

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 ГИПЕРТОНИЕЙ

Николаев Н.А.

*ГОУ ВПО Омская государственная медицинская
академия Росздрава,
Омск, Россия*

Клиническая практика лечения больных артериальной гипертензией (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 ангиотензин-превращающего фермента [ИАПФ], блокаторы рецепторов ангиотензина-II [БРА], агонисты имидазолиновых рецепторов [АИР], альфа-адреноблокаторы [АА]), при этом ни один из первых 5 классов этих препаратов не имеет значимого преимущества в плане снижения АД и/или предупреждения развития сердечно-сосудистых 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, связанной 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 некорректируемых факторов (возраст, пол, клинически значимая сопутствующая патология).

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

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