

болезни вышли на второе место в мире после атеросклероза. Несмотря на постоянное совершенствование оперативных и развитие новых неоперативных методов лечения, травматизм при вмешательствах по поводу ЖКБ и МКБ остается фактором, существенно снижающим качество лечения. Его предпосылками являются сложная топология ГПДЗ и несовершенство технического уровня используемого инструментария. Так манипуляциям классической корзинкой Дормиа присущ ряд осложнений вплоть до непреднамеренных подслизистых внедрений, перфораций, желчеистечений и др. Наихудшие результаты дают вмешательства на стриктурах протоков, ведущие к образованию более обширных стриктур и рецидивным вмешательствам. Вероятность и объем травмы возрастают из-за повторных попыток захвата камня после его выпадения из корзинки при тракции. Среди тяжких осложнений при лечении уро- и нефролитиаза опасны случаи отрыва мочеточника при попытках извлечения крупных конкрементов. Проблема снижения травматизма при лечении описанных недугов тесно связана с биомеханической совместимостью применяемых инструментов с тканями внутренних органов. Разработка механически "невидимого" для гомеостатических систем организма инструмента могла бы радикально уменьшить инвазивность вмешательств, расширить объем показаний и улучшить качество лечения и жизни пациентов. При решении этой задачи мы использовали принципиально новые функциональные материалы в сочетании с геометрическим усовершенствованием рабочих частей инструментов. Были применены рентгеноконтрастные бионерные сверхэластичные сплавы с памятью формы на основе никелида титана (нитинола) Ti - 50,8 ат.% Ni по механическим свойствам близкие к живым тканям. Также был оптимизирован дизайн рабочей части корзинок-улавливателей в их дистальном отделе. В ходе исследования были изучены упругие свойства материалов "претендентов" и стенки холедоха на аутопсийном материале. Методом КЭ выполнен анализ НДС желчных протоков при внутрипросветных вмешательствах на них. В результате численных экспериментов была разработана линейка малотравматичных литоэкстракторов из материала нитинол с направляющими оливами и повышенной уловистостью. Согласно клиническим испытаниям инструментария основным результатом стало значительное уменьшение травматизма и повышение эффективности лечения, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и сведение к минимуму повторных вмешательств.

Работа представлена на научную международную конференцию «Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека», 6-13 августа 2007 г., Кемер (Турция). Поступила в редакцию 18.07.2007.

**ПОЛИФОКАЛЬНАЯ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ –
ИННОВАЦИОННЫЙ ПУТЬ
ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

Николаев Н.А.

*Омская государственная медицинская академия
Омск, Россия*

Полифокальная антигипертензивная терапия представляет собой концепцию контролируемой лекарственной терапии больных артериальной гипертонией, основывающуюся на создании и применении полифокальных терапевтических систем. К основным положениям концепции можно отнести следующие утверждения: лечение больного гипертонической болезнью должно начинаться с использования средств, обладающих наибольшей клинической эффективностью при наименьших нежелательных эффектах, и лишь при невозможности их применения допустимо использовать средства, обладающие сравнительно худшими свойствами; антигипертензивные средства должны применяться в системе, позволяющей в наибольшей степени взаимно нивелировать имеющиеся нежелательные эффекты отдельных средств, и усиливать профильные и плейотропные эффекты; при равенстве позитивных и нежелательных эффектов приоритет в системе должен отдаваться средствам, являющимся истинным лекарством (с первично активным действующим веществом), с наименьшей ксенобиотической нагрузкой (минимальной терапевтической дозой при широком терапевтическом диапазоне) и минимальной кратностью приема (как правило, 1 раз в сутки).

Полифокальная терапевтическая система (ПТС) – базовое понятие полифокальной антигипертензивной терапии – является с одной стороны технологией персонифицированной контролируемой лекарственной терапии, с другой – ее базовым модулем. ПТС представляет собой нефиксированную или фиксированную комбинацию двух или более лекарственных средств, характеризующихся заданными свойствами. К этим свойствам относятся: принадлежность средств к различным фармакологическим группам либо наличие уникальных взаимодополняющих свойств внутри фармакологических групп; наибольшая персонифицированная клиническая эффективность каждого средства при наименьшем количестве и выраженности нежелательных эффектов, по сравнению с другими средствами группы; способность включенных в систему средств взаимно усиливать основные и плейотропные персонифицировано-желательные эффекты и взаимно нивелировать нежелательные эффекты; первичное свойство средства как истинного лекарства; свойство средства минимальной ксенобиотической нагрузки внутри группы; свойство средства максимальной продолжительности терапевтического эффекта внутри группы.

Технология ПТС основывается на принципах ступенчатой восходящей терапевтической коррекции (связанной коррекции доз) и ступенчатой нисходящей (деградационной) ротации применяемых в системе средств.

Принципиальным отличием полифокальной антигипертензивной терапии от используемых способов и технологий аллопатической фармакотерапии является изначальная нацеленность на получение максимально возможных результатов.

Работа представлена на международную научную конференцию «Практикующий врач», 9-16 сентября 2007 г., Римини (Италия). Поступила в редакцию 01.08.2007.

ПРИНЦИПЫ ПОЛИФОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПРЕТОНИЕЙ

Николаев Н.А.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава,
Омск, Россия

Клиническая практика лечения больных артериальной гипертонией (АГ) в Российской Федерации основывается на национальных (рекомендации КЭ ВНОК «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2004) и наднациональных (европейских, международных) стандартах антигипертензивной терапии (рекомендации WHO/ISH – 1999, 2001; ESH/ESC – 2003, 2006).

Базовым в этих нормативных документах является утверждение, что антигипертензивная терапия проводится препаратами 7 классов (тиазидные и тиазидоподобные диуретики [ТДУ], бета-адреноблокаторы [ББ], блокаторы кальциевых каналов [БКК], ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента [ИАПФ], блокаторы рецепторов ангиотензина-II [БРА], агонисты имидазолиновых рецепторов [АИР], альфаадреноблокаторы [АА]), при этом ни один из первых 5 классов этих препаратов не имеет значимого преимущества в плане снижения АД и/или предупреждения развития сердечнососудистых осложнений. Стартовая терапия для достижения целевого уровня АД должна начинаться с низкодозовой монотерапии или битерапии (использования 2 препаратов) в малых дозах.

Полагаем, что в настоящее время такой подход не является оптимальным. Развитие медицины основанной на доказательствах, опирающейся на принципы качественной клинической практики свидетельствует, что в большинстве случаев низкодозовая моно- или битерапия не является достаточной для постоянного контроля уровня АД. Как правило, это связано с одновременным наличием у больного нескольких факторов, самостоятельно способствующих повыше-

нию АД, охватить которые моно- или битерапия неспособна. Кроме того, такая терапия не решает проблемы, связанные с наличием нежелательных эффектов, характерных для конкретных классов антигипертензивных средств, но которые могут быть нивелированы другими средствами.

Все это привело нас к формированию концепции полифокальной антигипертензивной терапии (ПАТ), суть которой заключается в разработке и использовании полифокальной терапевтической системы (ПТС), включающей в себя комплекс антигипертензивных средств, действующий на весь известный спектр гипертензивных факторов, и характеризующийся дополнительными свойствами. К дополнительным свойствам средств ПТС относятся: длительность контролируемого терапевтического эффекта, наличие высокой тропности к эффекторным рецепторам, минимальная выраженность нежелательных эффектов, наличие позитивных плейотропных эффектов, минимальные требования к активирующему метаболизму, незначительность фармацевтических, фармакокинетических и фармакодинамических взаимодействий. ПАТ является специфичной для терапии больных АГ в зависимости от наличия дополнительных некорригируемых факторов (возраст, пол, клинически значимая сопутствующая патология).

Полагаем, что в перспективе принципы ПАТ могут быть положены в основу отраслевого стандарта «Лечение больного артериальной гипертонией».

Работа представлена на научную международную конференцию «Инновационные технологии в медицине», 8-15 июля 2007 г., Коста Брава (Испания). Поступила в редакцию 02.06.2007.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕГЕНЕРАТОРНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДИФФЕРОНОВ

Рева И.В., Сингур О.А., Гурбанов К.Р.,
Метёлкина И.В., Попова К.М., Первов Ю.Ю.,
Погорелый В.В., Игнатьева С.В.

Для изучения пролиферативной активности эпителиальных дифферонов в слизистых оболочках дыхательного тракта, ротовой полости, эпидермиса кожи, мы использовали метод Браше на выявление ДНК в кератиноцитах. Дополнительное подтверждение об особенностях физиологического регенераторного потенциала в эпителиальных дифферонах изученных структур было получено с помощью метода иммуногистохимической метки пролиферирующих клеток на белок гена Ki-67. Наилучшие результаты получены после того, как были определены оптимальные сроки проведения каждого этапа обработки материала. Парафиновые срезы толщиной 5мкм