

Нутрицевтичний супровід пацієнта в ендокринології і в разі супутніх патологій

Наприкінці лютого 2024 року в Києві відбулося чергове засідання науково-освітнього проєкту «Школа ендокринолога». Захід був розрахований на фахівців, які займаються діагностикою та лікуванням хворих з ендокринною патологією. Слухачі мали можливість ознайомитися із сучасною актуальною інформацією та новими напрямками в ендокринології та медицині загалом. У рамках заходу керівник відділу клінічної діабетології НДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук Любов Костянтинівна Соколова, завідувачка відділу гіпертонічної хвороби ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, доктор медичних наук Лариса Анатоліївна Міщенко, професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук Володимир Володимирович Чернявський та лікар-ендокринолог, дієтолог, асистент кафедри ендокринології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ) Анастасія Максимівна Соколова розглянули питання нутрицевтичної підтримки в ендокринології та в разі супутніх патологій.

Ключові слова: інсулінорезистентність, метаболічний синдром, стеатогепатит, нутрицевтична підтримка, Ліводінол®, Атеродінол®.

Крім препаратів, передбачених протоколами у разі тих чи інших захворювань, за певних клінічних умов увагу потрібно приділяти нутрицевтикам. Для кращого розуміння можливостей їх використання розглянемо клінічний випадок.

Пацієнтка 3., 40 років, направлена кардіологом на консультацію до ендокринолога зі скаргами на погане самопочуття: проблеми зі сном, плаксивість, головний біль, підвищення артеріального тиску (АТ), виражену пітливість, лабільність настрою, дратівливість, припливи до 12 разів на добу. Протягом останніх двох років спостерігалися порушення менструального циклу у вигляді затримки місячних до 3 місяців. Під час припливів жару АТ підвищувався до 160/100 мм рт. ст. За 10 років пацієнтка набрала 13 кг.

Гінекологічний анамнез:

6 вагітностей, 2 пологів (кесарів розтин), 4 завмерлі вагітності в термінах 5-7 тижнів.

Об'єктивний огляд:

зріст 164 см, вага 83 кг, індекс маси тіла (ІМТ) 30,7 кг/м², окружність талії (ОТ) – 88 см.

За наявності в пацієнта подібних скарг доречно визначити рівні тиреотропного гормону (ТТГ), глікованого гемоглобіну та індекс інсулінорезистентності (ІР) НОМА. Крім оцінки традиційної ліпідограми (холестерин, тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни дуже низької щільності (ЛПДНЩ), холестерин (ХС) не-ЛПВЩ, коефіцієнт атерогенності) потрібно проводити визначення вмісту ліпопротеїну (а) та аполіпопротеїну В.

У пацієнтки було виявлено незначне підвищення рівнів аланінамінотрансферази (АЛТ) (62 Од/л), аспартат-амінотрансферази (АСТ) (44 Од/л), гамма-глутамілтрансферази (ГГТ) (72 Од/л). Уміст загального ХС становив 6,5 ммоль/л, ТГ – 3,72 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,26 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,9 ммоль/л. Також було діагностовано дефіцит вітаміну D і незначне підвищення індексу НОМА. УЗД органів черевної порожнини показало збільшення печінки на 1 см.

У період перименопаузи і постменопаузи спостерігається дефіцит естрогенів, що зменшує метаболізм жирів, проковує розвиток вісцерального ожиріння, виникнення ІР, метаболічного синдрому та порушення толерантності до вуглеводів, які відіграють ключову роль у розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу й атеросклерозу. Саме ІР є ключовим чинником розвитку метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки (МАСХП).

У разі всіх хронічних ендокринних захворювань варто дати шанс немедикаментозній терапії, зокрема – зміни способу життя, що передбачає зниження маси тіла, фізичну активність, обмеження вживання насичених жирів і вуглеводів, а також відмову від алкоголю та куріння. Загалом, рекомендації при порушенні обміну ліпідів є схожими, однак для зниження рівнів ХС ЛПНЩ особливу увагу треба приділяти обмеженню вживання насичених жирів. Для зниження рівня ТГ важливим є обмеження вживання алкоголю, тоді як підвищенню ЛПВЩ сприяє регулярна фізична активність.

Нашій пацієнтці ми порекомендували зменшити масу тіла, обмежити вживання алкоголю, збільшити фізичну активність, зменшити вживання моно- і дисахаридів, увести в раціон продукти, які містять омега-3-кислоти, і замінити насичені жири.

Рекомендації з нормалізації маси тіла

Зменшення ваги можна досягти шляхом скорочення споживання високоенергетичної їжі (дефіцит калорій має становити 300-500 ккал/добу). Немедикаментозне втручання має охоплювати дієту і фізичні вправи, такий підхід сприяє значному поліпшенню працездатності та якості життя. Регулярно займатися фізичними вправами помірної інтенсивності впродовж >30 хв/день доцільно рекомендувати й особам без надмірної ваги.

Алкоголь і куріння

Помірне споживання алкоголю (<10 г/добу (1 од.) для чоловіків і жінок) є прийнятним для тих, хто вживає алкогольні напої, якщо рівень ТГ не підвищений. Відмова від куріння має очевидні переваги щодо загального серцево-судинного ризику, зокрема щодо рівня ХС ЛПВЩ.

Довголанцюгові жирні кислоти

Дані спостережень свідчать про те, що споживання риби (принаймні двічі на тиждень) і рослинної їжі, багатої на омега-3 жирні кислоти (альфа-лінолева кислота міститься у волоських горіхах, деяких овочах і деяких насіннєвих оліях), пов'язане з меншим ризиком серцево-судинної смерті та інсульту, але суттєво не впливає на метаболізм ліпопротеїнів плазми.

Фармакологічні дози довголанцюгових омега-3 жирних кислот (2-3 г/добу) знижують рівень ТГ приблизно на 30%, а також зменшують постпрандіальну ліпемію.

Жири і трансжири

Уникнення вживання трансжирів є ключовим заходом харчової профілактики серцево-судинних захворювань. Трансжирні кислоти, що утворюються в результаті часткової гідрогенізації рослинних олій, становлять 80% від загального споживання. Зниження споживання насичених жирних кислот до менш ніж 10% (7%) енергії може мати додаткові переваги в разі холестеринемії.

Клітковина

Клітковина добре переноситься, є ефективною і рекомендована для контролю рівня ліпідів у плазмі. Уживання 25-40 г харчових волокон на добу сприяє зниженню рівня ЛПНЩ на 3-5%. Клітковина є розчинна (у разі змішування з водою створює желеподібну суміш) і нерозчинна. Розчинна клітковина здатна зменшувати пікове підвищення рівня глюкози після їди, а нерозчинна діє як «наповнювач», сприяє кращому проходженню вмісту по кишечнику.

Фітостероли

До фітостеролів належать ситостерин, кампестерол і стигмастерин. Вони містяться в рослинних оліях і, у меншій кількості, в овочах, свіжих фруктах, горіхах, зернових і бобових. Щоденне споживання 2 г фітостеролів може знижувати рівні ХС і ХС ЛПНЩ на 7-10%. Ці сполуки показані до вживання:

- особам із високим рівнем ХС у разі середнього або низького ризику;
- як доповнення до фармакологічної терапії в пацієнтів із високим і дуже високим ризиком;
- у дорослих і дітей (віком >6 років) із серцевою недостатністю відповідно до поточних рекомендацій.

Місце нутрицевтиків у гіполіпемічній терапії

Червоний дріжджовий рис (red yeast rice – RYR) – це нутрицевтик, отриманий шляхом бродіння рису за допомогою дріжджів. Під час ферментації дріжджі збагачують рис монаколінами, які виявляють статиноподібну дію – інгібують гідроксиметилглутарил-коензим А (ГМГ-КоА) редуктазу. Доцільність прийому нутрицевтиків з очищеним RYR (у дозі 2,5-10 мг монаколіну на добу) можна розглянути в людей із гіперхолестеринемією, терапія яким не показана, зважаючи на низький серцево-судинний ризик.

До метааналізу гіполіпемічної активності RYR увійшло 20 досліджень (n=6663). Прийом RYR протягом 2-24 міс, на відміну від плацебо, супроводжувався зниженням рівня ЛПНЩ у середньому на 1,02 ммоль/л. Таке зниження схоже за ефектом із прийомом статинів у низьких дозах (правастатину 40 мг, симвастатину 10 мг, ловастатину 20 мг).

Для нашої пацієнтки зниження рівня ЛПНЩ на 1 ммоль/л було б значущим.

На фармацевтичному ринку України доступний комплекс Атеродінол®, який у своєму складі містить екстракт RYR – 100 мг (що еквівалентно 3 мг монаколіну К), екстракт бергамоту (*Citrus bergamia*) – 250 мг, 5-метил тетрагідрофолат – 0,2 мг. Цей комплекс застосовують по 1-2 капсули на добу (після або під час їди). Рекомендований курс становить 3 міс (згідно з наявними дослідженнями він може бути подовжений до 2 років).

Чи будуть достатніми для пацієнтки лише немедикаментозні методи лікування?

Жирова хвороба печінки (ЖХП) є інтегральною проблемою внутрішньої медицини, адже печінка – це центральна біохімічна лабораторія організму, в якій відбувається обмін багатьох речовин, у тому числі ХС. Лікування стеатотичної хвороби печінки (СХП) може сповільнити прогресування дисліпідемії. Встановлено, що в пацієнтів із жировою інфільтрацією печінки рівень ЛПВЩ достовірно (p<0,001) нижчий, ніж у пацієнтів із ЖХП. Водночас гіперліпідемія зумовлює надмірне надходження ліпідів у гепаточит, що призводить до прогресування ЖХП. Остання і дисліпідемія є взаємообтяжливими станами, причому печінка – це той орган, в якому замикається «порочне коло» при метаболічному синдромі.

ЖХП збільшує загальний ризик фатальних і нефатальних серцево-судинних подій на 64%, а ризик криптогенного цирозу печінки – на 74%.

За своїм патогенезом стеатоз є «універсальною» відповіддю печінки на ушкодження. Для встановлення діагнозу потрібна наявність жирового гепатозу й одного з таких станів, як надмірна вага / ожиріння, ЦД 2 типу або дані про порушення регуляції метаболізму. Під час встановлення діагнозу не можна виключати пацієнтів, які вживають алкоголь чи мають інші хронічні захворювання печінки. Стеатоз печінки та інші хронічні захворювання печінки



Л.К. Соколова



Л.А. Міщенко



В.В. Чернявський



А.М. Соколова

(алкогольна хвороба печінки, вірусні гепатити) вважають супутніми захворюваннями, які посилюють один одного. При цьому метаболічні чинники, алкоголь, віруси та медикаменти є окремими, співіснуючими етіологічними чинниками жирового гепатозу.

Лікування СХП передбачає:

- фізичні навантаження;
- дієтотерапію;
- медикаментозне лікування (у тому числі патогенетичні препарати);
- профілактику серцево-судинних захворювань (ССЗ) (статири, антиагреганти, гіпотензивні препарати);
- лікування ЦД (метформін не є специфічним лікуванням СХП, проте знижує загальну смертність; агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1) (ліраглутид) – поліпшують гістологічну картину);
- чітке дотримання правил онкоскринінгу.

Узагальнення наших рекомендацій пацієнту з МАСХП

- 30-хвилинна ходьба у темпі 100-120 кроків на хвилину 5 разів на тиждень.
- Їсти повільно, добре пережовуючи їжу.
- Зменшити розмір порцій удвічі.
- Не переїдати.
- Віддавати перевагу домашній їжі.
- Схуднути на 5-10% за 6-12 місяців.
- Приймати ліки.

Нутрицевтична підтримка – це патогенетично обґрунтований довготривалий вплив на перебіг захворювання. Патогенетичне лікування Пацієнтки 3. може охоплювати ліки, які містять есенціальні фосфоліпіди, урсодезокси-холеву кислоту, 1-карнітин, силімарин, амінокислоти (адеметіонін) чи глутатіон (комплекс Ліводінол®).

Комплекси, які містять амінокислоти, поліпшують детоксикаційні функції печінки, в основі яких лежить відновлення запасів глутатіону та інших антиоксидантних систем. Відновлений глутатіон відновлює вільні радикали, перетворюється на окислений і виводиться з клітини.

Збалансована комбінація похідних амінокислот в одному комплексі

Антиоксидантна сульфгідрильна група (SH) є основним інструментом глутатіону в реалізації антиоксидантної і детоксикаційної дії: використовується як донор електрона в антиоксидантних реакціях нейтралізації понад 3 тис токсичних окислених субстратів в організмі. У разі перорального застосування γ-глутаміл-пептидний зв'язок забезпечує стійкість глутатіону до пептидази. Синтезується ця сполука переважно вдень.

Концентрація глутатіону (GSH) у плазмі крові підтримується завдяки печінковому синтезу, окисно-відновним реакціям, позапечінковому поглинанню та розщепленню, а також абсорбції GSH. У печінці його розподіл є неоднорідним, що може відігравати значну роль

у схильності до гострої гепатотоксичної дії різних токсичних сполук, таких як метаболіти ацетамінофену, сполуки окислювально-відновного редокс-циклу, пероксиди.

Ліводінол® – комплексний засіб, який має у своєму складі адеметіонін – 400 мг, L-глутатіон редукований – 250 мг, N-ацетилцистеїн – 250 мг, завдяки чому може забезпечувати багатоконпонентний вплив на стан печінки. Так, комплекс здатний сприяти відновленню клітин печінки та зниженню жирової її інфільтрації; мати потужний детоксикаційний та антиоксидантний вплив, сприяти виведенню токсичних жирних кислот та знижувати рівні печінкових проб.

У складі комплексу Ліводінол® є червоні (1 капс. – 400 мг адеметіоніну) і білі (1 капс. – 250 мг глутатіону і 250 мг N-ацетилцистеїну) капсули. Пацієнтам призначають по 1-2 червоні капсули зранку за 30 хв до або через 1 год після їди і по 1-2 білі капсули ввечері, незалежно від прийому їжі. В одній упаковці міститься 60 капсул (30 червоних і 30 білих). Рекомендований курс прийому: 1-3 місяці.

Ліводінол® показаний до застосування як додаткове джерело похідних амінокислот для нормалізації функціонального стану печінки при:

- токсичному впливі алкоголю, медикаментів та інших шкідливих сполук;
- неалкогольної жировій хворобі печінки;
- вірусних гепатитах;
- гепатозах, стеатозах, цирозах;
- печінковій енцефалопатії.

Чому саме Ліводінол®?

Ліводінол® чинить потужний детоксикаційний вплив завдяки поєднанню глутатіону і компонентів, що сприяють його ендogenous синтезу. Прийом комплексу забезпечує швидкий безпосередній фізіологічний вплив і відновлення власних запасів глутатіону, які в подальшому посилюватимуть власні детоксикаційні ресурси печінки.

Унаслідок антиоксидантного впливу Ліводінол® не лише допомагає печінці, а й сприяє нормалізації обміну речовин, що в майбутньому знижує серцево-судинний ризик.

Вердикт гастроентеролога після обстеження пацієнтки З.:

Діагноз: Стеатотична хвороба печінки: метаболічно-асоційований стеатогепатит.

Дообстеження: УЗ-еластометрія, стеатометрія, анти-M2-антитіла.

Коментар. Визначення анти-M2-антитіл пацієнтці показане для виключення первинного біліарного холангіту. Незважаючи на низьку частоту цієї патології, вік, стать і наявність маркерів холестази (підвищення рівня ГГТ) в нашій пацієнтки є притаманними для згаданого захворювання. Пацієнтці було призначено комплекс Ліводінол® по 2 червоні капсули зранку і по 2 білі капсули ввечері впродовж 12 тиж (з контролем біохімічного аналізу крові через 4 і 12 тиж). Отже, включення комплексу Ліводінол® дасть можливість нормалізувати процеси цитолізу, а згодом зменшити процеси запалення, фіброзу й холестази.

Чи призначати статинотерапію?

Питання про доцільність призначення статинів для кардіолога завжди є доволі рутинним і звичним. Не виникає сумнівів щодо призначення цих комплексів пацієнтам високого і дуже високого ризику (наприклад, хворим на ЦД або особам після перенесеного інфаркту міокарда). Якщо йдеться про жінок у період менопаузи чи в ранній перименопаузальний період, то дуже важливим є визначення серцево-судинного ризику за шкалою SCORE. На жаль, в умовах клінічної практики терапевти, сімейні лікарі, ендокринологи і навіть кардіологи практично ніколи цього не роблять.

Оцінка ризику розвитку ССЗ є вкрай важливою, адже від цього залежить рішення про початок статинотерапії (див. табл.). Визначити ризик ССЗ за шкалою SCORE потрібно в осіб, які мають лише фактори серцево-судинного ризику (практично здорові люди).

Визначити ризик виникнення фатальних і нефатальних атеросклеротичних ССЗ за шкалою SCORE2 доволі легко. Для цього потрібно знати стать, вік, статус куріння, рівень ХС не-ЛПВЩ та показники АТ.

У нашому випадку питання виникає лише відносно рівня АТ. Саме в таких жінок визначення АТ може бути проблематичним. Під час визначення офісного АТ ми отримали показники 143/92 мм рт. ст. Це вже гіпертонічна хвороба чи «гіпертензія білого халата»? Звісно, у подібних випадках ідеальним є проведення добового моніторингування АТ.

У пацієнтки З. можна встановити діагноз гіпертонічної хвороби I, але діагноз потребує повторної оцінки. У жінки ризик серцево-судинних ускладнень за шкалою SCORE2 становив 4% (помірний серцево-судинний ризик). Статини обов'язково потрібно призначити пацієнтам із групи дуже високого ризику (червоний колір на шкалі SCORE2).

Щоб визначитися, чи зможемо ми обійтися без статинів, необхідно провести обстеження на виявлення асимптомного атеросклеротичного ураження судин, принаймні сонних артерій. У нашій пацієнтки під час проведення доплерографії артерій голови та шиї ознаки атеросклерозу були відсутні, тому ми змогли віддати перевагу немедикаментозному лікуванню.

Звісно, навіть в ідеальних умовах у разі проведення немедикаментозних заходів не можна розраховувати на зниження рівня ХС ЛПНЩ на 30-50%, як це спостерігають на тлі прийому статинів. Проте, незважаючи на цей факт, ми маємо можливість не тільки вплинути на ліпідний профіль пацієнтки, а й поліпшити кардіо-метаболічний профіль і стан печінки.

У подібній ситуації доцільно призначити добавки з RYR, застосування яких обґрунтовано в настанові Європейського товариства з лікування дисліпідемій 2019 року. На основі цих рекомендацій ми можемо призначити добавки з RYR не лише пацієнтам групи невисокого серцево-судинного ризику, а й особам високого чи дуже високого ризику в разі непереносимості статинів чи відмови від їх прийому.

Рекомендації Міжнародної експертної ліпідної панелі щодо використання RYR у клінічній практиці

- RYR треба розглянути в пацієнтів із неоптимальним ліпідним профілем, незважаючи на дієту та зміну способу життя (II aB).
- RYR можна розглядати як частину підтримувальної стратегії для управління дисліпідемією та серцево-судинним ризиком при статин-асоційованих м'язових симптомах (II bC).
- Для первинної профілактики пацієнтам, які не бажають приймати статини, нутрицевтики RYR рекомендовані окремо чи в комбінації з іншими доступними ліпідознижувальними комплексами (IC).
- У пацієнтів із непереносимістю статинів RYR потрібно розглядати як альтернативу (II aB).

Безпека застосування нутрицевтиків RYR

Поточний метааналіз, в якому було проаналізовано дані понад 8500 осіб, підтверджує безпеку прийому RYR без збільшення ризику виникнення побічних ефектів з боку м'язів, що свідчить про можливість його використання для підтримання здоров'я в загальній популяції з помірно підвищеним СС-ризиком та в пацієнтів із непереносимістю статинів.

Сфера застосування нутрицевтиків на основі RYR (2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk).

Харчові добавки і функціональна їжа для лікування дисліпідемії

Доцільність призначення нутрицевтиків, що містять очищений RYR, можна розглядати в осіб із підвищеним рівнем ХС в плазмі тоді, коли статинотерапія не показана, з огляду на сумарний серцево-судинний ризик. Однак існує потреба в кращому регулюванні препаратів, які містять добавки RYR.

Комплекс Атеродінол® містить врегульовану кількість інгредієнтів відповідної чистоти. Комбінація позитивно впливає на рівні ТГ (зниження на 30-40%), ЛПНЩ, ЛПВЩ, глюкози крові, а також поліпшує функцію ендотелію незалежно від рівня гомоцистеїну в плазмі.

Поліфенольна фракція бергамоту сприятливо впливає на пацієнтів із метаболічним синдромом, що проявляється поліпшенням ліпідного і глікемічного профілю, а також ендотеліо-залежної вазодилатації. У пацієнтів із метаболічним синдромом і НАЖХП поліфенольна фракція бергамоту суттєво зменшує вираженість стеатозу печінки. Вплив похідних бергамоту на патогенез метаболічного синдрому і зменшення окислювального стресу сприяють зниженню кардіометаболічного ризику в осіб із метаболічним синдромом.

У пацієнтів із МАСХП комплекс також чинить позитивний вплив. Це є логічним, адже зменшення рівня ТГ поліпшує стан печінки.

Наша пацієнтка, безумовно, має всі шанси на доволі тривалий період немедикаментозної терапії. Тобто в неї можна відстрочити і зменшити ризик серцево-судинних ускладнень за допомогою немедикаментозних засобів.

Стратегія модифікації додаткових серцево-судинних ризиків у жінок у менопаузі

- Моніторинг рівнів глюкози, ліпідів і рівня АТ протягом менопаузального переходу.
- Менопауза може впливати на працездатність – підвищення обізнаності роботодавців.

• Здоровий спосіб життя, у тому числі правильне харчування і регулярні фізичні вправи.

• Менопаузальна гормональна терапія (МГТ) показана для полегшення менопаузальних симптомів.

• У молодих жінок у «ранній» менопаузі МГТ може мати кардіопротекторні властивості.

• МГТ не рекомендована жінкам із високим СС-ризиком і після перенесених ССЗ.

Висновки

Після проведення всіх обстежень і консультацій спеціалістів нашій пацієнтці було встановлено діагноз: «Менопаузальні та інші перименопаузальні розлади (N95). Період менопаузального переходу. Ожиріння I ступеня. Комбінована дисліпідемія. Стеатотична хвороба печінки: метаболічно-асоційований стеатогепатит».

Наші рекомендації були такими:

1. Модифікація способу життя.
2. Атеродінол®: 1 капсула 2 рази на добу (контроль ліпідогрामी через 4 тиж).
3. Ліводінол®: 2 червоні капсули зранку, 2 білі капсули ввечері – 12 тиж (контроль біохімічного аналізу крові через 2, 4 і 12 тиж).
4. Консультація гінеколога.

Отже, лікар-практик будь-якої спеціальності має у своєму арсеналі комплекси Атеродінол® і Ліводінол® від фітофармацевтичної компанії «Нутрімед» (Україна), які можуть стати незамінним інструментом у корекції і нормалізації ліпідного обміну, функціонального стану гепатобілярної системи. Вони зменшують ризик розвитку ССЗ, захищають організм від токсичного впливу зовнішніх чинників і сприяють гальмуванню вікових змін організму, а також можуть мати фізіологічний вплив на організм як джерело Монаколіну К, біофлавоноїдів і комплекс похідних амінокислот та є одним із важливих ланок модифікації способу життя.

Підготував **Валерій Палько**

3



АТЕРОДИНОЛ®

ПРИРОДНИЙ КОНТРОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНУ

Склад: капсула містить: ЕКСТРАКТ ЧЕРВОНОГО ФЕРМЕНТОВАНОГО РИСУ – 100 мг, що еквівалентно 3 мг монаколіну К, ЕКСТРАКТ БЕРГАМОТУ – 250 мг, 5-МЕТИЛТЕТРАГІДРОФАЛАТ (5-МЕТИЛТЕТРАГІДРОФОЛАТ) – 200 мг

- СПРІЯЄ ПОКРАЩЕННЮ БІОМАРКЕРІВ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ
- ВПЛИВАЄ НА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗМІН СТІНОК СУДИН
- ВОЛОДІЄ БЕЗПЕЧНИМ ПРОФІЛЕМ ЗАСТОСУВАННЯ

Добавка дієтична. Не є лікарським засобом. Перед використанням ознайомтеся з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Висновок державної санітарної епідеміологічної експертизи № 12.2-18-2/5544 від 09.09.2022 р.



ЛІВОДИНОЛ®

ПОТРІЙНИЙ ЗАХИСТ ПЕЧІНКИ

Склад: 1 червона капсула містить активний інгредієнт: АДЕМЕТОНИН – 400 мг, 1 біла капсула містить активні інгредієнти: L-ГЛУТАТІОН РЕДУКОВАНИЙ – 250 мг, N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇН – 250 мг

- СПРІЯЄ ВІДНОВЛЕННЮ РІВНЯ АДЕМЕТОНИНУ ТА ГЛУТАТІОНУ В ГЕПАТОЦИТАХ
- ДОПОМАГАЄ ПОКРАЩИТИ ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ГЕПАТОБІЛАРНОЇ СИСТЕМИ
- ЧИНИТЬ НЕЙТРАЛІЗУЮЧУ ДІЮ НА ВІЛЬНІ РАДИКАЛИ В ПЕЧІНЦІ

Добавка дієтична. Не є лікарським засобом. Перед використанням ознайомтеся з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Висновок державної санітарної епідеміологічної експертизи № 12.2-18-2/28713 від 22.12.2020 р.

Виготовлено із стандартизованих екстрактів та природних компонентів (EUSA, Франція) у відповідності до міжнародних стандартів ISO/НАССР

ТОВ НУТРИМЕД ■ ВУЛ. ПРЕДСЛАВИНСЬКА, 43/2 ■ 03150 КИЇВ ■ УКРАЇНА ■ 044 454 01 01 ■ WWW.NUTRIMED.UA

Таблиця. Рекомендації з діагностичної візуалізації для оцінки ризику ССЗ		
Рекомендація	Клас	Рівень
Наявність атеросклеротичного ураження артерій (каротидних або феморальних) має розглядатися як модифікатор ризику в пацієнтів низького і помірного ризику	IIa	B
Індекс кальцію за даними МСКТ має розглядатися як модифікатор ризику під час його оцінки в асимптомних пацієнтів низького і помірного ризику	IIa	B