

Глюкозамин и хондроитин снижают смертность?

Глюкозамин и хондроитин широко используются для лечения остеоартрита и купирования боли в суставах. Во многих европейских странах эти молекулы зарегистрированы как рецептурные препараты; в то же время в США они продаются без рецепта как диетические добавки. Глюкозамин и хондроитин также доступны в виде комбинированных препаратов и являются одними из наиболее часто используемых средств пациентами старшей возрастной группы. В 2005–2006 гг. их применяли 7,4% населения США в возрасте 57–85 лет, что сравнимо с частотой потребления парацетамола и метформина.

В экспериментальных и клинических исследованиях были получены указания на то, что глюкозамин и хондроитин обладают противовоспалительными свойствами и поэтому могут снижать риск развития различных заболеваний, в частности рака, хронической обструктивной болезни легких, сердечно-сосудистых заболеваний (КВЗ) и других патологических состояний, в патогенезе которых важная роль отводится хроническому воспалению.

Недавно были опубликованы результаты анализа, проведенного с целью изучения связи между общей смертностью и применением 20 различных витаминов, минералов и других препаратов у пациентов-участников исследования VITAL. После поправки на многочисленные сопутствующие факторы, в том числе остеоартрит и суставную боль, глюкозамин и хондроитин оказались двумя из трех препаратов, применение которых ассоциировалось со сниженной смертностью. Относительный риск (ОР) смерти при высоком потреблении (≥ 4 дней/нед ≥ 3 лет) по сравнению с отсутствием его составил 0,83 (95% доверительный интервал 0,72–0,97; $p=0,01$) для глюкозамина и 0,83 (95% ДИ 0,69–1,0; $p=0,01$) — для хондроитина. Целью настоящего анализа было изучить связь между приемом глюкозамина/хондроитина и смертностью с учетом дополнительных 2 лет наблюдения за участниками исследования VITAL.

Результаты. В проспективное исследование VITAL за период 2000–2002 гг. было включено 77 тыс. мужчин и женщин в возрасте 50–76 лет. Текущий прием глюкозамина ассоциировался с более старшим возрастом, женским полом и более высоким уровнем образования. Кроме того, пациенты, принимающие глюкозамин, реже курили, имели более высокий уровень физической активности, потребляли меньше жиров и больше — овощей и фруктов. По сравнению с лицами, не получавшими глюкозамин и хондроитин, участники, использовавшие эти препараты, считали себя более здоровыми, несмотря на то что чаще принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и чаще страдали остеоартритом.

Глюкозамин принимали 20,2% участников, из них две трети — в комбинации с хондроитином. После поправки на многочисленные сопутствующие факторы было установлено, что прием глюкозамина в той или иной форме (в том числе в комбинации с хондроитином) ассоциировался со сниженной общей смертностью по сравнению с соответствующим показателем у лиц, которые этот препарат не принимали (ОР 0,82; 95% ДИ 0,75–0,90). Сопоставимое снижение общей смертности отмечено и для хондроитина (ОР 0,86; 95% ДИ 0,67–0,91).

Статистический анализ показал, что снижение риска смерти при приеме глюкозамина не зависело от индекса массы тела и статуса курения, но при этом у женщин было выражено в большей степени, чем у мужчин (ОР 0,75 vs 0,90 соответственно; $p=0,01$).

Прием глюкозамина ассоциировался с тенденцией к снижению риска смерти от КВЗ в целом и от ишемической болезни сердца — в частности. У женщин протекторный эффект в отношении смерти от КВЗ (снижение риска на 29%) был выражен в большей степени, чем у мужчин, и достиг статистической значимости.

Наконец, применение глюкозамина сопровождалось достоверным снижением риска смерти от рака на 13%. В отношении злокачественных опухолей, занимающих первые пять позиций в структуре онкологической смертности, отмечалась тенденция к снижению смертности от рака легкого и гемобластозов при отсутствии влияния на смертность от рака грудной железы, колоректального рака и рака поджелудочной железы. Для всех остальных неоплазий прием глюкозамина ассоциировался со снижением риска смерти на 33%. Кроме того, применение глюкозамина было связано со снижением риска смерти от других причин, кроме КВЗ и рака, на 26%, причем наиболее значимое протекторное влияние зафиксировано в отношении смерти от респираторных заболеваний (снижение риска на 41%).

Относительно хондроитина отмечено сопоставимое снижение всех тех же показателей смертности, что и для глюкозамина, за исключением общей смертности от рака, на которую хондроитин значимого влияния не оказывал (ОР 0,94).

Заключительный статистический анализ, проведенный с поправкой на всевозможные сопутствующие факторы, подтвердил вышеуказанные результаты.

Обсуждение. Влияние глюкозамина и хондроитина на смертность, выявленное в настоящем клиническом испытании, можно сравнить с действием другого противовоспалительного препарата — ацетилсалициловой кислоты (АСК), которая в обсервационных и наблюдательных исследованиях снижала риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и рака, а также общую смертность.

В предыдущих исследованиях было установлено, что глюкозамин и хондроитин ассоциируются со сниженным риском развития рака легкого и колоректального рака, но не оказывают влияния на риск рака грудной железы и гематологических неоплазий. Результаты исследования VITAL показали, что снижение суммарного риска развития злокачественных опухолей на фоне приема глюкозамина обеспечивается преимущественно за счет сниженного риска смерти от новообразований, не входящих в первую

пятерку в структуре онкологической смертности.

Снижение общей смертности, риска смерти от рака и респираторных заболеваний наиболее вероятно обеспечивается способностью глюкозамина и/или хондроитина модулировать воспалительный ответ. В экспериментальных исследованиях было установлено, что глюкозамин и хондроитин могут влиять на воспаление путем ингибирования транслокации транскрипционного фактора каппа В (NFκB) в ядро клетки. Кроме того, в ряде работ было продемонстрировано, что глюкозамин и хондроитин подавляют экспрессию циклооксигеназы (ЦОГ)-2 и продукцию провоспалительных цитокинов, таких как IL-1β, IL-6, TNF и PGE2. Важно, что эти эффекты отмечались в исследованиях с применением как отдельных препаратов — глюкозамина и хондроитина, так их комбинаций. Экспериментальные наблюдения подтверждаются данными клинических испытаний. Так, в масштабном исследовании NHANES, включившем около 10 тыс. пациентов в возрасте 25 лет и старше, применение глюкозамина и хондроитина привело к достоверному

снижению уровней С-реактивного белка — белка острой фазы воспаления.

Таким образом, в исследовании VITAL было установлено, что прием глюкозамина (в виде монопрепарата или в комбинации с хондроитином) ассоциируется со снижением смертности в целом, а также смертности от отдельных заболеваний (кардиоваскулярных, онкологических, респираторных). Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют о том, что этот защитный эффект наиболее вероятно опосредуется противовоспалительным действием, сопоставимым с таковым АСК. Принимая во внимание значимые побочные эффекты НПВП, в частности негативное влияние на слизистую желудочно-кишечного тракта и нефротоксическое действие неселективных НПВП (ингибирующих ЦОГ-1 и ЦОГ-2) и повышение риска кардиоваскулярных событий при использовании селективных ЦОГ-2 ингибиторов, целесообразно применение других противовоспалительных средств, таких как глюкозамин и хондроитин, которые обладают более благоприятным профилем безопасности, могут снижать риск развития и прогрессирования широкого спектра заболеваний, связанных с воспалением.

Bell B.A., Kantor E.D., Lampe J.W. et al.
Use of glucosamine and chondroitin in relation to mortality. Eur J Epidemiol. 2012; 27: 593–603.

Сокращенный перевод с англ.
Алексея Терещенко



ТЕРАФЛЕКС

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ ОСТЕОАРТРОЗУ




1-й КРОК
ВПРОДОВЖ ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ

- Терафлекс Адванс по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі

2-й КРОК
БАЗИСНА ТЕРАПІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗАГОСТРЕНЬ (2–6 місяців та більше)

- Терафлекс по 3 капсули на добу




ПОСИЛЕНИЙ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИЙ ЕФЕКТ

150 Years
Science For A Better Life