

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПІВДЕННИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ ПРАВОВИХ НАУК УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ ГУЛЬЄЛЬМО МАРКОНІ
GOETHE-INSTITUT HAMBURG



МАТЕРІАЛИ

І МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ

**«ГУМАНІТАРНИЙ
ТА ІННОВАЦІЙНИЙ РАКУРС
ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ:
ПОШУКИ МОЛОДИХ УЧЕНИХ»**

Частина II

24 квітня 2015 року

м. Одеса

УДК 001.895(063)

ББК 726я43

Г 94

Співорганізатори конференції:

1. Південний регіональний центр Національної академії правових наук України.
2. Університет Гульєльмо Марконі (Італійська Республіка).
3. Goethe-Institut Hamburg (Strachlernzentrum) (Федеративна Республіка Німеччина).

Організаційний комітет конференції:

Голова організаційного комітету: Крижановський А.Ф. – д.ю.н., професор, член-кореспондент НАПрН України, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор Міжнародного гуманітарного університету.

Перший заступник голови організаційного комітету: Березовський А.А. – к.ю.н., доцент, перший проректор Міжнародного гуманітарного університету.

Заступник голови організаційного комітету: Нелєдва Н.В. – к.ю.н., доцент кафедри кримінального права, процесу та криміналістики Міжнародного гуманітарного університету.

Члени організаційного комітету:

Стрельцов Є.Л. – д.ю.н., професор, член-кореспондент НАПрН України, вчений секретар Південного регіонального центру НАПрН України, Заслужений діяч науки і техніки України.

Пекліна Г.П. – д.мед.н., професор, директор Медичного інституту Міжнародного гуманітарного університету.

Стуцак І.В. – д.філол.н., професор, декан факультету лінгвістики та перекладу Міжнародного гуманітарного університету.

Овчиннікова А.П. – доктор мистецтвознавства, професор, декан факультету мистецтва та дизайну Міжнародного гуманітарного університету.

Розанцев О.О. – к.в.н., доцент, декан факультету економіки та менеджменту Міжнародного гуманітарного університету.

Гончарук А.Г. – д.е.н., професор, завідувач кафедри бізнес-адміністрування та корпоративної безпеки Міжнародного гуманітарного університету.

Г 94 **Гуманітарний та інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих учених:** матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Гуманітарний та інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих учених», м. Одеса, 24 квітня 2015 року. – У 3 частинах. – Одеса : Міжнародний гуманітарний університет, 2015. – Частина II. – 228 с.

До збірника матеріалів конференції увійшли тези доповідей, які стали предметом обговорення учасників I Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Гуманітарний та інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих учених» у м. Одесі 24 квітня 2015 року у Міжнародному гуманітарному університеті.

УДК 001.895(063)

ББК 726я43

© Міжнародний гуманітарний університет, 2015

© Південний регіональний центр Національної академії правових наук України, 2015

ЗМІСТ

НАПРЯМ 3. СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАКОЛОГІЇ

Аль-Расис Виктория Амад, Маркина Э. Л. Причины загрязнения окружающей среды и некоторые способы их устранения.....	10
Аль-Расис В. А. К механизмам влияния применения ботулического токсина в косметологии ...	13
Аскевич А. Ю., Носонова А. В. Роль косметолога в терапии угревой болезни.....	14
Асоян І. М. Вплив ступеня компенсації цукрового діабету 2 типу на показники дисинхронії міокарда у хворих з хронічною серцевою недостатністю.....	17
Бенюк В. О., Гончаренко В. М., Строкань А. М., Ярмак В. С., Лісовська В. В. Стан мікроценозу піхви у хворих з гіперпластичними процесами ендометрія..	19
Бенюк В. О., Курченко А. І., Гончаренко В. М., Строкань А. М., Ярмак В. С. Фактор некрозу пухлини як новий діагностичний критерій патології ендометрія.....	21
Бовсуновская Е. П. Биомедицинская инженерия: лечение опорно-двигательного аппарата.....	24
Бочарова В. В. Особенности природной резистентности при угревой хворобі.....	26
Варакута О. А., Куш О. Г. Лектингістохімічна характеристика лімфоцитів тканини пародонту в нормі і при експериментальному цукровому діабеті.....	28
Варсан Е. Б. Особенности организации судебно-медицинских работ при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на авиационном транспорте (сообщение второе).....	30
Васкес Абанто А. Э., Арельяно Васкес С. Б., Васкес Абанто Х. Э. Интегративная медицина – залог успеха в XXI веке.....	33
Воניהкотше Окумади Тропические дерматозы.....	35
Гаврілов В. О. Лікування хворих на переломи нижньої щелепи на тлі патології органів травлення.....	37

Попадьяна Г. А., Егришина Е. М., Спорыш А. Г., Стесюк Т. С., Терехов С. Б., Юрченко М. С., Лисогоря А. И., Станин Д. М. Применение отечественного препарата Гекотон при проведении сливальной анестезии.....	94
Прокопова М. В. Динаміка зміни стану тканин парадонту у дітей з вродженою глухотою під дією запропонованого лікувально-профілактичного комплексу	97
Присяник Ю. В., Мохорт М. А. Здатність похідних імідазо[1,2-а]азепінію чинити спазмолітичний ефект на гладеньком'язові структури судинної стінки в залежності від концентрації констриктора.....	100
Кивенко Л. М., Зубкова-Маслова Ю. В., Сакара М. Н. Ротовое дыхание – фактор негативного влияния на развитие детского организма	102
Степанова Е. К. Свойства гиалуронана и его применение в косметологии.....	104
Страшевич К. В. Прогностические факторы риска антенатальной гибели плода.....	105
Tarkovskiy S. V. DTI-implants. Clinical case.....	107
Цветкова М. А., Круц М. С. Роль диеты в микроэлементном гомеостазе организма человека.....	109
Шостенко А. А. Стан місцевого імунітету порожнини рота у хворих з різними формами перебігу генералізованого катарального гінгівіту	111
Щукаєва О. П. Сучасні тенденції розвитку ринку біотехнологій та перспективи застосування біологічних лікарських засобів	112

НАПРЯМ 4. МЕХАНІЗМИ ЕФЕКТИВНОГО РОЗВИТКУ СУЧАСНОГО БІЗНЕСУ

Азарова І. Б., Красноноженко О. М. Управління ризиками проектів в галузі житлового будівництва.....	114
Алшарф И. А. М. Эффективность деятельности медицинских учреждений.....	116
Алькубелат А. З. С. Мотивация в системе управления эффективностью деятельности предприятия	119
Афонченкова Т. Н., Черноус П. В. Политика количественного смягчения как средство преодоления финансовых кризисов.....	121

Афонченкова Т. Н., Сыпалова А. И. Теория центрального места и внутригородское распределение деятельности	124
Белоусов Д. С. Специфика и особенности использования краудфандинг	127
Беляева Н. С., Игнатъева І. А. Формування системи стратегічного управління витратами в розрізі забезпечення економічних вигід підприємства в сучасних умовах функціонування	129
Боднар О. Я. Розвиток малих форм господарювання на селі	133
Головатюк А. Проблеми побудови системи матеріального стимулювання в торговельних підприємствах	134
Гурбанов А. Я. Контрабанда в Україні: економічний аспект	135
Добровольская В. И. Корреляционный анализ моделей управления в бизнесе	137
Загоруйко Б. І. Проблеми регіональної економічної інтеграції	139
Записочная М. В. Проблемы создания коворкинг-центров в Украине	142
Ільниць Ю. М. Проблеми в управлінні готельним бізнесом України	144
Капчинська О. О. Основи стратегічного управління транспортно-експедиторською діяльністю в Україні	146
Коваленко Г. П. Інтелектуальні системи обліку електроенергії: проблеми і перспективи застосування в Україні	148
Король К. В. Галузеві особливості підприємств машинобудування, які впливають на організацію обліку затрат	150
Кузина Р. В. Проблемы формирования корпоративной финансовой отчетности в Украине	153
Кущинський А. О., Максютя В. В. Механізм управління персоналом в сучасному бізнесі	155
Лазарева Н. О. Механізм управління ефективністю діяльності сучасного підприємства	157

циркулирующей крови, он был выражен по-разному. Гекотон больше влиял на артериальный и микроциркуляторный компонент русла, физиологический раствор больше воздействовал на венозную часть русла.

В момент начала оперативного вмешательства объем инфузионной терапии с применением гекотона снижался до 420 мл за 30 мин. В то время как при инфузии физиологического раствора сохранялся этот же темп и объем инфузии, он составил 625,7 мл за тот же период.

При инфузии гекотона отмечалось снижение АД до $107,4 \pm 10,5/70,3 \pm 8,3$ мм рт. ст., что полностью соответствовало уровню безопасных показателей гемодинамики. При инфузии физиологического раствора снижение систолического АД было более выражено ($99,3 \pm 17,2$ мм рт. ст.) при сохранении диастолического давления на уровне $69,3 \pm 10,4$ мм рт. ст. При этом кровенаполнение сосудов большого круга кровообращения было больше выражено при инфузии физиологического раствора. Отмечалось снижение тонуса артериальных сосудов (что объяснимо эффектами спинальной анестезии), в то время как при инфузии гекотона выраженного снижения тонуса артерий не отмечено. А вот венозный возврат был более выражен при инфузии физиологического раствора.

Через 60 минут после начала операции при инфузии гекотона гемодинамика оставалась практически неизменной (АД $112,5 \pm 15,4/77,3 \pm 13,1$ мм рт. ст.), в то время как после инфузии физиологического раствора гемодинамика (АД $108 \pm 9,5/76 \pm 6,5$ мм рт. ст.) приближалась к исходным параметрам. Кровенаполнение сосудов первоначально большее при инфузии физиологического раствора по своим параметрам стало одинаковым с кровенаполнением после инфузии гекотона. Тонус артерий в обоих случаях был одинаков. При этом венозный возврат после инфузии гекотона практически не изменился, а при инфузии физиологического раствора этот показатель уменьшился почти на 20%.

После инфузии гекотона в это время объем вводимых растворов составлял 320 мл за 30 мин, а при преднагрузке физиологическим раствором – 360 мл.

Через 1 час после окончания операции в обеих группах показатели гемодинамики были приблизительно одинаковы (АД $110 \pm 8,6/60 \pm 6,0$ и $110 \pm 7,8/68 \pm 6,7$ мм рт. ст. соответственно). Увеличение кровенаполнения сосудистого русла в группе с гекотонем сохранялось, а после инфузии физиологического раствора этого не отмечалось. Сохранялся увеличенный венозный возврат, чего так же не отмечалось в группе физиологического раствора.

При анализе объема инфузионной терапии результаты следующие – в исследуемой группе – гекотон 500 мл + 500-600 мл 0,9% NaCl (в зависимости от длительности операции), в контрольной группе 1500–1800 мл 0,9% NaCl.

Выводы

1. Инфузия гекотона перед проведением спинальной анестезии позволяет уменьшить гемодинамическую реакцию при развитии ганглионарного блока.

2. Дилатация сосудов, развивающаяся при спинальной анестезии, более выражена при инфузии физиологического раствора, вследствие чего через 1 час с момента начала операции с целью стабилизации ОЦК развивается спазм сосудов в зоне микроциркуляции.

3. Через 1 час после операции все волевические эффекты физиологического раствора исчезают, в то время как эффекты гекотона еще остаются, что имеет значение в случаях развившейся кровопотери.

4. Если предстоит операция у больных с необходимостью корректировать дефицит межклеточной жидкости (дегидратация любого генеза), то предпочтение следует отдать физиологическому раствору, а при наличии избыточной гидратации тканей – гекотону.

Список использованных источников:

1. Пыласва Н. Ю. Использование многокомпонентных полиионных коллоидно-гиперосмолярных растворов для перооперационной инфузионной терапии при операциях на аорте и магистральных сосудах// Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 1(56). – С. 30-33.
2. Рагимов А. А., Щербаква Г. Н. Руководство по инфузионно-трансфузионной терапии. – М.: МИА, 2003. – 184 с.
3. Руководство по интенсивной терапии/ А. В. Беляев, М. В. Бондарь, А. М. Дубов и др. под ред. А. И. Трещинского. – К.: Вища школа, 2004. – 582 с.

4. Шпалак І. П., Жежер А. О., Галушко О. А. Перший досвід застосування нового вітчизняного комбінованого колоїдно-гіпертонічного розчину в інтенсивній терапії геморагічного шоку// Здоров'є жінчини. – 2014. – № 2(88). – С. 158-160.

Прокопова М. В.

аспірант кафедри стоматології

Харківського національного медичного університету

ДИНАМІКА ЗМІНИ СТАНУ ТКАНИН ПАРАДОНТУ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ГЛУХОТЮ ПІД ДІЄЮ ЗАПРОПОНОВАНОГО ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

Вступ. Захворювання, які призводять до зниження чи втрати слуху, є однією із найсерйозніших медичних та соціальних проблем сучасності [8]. За даними експертів ВООЗ на 2015 рік більш як 5% усіх людей на планеті (328 мільйонів дорослих та 32 мільйони дітей) страждають на інвалідизуючу втрату слуху [8]. В структурі причин дитячої інвалідності вади слуху складають 12,44 % [3]. В Україні налічується близько 300 тисяч дітей з порушенням слуху, з яких одинадцять тисячам дітей встановлений діагноз глухота [6].

Психічний розвиток дитини з патологією слуху є своєрідним і відбувається в особливих умовах взаємодії з оточуючим світом. У дітей з вадами слуху на тлі відчуття фізичного та психічного дискомфорту відбувається розвиток психічних розладів [1]. В наш час не має сумнівів в правомірності розгляду питання психологічного та соматичного здоров'я в сенсі їх взаємного впливу [2]. Дія стресу опосередковано призводить до активації адаптаційного синдрому. Збій в системі, що забезпечує пристосування до мінливих умов соціального життя, розв'язання психогенних ситуацій призводить до розвитку психологічної дезадаптації. Яка проявляється у невротичному розвитку особистості, невротичних станах, та реакціях, акцентуаціях тощо. Слнний залози є високочутливими до дії нервових та гуморальних впливів. Стрес впливаючи на їх функцію змінює біохімічні та фізичні властивості ротової рідини. Яка відіграє важливу роль у виникненні та розвитку основних стоматологічних захворювань, у тому числі захворювань тканин парадонту [7].

Мета дослідження. Метою нашого дослідження стала розробка ефективного комплексу для профілактики та лікування захворювань тканин парадонту у дітей з вродженою глухотою.

Матеріали та методи дослідження. В ході проведення науково-дослідної роботи нами було обстежено 102 дитини віком від 6 до 16 років: 70 дітей з вродженою глухотою сформували основну групу (ОГ), 32 дитини першої групи здоров'я без патології слуху увійшли до групи порівняння (КГ). Діти за віком були поділені на три групи: 7-8 років (ОГ1 та КГ1), 11-12 років (ОГ2 та КГ2), та 14-15 років (ОГ3 та КГ3). На основі клінічних ознак та у відповідності з класифікацією Н.Ф. Данилевського (1998) дітям був встановлений діагноз захворювань парадонту [3, 4]. Дітям КГ була проведена санація порожнини рота та подальші лікувально-профілактичні заходи не проводились. Діти ОГ були поділені на підгрупи: дітям а підгрупи проводили запропоновану схему лікувально-профілактичних заходів, а дітям б підгрупи проводили традиційну схему лікування та профілактики.

Обидві схеми включали в себе щоденний догляд за зубами (двох разова чистка зубів за допомогою мануальної зубної щітки (розмір підбирається відповідно за віком) та дитячої зубної пасти з амінофторидом (вміст іонів фтору 500 млн-1) для дітей від 4 до 8 років та дитячої зубної пасти з амінофторидом та фторидом натрію (вміст іонів фтору 1400 млн-1) для дітей від 8 років. Відмінним було те, що діти, яким була призначена традиційна схема, після чищення зубів ополіскували порожнину рота дитячим ополіскувачем для порожнини рота з екстрактом алое вера (без вмісту етилового спирту) для дітей від 3 років та дитячим ополіскувачем для порожнини рота з амінофторидом та фторидом натрію для дітей від 8 років. Також діти даної групи розковували по 1 таблетці препарату до складу якого входять вітаміни (С, В₆, А, D₃) в комбінації з мікроелементами (кальцій, фосфор) два рази на день після їжі

протягом 30 днів. Натомість діти, які проходили лікувально-профілактичні заходи за запропонованою схемою мали після їжі три рази на добу ополіскувати порожнину рота лікувально-профілактичним зубним еліксіром, до складу якого входять лізоцим, детергент штавлон та інгібітор протеаз овомукоїд та розсмоктувати по одній таблетці комплексного препарату, до складу якого входить біоадантоген біотрит, аскорбінова кислота, лецитин, натрій фтористий, солі кальцію, цитрат, цетавлон, сахарозамінік протягом 30 днів. Повторний курс через 5 та 11 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення. Розповсюдженість захворювань пародонту у дітей з вродженою глухотою склала 91% у той час, як у дітей без вад слуху цей показник становив 78%. У обстежених дітей були виявлені такі нозологічні одиниці як папіліт, гінгівіт та поодинокі випадки локалізованого пародонтиту (3 випадки в ОГ), за глибиною ураження запальний процес здебільшого вражав м'які тканини (окрім випадків локалізованого пародонтиту) (див. рис. 1, рис. 2).

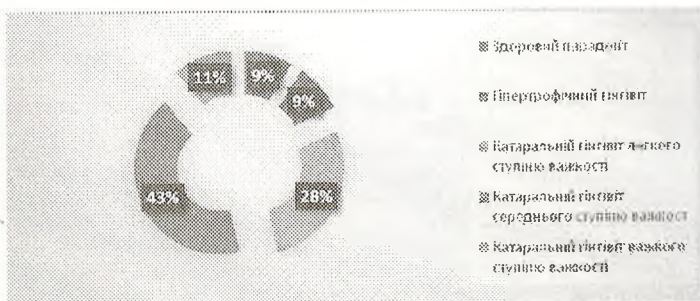


Рис. 2. Розповсюдженість різних форм запальних захворювань тканин пародонту у дітей з вродженою глухотою

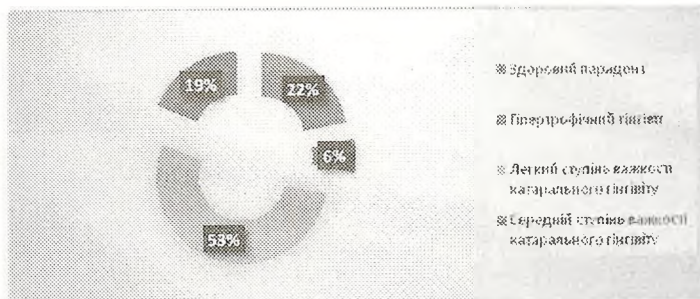


Рис. 2. Розповсюдженість різних форм запальних захворювань тканин пародонту у дітей без патології слуху

Протягом року спостереження у дітей ОГ під дією обох лікувально-профілактичних комплексів було досягнуто покращення стану тканин пародонту (див. таб. 1, рис. 3, рис. 4).

Динаміка зміни поширеності захворювань тканин пародонту різних вікових груп дітей з вродженою глухотою під дією двох лікувально-профілактичних схем

Групи	Лікувально-профілактичні схеми	Поширеність, %			
		До лікування	Через 1 місяць	Через 6 місяців	Через 12 місяців
ОГ1	Традиційна	55	55	55	46
	Запропонована	58	50	42	17
ОГ2	Традиційна	40	40	40	40
	Запропонована	46	36	36	18
ОГ3	Традиційна	39	39	39	39
	Запропонована	39	23	23	15

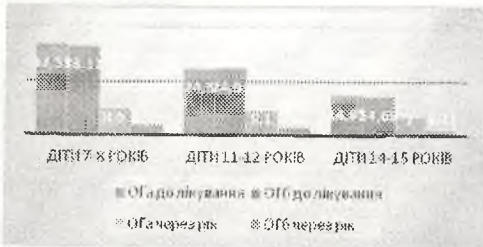


Рис. 3. Динаміка зміни індексу RMA (%) у дітей різних вікових груп під дією двох лікувально-профілактичних схем

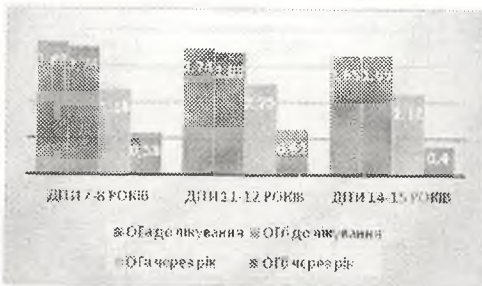


Рис. 4. Динаміка зміни індексу CRITN (бали) у дітей різних вікових груп під дією двох лікувально-профілактичних схем

Наведені вище дані свідчать про більш високу ефективність запропонованого комплексу порівняно з традиційною схемою для профілактики та лікування захворювань тканин пародонту у дітей з вродженою глухотою протягом 12 місяців спостереження.

Список використаних джерел:

1. Богданова Т. Г. Сурдопсихологія / Т. Г. Богданова. – М.: Академія, 2002. – 224 с.
2. Бургонський В. Г. Зміни стресостійкості як передумова психосоматичних порушень у стоматологічних хворих / В. Г. Бургонський, С. В. Бургонська // Современная стоматология. – 2014. – №4. – С. 13-20.
3. Ващенко Л. В. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема / Л. В. Ващенко, А. А. Равлинко, О. Ф. Рубашная и др. // Здоровье ребенка. – 2008. – №2. – С. 14-18.

4. Денисова Е. Г. Заболевания пародонта у детей: Учеб. пособие для врачей – интернов стоматологического профиля / Е. Г. Денисова. – Харьков: ХНМУ, 2008. – 113с.

5. Куцвяк В. Ф. Індексна оцінка пародонтального статусу / В. Ф. Куцвяк, Ю. В. Лавтін. – Суми: ВВП «Мрія-1» ЛТД, 2002. – 80 с.

6. Концепція Державної програми «С.т.х.» на 2008 – 2012 роки: Визначення проблеми на розв'язання якої спрямована Програма [Електронний ресурс] – Режим доступа : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080521_0.html

7. Савченкова Л. В. Вплив стрес активованих станів на стан тканин пародонту та порожнини рота / Л. В. Савченкова, Д. Є. Гапонов // Матеріали XIV конгресу Світової Федерації Українських Лікарських товариств (СФУЛТ), Донецьк, 4-6 жовтня 2012. – Донецьк: К. Чикаго, 2012. – С. 350.

8. Deafness and hearing loss [Електронний ресурс] : Fact sheet. – 2015. – № 300. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>

Присяник Ю. В.

аспірант відділу фармакології серцево-судинних засобів

Мохорт М. А.

доктор медичних наук, професор.

завідувач відділу фармакології серцево-судинних засобів

ДУ «Інститут фармакології та токсикології

Національної академії медичних наук України»

ЗДАТНІСТЬ ПОХІДНИХ ІМІДАЗО[1,2-А]ЗЕПІНІНО ЧИНИТИ СПАЗМОЛІТИЧНИЙ ЕФЕКТ НА ГЛАДЕНЬКОМ'ЯЗОВІ СТРУКТУРИ СУДИННОЇ СТІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОНЦЕНТРАЦІЇ КОНСТРИКТОРА

Сьогодні хвороби серцево-судинної системи є причиною близько 17 млн. летальних випадків у світі, що є майже третинною від загальної кількості смертей на рік, з них близько половини складають хворі з артеріальною гіпертензією (АГ). За останніми даними у близько 40% дорослого населення діагностовано АГ, а кількість хворих за минулі 30 років зросло із 600 млн до 1 млрд [1, с. 9-10].

Нині на ринку представлений широкий асортимент лікарських засобів для терапії АГ, однак нерідко вони є не тільки малоефективними, а й часто чинять незворотній негативний вплив на інші органи і системи організму. Потреба у пошуку препаратів з нестандартним механізмом дії, які були б не тільки ефективними, економічно доступними, а й безпечними, і, найголовніше, селективними – одне із завдань сучасних фармакологічних досліджень.

Пошук нових селективних спазмолітиків у ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України» у відділі фармакології серцево-судинних засобів відбувається вже протягом кількох років. Для виконання поставленого нами завдання використовувалася направлений хімічний синтез, який у свою чергу було реалізовано на основі комп'ютерного PASS-прогнозу. Віртуальний скринінг похідних імідазо[1,2-а]зепініну показав, що серед даного хімічного ряду є сполуки з можливою спазмолітичною активністю, яка може реалізуватися шляхом блокування Ca^{2+} каналів, активації K^{+} каналів та інгібування фосфодіестераз.

Перевірку даного припущення було здійснено в ході порівняння активностей сполук при дії різних концентрацій гіперкальмієвого розчину Кребса в якості конструктора у дослідженнях *in vitro* на ізольованих гладком'язових препаратах кілець грудного відділу аорти щурів [2, с. 158-160].

В експерименті були використані лабораторні щури жіночої статі масою 150 ± 30 г, яких утримували згідно зі стандартними умовами та раціоном харчування. Для стандартизації стресових умов за годину до експерименту тварин відсаджували та залишали без доступу до їжі та води. Шляхом цервікальної дислокації проводилося знеживлення щурів та подальше виділення сегмента аорти, після чого орган-мішень розміщували в аерованому розчині Кребса наступного складу: (в ммоль/л): 33,2 NaCl; 2,35 KCl; 1,38 NaH_2PO_4 ; 1 $MgCl_2$; 0,4 $CaCl_2$;

32,6 NaHCO₃; 3,5 глюкози; рН 7,4. Сегмент аорти фіксувався на парафіновому столику в розчині Кребса, очищувався від сполучної тканини та розрізався на кільця шириною 1 мм. Одержані фрагменти розміщувалися в проточній камері з попереднім навантаженням 15 mN. Перфузія проводилася аерованим розчином Кребса.

Вихідні тоничні скорочення ізольованих кілець аорти викликалися гіперкалієвим розчином з концентрацією 40 та 60 ммоль/л. Досліджувані сполуки розчиняли за допомогою ДМСО з подальшим переведенням одержаних розчинів до відповідних концентрацій (10⁻⁷ – 10⁻⁴ моль/л).

Вимірювання сили скорочення ізольованих препаратів відбувалося в ізотонічному режимі, запис одержаних даних здійснювався на персональний комп'ютер за допомогою аналогового цифрового перетворювача.

Амплітуда скорочень кілець аорти вимірювалась після стабілізації їх реакції на періодичну стимуляцію гіперкалієвим розчином Кребса (KCl 40 та 60 ммоль/л), максимальні скорочення приймалися за 100% в обох випадках. На основі одержаних даних по рівню максимального розслаблення ізольованих смужок було розраховано величину дилататорних реакцій на сполуки, що вивчалися (γ %) (Рис. 1) [3, с. 13-14].

Після одержання результатів нами було зроблено висновок, що при збільшенні гідермолярності розчину відбувається зниження рівня максимального розслаблення сегментів гладких м'язових органів, що характеризує похідні імідазо[1,2-а]зепініну як можливих активаторів K⁺ каналів, але дане припущення потребує подальшого поглибленого вивчення [4, с. 84-90].

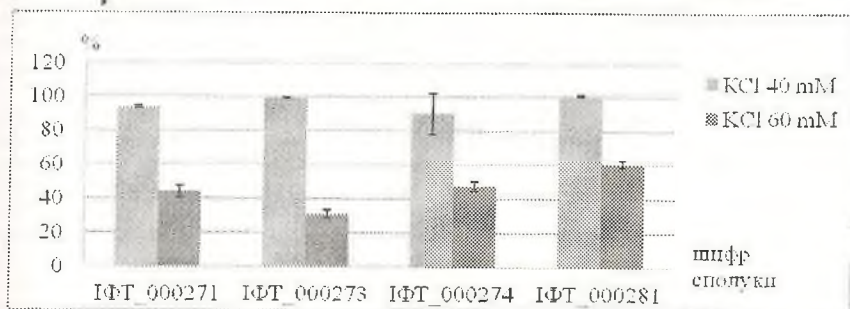


Рис. 1. Спазмолітична активність похідних імідазо[1,2-а]зепініну на ізольованих кільцях грудного відділу аорти щурів за умов констрикції гіперкалієвим розчином (n=4)

Список використаних джерел:

1. Глобальное резюме по гипертонии [Электронный ресурс] : Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. – 40 с. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/5/WHO_DCO_WHD_2013.2_rus.pdf.
2. Блаттнер Р., Классен Х., Денерт Х. Эксперименты на изолированных препаратах гладких мышц: Пер. с англ. – М: Мир, 1983. – 208 с.
3. Герашенко И.В., Мохорт Н.А. Алгоритм поиска новых мнотропных спазмолитиков: Матер. міжнар. науково-практ. конф. [«Охорона та захист здоров'я людини в умовах сьогодення»]. (Київ, 7-8 лист. 2014 р.). – К.: Київський медичний науковий центр, 2014. – 140 с.
4. Стефанов О. В. Доклінічні дослідження лікарських засобів: [методичні рекомендації] / О.В. Стефанов – К.: Авіцена, 2002. – 527 с.