

ЗАСТОСУВАННЯ РАВІСОЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ВИСОКОГО РИЗИКУ

- Є. Х. Заремба, акад. АНВО України, д. мед. н., проф. каф. сімейної мед. ФПДО
М. М. Вірна, клін. ордин.
О. В. Заремба-Федчишин, к. мед. н., доц. каф. сімейної мед. ФПДО
О. В. Заремба, к. мед. н., доц. каф. сімейної мед. ФПДО

- *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

У 2015 р. кількість дорослих з хворобами системи кровообігу в Україні склала 22381985 осіб, тобто 52,5 % усього населення. Найбільш поширена **артеріальна гіпертензія (АГ)** у дорослих становить більше 10 млн. (44,1 %), тобто майже половина хворих з хворобами системи кровообігу мають підвищений **артеріальний тиск (АТ)** [1].

Системне запалення розглядається як один із ключових патогенетичних механізмів розвитку серцево-судинних ускладнень. Крім того, активація запалення низької градації визнана одним із факторів розвитку та прогресування АГ, серцевої недостатності та фібриляції передсердь [4].

Безсимптомна гіперурикемія поширена у хворих на АГ і виявляється у 25-40 % хворих з вперше встановленим діагнозом гіпертензії, у 80 % хворих з важкою АГ та у 50 % тих, хто приймає діуретики. Встановлено, що кардіоваскулярний ризик зростає при підвищенні рівня сечової кислоти як незалежного фактора ризику серцево-судинної захворюваності та смертності [3].

Гіпертензивне ремоделювання артерій, що пов'язане з дисметаболічними змінами (гіперліпідемія, гіперурикемія, глікемія тощо) характерне для осіб з високим кардіоваскулярним ризиком, є фактором ризику розвитку атеротромботичних ускладнень, які є факторами ризику втрати працездатності, інвалідизації та смертності хворих на АГ. Тому фармакотерапія, спрямована на максимальну ангіопротекцію, є найбільш перспективною стратегією зниження серцево-судинного ризику в цих осіб. Серед лікарських засобів, які здатні покращувати структурно-функціональний стан артерій найбільшу ангіопротекторну ефективність має і-АПФ, антагоністам кальцію та статинам. Комбінація цих засобів дозволяє досягати не лише оптимальної антигіпертензивної та найвищої ангіопротекторної дії, але й істотно покращувати прогноз хворих [3, 4].

У наш час для профілактики та лікування дисліпідемії використовують комплексні заходи, які включають оптимізацію харчування, боротьбу з факторами ризику, застосування гіполіпідемічних лікарських засобів. Рекомендовані гіполіпідемічні препарати викликають ряд небажаних побічних ефектів. Незва-

жаючи на наявні досягнення, виникає необхідність пошуку додаткових методів лікування. Одним із таких напрямків може бути фітотерапія, яка використовується в народній медицині.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на артеріальну гіпертензію шляхом вживання равісолу в поєднанні зі статинотерапією, оцінити їх вплив на показники ДМАТ, ліпідного спектру крові, системного запалення та рівень сечової кислоти.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 98 хворих (44 чоловіки, 54 жінки) на АГ II стадії 2-3 ступенів, середній вік – 54,6±7,2 роки.

Діагноз АГ та лікувальну тактику використовували згідно рекомендацій Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів по веденню хворих на АГ, розроблених у 2007 та 2013 роках рекомендацій комітету ВООЗ (1996 р.) та Уніфікованого клінічного протоколу з артеріальної гіпертензії (2012 р.).

Рандомізацію хворих на АГ проводили в порядку надходження до стаціонару. Критерієм включення в дослідження була: наявність у хворих есенціальної АГ II стадії з високим і дуже високим ризиком, у яких за результатами попереднього лікування не досягнуто цільового рівня АТ. В обстеження не включали хворих зі симптоматичною АГ, вадами серця, інфарктом міокарда та гострим порушенням мозкового кровообігу в анамнезі, з тяжкою серцевою недостатністю (III-IV ФК за NYHA), тяжкими порушеннями ритму серця та провідності, ознаками тромбофлебиту та тромбоемболії, печінковою і нирковою недостатністю, онкологічними, ендокринними, імунними, інфекційними та бронхо-легеневими захворюваннями.

Хворим проводили дослідження: загальний аналіз крові й сечі, біохімічні аналізи крові (ліпідний спектр крові, СРБ, загальний фібриноген, сечова кислота), інструментальні (ДМАТ).

Для отримання результатів показників АТ протягом доби використовували добовий монітор вимірювання АТ осцилометричним методом АВРМ50 (NEASO,

London). Реєстрацію показників АТ здійснювали кожні 15 хв. в активний період доби (день) і кожні 30 хв. у пасивний період (ніч). Цільовим середньодобовим рівнем АТ вважали менше 130/85 мм рт. ст. (вдень менше 135/80 мм рт. ст., вночі менше 120/80 мм рт. ст.) і/або зниження САТ/ДАТ на 10/5 мм рт. ст. і більше.

ЗХС та ліпопротеїди високої щільності (ХС ЛПВЩ) визначали за методом А. Н. Клімова, Н. Г. Никульчева (1984 р.). Рівень ХС ЛПНЩ розраховували за формулою Фридвальда: $ХС\ ЛПНЩ = ЗХС - ХС\ ЛПВЩ - ТГ/2,2$. КА розраховували за формулою А. Н. Клімова (1984 р.): $КА = ЗХС - ХС\ ЛПВЩ/ХС\ ЛПВЩ$. Визначення показників ліпідного спектру крові здійснювали ферментним методом на спектрофотометрі ФП-900 (Фінляндія) з використанням реактивів «Human». Для визначення СРБ застосовували латекс-турбідиметричний метод дослідження.

Оцінку результатів дослідження здійснювали до призначення гіпотензивної терапії та через 30 днів її застосування.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням програми Microsoft Office Excel 2007 та "Statistica 10.0". Дані представлені у формі $M \pm m$: М – середнє значення, m – стандартне відхилення. Вірогідність різниці між групами за кількісними ознаками оцінювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Різницю показників вважали достовірною при $p < 0,05$.

Хворим призначали комплексне лікування, що включало оптимізацію рухового режиму, харчування та медикаментозну терапію. Антигіпертензивна терапія полягала в почерговому застосуванні комбінованих лікарських засобів, з використанням лізиноприлу (10 мг) з амлодипіном (5 мг) та/або бісопрололу (5 мг) з амлодипіном (5 мг). Як альтернативну гіполіпідемічну терапію (поєднання антисклеротичних, гіполіпідемічних, гіпотензивних та антитромботичних середників) використано рослинний комплекс – «Равісол», який являє собою спиртову настойку (1:10), що складається з 7 видів лікарських рослин, які мають багатий вміст біологічно активних речовин, спрямованих на лікування дисліпідемії. До його складу входять пагони та листя омели білої (1,5 г), трава хвоща польового (1,0 г), квіти конюшини лучної (1,0 г), плоди софори японської (1,5 г), насіння каштану кінського (1,5 г), плоди глоду (2,0 г), трава барвінку малого (1,5 г), і з допоміжних речовин входить етанол (40 %). Равісол, розроблений в умовах виробництва ВАТ «ХФЗ «Червона зірка», м. Харків, застосовувався по 1 чайній ложці три рази на день за 20 хв. до їди.

За даними літератури, равісол має різні лікувальні властивості. Пагони та листя омели білої мають в'язучий, заспокійливий, антигіпертензивний, знеболювальний, протизапальний, антисклеротичний ефект, кровоспинну та цитолітичну дію, стимулюють сечовиділення. Ця рослина здатна зменшувати збудливість ЦНС, розширювати судини, має загальнозміцнювальні та тонізуючі властивості. Трава хвоща польового володіє протизапаль-

ною, сечогінною, кровоспинною, ремінералізуючою дією, стимулює виведення з організму свинцю, різних токсичних речовин, покращує водно-сольовий обмін, стимулює функцію надниркових залоз. Його корисно вживати при Аддісоновій хворобі, він має протиастматичний та гіпоглікемічний ефекти. Квіти конюшини мають протизапальні, антисклеротичні, антисептичні, знеболювальні, відхаркувальні, сечогінні та в'язучі властивості. Плоди софори японської проявляють антисептичну, снодійну, кровоспинну, ангіопротекторну, гіпотензивну дію і загальнозміцнювальні властивості. Насіння каштану кінського запобігає згортанню крові та утворенню тромбів, зміцнює стінки капілярів і вен. Засоби із каштана мають протизапальну, кровоспинну та бактерицидну дію, прискорюють загоєння ран. Для нього характерні гіпотензивні, вазотонічні, знеболювальні властивості, він сприяє нормалізації ліпідного спектру крові. Плоди глоду діють на організм як кардіотонічний, спазмолітичний, гіпотензивний, седативний, десенсибілізуючий та ангіопротекторний засіб. Вони здатні розширювати судини, покращувати кровопостачання серця та головного мозку, мають слабку сечогінну дію, знижують рівень холестерину в крові, зменшують проникність стінок судин. Трава барвінку малого має гіпотонічну, в'язучу, протизапальну, протимікробну, знеболювальну та кровоспинну дію, розширює судини, розслаблює гладку мускулатуру тонкого кишечника, стимулює скорочення матки [2].

Побічні ефекти при прийомі фітозасобу «Равісол» не відзначені (є дані виробника тільки про можливі алергічні реакції на препарат). Добра переносимість равісолу дозволяє широке його використання хворим на дисліпідемію, в яких є протипокази для тривалого застосування статинів (при наявності ураження паренхіми печінки). Зручною властивістю равісолу є можливість його поєднання з лікувальними засобами інших груп.

Хворі розподілені на дві групи:

- I група хворих (n=48) отримувала гіпотензивну терапію + розувастатин 10 мг;
- II група (n=40) отримувала гіпотензивну терапію + розувастатин 10 мг + равісол.

Результати дослідження та їх обговорення

До лікування в усіх хворих середньодобові показники АТ були підвищеними: у I групі САТ становив $156,3 \pm 4,31$ мм рт. ст., ДАТ – $98,6 \pm 3,53$ мм рт. ст.; у II групі САТ – $157,8 \pm 4,15$ мм рт. ст., ДАТ – $99,7 \pm 4,37$ мм рт. ст. (табл. 1). Після лікування середньодобовий рівень АТ знизився до цільових значень у 96,2 % хворих. У хворих, які додатково приймали равісол, цільові показники досягнуті в усіх. У I групі САТ знизився на 24,3 % (до $118,3 \pm 4,92$ мм рт. ст.), ДАТ – на 29,1 % (до $69,9 \pm 5,33$ мм рт. ст.). Під час аналізу показників ДМАТ у хворих II групи спостерігалось більш істотне зниження середньодобового САТ на 27,6 % (до $114,3 \pm 5,47$ мм рт. ст.) при зменшенні середньоденного САТ на 25,7 % ($p < 0,001$) і середньонічного САТ на 29,5 %

Динаміка показників добового моніторингу АТ

Показник	І група			ІІ група		
	до лікування	після 30 днів лікування	Δ (%)	до лікування	після 30 днів лікування	Δ (%)
САТ д, мм рт. ст.	160,6±5,11	124±4,74 *	22,8	161,2±6,64	119,8±5,11 *	25,7
ДАТ д, мм рт. ст.	100,5±3,06	73,9±5,24 *	26,5	102,3±4,12	73±7,16 *	28,7
САТ н, мм рт. ст.	152,4±6,35	112,6±5,45 *	26,1	154,4±6,63	108,9±6,17 *	29,5
ДАТ н, мм рт. ст.	96,8±5,68	66±6,44 *	31,8	96,9±5,58	64,4±7,21 *	33,5
ЧСС, уд/хв.	78±2,67	63,1 ±2,56 *	19,1	78,6±2,11	64,9 ±3,25 *	17,4
САТ доб, мм рт. ст.	156,3±4,31	118,3±4,92 *	24,3	157,8±4,15	114,3±5,47 *	27,6
ДАТ доб, мм рт. ст.	98,6±3,53	69,9±5,33 *	29,1	99,7±4,37	68,3±6,72 *	31,5
ПАТ д, мм рт. ст.	59,5±3,4	49,1±3,7 #	17,5	59±3,17	47,7±4,3 #	19,2
ПАТ н, мм рт. ст.	55,5±3,11	46,2±3,01 #	16,8	57,1±3,95	45,3±3,87 #	20,7
ПАТ доб, мм рт. ст.	57,6±3,44	47,7±4,69 #	17,2	58,1±3,26	46,5±3,59 #	20
ІЧ САТ, %	67,43±5,32	20,6±3,13 *	69,5	69,2±10,23	18,21±4,5 *	73,7
ІЧ ДАТ, %	65,05±4,61	19,93±5,14 *	69,4	66,26±8,62	17,14±4,09 *	74,1

Примітки: # – $p < 0,05$; * – $p < 0,001$ – достовірність різниці показників у процесі лікування;

Δ – відсоток зміни показника у порівнянні з результатами до лікування.

($p < 0,001$), ДАТ – на 31,5 % (до 68,3±6,72 мм рт. ст.) при зниженні денного ДАТ на 28,7 % ($p < 0,001$) та нічного ДАТ на 33,5 % ($p < 0,001$).

Слід зауважити, що у незначної частини хворих, в яких не досягнуто цільового значення АТ, застосування комбінованої терапії сприяло зменшенню САТ/ДАТ на величину, більшу за 10/5 мм рт. ст., що вважається критерієм ефективності антигіпертензивної терапії.

Високий ПАТ є незалежним фактором ризику коронарного атеросклерозу та гіпертрофії лівого шлуночка й використовується як маркер серцево-судинних ускладнень. У хворих, які застосовували поєднання двох комбінацій, спостерігали значне зниження середньодобового ПАТ на 17,2 мм рт. ст. (20 %) у хворих обох підгруп.

Після лікування ЧСС знизилася у І групі хворих на 19,1 %, у ІІ – на 17,4 %. У середньому за добу в І групі ІЧ САТ зменшився на 69,5 %, ІЧ ДАТ – на 69,4 %; у ІІ групі ІЧ САТ – на 73,7 %, ІЧ ДАТ – на 75,5 %, що

свідчить про нормалізацію АТ протягом доби.

На початку дослідження у 71 хворого (72,4 %) спостерігався диспропорційний добовий ритм, недостатнє зниження АТ у нічні години. Добовий профіль АТ «non-dipper» виявлено у 37 (52,1 %) хворих, «night-picker» (стійке підвищення нічного АТ) – у 23 (32,4 %), «over-dipper» (надмірним падінням АТ в нічний час) – у 11 (15,5 %).

У результаті проведеного лікування кількість хворих з нормальним добовим індексом («dipper») збільшилася до 88 осіб, у 10 (10,2 %) – надалі спостерігався патологічний тип ДІ, що, очевидно, свідчить про нетривалий період спостереження. Кількість хворих з ДІ «dipper», які додатково не застосовували равісол, становила 93,6 %. Додаткове призначення равісолу сприяло нормалізації порушень добового профілю АТ у більшості хворих (96,2 %), які мали на початку лікування диспропорційний характер циркадного ритму.

Таблиця 2

Динаміка показників ліпідного спектру, системного запалення та рівня сечової кислоти

Показник	І підгрупа			ІІ підгрупа		
	до лікування	після 30 днів лікування	Δ, %	до лікування	після 30 днів лікування	Δ, %
ЗХ, ммоль/л	6,56±0,58	4,25±0,25 **	35,2	6,54±0,66	4,09±0,22 **	37,5
ЛПВЩ, ммоль/л	1,09±0,13	1,48±0,12 #	26,3	1,04±0,19	1,68±0,17 *	38,1
ЛПНЩ, ммоль/л	4,31±0,42	2,58±0,35 **	40,1	4,24±0,69	2,28±0,27 *	46,2
ТГ, ммоль/л	2,1±0,2	1,56±0,19 #	25,7	2,11±0,24	1,47±0,22 #	30,3
КА	4,29±0,46	2,46±0,33 **	42,6	4,39±0,68	2,39±0,28 *	45,6
СРБ, мг/л	4,04±0,52	2,95±0,16 *	26,9	4,03±0,51	2,77±0,17 *	31,3
Фібрино-ген, г/л	4,43±0,54	3,33±0,12 *	24,8	4,5±0,58	3,29±0,19 *	26,9
Сечова кислота, мкмоль/л	396,2±36,7	294,2±33,3#	25,8	399,15±39,2	288,5±15,2*	27,7

Примітки: # – $p < 0,05$; * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$ – достовірність різниці показників у процесі лікування;

Δ – відсоток зміни показника у порівнянні з результатами до лікування.

Можливість більш вираженого коригуючого впливу додаткового прийому равісолу на регулювання добового ритму АТ слід врахувати при виявленні у хворих патологічних типів ДД, що є фактором ризику пошкодження органів-мішеней і розвитку кардіоваскулярних ускладнень (інфаркт міокарда, інсульт).

У всіх хворих під впливом лікування відзначено достовірне зниження показників ліпідограми в обох групах. У II групі застосування равісолу сприяло швидшій нормалізації рівня ЗХС (37,5 % проти 35,2 %; $p < 0,001$), ХС ЛПНЩ (46,2 % проти 40,1 %; $p < 0,01$), ТГ (30,3 % проти 25,7 %; $p < 0,05$), КА (45,6 % проти 42,6 %; $p < 0,01$). Рівень ХС ЛПВЩ під впливом лікування підвищився на 38,1 % у 2 підгрупі проти 26,3 % у 1 ($p < 0,01$) (табл. 2).

Слід відзначити, що це дослідження проводилося протягом 30 днів, тоді як повноцінний курс лікування препаратом «Равісол» становить 10 тижнів, тому отримані результати слід вважати попередніми. Цим, скоріше за все, пояснюється невисока статистична достовірність різниці результатів лікування між групами. Однак факт, що після 30 днів застосування препарату «Равісол» отримано додатковий гіполіпідемічний ефект, свідчить про ефективність фітокомплексу.

У I групі хворих рівень СРБ знизився на 26,9 % ($p < 0,05$), у II – на 31,3 % ($p < 0,05$). Загальний фібриноген зменшився на 24,8 % ($p < 0,05$) у I групі порівняно з 26,9 % ($p < 0,05$) – у II групі (табл. 2). Достовірне зниження рівня СРБ та загального фібриногену під впливом комплексного лікування із застосуванням равісолу підтверджує його протизапальні властивості.

Література

1. Коваленко В. М., Корнацький В. М. та співавт. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращення в сучасних умовах. – В. М. Коваленко, В. М. Корнацький та співавт. / Київ, 2016 р. – 261 с.
2. Бензель Л. В., Дармограй Р. Є., Олійник П. В., Бензель І. Л. Лікарські рослини і фітотерапія. Фітотерапевтична рецептура. Л. В. Бензель, Р. Є. Дармограй, П. В. Олійник, І. Л. Бензель. – К.: Медицина, 2010.
3. Міщенко Л. А. Гіперурикемія й артеріальна гіпертензія – чи існують зв'язок? / Л. А. Міщенко. // Артер. гіпертен. – 2016. – № 5. – С. 55-60.

Рівень сечової кислоти достовірно знизився в обох групах хворих. У I групі показник зменшився на 25,8 % (з $396,2 \pm 36,7$ мкмоль/л до $294,2 \pm 33,3$ мкмоль/л, $p < 0,05$). У хворих, які додатково отримували фітокомплекс равісол сечова кислота знизилася на 27,7 % (з $399,15 \pm 39,2$ мкмоль/л до $288,5 \pm 15,2$ мкмоль/л, $p < 0,01$) (табл. 2). ГУ спостерігалася у 75,6 % хворих – у I групі, у III – 82,6 %, у II – 68,2 %.

Побічні ефекти при прийомі фітозасобу не спостерігались. Добра переносимість і можливість поєднання равісолу з препаратами інших груп дозволяє його застосовувати у хворих, в яких є протипокази для тривалого використання статинів.

Висновки

1. Підвищення рівня СРБ, фібриногену та сечової кислоти у хворих на АГ свідчить про наявність додаткових предикторів розвитку серцево-судинних ускладнень. Достовірне зниження рівня показників під впливом комплексного лікування підтверджує доцільність застосування цих засобів у хворих на АГ.

2. У хворих після проведеного лікування відзначено позитивну динаміку показників ДМАТ, ліпідного спектру крові, системного запалення та рівня сечової кислоти. Найбільш виражені зміни відзначено в групі хворих, які додатково отримували равісол.

3. Равісол доцільно застосовувати у хворих на АГ II стадії з гіперліпідемією та гіперурикемією як при наявності протипоказів до застосування статинотерапії, так і в комбінації зі статинами, що покращує показники ліпідограми та рівень сечової кислоти.

4. Міщенко Л. А. Роль нетрадиційних чинників серцево-судинного ризику в патогенезі гіпертонічної хвороби. / Л. А. Міщенко // Укр. кардіол. журн. – 2012. – № 3. – С. 15-21.
5. Равісол. Інструкція до призначення лікарського препарату.
6. Тихонов О. І. Розробка технології настойки «Равісол» та дослідження показників якості у процесі зберігання. / О. І. Тихонов // Вісник фармації. – 2009.

Надійшла до редакції 17.02.2017

УДК 616.12-008.331.1-085.322

Є. Х. Заремба, М. М. Вірна, О. В. Заремба-Федчишин, О. В. Заремба

ЗАСТОСУВАННЯ РАВИСОЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Ключові слова: Равісол, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, сечова кислота, системне запалення.

Робота присвячена вивченню ефективності рослинного препарату «Равісол» у поєднанні зі статинотерапією з метою корекції показників ДМАТ, ліпідного спектру крові, системного запалення та рівня сечової кислоти в хворих на артеріальну гіпертензію II стадії. Застосування равісолу сприяє нормалізації показників ДМАТ, ліпідного спектру крові, системного запалення та рівня сечової кислоти в хворих на АГ високого ризику.

Е. Х. Заремба, М. М. Вірна, А. В. Заремба-Федчишин, О. В. Заремба

ПРИМЕНЕНИЕ РАВИСОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Ключевые слова: Равісол, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, мочевая кислота, системное воспаление.

Робота посвящена изучению эффективности растительного препарата «Рависол» в сочетании со статинотерапией с целью коррекции показателей СМАД, липидного спектра крови, системного воспаления и уровня мочевой кислоты у больных артериальной гипертензией II стадии. Применение рависола в комбинации со статинотерапией способствует нормализации показателей СМАД, липидного спектра крови, системного воспаления и уровня мочевой кислоты у больных АГ высокого риска.

Y. Zaremba, M. Virna, O. Zaremba-Fedchyshyn,
O. Zaremba

APPLICATION RAVISOL IN PATIENTS WITH HIGH-RISK ARTERIAL HYPERTENSION

Keywords: Ravisol, hypertension, dyslipidemia, uric acid, systemic inflammation.

This article is devoted to studying the effectiveness of herbal preparation "Ravisol" with statyn, to correct performance ABPM, blood lipid spectrum, systemic inflammation and the level of uric acid in patients with hypertension stage II. Application ravisol promotes normalization of ABPM, blood lipid spectrum, systemic inflammation and the level of uric acid in hypertensive patients at high risk.



УДК 615.32:616.363/.366:665.52/.54

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ТА ЕФІРНИХ ОЛІЙ ПРИ ПАТОЛОГІЯХ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ (Огляд літератури)

- Н. А. Гербіна, к. фарм. н., асис. каф. завод. технол. лік.
О. А. Рубан, д. фарм. н., проф., зав. каф. завод. технол. лік.
Т. М. Гонтова, д. фарм. н., проф., зав. каф. ботан.
С. А. Куценко, д. фарм. н., доц. каф. завод. технол. лік.

- Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Дисфункціональні розлади біліарного тракту є одними з найбільш поширених патологій травної системи, які виявляють більше ніж у половини всього населення України, і з кожним роком кількість таких хворих неухильно зростає. Дані захворювання супроводжуються різноманітними клінічними проявами, тривалістю перебігу з періодами затяжних загострень, можливістю трансформації функціональних порушень у патології (холангіти, холециститу, жовчнокам'яна хвороба). Крім того, для хвороб жовчовивідних шляхів характерне часте залучення в патологічний процес суміжних органів (печінки, підшлункової залози, шлунку, дванадцятипалої кишки), в результаті чого можливе погіршення якості життя як у молодому, так і похилому віці людини, у зв'язку з цим дані патології мають надзвичайно важливе і актуальне соціально-медичне значення [2, 5, 8].

Утворення жовчі – це безперервний процес, однак надходження жовчі в кишечник відбувається тільки в процесі травлення. Це забезпечується резервною функцією жовчного міхура і його ритмічними скороченнями з послідовним розслабленням сфінктерів Люткенса й Одді. Розслаблення жовчного міхура супроводжується закриттям сфінктера Одді. При дисфункціональних розладах біліарної системи виникають запальні процеси в печінці, що спричиняють порушення синтезу жовчі, помітне зменшення тиску в протоковій системі та жовчному міхурі, а отже – постійне спастичне скорочення сфінктера Одді [17, 22-23].

Терапія біліарної дисфункції полягає у відновленні нормальної течії жовчі та панкреатичного секрету по біліарних і панкреатичних протоках. Одним із напрямків лікування таких захворювань є застосування жовчогінних

препаратів, які посилюють жовчоутворення чи сприяють виділенню жовчі у дванадцятипалу кишку [20, 30, 32].

Залежно від провідного механізму дії жовчогінні засоби ділять на чотири підгрупи:

1. **Холеретики** – засоби, що посилюють утворення жовчі і жовчних кислот печінковими клітинами;
2. **Холекінетики** – засоби, що сприяють виділенню жовчі із жовчного міхура у дванадцятипалу кишку;
3. **Холеспазмолітики** – засоби, що поліпшують жовчний відтік завдяки розслабленню жовчовивідних шляхів і м'язів жовчного міхура.
4. **Засоби комбінованої дії**, що поєднують усі вищезгадані властивості [4, 23, 33].

Основне місце у терапії даних захворювань відведено лікарським засобам на основі рослинної сировини. У науковій і народній медицині відомо більше як 100 лікарських рослин, віднесених до жовчогінних засобів. Це обумовлено тим, що фітопрепарати, в порівнянні з синтетичними лікарськими засобами, мають різноплановий патогенетичний механізм дії, добру переносимість тривалих курсів лікування, м'який, але стійкий фармакологічний ефект, відсутність значних побічних явищ [3, 14-16, 25-26].

Крім того, особливу увагу на сьогодні привертають ефірні олії. Вони застосовуються у фармацевтичній промисловості як фармацевтичні субстанції, оскільки володіють різноманітними фармакологічними властивостями, так і у якості допоміжних речовин – коригентів смаку і запаху [1, 27, 29, 31].

Терапія ефірними оліями при захворюваннях жовчовивідних шляхів обумовлена м'яким подразнюючим ефектом, що сприяє евакуації жовчі. Крім того, вони є активними метаболітами обмінних процесів, проявляють