

ного антигипертензивного препарата СОМВІ, содержащего бисопролол, лизиноприл и индапамид, в эксперименте.

Исследование проведено на 18 морских свинках светлой масти, массой (610-700) г, распределенных на 3 группы: животные 1-й группы служили контролем и получали 3% крахмальную слизь, животным 2-й группы вводили препарат СОМВІ в рекомендованной терапевтической дозе (8 мг/кг), животным 3-й группы – СОМВІ в дозе, в 10 раз превышающей терапевтическую дозу (80 мг/кг). Использовали комбинированный метод сенсibilизации – пероральный и накожный. В динамике сенсibilизации (на 10-й, 15-й и 30-й день) определяли массу животных, измеряли температуру тела в прямой кишке и на коже, проводили внутрикожное аллерготестирование. На 30-й день также определяли число эозинофилов в крови и проводили реакцию специфической агломерации лейкоцитов (РСАЛ) и реакцию альтерации нейтрофилов (РАН). В отдельной серии опытов на сенсibilизированных морских свинках ставили конъюнктивальную пробу.

Результаты исследования показывают, что СОМВІ в исследуемых дозах при одновременной пероральной и накожной сенсibilизации морских свинок в течение 30 дней не оказывает аллергизирующего действия. Гибели животных не отмечается. Животные умеренно подвижны, пищевая активность не нарушена. Масса животных в течение эксперимента увеличивается во всех группах. Наблюдаемые колебания температуры тела и кожи у животных с применением СОМВІ в двух дозах, учитывая аналогичные изменения в контроле, не могут быть связаны с аллергизирующим действием СОМВІ. При внутрикожном тестировании на 10-й, 15-й и 30-й день опыта взвесью СОМВІ в двух дозах явлений раздражения, эритемы, инфильтрации, очаговых изъязвлений кожи во всех группах не отмечается. РСАЛ показывает, что % агломерированных лейкоцитов в опытных группах не превышает таковой в контроле. РАН, отражающая степень аллергической дегенерации нейтрофилов и их внутриклеточных органелл под влиянием сенсibilизации СОМВІ, в исследуемых дозах также свидетельствует об отсутствии сенсibilизирующего действия. Уровень эозинофилов в опытных группах не превышает этот показатель в контроле. Отсутствие специфической сенсibilизации подтверждается отрицательной конъюнктивальной пробой у морских свинок. Через 15 минут, 24 и 48 часов после закапывания СОМВІ в глаз у морских свинок не наблюдает-

ся гиперемии, инфильтрации слезного протока, слизистой конъюнктивы и склеры.

Таким образом, СОМВІ в исследуемых дозах при сочетанной сенсibilизации не обладает аллергизирующим действием, что подтверждается отрицательными данными внутрикожного аллерготестирования, отсутствием изменений температуры животных в прямой кишке и кожной температуры, отрицательными результатами РСАЛ, РАН, отсутствием эозинофилии в крови, отрицательной конъюнктивальной пробой.

#### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ АКТИВНОСТИ НОВОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА**

Морозова Ю.В., Стороженко Е.В., Халин И.В.

Сложный механизм развития артериальной гипертензии требует комплексной коррекции, целенаправленно восстанавливающей нарушенные звенья патогенеза. Основными классами антигипертензивных препаратов считаются тиазидные диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и блокаторы АТ<sub>1</sub>-ангиотензиновых рецепторов. Хорошей альтернативой комплексной терапии является использование комбинированных препаратов с фиксированным составом, что повышает эффективность и безопасность проводимой антигипертензивной терапии, снижает стоимость лечения, а применение препарата, как правило, 1 раз в сутки увеличивает приверженность больных к лечению и положительно сказывается на его эффективности.

Цель работы: Изучение антигипертензивного действия нового комбинированного препарата амлопамид (АМЛИД).

Материалы и методы: Специфическое антигипертензивное действие АМЛИДа в дозе 4 мг/кг – изучали на 18 крысах линии WAG массой 200-350 г электропъезографическим методом с помощью пьезодатчика и резиновой манжетки, соединенных с манометром и имеющих выход на записывающее устройство (ЕЕГ-04). Антигипертензивное действие АМЛИДа определяли в сравнении с исходным фоном, экспериментальной патологией (внутрибрюшинное введение кофеин-бензоат-натрия в дозе 24 мг/кг) и препаратом сравнения (Гиприл А) в дозе 0,6 мг/кг. Исследуемые препараты вводились животным внутривенно с помощью зонда в виде взвеси на крахмальной слизи за час до моделирования экспериментальной гипертензии.

Результаты: при введении кофеин-бензоата натрия животным контрольной группы наблюдается статистически достоверное увеличение АД на 46 % (по сравнению с исходным фоном). Введение раствора кофеин-бензоата натрия животным, которым предварительно был введен препарат сравнения гиприл-А, вызвала статистически достоверное повышение уровня АД на 16 %. В группе животных, которым предварительно был введен АМЛИД: после введения кофеин-бензоата натрия уровень АД увеличился на 17 %, что также является статистически достоверно ниже, чем в контроле.

Вывод: Исследуемый комбинированный препарат АМЛИД при однократном внутривенном введении крысам в дозе 4 мг/кг снижает уровень гипертензии на 21 % по сравнению с экспериментальной патологией, что по эффективности не уступает действию препарата сравнения Гиприла-А.

#### **САМОАКТИВНЫЙ СУБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ**

Олейник Е.А., Олейник А.А.

*Белгородский государственный университет  
Белгород, Россия*

Ведущей жалобой у большинства больных с поясничным остеохондрозом является боль. Ликвидация болевого синдрома является одной из главных задач для данной категории больных, так как для пациента степень регресса болевого синдрома является первостепенным критерием в оценке эффективности и качества лечения. Поэтому наиболее точное определение степени выраженности болевого синдрома до, во время и после проведения реабилитационных медицинских мероприятий необходимо для установления динамики клинических проявлений и регистрации положительных сдвигов со стороны нарушений жизнедеятельности больного.

Учитывая данный факт, нашей целью стало - разработать простой, наглядный, удобный для количественного анализа, способ оценки выраженности болевого синдрома, при котором больной принимает самое активное участие.

Для оценки болевого синдрома нами разработан комбинированный метод оценки болевого синдрома, предусматривающий одновременное использование вербальной оценочной шкалы и визуальной аналоговой шкалы, который мы назвали самоактивным субъек-

тивно определяющим методом оценки выраженности болевого синдрома.

Способ заключается в том, что пациенту предлагается самому, по разработанной карте-шкале определить выраженности болевого синдрома, как при первичном осмотре, так и при выписке из стационара после проведенных медицинских реабилитационных мероприятий.

Разработанная карта - шкала представляет собой вертикальный отрезок прямой линии длиной 100 мм, начальная точка которой соответствует отсутствию боли – 0 мм, а конечная – невыносимым болевым ощущениям – 100 мм. Данная прямая разделена на 5 равных участков по 20 мм, которые соответствуют определенной степени выраженности болевого синдрома. Клинические проявления болевого синдрома описаны на каждом соответствующем участке. 1 участок - 80-100 мм. - резкая постоянная боль, заставляющая больного принимать вынужденное положение; 2 участок - 60-80 мм. - постоянная боль с периодическим усилением у находящегося в покое больного; 3 участок - 40-60 мм. - постоянная боль, усиливающаяся при движении больного; 4 участок - 20-40 мм. - умеренная боль, исчезающая самостоятельно в покое; 5 участок - 0-20 мм. – отсутствие боли или боль незначительного характера, возникающая после тяжелой работы или длительной физической нагрузки.

Первоначально больной выбирает порядковый участок вертикальной прямой соответствующий описанию присутствующей боли. Затем с целью большей детализации изображает выраженность боли, которую он испытывает во время обследования, в виде отметки на вертикальной линии на одном из 20 делений в пределах данного участка.

Окончательная оценка восприятия пациентом своих болевых ощущений производится врачом путем определения значения отметки в интервале от 0 до 100 мм.

Разработанная методика определения выраженности болевого синдрома использована при обследовании 455 больных поясничным остеохондрозом, из которых 238 согласились на хирургическое лечение. Полученные данные указывают, что большинство пациентов, которым была предпринята операция (184 человека, 77,3%) оценили степень выраженности болевого синдрома 40 – 60 мм., то есть как постоянную боль, усиливающуюся при движении. Этот уровень интенсивности болевого синдрома соответствовал неудовлетворительной оценке качества жизни, так как при интенсивности болевого синдрома в 20 – 40 мм. пациенты, как правило, были еще не согласны подвергнуться хирургич-