

Н.А. Мырзабаева, Т.П. Гарник

СПЕЦИФИЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Ключевые слова: дуоденогастральный рефлюкс, избыточная масса тела, ожирение.

Дуоденогастральный рефлюкс на фоне избыточной массы тела и ожирения характеризуется определенной клинической картиной и морфо-функциональными нарушениями, а также не только локальными изменениями со стороны пищеварительного тракта, но и нарушениями функции вегетативной нервной системы.

N.A. Myrzabayeva, T.P. Garnyk

THE SPECIFICITY OF THE CLINICS OF DUODENOGASTRIC REFLUX ON THE BACKGROUND OF OVERWEIGHT AND OBESITY

Key words: the specificity of the clinics of duodenogastric reflux, overweight, obesity

The duodenogastric reflux on the background of overweight and obesity is characterized by certain clinical, morphological, functional impairment and not only local changes of the digestive tract but also disorders of the vegetative nervous system.

УДК 615.322: 581.135.51:615.322.61

- ¹В.Н. Любчик, д.мед.н., проф.
- ²Н.В. Мирошніченко, д.мед.н., проф., зав. каф. нетрадиц. мед.
- ³Т.Ф. Голубова, д.мед.н., проф., директор
- ⁴ТУ «Український ННІ дитячої курортології та фізіотерапії» МЗ України, ⁵Евпаторія, АР Крим
- ⁶ТУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського» МЗ України, ⁷Сімферополь, АР Крим

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ РАСТЕНИЙ ДЛЯ АЭРОФИТОТЕРАПИИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Одним из наиболее развивающихся направлений без-медикаментозной медицины является ароматерапия. В мировой практике её методы используются при лечении распространенных заболеваний внутренних органов человека. Опираясь на большой клинический опыт, авторы считают это направление одним из перспективных для реабилитации больных в санаторно-курортных условиях. Актуальным является при этом включение эфирных масел растений в комплексное лечение в зависимости от запаха и цвета, что обуславливает их терапевтическое действие.

Основные группы эфирных масел растений делились на группы, содержащие терпеновые спирты и соответствующие эфиры, альдегиды, кетоны и другие составляющие, обладающие определенным запахом: цветочным, смолистым и другим [1]. Но подобное разделение эфирных масел не помогает в практическом их использовании в виде аэрофитотерапии.

Человек является сложным приемником, воспринимающим электромагнитные колебания через зрение, слух, обоняние, осязание [18]. Известны 7 основных цветов радуги, 7 музыкальных звуков (7 нот). По нашему убеждению, с учетом универсальности организации природы, должны быть дифференцированы 7 основных групп запахов (исходя не из парфюмерных признаков, а из соотношения их, например, с цветовой гаммой, поскольку именно цвет является основным поставщиком информации для человека). На примере упорядоченности расположения основных химических элементов в периодической системе Д.И.Менделеева, дающих спектр из 7 цветов радуги, прослеживается семеричная система исчисления.

При разделении нами основных представителей

растений, применяемых для аэрофитотерапии, также на 7 основных групп использовалась их цветовая палитра. По преобладающему цвету растений в предложенных группах просматривается аналогия с основными цветами радуги, однако желтый и оранжевый цвет находятся в одной группе растений, зато дважды встречается желтый, а также белый цвет, относящийся, по Э.Д. Бэббиту [1], к нейтральному цвету: как белый до бело-розового и как белый до фиолетового.

К I группе отнесены растения с преобладающими оттенками цветков белого и фиолетового цвета (герань, жасмин, фиалка и другие), ко II - растения с преобладающим желто-оранжевым цветом, к III - с желто-коричневым (корица, кориандр и другие), к IV - с серо-зеленым цветом (полынь обыкновенная, мята и другие), к V - с преобладающими сине-зелеными оттенками листвы (кипарис, эвкалипт и другие). В VI группу вошли растения с сиренево-голубыми оттенками цветков или листвы (лаванда, бергамот и другие), в VII - с оттенками от белого до бело-розового, относящиеся к благовониям (ладан, светлая роза и другие).

Основные выделенные нами группы растений, применяемых для аэрофитотерапии, включают группу I - цветочную (основные представители растений - жасмин, ромашка, сирень, фиалка и другие), II - цитрусово-лепестковую (куда входят апельсин, бархатцы, грейпфрут, зверобой, календула, лимон и другие), III - группу пряностей (включающую анис, имбирь, дягиль, кардамон, кориандр, корицу и другие), IV - луговую (в нее входят любисток, мята, тысячелистник, полынь обыкновенная, роза с клеверным запахом и другие), V - хвойно-смолистую

(включающую ель, кедр, кипарис, пихту, сосну, эвкалипт и другие растения), VI - смешанную группу (куда входят базилик, бергамот, иссоп, лаванда, Melissa, можжевельник и другие), VII - группу благовоний (включающую валериану, иланг - иланг, ладан, и другие).

Выявленные ранее лечебные эффекты эфирных масел [9,13,14,19] дифференцированы по выделенным нами группам растений с учетом основного результирующего эффекта их воздействия (расслабляющий - Р, бодрящий - Б, стимулирующий - С). Результирующим эффектом воздействия групп эфирных масел растений является расслабляющий, характерный для цветочной и группы благовоний; бодрящий или расслабляюще-бодрящий - характерный для цветочной, цитрусовой и смешанной группы; стимулирующий, характерный для прямой и луговой групп; расслабляющий и стимулирующий, характерный для хвойно-смолистой группы. Результирующий эффект воздействия эфирных масел растений для I группы аэрофитотерапии - Р, РБ, для II группы РБ, для III - С, для IV - С, для V группы - РС, для VI - РС, РБ, для VII - Р [6-8].

Очевидно, не случайно такой цветок, как роза, имеет также 7 основных ароматов.. Роза входит в каждую из групп растений: в I группу - темная роза с фиалковым запахом, во II - с лимонным, в III - с яблочным ароматом, в IV - с запахом настурции, в V - с клеверным запахом, в VI - с ирисовым, в VII группу - светлая роза с розовым запахом. Применение темно - красных роз с фиалковым запахом показано для седативного эффекта. Розы с лимонным и яблочным запахом оказывают бодрящее действие, с розовым и ирисовым запахом - расслабляюще-бодрящее действие, с клеверным - бодряще - стимулирующее. При кабинетной аэрофитотерапии нюансы запаха розы утрачиваются, и в целом можно судить о "нормализующем" воздействии запаха цветка розы или ее эфирного масла.

Основные химические компоненты в каждой выделенной группе аэрофитотерапии имеют определенные различия. Так, в двух соседних группах - I и II - линалоол содержится у 50% представителей первой группы и у 57% второй. Он имеет антибактериальные, седативные свойства, является иммуномодулятором, повышает тонус мышц и сосудов, оказывает диуретическое действие. Гераниол, усиливающий бактерицидный эффект, содержится в составе 50% представителей I группы и у 43% представителей II группы. Однако в I группе в 50% случаев присутствуют терпены (лимонен, пинен), которые имеют также эфферентные эффекты (диуретическое, отхаркивающее действие, стимулирование выведения токсинов из органов детоксикации - печени и почек). 50% представителей I группы содержат также альдегиды (куда входит и цитраль), оказывающие противомикробное и седативное воздействие. Во II-й группе нет кетонов и фенолов, которые могут оказывать токсическое действие, в I-й группе встречаются фенолы и кетоны, а также флавоноиды, которые влияют на активность системы гипоталамуса - надпочечники и на состояние капиллярного русла, оказывают метаболическое действие.

I и II группа растений и их эфирных масел обладают противомикробными свойствами, но в I группе - в основном за счет фенолов и линалоола, во II группе - за счет терпенов, альдегидов и линалоола. В целом лечебные эффекты II-й группы определены более четко, чем I-й, которая содержит химические компоненты разного состава: спирты, кислоты, сложные эфиры, смолы, сахара. Многие компоненты I группы оказывают влияние на процессы регенерации, трофики, влияя в большей степени на метаболические процессы. От химического состава II группы зависит лечебное действие, опосредованное активностью иммунной и эндокринной систем организма и процессов детоксикации.

Преобладающее седативное воздействие оказывают растения и их эфирные масла, относящиеся к I, V и VII выделенным нами группам, противовоспалительное действие - представители IV, V и VI групп, иммунокорригирующее - представители I, II и IV групп. По данным Гарник Т.П. [3], достаточно эффективными являются эфирные масла жасмина, гвоздики, шалфея, - которые согласно нашей классификации относятся к I группе растений. Регулируют эндокринную регуляцию растения и их эфирные масла, отнесенные в III и V группы; регуляторное воздействие оказывают представители VII группы.

Наука начинается с систематизации знаний; в аэрофитотерапии, которая является лечебным методом, к сожалению, до настоящего времени преобладает эмпирический подход, при котором одно и то же эфирное масло рекомендуется при заболеваниях и патологических состояниях, разнородных по патогенезу, клиническим проявлениям и лечебным эффектам [10,15]. Предпринимаются усилия для выделения эфирных масел для лечения определенных заболеваний, в том числе детского возраста [14]. Однако нередко выбор эфирных масел растений отдается на откуп пациентам кабинета аэрофитотерапии, при этом пациент ориентируется на парфюмерные характеристики, которые маскируются за свойствами того или иного запаха, не учитываются противопоказания к проведению этого лечебного метода. Так, у детей до 7 лет не рекомендуется применение мятного эфирного масла; многие масла растений противопоказаны беременным женщинам (базилик, розмарин, шалфей и другие), несмотря на индивидуальные пристрастия; при болезнях почек противопоказаны эфирные масла кориандра, пихты, сосны и т.д.

Учитывая вектор направленности действия каждого из эфирных масел растений, необходимо их обоснованное применение в сложных сочетаниях (композициях). Эффективным является, например, у детей с рецидивирующим бронхитом с проявлениями повышенной тревожности последовательное применение эфирных масел лаванды, чабреца, эвкалипта (или Melissa, чабреца, нероли). При хроническом тонзиллите (с напряжением функции лимфоидного кольца) вариантом прописи может быть последовательное применение эфирных масел лаванды, эвкалипта, полыни лимонной или герани, бархатцев, апельсина (вместо масла апельсина при склон-

ности к гипертензии показано эфирное масло розмарина, при склонности к гипотензии - масло розового дерева). Оптимальным является этапное применение эфирных масел лекарственных растений, например, расслабляющего, затем - бодрящего и затем - тонизирующего действия (с повышением иммунной и неспецифической резистентности организма).

Материалы и методы исследования

Проводимая таким образом тактика реабилитации с применением аэрофитотерапии направлена на восстановление функции не только более всего пострадавшей системы организма, но и вышестоящих регуляторных механизмов, обеспечивающих полноту гомеостаза. С точки зрения многоуровневой иерархии системы управления оптимальным является воздействие не на одну, а на две-три системы, что обеспечивает системность подхода и последовательное обеспечение адаптивных процессов [12, 13].

Нами были проведены наблюдения за 40 детьми с рецидивирующим бронхитом в фазе ремиссии, которые в условиях санаторно-курортного этапа реабилитации, наряду с гальваногрязелечением, ингаляционной терапией, ЛФК, лечебным массажем и климатотерапией, получили курс аэрофитотерапии с эфирными маслами лаванды, шалфея, эвкалипта. В сравнительную группу без проведения аэрофитотерапии вошли 20 детей с тем же основным заболеванием; возраст детей в обеих группах составил от 10 до 15 лет, девочек и мальчиков было поровну. Все дети были обследованы клинически, у них были определены параметры функции внешнего дыхания с помощью аппарата «Пульмовент» и расчетного ударного объема крови (УОК) по формуле Н.А.Романцевой [4], оценен тип гемодинамики, рассчитаны электрокардиографические (ЭКГ) показатели. У всех детей до и после лечения проведен общеклинический анализ крови с оценкой показателей по Л.Х.Гаркави и соавт. [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Показатель индекса Тиффно, указывающий на наличие нарушений бронхиальной проходимости, у детей основной и сравнительной групп находился на нижних границах нормативных значений (соответственно $72,7 \pm 0,3$ и $68,7 \pm 0,4\%$). Показатели частоты дыхания, сердечных сокращений, систолического и диастолического давления не имели в обеих группах достоверных различий и находились в пределах должных возрастных величин. Однако расчетная величина УОК в основной группе соответствовала эукинетическому типу кровообращения ($46,2 \pm 0,4$ мл), в сравнительной группе - гипокинетическому типу ($39,4 \pm 0,4$ мл) [5].

В среднем 20% детей обеих групп имели исходные нарушения ЭКГ, главным образом, в виде синусовой тахикардии. Показатели общего анализа крови у детей обеих групп не имели достоверных различий, у детей преобладал средний уровень реактивности на фоне адаптационных

реакций активации (в основной группе - повышенной, в сравнительной группе - спокойной активации).

После проведенного лечения у детей обеих групп улучшилось самочувствие с уменьшением в 1,2-1,3 раза количества предъявляемых жалоб (в основном астеновегетативного характера). У детей обеих групп определялся эукинетический тип кровообращения. Показатели функции внешнего дыхания отразили наиболее выраженную динамику у детей основной группы: у них достоверно увеличилась скорость форсированного выдоха в 1 сек. (с $1,90 \pm 0,01$ до $2,31 \pm 0,01$ л, $p < 0,05$), стал больше объем форсированного выдоха (до лечения $2,32 \pm 0,03$ л, после лечения $2,62 \pm 0,02$ л, $p < 0,05$).

У детей, получавших аэрофитотерапию с эфирными маслами растений, достоверно изменился индекс Тиффно (до $86,5 \pm 1,3\%$), у детей сравнительной группы он остался в границах прежних значений ($69,5 \pm 2,2\%$). Легкие рестриктивные изменения, выявленные при первом обследовании, исчезли у 75% детей первой (основной) и у 69% детей второй группы. Проявления нарушений ритма по данным ЭКГ остались у 8% детей основной и у 13% детей сравнительной группы. По данным гематологических показателей, у детей основной группы в половине случаев отмечен высокий уровень реактивности, у детей сравнительной группы он имел преимущественно средний уровень; у детей обеих групп сохранялись адаптационные реакции активации, в основном повышенной активации, характерной для здоровых детей. По принятой в санаторной практике оценке результатов лечения у детей обеих групп отмечено «улучшение», при этом по разработанной нами 5-балльной шкале оценки результатов санаторно-курортного этапа реабилитации у детей основной группы отмечен результат «улучшение», у детей сравнительной группы - «незначительное улучшение». Патогенетически обоснованное последовательное применение эфирных масел растений у детей с рецидивирующим бронхитом, по нашим данным, повышает эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации не менее чем на 10%.

Выводы

1. Выделение групп растений и их эфирных масел, обладающих определенным вектором и специфичностью воздействия, в определенные предложенные нами группы дает возможность с точки зрения доказательности проводить пато-и саногететически направленный лечебный метод аэрофитотерапии с использованием эфирных масел растений.

2. С учетом вектора направленности действия каждого из эфирных масел растений необходимо их обоснованное, адекватное применение в сложных сочетаниях (композициях). Оптимальным является этапное применение аромамасел лекарственных растений, например, расслабляющего, затем - бодрящего и затем - тонизирующего действия (с повышением иммунной и неспецифической резистентности организма).

Література

1. Бэббит Э. Принципы света и цвета / Э. Бэббит Пер. с англ./М., 1996. - 320 с.
2. Гаркави ЛХ. Антистрессорные реакции и активационная терапия / ЛХ. Гаркави, Е.Б. Ивакина [и др.]. - Екатеринбург: РИА «Филантроп», 2002. - 196 с.
3. Гарник Т.П. Фто-і ароматератя для підвищення імунітету та профілактиці й усунення алергічних реакцій / Т.П. Гарник, Л.Г. Дудченко, А.Б. Пилипчук Матер. III Міжнарод. науч. конф. «Актуальні аспекти інтегративної медицини» - Симферополь-Алушта, 2011. - С. 39-40.
4. Ежов В.В. Физіотерапія: принципи, методи, організація / В.В. Ежов, Андріяшик Ю.І. - Симферополь-Ялта; КГМУ. - 2004. - 360 с.
5. Критерии эффективности санаторно-курортного лечения детей с использованием балльной оценки: Метод реком. / Т. Ф. Голубова, В.Н. Любчик. - Евпатория. 2008. - 32 с.
6. Любчик В.Н. Грамматика информационных и сенсорных методов реабилитации / В.Н. Любчик, Н.В. Мирошниченко, Т.Ф. Голубова/- Симферополь: Таврида, 2008. - 197 с.
7. Любчик В.Н. Влияние аэрофитотерапии эфирными маслами растений на эффективность курортной реабилитации детей с рецидивирующим бронхитом / В.Н. Любчик, Л.Л. Олексенко, Л.И. Хилько, И. С. Богатырева // Вест. физиотер. и курортол. - 2011. - № 1. - С. 144.
8. Любчик В.Н. Лечебное применение эфирных масел растений (теоретическое обоснование) // Матер. міжнарод. науч.-практ. конф. «Ароматерапія психосоматичного стану людини» / В.Н. Любчик, Н.В. Мирошниченко, Т.Ф. Голубова. - Ялта, 2011. - С. 88-89.
9. Миргородская С. Ароматология / С. Миргородская. - М.: Навес, 1999. - 292 с.
10. Нагорная Н.В. Ароматерапія в педіатрії. - Изд-во Cosmetics Karl Hadek International, 1998. - 288 с.
11. Николаевский В.В. Ароматерапія / В.В. Николаевский. - Справочник. - М.: Медицина, 2000. - 336 с.
12. Пономаренко Г.Н. Основы доказательной физиотерапии. - Изд. 2-е. - К.: Купріянова, 2005. - 336 с.
13. Самосюк И.З. Современные принципы выбора зон воздействия в физиотерапии и физиопунктуре / И.З. Самосюк // Вест. физиотер. и курортол. - 2000. - № 3. - С. 39-43.
14. Семенова А., Лечение маслами / А. Семенова, О. Шувалова. - СПб.: «Невский проспект», 1999. - 123 с.
15. Солдатченко С.С. Ароматерапія. Профілактика і лікування захворювань ефірними маслами / С.С. Солдатченко, Г.Ф. Кашенко, А.В. Пидяев. - Симферополь: Таврида, 2001. - 256 с.
16. Солдатченко С.С. Полная книга по ароматерапии. Профілактика і лікування захворювань ефірними маслами / С.С. Солдатченко, Г.Ф. Кашенко, В.А. Головкин. - Симферополь: Таврида, 2005. - 480 с.
17. Фтоароматератя у практиці педіатра, лікаря загальної практики - сімейної медицини: Навчальний метод. посібник / Укладач Т.П. Гарник, Т.М. Бойчук, Ю.В. Марушко - Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2010. - 112 с.
18. Щербак А.Е. Основные труды по физиотерапии / А.Е. Щербак. - Л., 1936. - 150 с.
19. Юркова О. Ф. Влияние эфирных масел лаванды и полыни лимонной на умственную работоспособность операторов / О.Ф. Юркова, А.М. Ярош // Уч. записки Таврического национал. ун-вер. им. В.И. Вернадского. - Серия «Биологическая химия». - Т. 17 (56). - 2004. - № 1. - С. 116-120.

Поступила в редакцию 16.02.2012

УДК 615.322: 581.135.51:615.322.61

В.М. Любчик, Н.В. Мірошніченко, Т.Ф. Голубова КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ЕФІРНИХ ОЛІЙ РОСЛИН ДЛЯ АЕРОФІТОТЕРАПІЇ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ключові слова: ефірні олії, рослини, класифікація, лікувальні ефекти.

У своїй роботі основні ефіроолійні рослини, які використовують в аерофитотерапії, нами були розділені на 7 основних груп запахів у співвідношенні їх з колірною гаммою (оскільки саме колір є основним постачальником інформації для людини). Лікувальні ефекти ефірних олій диференційовані по виділених нами групах рослин з урахуванням основного результуючого ефекту їх дії (що розслабляє, бадьорить, стимулює). Враховуючи вектор спрямованості дії кожної з ефірних олій рослин, необхідно їх обґрунтоване вживання у складних поєднаннях (композиціях).

В.Н. Любчик, Н.В. Мирошниченко, Т.Ф. Голубова КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ РАСТЕНИЙ ДЛЯ АЭРОФИТОТЕРАПИИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ключевые слова: эфирные масла, растения, классификация, лечебные эффекты.

В своей работе основные эфиромасличные растения, используемые в аэрофитотерапии, нами были разделены на 7 основных групп запахов в соотношении их с цветовой гаммой (поскольку именно цвет является основным поставщиком информации для человека). Лечебные эффекты эфирных масел дифференцированы по выделенным нам группам растений с учетом основного результирующего эффекта их действия (которое расслабляет, бодрит, стимулирует). Учитывая вектор направленности действия каждого из эфирных масел растений, необходимо их обоснованное применение в сложных сочетаниях (композициях).

V.N. Lyubchik, N.V. Miroshnichenko, T.F. Golubova

CLINICAL USAGE OF THE PLANT ESSENTIAL OILS FOR THE AIRPHYTOTHERAPY ON THE REHABILITATION STAGE

Key words: essential oils, plants, classification, medical effects.

The basic essential oil plants applied for airphytotherapy parted were divided into 7 basic groups of smells in correlations with a colour

gamut (because exactly a color is a basic supplier of information for a man). The medical effects of essential oils are differentiated in the selected groups of plants taking into account the basic resulting effect of their influence (weakening, bracing, stimulanting). Taking into account the vector of the action of each of essential oils of plants their grounded application should be used in difficult combinations (compositions).

УДК 616.13: 615.2: 615.0.14: 615.918

- В.А. Козир, провідний інженер відд. фармакокінетики
- ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

ДИНАМІКА РІВНЯ ЛІПІДІВ КРОВІ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ГІПЕРЛІПІДЕМІЄЮ ПРИ КУРСОВОМУ ПРИЗНАЧЕННІ ЕКСТРАКТУ КОНЮШИНИ ЛУЧНОЇ

На серцево-судинні захворювання (ССЗ), які є першопричиною смертності у багатьох країнах світу, страждають переважно люди літнього і похилого віку, хоча останнім часом ця патологія суттєво «помолодшала» [8]. Інвалідність та смертність внаслідок ССЗ обумовлені розвитком гіперліпідемії та атеросклерозу, що призводять до ішемічних та геморагічних інсультів, інфарктів та стенокардії, порушень когнітивних і мнестичних процесів та втрати пам'яті.

Як відомо, впровадження у практику лікування ССЗ препаратів з групи статинів, фібрів, омега-3 жирних кислот та інших протиатеросклеротичних засобів значно знизили смертність внаслідок ускладнень ССЗ серед населення Європи та США, однак вони не змогли подолати високу смертність населення. Існуючі сьогодні синтетичні антиатеросклеротичні препарати (ААП), на жаль, не вирішують усіх проблем, які виникають внаслідок атеросклеротичної гіперліпідемії, тому актуальність пошуку ефективних та недорогих ААП залишається великою вимогою часу [1]. Крім того, побічні ефекти найпоширенішої групи гіполіпідемічних засобів статинів проявляються у розвитку депресій, порушень сну, втрати пам'яті, сексуальних розладів, інтерстиціальних пошкоджень легень та інших, що змусило FDA рекомендувати розміщувати на упаковці всіх оригінальних і генеричних препаратів цієї групи попередження про можливі побічні ефекти [9, 10].

Саме побічна дія та недостатньо висока ефективність сучасних синтетичних сполук вимагає продовжувати пошук нових шляхів і засобів протидії серцево-судинній патології серед рослинного світу, який неодноразово постачав ефективні і достатньо безпечні природні продукти із збалансованою лікувальною та, особливо, профілактичною ефективністю. Серед рослинних представників для пошуку лікарських засобів перспективними є біологічно активні речовини (БАР) - ізофлавоноїди фенілпропаноїдної структури які містяться у конюшині лучній з родини бобових [5, 12, 14].

В даний час на фармацевтичному ринку знаходять широке використання біологічно активні домішки гіполі-

підемічної дії - атероклефит, red clover plus, кардіїн та ін.. до складу яких входять виділені з конюшини лучної біологічно активні речовини [3, 11, 14]. В інших країнах також ведеться пошук антиатеросклеротичних засобів рослинного походження як серед широко відомих (гадючник в'язолистий), так і досить екзотичних рослин Індії та південно-східної Азії: екстракти на основі барвінка червоного, куркуми тощо [1, 13, 15].

Нашими попередніми дослідженнями було встановлено, що стандартизований екстракт конюшини лучної (СЕКЛ) при одноразовому введенні здатен виступати регулятором ліпідного обміну [4, 7]. Однак, зважаючи на тривалість процесів атеросклеротичного пошкодження артеріальних судин, схеми та формуляри лікування атеросклерозу та гіперліпідемії вимагають досить тривалого призначення ААП. Тому для фармакологічного дослідження було проведено дослідження курсового введення стандартизованого екстракту конюшини лучної з урахуванням змін ліпідного спектру крові.

Метою дослідження було визначення впливу стандартизованого екстракту конюшини лучної на рівень фракцій ліпідів у крові дослідних тварин в умовах тритонної моделі гіперліпідемії при курсовому 10-ти денному введенні.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені на 43 нелінійних білих щурах самцях масою (240±20) г, які знаходилися на стандартній дієті з вільним доступом до їжі та води. Для моделювання атеросклеротичної дисліпідемії тваринам одноразово внутрішньочеревинно (в/ч) вводили поверхнево-активну речовину (ПАР), детергент тритон WR-1339 (Sigma-Aldrich, USA, серія CAS №25301-02-4) у дозі 500 мг/кг маси з наступним 24-годинним утриманням тварин без їжі [2, 16]. Для виявлення профілактичної активності стандартизований водний розчин сухого екстракту конюшини лучної (СЕКЛ) вводився тваринам перорально (п/о) через спеціальний металевий зонд у дозі 50 мг/кг протягом 10 днів, а останній раз через 23 год після введення атерогенного