

Выводы

1. Процесс импортозамещения в структуре фармацевтического производства успешно реализуется в УрФО. По данным анализа, полнота импортозамещения заводами УрФО в разрезе АТХ-подгрупп достигает 58,1%.

2. Выявлены семь АТХ-групп, которые характеризуются высоким коэффициентом глубины импортозамещения (от 3,23% до 10,75%) и высокой емкостью. Стратегия импортозамещения в этих группах ориентирована на увеличение конкурентоспособности лекарственных препаратов отечественного производства путем совершенствования менеджмента качества и оптимизации системы продвижения.

3. Выявлены три АТХ-сегмента лекарственных средств (R, L, G), инвестиционная привлекательность которых продиктована высокой емкостью рынка, а также социальным, экономическим и стратегическим потенциалом. В данных сегментах для эффективного и рентабельного импортозамещения необходимо внедрение инновационных и наукоемких технологий, что невозможно без кластеризации фармацевтического производства в пределах УрФО.

Литература

1. Государственный реестр лекарственных средств Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> (дата обращения: 20.09.2017).
2. Петров, А. П. Уральский фармацевтический кластер — сегодня и завтра / А. П. Петров, Ю. Т. Калинин, В. А. Черешнев. — Екатеринбург: Уральское отделение РАН, 2011. — 239 с.
3. Петров, А. П. Кластеры в фармацевтической промышленности: предпосылки, ресурсы и условия формирования / А. П. Петров, И. В. Макарова // *Ars administrandi*. — 2011. — № 1.
4. Петров, А. П. Концепция формирования Уральского фармацевтического кластера / А. П. Петров, А. А. Петров // *Экономика региона*. — 2011. — № 2.
5. Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года «Фарма-2020» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pharma-2020.ru/data/pharma> (дата обращения: 01.10.2017).
6. Министерство экономического развития РФ. Федеральные целевые программы. Программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» [Электронный ресурс]. URL: <http://fcp.economy.gov.ru/cgi-bin/cis/fcp.cgi/Fcp/ViewFcp/View/2013/350/> (дата обращения: 01.10.2017).
7. Фармацевтический рынок России. Итоги 2016 года. DSM group. С.39. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://dsm.ru/docs/analytics/Annual_Report_2016_rus.pdf/ (дата обращения: 30.09.2017).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

УДК 616.12-009.72:616.33-002:616.342-002

Ж.Г. Симонова¹, Е.И. Тарловская²

1 Кировский государственный медицинский университет, г. Киров, Российская Федерация

2 Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Эрадикационная терапия в алгоритме лечения больных ИБС с гастродуоденальной патологией обеспечивает стабилизацию клинической картины, при этом способствует достижению стойкой морфологической ремиссии гастродуоденальной патологии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гастродуоденальная патология, *Helicobacter pylori*, эрадикационная терапия.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH STABLE STENOCARDIA AT A COMBINATION TO GASTRODUODENAL PATHOLOGY

Zh.G. Simonova¹, E.I. Tarlovskaya²

1 Kirov state medical university, Kirov, Russian Federation

2 Nizhny Novgorod state medical academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Eradikatsionny therapy in an algorithm of treatment of coronary heart disease patients with the gastroduodenal pathology provides stabilization of a clinical picture, at the same time, promotes achievement of morphological remission of gastroduodenal pathology.

Keywords: Coronary heart disease, gastroduodenal pathology, Helicobacter pylori, eradikatsionny therapy.

В клинической медицине проблема коморбидности сохраняет и преумножает свою актуальность, что, прежде всего, касается патологии сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. У больных ИБС сочетание с гастродуоденальной патологией (ГДП) встречается в 60% случаев [2]. Подобная коморбидность зачастую сопровождается запоздалой диагностикой заболеваний в связи с их атипичным проявлением, неблагоприятным течением и прогнозом кардиоваскулярной патологии [3; 4]. Нестабильное течение ИБС прогностически коррелирует с инфицированностью слизистой оболочки гастродуоденальной зоны Helicobacter pylori (HP). Инфекция H. pylori, активирующая как локальный, так и системный воспалительный процесс, может расцениваться как дополнительный фактор риска утяжеления течения коронарной болезни [1; 5; 6].

Непременным условием для максимальной оптимизации терапии данной группы больных является как своевременная диагностика гастродуоденальной патологии, выявление инфицированности H. Pylori, так и подбор эффективных вариантов лечения, включая эрадикационную терапию.

Цель исследования

Изучить влияние различных вариантов лечения гастродуоденальной патологии (ГДП) у больных стабильной стенокардией в сочетании с ГДП на клинический статус больных.

Методы и методы исследования

Под наблюдением находились 294 больных стабильной стенокардией. Во всех случаях диагноз ИБС установлен на основании общеклинического обследования, а также общеприемных методов, включавших регистрацию ЭКГ в покое и при физической нагрузке на велоэргометре, суточную запись ЭКГ по Холтеру, ЭХО-кардиографию на аппарате ACUSON 128XP-10C. Длительность анамнеза заболевания (ИБС) колебалась от 2-х до 11 лет. Средний возраст больных составил $54,3 \pm 10,6$ года. Мужчины составили 71,8% (211), женщины — 28,2% (83). Стенокардия 1 ФК диагностирована у 34 (11,6%), стенокардия 2 ФК — у 260 (88,4%) больных. Сердечная недостаточность I ФК выявлена у 58 (19,7%), сердечная недостаточность II ФК — у 236 (80,3%) больных. Длительность наблюдения за больными составила 24 недели. Сформированные (согласно методике исследования «случай-контроль») группы больных ИБС (147 больных, имеющих ГДП, ассоциированную с H. pylori, и 147 больных ИБС, не имеющих ГДП) сопоставимы по возрасту, полу, клиническим данным. Длительность ГДП в среднем составила $12,1 \pm 3,6$ года. У 67 больных (45,7%) подтверждена язвенная болезнь ДПК, у 29 (19,7%) — язвенная болезнь желудка, у 51 (34,6%) — хронический гастрит, дуоденит. Больные ИБС с ГДП, согласно принципу клинической целесообразности, разделены на 2 группы. Пациенты I группы (n=74) получали на фоне базисной терапии антихеликобактерную терапию первой линии в соответствии с Маастрихтским консенсусом-3 (2005) в течение 12 ± 2 дней (ИПП 20 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день). Пациенты II группы (n=63) на фоне базисной терапии получали (в силу разных причин — отсутствие прямых показаний к проведению эрадикации, отказ от антибиотиков, поливалентная аллергическая реакция на антибиотики и т. д.) только антисекреторную терапию (ИПП 20 мг 2 раза в день). Больные ИБС без сопутствующей ГДП (n=93) составили III группу. Все больные получали в качестве базисной терапии бисопролол, периндоприл, ацетилсалициловую кислоту, аторвастатин.

Результаты

Исходно полученные данные продемонстрировали, что клиническая картина больных ИБС имеет определенные отличия при наличии ГДП. В клинической картине больных ИБС с ГДП наблюдается меньшая эффективность нитроглицерина при ангинозных болях (60,5% против 100%, $\chi^2=5,13$, $p=0,024$) и более частая связь ангинозных болей с приемом пищи, которые купировались приемом нитроглицерина.

Спустя 24 недели после проведенной эрадикационной+базисной терапии у больных I группы (n=74) характеристика клинической картины изменилась, что, прежде всего, проявилось снижением числа приступов стенокардии и количества принимаемых таблеток нитроглицерина. У больных I группы отмечено снижение частоты приступов стенокардии на $62,6 \pm 4,2\%$ ($p < 0,05$). Недельная потребность в нитроглицерине уменьшилась на $70,4 \pm 3,6\%$ ($p < 0,01$). У больных II группы на фоне проведения

антисекреторной+базисной терапии снижение частоты приступов отмечено на $30,7\pm 4,6\%$ ($p<0,05$). Недельная потребность в нитроглицерине уменьшилась на $21,2\pm 5,6\%$ ($p<0,05$). На фоне базисной терапии у больных III группы (ИБС без ГДП) установлено, что частота приступов стенокардии снизилась на $29,5\pm 3,8\%$ ($p<0,05$), недельная потребность в нитроглицерине — на $44,1\pm 5,8\%$ ($p<0,05$).

Улучшению клинического состояния больных I группы соответствовал прирост толерантности к физической нагрузке (ТФН) с $72,5\pm 3,1$ до $105,1\pm 6,1$ Вт ($p<0,01$) (на $45,3\pm 3,2\%$, $p<0,01$). У больных II группы ТФН увеличилась с $70,3\pm 2,1$ до $89,1\pm 3,4$ Вт ($p<0,01$) (на $26,5\pm 2,6\%$, $p<0,01$). У больных III группы также отмечен прирост ТФН от $110,4\pm 5,5$ до $124,5\pm 2,8$ Вт ($p<0,001$) (на $12,7\pm 3,8\%$, $p<0,01$), менее выраженный, чем у больных I и II групп ($12,7\pm 3,8\%$ против $45,3\pm 3,2\%$, $p<0,01$; $12,7\pm 3,8\%$ против $26,5\pm 2,6\%$, $p<0,01$). Но, с учетом того, что показатель ТФН (исходный и полученный спустя 24 недели) оказался значимо больше по сравнению с этим показателем I и II групп, можно сделать заключение о негативном влиянии ГДП на течение ИБС.

Эффективность проведенной эрадикационной терапии оценена у всех больных ИБС с ГДП (I и II групп) методом определения антигена *H. pylori*. Эрадикация считалась достигнутой при получении отрицательного результата. Среди больных I группы результативность эрадикации *H. pylori* после первой схемы достигнута у 65 (87,8%) больных, у 6 (8,1%) — после второй схемы эрадикации и в целом составила 95,9%. Среди больных II группы у 2 (3,4%) больных была достигнута спонтанная эрадикация *H. pylori*.

Частота рецидивов ГДП в течение 24 недель наблюдения среди больных I группы составила 4 (5,4%), среди больных II группы составила 25 (39,7%) ($\chi^2=20,41$, $p<0,001$). Включение эрадикации в состав терапии больных ИБС с ГДП позволяет достичь стойкой клинико-эндоскопической ремиссии, в то время как проведение только антисекреторной терапии такого эффекта не дает.

Так, включение эрадикации *Helicobacter pylori* имеет более положительное влияние на эффективность лечения больных ИБС с ГДП, что свидетельствует в пользу участия данной инфекции в патогенезе рассматриваемой коморбидности. В свое время оценку эффективности антибиотикотерапии при проведении вторичной профилактики острых коронарных событий продемонстрировал триал «STAMINA» [7], где пациенты с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией получали схемы эрадикационной терапии. Через год наблюдения частота острых коронарных эпизодов и кардиогенная летальность пациентов оказалась на 36% ниже по сравнению с больными, получавшими плацебо ($p=0,02$). Интегральная оценка *H. pylori* как потенциальной «мишени» терапевтической тактики у больных ИБС приводит к утверждению очевидной необходимости эрадикации как фактора, обеспечивающего снижение частоты коронарных эпизодов у больных с *H. pylori*-инфекцией [6]. На основании многостороннего изучения влияния эрадикационной терапии у больных кардиологического профиля [3; 4; 5] находит свое подтверждение вероятность роли *H. pylori* в патогенезе коморбидных пациентов.

Выводы

Включение эрадикационной терапии в алгоритм лечения больных ИБС с гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, способствует не только достижению клинико-морфологической ремиссии гастродуоденальной зоны, но и, соответственно, обеспечивает быструю редукцию диспепсических расстройств, стабилизацию ангинозного синдрома, позволяет добиться лучшей эффективности проводимой терапии и, тем самым, оптимизировать лечение больных.

Литература

1. Павлов, О. Н. *Helicobacter pylori* — ассоциированное воспаление у больных с острым коронарным синдромом / О. Н. Павлов // Клиницист. — 2011. — № 3. — С. 43–48.
2. Смирнова, Л. Е. К проблеме коморбидности язвенно-эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и артериальной гипертонии / Л. Е. Смирнова // Клиническая медицина. — 2003. — № 3. — С. 9–15.
3. Симонова, Ж. Г. Клинико-патогенетические аспекты течения ишемической болезни сердца у больных в сочетании с язвенной болезнью / Ж. Г. Симонова, А. К. Мартусевич, Е. И. Тарловская // Терапевтический архив. — 2014. — № 1. — С. 33–36.
4. Симонова Ж. Г. Клинико-гемодинамическая характеристика эффективности эрадикационной терапии у больных с сочетанием ИБС и язвенной болезни / Ж. Г. Симонова, А. К. Мартусевич, Е. И. Тарловская // Архив внутренней медицины. — 2014. — № 5. — С. 7175.
5. CagA antigen of *Helicobacter pylori* and coronary instability: insight from a clinico-pathological study and a meta-analysis of 4241 cases / Franceschi F. et al. // Atherosclerosis. — 2009. — Vol. 202, № 2. — P. 535–542.

6. Helicobacter pylori and coronary heart disease: which directions for future studies? / Pellicano R. et al. // Crit. Rev. Microbiol. — 2003. — Vol. 29 (4). — P. 351–359.

7. Effect of treatment for Chlamydia pneumoniae and Helicobacter pylori on markers of inflammation and cardiac events in patients with acute coronary syndromes: STAMINA / Stone A. F. M. et al. // Circulation. — 2002. — Vol.106. — P. 1219–1223.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА (НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

УДК 616.97-051(470.54)

С.С. Смирнова¹, А.А. Голубкова², В.А. Кукаркина¹

1 Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Екатеринбург, Российская Федерация

2 Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В динамике с 2003-го по 2016 год представлены показатели частоты аварий с экспозицией крови (АЭК) у медицинских сотрудников. Дана характеристика АЭК с учетом профессиональной ориентированности сотрудников, возраста, медицинского стажа, времени возникновения АЭК в течение недели, обстоятельствами получения травмы и др.

Проанализированы условия и характер проводимой специфической профилактики при АЭК с ВИЧ-инфицированными пациентами с учетом степени риска возможного инфицирования. Даны рекомендации по снижению рисков возникновения аварийных ситуаций.

Ключевые слова: медицинские сотрудники, гемоконтактные инфекции, риск профессионального инфицирования.

PROFESSIONAL RISKS OF HEMOCONTACT INFECTIONS FOR MEDICAL PERSONNEL (ON THE EXAMPLE OF SVERDLOVSK REGION)

S.S. Smirnova¹, A.A. Golubkova², V.A. Kukarkina¹

1 Sverdlovsk regional center for the prevention and control of AIDS and infectious diseases, Yekaterinburg, Russian Federation

2 Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

In the dynamics from 2003 to 2016, the indicators of the frequency of accidents with exposure to blood (AEB) from medical personnel are presented. The characteristics of the AEB are given, taking into account the professional orientation of the employees, the age, medical experience, the time of occurrence of AEB during the week, the circumstances of the injury, etc.

The conditions and nature of the specific prophylaxis performed in AEB with HIV-infected patients are analyzed taking into account the risk of possible infection.

Recommendations are given to reduce the risks of emergencies.

Keywords: medical staff, hemokontakt infection, the risk of occupational infection.

Введение

Оптимизация принципов профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) среди медицинского персонала, является одной из составляющих Национальной концепции развития здравоохранения (1).

Особенно актуальна проблема заражения медицинских работников вирусами гемоконтактных инфекций — гепатитами В, С и ВИЧ, что обусловлено их значительной распространенностью среди населения и, соответственно, пациентов [1; 2].

Наиболее часто профессиональное заражение медицинских сотрудников этими инфекциями происходит при случайном уколе или порезе острым медицинским инструментом, а также при попадании инфицированной биологической жидкости на слизистые оболочки.

В Российской Федерации в период с 2008-го по 2016 год было зарегистрировано 66 случаев подозрения на инфицирование ВИЧ при оказании медицинской помощи, в том числе в 3-х случаях произошло заражение ВИЧ, связанное с профессиональной деятельностью [3].