

- Доступность;
- Наличие в аптеках.

Таким образом, проведенный анализ предпочтительного спроса гелей, используемых в стоматологии, свидетельствует о его динамичном развитии. Однако, имеющиеся препараты для лечения заболеваний пародонта не в полной мере удовлетворяют потребности современной медицины. В частности, необходимы разработки отечественных препаратов для стоматологии в виде современных лекарственных форм целенаправленного и продленного действия, а таким требованиям в большей мере отвечают гели. Среди рассмотренных нами гелей по всем показателям выигрывает гель Холисал.

#### **Список литературы:**

1. Дремова, Н.Б. Концепция маркетинговых исследований ассортимента лекарственных средств в фармацевтических организациях /Н.Б. Дремова, Е.В. Лазарева //Экон.вест.фармации. -1998. -№2. - С.67-74.

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АГ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ.**

*Канюкова А.А., Смоленская О.Г.*

*Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО УГМА РОсздрава.*

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 [6].

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%) [7].

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 (бетаксолол, бисопролол, небиволол) в составе комбинированной терапии в средней терапевтической дозировке.

Блокаторы АТ<sub>1</sub>-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 пиоглатизином, применяемым для лечения сахарного диабета. На фоне терапии этим блокатором АТ<sub>1</sub>-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 [3]. Имеются сообщения о благоприятных метаболических эффектах других представителей этого класса.

**Материалы и методы.** Обследовано 32 пациента с гипертонической болезнью с артериальной гипертензией 1 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. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования блокаторов АТ<sub>1</sub>-рецепторов в лечении больных с АГ в сочетании с таким метаболическим фактором риска как инсулинорезистентность.

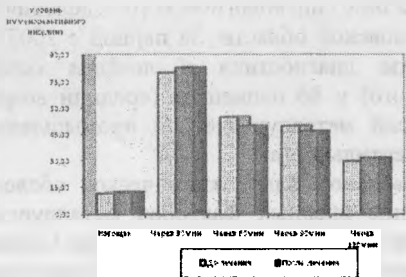


Рисунок 1.

Динамика показателей ИРИИ на фоне лечения эндометриоза

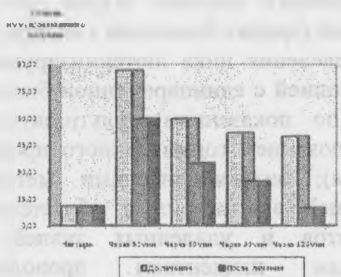


Рисунок 2

## КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО (ТРУБНО-ЭНДОКРИННОГО) БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, РАБОТНИЦ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Коновалов И.П.<sup>1</sup>, Коновалов В.И.<sup>2</sup>

Гинекологическое отделение МУЗ ГБ № 2, г.Каменск-Уральский, Свердловской области<sup>1</sup> Уральской государственной медицинской академии Росздрава

### Введение

В настоящее время проблема бесплодия в браке продолжает оставаться важной медицинской и социальной проблемой [1-4]. Женщины, работающие в металлургической промышленности, дополнительно подвергаются сочетанному воздействию ряда производственных факторов: химических (бензол, марганец, ртуть металлическая, углерода оксид, хром (VI) триоксид и др.), физических (общая вибрация, шум, нагревающий микроклимат, охлаждающий микроклимат), психоэмоциональный стресс (напряженный характер труда, работа в ночное время), что еще более отрицательно влияет на репродуктивную функцию [5].

**Цель работы:** оценить эффективность комплексного лечения сочетанного (трубно-эндокринного) бесплодия у женщин, работающих в металлургии.