стоимость, руб.	QALY	Приращение расходов, руб.	Приращение эффективности по QALY, КЖ, балл	Экономия — отношение приращения стоимости к эффективности, руб.
Персонифицированные	6 195,0	0,43	4 868,8	0,16	30 430,0
Традиционные	446,10	0,59			

Следующим этапом оценки экономической эффективности предлагаемых профилактических программ с помощью стоимостно-утилитарного анализа стало проведение сравнения затратной эффективности традиционной программы профилактики (стоимость одного посещения с профилактической или иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях за счет средств бюджета Республики Татарстан в соответствии с целевыми значениями критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг., утвержденных постановлением Кабинета министров РТ от 25.12.2014 № 1029, составляет 446,10 руб.) и персонифицированной программы профилактики [средняя стоимость прямых затрат на один случай медицинской услуги (осмотр, сбор анамнеза, диагностика) у пациентов, прошедших профилактическое обследование в частной медицинской организации, составляет 6 195,0 руб.].

Учитывая возраст пациентов, был рассчитан показатель QALY на 1 год продленной жизни. В нашем случае QALY у пациентов, проходивших диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр на базе государственных амбулаторно-поликлинических учреждений, был равен 0,59, а у пациентов, проходивших профилактический осмотр на базе частных медицинских организаций, — 0,43. Разница QALY двух групп пациентов показывает приращение эффективности по показателю QALY, равное 0,16 (табл. 2).

Получив приращение эффективности по показателю QALY для сравнения эффективности традиционных профилактических программ и предложенной нами модели персонифицированной профилактики возрастассоциированных заболеваний, на следующем этапе утилитарный метод оценки качества жизни (КЖ) был совмещен с экономической оценкой эффективности лечения (стоимостно-утилитарный анализ).

На основе проведенного нами исследования можно прогнозировать, что при внедрении предполагаемого персонифицированного подхода профилактики возрастассоциированных заболеваний коэффициент полезности 1 года продленной жизни с улучшением качества жизни и уменьшением количества лет «неполноценной жизни» или инвалидности у одного пациента составит 30 430 руб. (экономия). Таким образом, при сопоставлении расходов на 1 год сохраненной жизни и рассчитанных показателей медицинской и экономической эффективности

внедрение предложенной модели является рентабельным.

**Выводы.** Оценка медицинской эффективности внедрения разработанной модели персонифицированной профилактики возрастассоциированных неинфекционных заболеваний привела к улучшению удовлетворенности пациентов своим здоровьем и позволила повысить качество их жизни (по шкале SF-36) в среднем на  $(9,8 \pm 0,7)$  балла ( $p < 0,05$ ) и снизить сумму потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти (нетрудоспособности), в среднем на  $(27,8 \pm 3,7)\%$  ( $DALY_{\text{ср. муж}} = 2,08$ ;  $DALY_{\text{ср. жен}} = 1,38$ ;  $DALY_{\text{поз. муж}} = 0,6$ ;  $DALY_{\text{поз. жен}} = 0,31$ ). Оценка экономической эффективности внедрения разработанной модели персонифицированной профилактики возрастассоциированных неинфекционных заболеваний позволит государству сэкономить 30 430 руб. в год на одного пациента, проходившего программу профилактики в частной медицинской организации.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Неинфекционные заболевания / Информационный бюллетень ВОЗ. — 2015. — № 355 (январь). — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>
2. Гулевич, А.П. Программа выбора оптимальной стратегии и критерии оценки эффективности профилактики неинфекционных заболеваний / А.П. Гулевич, Е.Б. Кривелевич, И.С. Хан // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2011. — № 3. — С.64—67.
3. Бойцов, С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать?» к «как делать» / С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. — 2012. — № 2. — С.3—10.
4. World population ageing 1950—2050 / Executive Summary. — N. York: United Nations population Division, 2001. — 46 p.
5. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. ред. Н.М. Римашевской. — М.: Социальный проект, 2007. — 240 с.
6. Медицинские, психологические, социальные и гендерные аспекты старения в современной России / В.С. Мякотных, А.П. Сиденкова, Т.А. Боровкова [и др.] // Успехи геронтологии. — 2014. — Т. 27, № 2. — С.302—309.

7. Мороз, И.Н. Физический и психологический компоненты здоровья пожилых и их удовлетворенность оказанием медико-социальной помощи / И.Н. Мороз // Успехи геронтологии. — 2014. — Т. 27, № 4 — С.678—683.
8. How to measure comorbidity: a critical review of available methods / V. Groot, H. Beckerman, G. Lankhorst [et al.] // J. Clin. Epidemiol. — 2003. — № 56. — P.221—229.
9. Comorbidity in older adults: nosology of impairment, diseases, and conditions. / A. Karlamangla, M. Tinetti, J. Guralnik [et al.] // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. — 2007. — Vol. 62, № 3. — P.296—300.
10. Weel, C. Comorbidity and guidelines: conflicting interests / C. Weel, F.G. Schellevis // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — P.550—551.
11. Жабоева, С.Л. Подходы к индивидуальной профилактике возрастзависимой патологии / С.Л. Жабоева, А.Л. Бермусова // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. — 2011. — № 6. — С.72—75.
12. Подходы к созданию и реализации персонализированных программ профилактики возрастассоциированных заболеваний / С.В. Иванов, Е.В. Хаммад, С.Л. Жабоева, С.У. Мурсалов // Клинический опыт двадцатки. — 2015. — № 4 (28). — С.119—125.
4. World population ageing 1950–2050. Executive Summary. New York: United Nations population Division. 2001; 46 p.
5. Rimashevskoj NM ed. Zdorov'e i zdavoohranenie v gendernom izmerenii [Health and health care in gender measurement]. Moskva: Social'nyj proekt [Moscow: Social Project]. 2007; 240 p.
6. Mjakotnyh VS, Sidenkova AP, Borovkova TA, Berezina DA. Medicinskie, psihologicheskie, social'nye i gendernye aspekty starenija v sovremennoj Rossii [Medical, psychological, social and gender aspects of aging in modern Russia]. Uspehi gerontologii [Achievements of gerontology]. 2014; 27 (2): 302–309.
7. Moroz IN. Fizicheskiy i psihologicheskiy komponenty zdorov'ja pozhilyh i ih udovletvorennost' okazaniem mediko-social'noj pomoshhi [Physical and psychological components of health elderly and their satisfaction with rendering the medico-social help]. Uspehi gerontologii. [Achievements of gerontology]. 2014; 27 (4): 678–683.
8. Groot V, Beckerman H, Lankhorst G, et al. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. J Clin Epidemiol. 2003; 56: 221–229.
9. Karlamangla A, Tinetti M, Guralnik J, et al. Comorbidity in older adults: nosology of impairment, diseases, and conditions. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007; 62 (3): 296–300.
10. Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet. 2006; 367: 550–551.
11. Zhaboeva SL, Bermusova AL. Podkhody k individualnoi profilaktike vozrast-zavisimoi patologii [Approaches to individual prevention age — dependent pathology]. Gerontologicheskii zhurnal imeni VF Kuprevich [Gerontological magazine of VF Kuprevich]. 2011; 6: 72–75.
12. Ivanov SV, Khammad EV, Zhaboeva SL, Mursalov SU. Podkhody k sozdaniyu i realizacii personifitsirovannykh programm profilaktiki vozrastassotcirovannykh zabolevaniy [Approaches to creation and implementation of the personified programs of prevention age — the associated diseases]. Klinicheskii opyt Dvadcatki [Clinical experience of the Twenty]. 2015; 4 (28): 119–125.

## REFERENCES

1. Neinfekcionnye zabolevaniya [Noninfectious diseases]. Informacionnyj bjulleten' VOZ № 355 [Newsletter of WHO № 355]. 2015; Access: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>
2. Gulevich AP, Krivelevich EB, Han IS. Programma vybora optimal'noj strategii i kriterii ocenki jeffektivnosti profilaktiki neinfekcionnykh zabolevanij [Program of the choice of optimum strategy and criteria for evaluation of efficiency of prevention of noninfectious diseases]. Tihookeanskij medicinskij zhurnal [Pacific medical magazine]. 2011; 3: 64–67.
3. Wojcov SA. Profilaktika neinfekcionnykh zabolevanij v strane: ot «что делать» к «как делать» [Prevention of noninfectious diseases in the country: from «what to do» to «how to do»]. Profilakticheskaja medicina [Preventive medicine]. 2012; 2: 3–10.

© С.М. Котелевец, З.М. Галеева, З.Б. Каракотова, М.А. Тебуева, 2016

УДК [616.98:579.835.12]-054(470.631)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(2).124-128

## ГЕНДЕРНЫЕ ПОПУЛЯЦИОННЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* СРЕДИ РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

**КОТЕЛЕВЕЦ СЕРГЕЙ МИХАЙЛОВИЧ**, докт. мед. наук, профессор, исполняющий обязанности зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Медицинского института ФГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия», Россия, 369000, Карачаево-Черкесская Республика, Черкесск, ул. Ставропольская, 36, тел. +7-988-714-59-26, e-mail: smkotelevets@mail.ru

**ГАЛЕЕВА ЗАРИНА МУНИРОВНА**, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11, тел. +7-917-253-65-23, e-mail: zarina26@bk.ru

**КАРАКОТОВА ЗУХРА БОРИСОВНА**, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Медицинского института ФГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия», Россия, 369000, Карачаево-Черкесская Республика, Черкесск, ул. Ставропольская, 36

**ТЕБУЕВА МАРГАРИТА АЛЕКСАНДРОВНА**, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Медицинского института ФГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия», Россия, 369000, Карачаево-Черкесская Республика, Черкесск, ул. Ставропольская, 36

**Реферат. Цель исследования** — выявление различий в распространенности инфекции *Helicobacter pylori* среди разных этносов. **Материал и методы.** Для оценки распространенности инфекции *Helicobacter pylori* среди разных этносов в Карачаево-Черкесской Республике в течение 2012—2013 гг. проводили неинвазивное серологическое выявление инфицированности *Helicobacter pylori* (HP) в лечебно-профилактических учреждениях в г. Черкесске и районах региона с помощью тестовой панели для иммуноферментного анализа «Гастропанель»