

содержания общего белка, неблагоприятное изменение значения рН в кислую сторону, во II группе концентрация лизоцима смешанной слюны составила  $2,06 \pm 0,02$  мкг/мл, активность пероксидазы —  $19,44 \pm 0,1$  мU, что достоверно ниже показателей контрольной группы ( $p < 0,05$ ). После применения в течение 1 месяца препарата «искусственная слюна» улучшились биохимические показатели ротовой жидкости: наблюдалась тенденция к нормализации величины рН, содержание белка увеличилось в 2,5 раза, муцина в 2 раза по сравнению с показателями до курса лечения. Следует отметить хороший физиологический эффект применения «искусственной слюны»: у 75% применявших препарат исчезло чувство жжения языка, у 80% — чувство сухости во рту ночью, у 60% — днем, 100% отметили, что возникло ощущение увлажнения рта и увеличения выделения слюны. После курса применения в течение 1 месяца комплекса Biotene скорость саливации также увеличилась в 2,5 раза, содержание белка в слюне увеличилось в 1,5 раза, активность пероксидазы возросла до  $22,35 \pm 1,67$ , содержание муцина увеличилось в 2 раза.

**Выводы.** Данные позволили продолжить научные поиски в направлении создания дешевого препарата оригинального состава, не содержащего дорогостоящих ферментов. В настоящее время нами получен патент на препарат заместительной терапии, сходный по содержанию электролитов и низкомолекулярных органических веществ с составом слюны.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАНДЕСАРТАНА И БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРИНСУЛИНЕМИЕЙ**

Канюкова А.А.\*<sup>1</sup>, Смоленская О.Г.<sup>1</sup>, Груздев М.П.<sup>1</sup>

*1 – ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург.*

**Введение.** В последние годы все большее внимание исследователей привлекает роль инсулина и инсулинорезистентности (ИР) в качестве компонента метаболического синдрома в развитии артериальной гипертензии

(АГ). Наиболее часто ИР определяется как состояние, характеризующееся сниженным поглощением глюкозы тканями организма под влиянием инсулина, и сопровождающееся хронической гиперинсулинемией (ГИ). Взаимосвязь ГИ и эссенциальной АГ достаточно прочна, поэтому высокая концентрация инсулина плазмы рассматривается как прогностический фактор развития АГ.

Ингибиторы АПФ и антагонисты кальция без сомнений считаются препаратами первого ряда при АГ и ГИ. Это связано с целым рядом преимуществ препаратов этих классов. Они вызывают снижение ИР и улучшение гликемического контроля, не влияют на липидный и пуриновый обмен; оказывают вазопротективное действие (SECURE-HOPE-substudy) и нефропротективное действие при диабетической и недиабетической нефропатии (FACET и др.) и т.д. Однако, возможности использования этих групп препаратов могут быть ограничены развитием побочных эффектов более чем в 20% случаев (частоты развития сухого кашля на фоне приема ингибиторов АПФ 0,7-25%, частота развития эффектов, связанных с периферической вазодилатацией при приеме антагонистов кальция достигает 25%).

Использование диуретиков у пациентов с АГ и ГИ оправдано ввиду имеющейся задержки натрия и гиперволемии, возникающей под влиянием ГИ. Однако, их применение имеет целый ряд ограничений в связи с развитием побочных эффектов: снижение чувствительности периферических тканей к инсулину с компенсаторной ГИ; повышение гликемии; неблагоприятное влияние на липидный профиль; нарушение обмена мочевой кислоты; риск гипокалиемии.

Альфа-адреноблокаторы повышают чувствительность тканей к инсулину и вследствие этого улучшают гликемический контроль, корректируют липидный профиль, благоприятно воздействуют на гемостаз и эндотелиальную функцию. В то же время, промежуточные результаты исследования ALLHAT продемонстрировали увеличение количества сердечно-сосудистых событий, в том числе новых случаев сердечной недостаточности.

Агонисты  $I_1$ -имидазолиновых рецепторов, уменьшая центральную симпатическую импульсацию, приводят к повышению чувствительности периферических тканей к инсулину, улучшению гликемического контроля и снижению активности РААС. Однако, нет данных, основанных на принципах доказательной медицины, о влиянии этой группы лекарственных средств на прогноз у больных АГ, что не позволяет рекомендовать препараты этого класса в качестве средств первой линии в терапии АГ.

Назначение бета-блокаторов (БАБ) больным с ГИ имеет неоспоримое определенное патогенетическое преимущество ввиду наличия гиперсимпатикотонии. Все побочные эффекты в основном связаны с применением неселективных и низкоселективных БАБ. Поэтому у пациентов с ГИ наиболее целесообразно применять высокоселективные бета-адреноблокаторы (бетаксол, бисопролол, небиволол) в составе комбинированной терапии в средней терапевтической дозировке.

Блокаторы  $AT_1$ -рецепторов на современном являются одной из наиболее активно изучаемых групп антигипертензивных препаратов. Обсуждаются свойства одного из представителей этого класса – телмисартана, который может действовать как частичный агонист  $PPAR\gamma$ . Недавно обнаружено структурное сходство между телмисартаном и пиоглатизоном, применяемым для лечения сахарного диабета. На фоне терапии этим блокатором  $AT_1$ -рецепторов описано повышение (и даже нормализация) чувствительности периферических тканей к инсулину, снижение уровня гликемии, а также улучшение показателей липидного спектра в виде снижения общего холестерина, ЛПНП, повышения ЛПВП. Имеются сообщения о благоприятных метаболических эффектах других представителей этого класса.

**Материалы и методы.** Обследовано 32 пациента с гипертонической болезнью с артериальной гипертензией I степени, доказанной ГИ натощак и после углеводной нагрузки и нормальными уровнями гликемии (пероральный глюкозотолерантный тест). Все пациенты были рандомизированы в две сопоставимые по полу и возрасту группы. Пациенты первой группы (n=16) в

течение 12 недель получали антигипертензивное лечение блокатором АТ<sub>1</sub>-рецепторов кандесартаном в дозировке 4-8 мг/сут (в среднем 6 мг/сут). Вторая группа пациентов (n=16) получала высокоселективный БАБ бисопролол в дозировке 5-10 мг/сут (в среднем 7,5 мг/сут) в течение 12 недель.

**Результаты и обсуждение.** В группе пациентов, получавших бисопролол уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) как натощак, так и на фоне углеводной нагрузки, остался на прежнем уровне. В группе, получающей кандесартан, отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение уровня (ИРИ) через 30, 60, 90 и 120 минут после пероральной нагрузки глюкозой. На рисунках 1 и 2 представлена динамика изменения ИРИ до и после лечения.

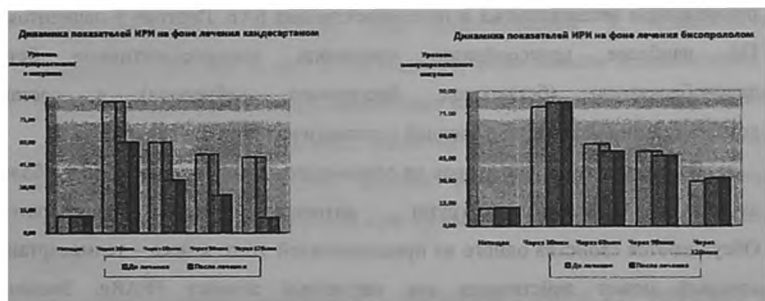


Рисунок 1

Рисунок 2

**Вывод.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования блокаторов АТ<sub>1</sub>-рецепторов в лечении больных с АГ I степени в сочетании с таким метаболическим фактором риска как ГИ.

### Фармакотерапия мышьяковистого остеонекроза челюсти

Костина И.Н., Николаева А.А.

ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург

**Введение.** Остеонекроз – заболевание, характеризующееся гибелью костных клеток в участках ишемии. Различные факторы способны вызвать