Альцинара

ЗВАЖЕНИЙ ПІДХІД ДО РЕГУЛЯЦІЇ РІВНЯ ХОЛЕСТЕРИНУ

АРТИШОК:

- МАЄ ЖОВЧОГІННУ ТА СЕЧОГІННУ ДІЇ
- СТИМУЛЮЄ ПЕРИСТАЛЬТИКУ КИШЕЧНИКУ
- ЗМЕНШУЄ ВІДЧУТТЯ ПЕРЕПОВНЕННЯ ШЛУНКУ
- НОРМАЛІЗУЄ ОБМІН ЛІПІДІВ І ХОЛЕСТЕРИНУ
- ПРОЯВЛЯЄ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ
- ПОКРАЩУЄ ОБМІН РЕЧОВИН

ЧАСНИК:

- СПРИЯЄ ЗНИЖЕННЮ РІВНЯ ХОЛЕСТЕРИНУ
- ВПЛИВАЄ НА ЗНИЖЕННЯ В'ЯЗКОСТІ КРОВІ
- МАЄ АНТИМІКРОБНУ АКТИВНІСТЬ
- ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
- ЗМІЦНЮЄ ЗАХИСНІ СИЛИ ОРГАНІЗМУ

Зниження рівня холестерину відбувається завдяки:

- пригніченню синтезу холестерину в печінці
- перетворенню холестерину в жовчні кислоти
- прискоренню виведення холестерину з жовчю

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. Альцинара. ТУ У 10.8-23518596-004:2013. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи № 05.03.02-06/2089 від 29.01.2016. За рекомендацією лікаря може бути використана в раціоні дієтичного харчування. Дієтичну добавку не слід використовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Продукт необхідно зберігати в недоступному для дітей місці. Повна інформація про продукт міститься в листку-вкладці. Виробник, адреса виробництва: ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», 03134, м. Київ, вул. Миру 17. Детальна інформація за телефоном: (044) 205-41-23; (044) 497-71-40. **www.bcpp.com.ua**

Корекція дисліпідемій як фактора ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – причина третини смертей у всьому світі, і ці показники продовжують зростати у зв'язку зі збільшенням поширеності факторів ризику (ФР) кардіоваскулярної патології (Deaton C. et al., 2011). Базовою стратегією подолання епідемії хвороб серця та судин вважається первинна профілактика, тобто запобігання впливу цих ФР, найважливішими з яких є дисліпідемія, артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, малорухливий спосіб життя, куріння, незбалансоване харчування з високим вмістом жирів (Rang H.P. et al., 2005; Martirosyan D.M. et al., 2007; Shen G.X., 2007; Takasaki Y., 2005).

До дисліпідемій належить широкий спектр порушень ліпідного обміну, частина яких стимулює розвиток ССЗ. Поява дисліпідемій може бути обумовлена певними хворобами (вторинні дисліпідемії) чи поєднаним впливом спадкової схильності та несприятливих факторів довкілля. Не викликає сумнівів, що проатерогенний ліпідний профіль плазми є основним чинником розвитку атеросклерозу та кардіоваскулярних патологій (Parinita K., 2012; Kanthe P.S. et al., 2012). Існує потужна наукова база, яка підтверджує стійку асоціацію між поширеністю ССЗ та змінами ліпідограми, зокрема високим рівнем ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) та низьким рівнем ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) (Nwagha U.I. et al., 2010; Igweh J.C. et al., 2005).

Підвищена концентрація ЛПНЩ є незалежним предиктором розвитку захворювань кардіоваскулярної системи, саме тому зниження вмісту цієї ліпідної фракції є основною метою лікування проатерогенних дисліпідемій. Метааналіз результатів клінічних досліджень за участю >170 тис. пацієнтів, проведений об'єднаною групою дослідників з лікування гіперхолестеринемій, підтвердив наявність зниження частоти розвитку ССЗ пропорційно зниженню рівня ЛПНЩ. Зменшення концентрації ЛПНЩ на кожні 1,0 ммоль/л відповідає падінню захворюваності та смертності, пов'язаних із серцево-судинною патологією, на 22% (Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, 2010).

Згідно з рекомендаціями щодо лікування дисліпідемій Європейського кардіологічного товариства та Європейського товариства з вивчення атеросклерозу за участю Європейської асоціації профілактики серцево-судинних захворювань та реабілітації (2011), під час первинної оцінки ліпідного профілю крові слід обов'язково визначати рівень ЛПНЩ, а надалі – розглядати його зниження як основну мету терапії. Зниження загального холестерину (ЗХС) визначають головним завданням лікування тільки за неможливості оцінки ліпідних фракцій.

Відповідно до вищезгаданих рекомендацій, цільове значення ЛПНЩ для пацієнтів групи дуже високого ризику (за наявності ССЗ, цукрового діабету 2 типу чи 1 типу з ураженням органів-мішеней, помірних та виражених проявів хронічної хвороби нирок, оцінки за шкалою SCORE ≥10%) становить <1,8 ммоль/л та/або зниження вихідного рівня ЛПНЩ на ≥50% (за неможливості досягнення цільового показника). Для хворих групи високого ризику (з вираженими проявами одного з ФР, оцінкою за шкалою SCORE в межах від ≥5% до <10%) цільовий рівень ЛПНЩ становить <2,5 ммоль/л. Для осіб групи помірного ризику (оцінка за шкалою SCORE від >1 до ≤5%) цільовий рівень ЛПНЩ – <3,0 ммоль/л.

Лікарів часто цікавить визначення рівня ризику, при якому слід розпочинати проведення лікувального або профілактичного втручання, однак встановити такий поріг неможливо, оскільки всі ФР діють безперервно. Тобто немає рівня ризику, при якому автоматично показано, наприклад, призначення медикаментозних засобів. Рекомендації стосовно профілактики ССЗ у клінічній практиці наполягають на зміні інтенсивності профілактичних заходів залежно від імовірності виникнення кардіоваскулярної патології (цілі терапії стають дедалі менш жорсткими в міру зниження загального серцево-судинного ризику).

Практикуючі лікарі повинні приймати оптимальні тактичні рішення відповідно до клінічної картини, що дозволяє уникнути надмірного або передчасного призначення лікарських препаратів. Зміна способу життя завжди позитивно впливає на здоров'я пацієнта, при цьому за умов тривалого призначення синтетичних засобів слід враховувати співвідношення потенційних сприятливих ефектів та вірогідності розвитку небажаних побічних явищ.

Існують певні категорії пацієнтів, яким не потрібне негайне медикаментозне лікування (хворі з незначним дисбалансом ліпідів або низьким загальним ризиком). Велика увага в концепції первинної профілактики ССЗ приділяється модифікації способу життя, а саме дотриманню відповідного кількісного та якісного харчування, відмові від шкідливих звичок, збільшенню рівня фізичної активності. Основні харчові рекомендації передбачають зниження кількості насичених та трансжирів, заміну їх моно- та поліненасиченими жирами, збільшення вживання продуктів, багатих на харчові волокна, тощо. Рекомендується також зниження артеріального тиску (АТ), утримання рівня глюкози крові в межах норми, регулярний контроль ліпідограми.

Нормалізація показників ліпідного складу за допомогою фітотерапевтичних засобів здобула значну прихильність серед лікарів та пацієнтів. Застосування рослинних засобів не тільки демонструє клінічно виражений позитивний вплив на загальне самопочуття та зниження ризику ССЗ, але й супроводжується хорошою переносимістю лікування та відсутністю несприятливих побічних явищ, що суттєво підвищує прихильність пацієнтів до їх застосування. Доцільним є використання рослинних препаратів у хворих з непереносимістю статинів. Крім того, на теренах пострадянських країн широко розповсюджена статинофобія, яка може призвести до недотримання рекомендацій лікаря та недосягнення цільових рівнів ліпідів крові (Бельдиев С.Н., 2016). За умов помірного підвищення ЛПНЩ фітотерапія може стати оптимальним вибором для таких пацієнтів.

Не всі рослинні засоби мають розгорнуту доказову базу, що дещо обмежує їх використання. Однак це не стосується часнику – одної з найбільш досліджуваних на сьогодні рослин та другої за частотою вживання фітобіодобавки (Ernst E., 2007; Stabler S.N. et al., 2012).

Часник (Allium sativum) упродовж тисячоліть застосовується в різноманітних медичних цілях, у т. ч. з кардіопротекторною метою (Gorinstein S. et al., 2007). Наукові дослідження дії часнику розпочалися в 1950-х рр., з того часу було проведено значну кількість робіт щодо вивчення ефектів цієї рослини та її компонентів in vitro та in vivo (Svechnikov V.A.,1957; Stabler S.N. et al., 2012). Основними активними агентами, що входять до складу часнику, є сіркоорганічні сполуки (γ-глутаміл-S-аліл-L-цистеїн, S-аліл-L-цистеїнсульфоксид), що метаболізуються до діалілсульфіду, діалілдисульфіду, діалілтрисульфіду та діалілтетрасульфіду, які, у свою чергу, реалізують описаний нижче кардіопротекторний вплив (Zeng T. et al., 2013).

Антигіпертензивні властивості часнику, підтверджені в метааналізі C.A. Silagy та H.A. Neil (1994), опосередковані NO-залежною вазодилатацією (Kim-Park S., Ku D.D., 2000). K.M. Reinhart та співавт. (2008) проаналізували 10 рандомізованих контрольованих досліджень та встановили, що часник знижує систолічний (САТ) та діастолічний (ДАТ) АТ у пацієнтів з АГ, не виявляючи гіпотензивного впливу на нормотензивних осіб. У 3 із 10 проаналізованих досліджень за участю 132 хворих з АГ спостерігалося зниження САТ на 16,3 мм рт. ст. та ДАТ на 9,3 мм рт. ст. порівняно з плацебо. У 7 випробуваннях за участю нормотензивних осіб (n=262) істотних відмінностей у рівнях АТ виявлено не було.

Метааналіз 11 досліджень, проведений K. Ried та співавт. (2008), підтвердив, що часник здійснює більш виражений вплив на АТ у пацієнтів з підвищеним рівнем АТ порівняно з таким в осіб з нормотензією (зниження САТ на 8,4±2,8 мм рт. ст. та 4,6±2,8 мм рт. ст. відповідно). Більш нове рандомізоване плацебо-контрольоване подвійне сліпе дослідження цього ж автора за участю 84 осіб з АГ показало зменшення САТ під впливом часнику на 11,8±5,4 мм рт. ст., що істотно перевищувало показники плацебо (Ried K. et al., 2013). В огляді Кокранівської співпраці (Stabler S.N. et al., 2007) було зроблено висновок, що часник знижує САТ на 10-12 мм рт. ст. та ДАТ на 6-9 мм рт. ст.

Доведено, що часник здатен реалізувати гіполіпідемічний ефект. Метааналіз T. Zeng та співавт. (2012) за участю 1295 осіб виявив, що часник знижує концентрацію ЗХС на 0,6 ммоль/л (достовірна різниця з групою плацебо; p=0,001). Подібні результати були отримані і в інших дослідженнях, які продемонстрували зменшення рівня ЗХС на 0,94-1,66 ммоль/л (Reinhart K.M. et al., 2009; Alder R. et al., 2003; Ackerman R.T. et al., 2001; Stevinson C. et al., 2000; Silagy C., Neil A., 1994; Warshafsky S. et al., 1993).

Крім того, часник знижує вираженість кальцинозу коронарних артерій. У дослідженні M.J. Budoff та співавт. (2004) було виявлено достовірне сповільнення прогресування кальцинозу під впливом часнику (індекс коронарного кальцію 7,5±9,4% проти 22,2±18,5% у групі плацебо). H. Amagase (2006) вказує, що часник здійснює антитромбоцитарну та нейропротекторну дію, стимулює циркуляторні процеси. У лабораторних та експериментальних дослідженнях було продемонстровано посилений фібриноліз та покращення т. зв. текучості еритроцитів під дією цієї рослини (Moriguchi T. et al., 2001; Kempaiah R.K, Srinivasan K., 2005). Пригнічення агрегації тромбоцитів внаслідок застосування часнику теж підтвердили численні клінічні випробування (Rahman K., Lowe G.M., 2006).

Метааналіз R. Varshney та M.J. Budoff (2016) дозволив зробити висновок, що біодобавки на основі часнику забезпечують кардіопротекцію, засновану на зниженні впливу ФР (АГ, дисліпідемія), та зменшують вираженість атеросклерозу (за такими показниками, як рівень С-реактивного білка, швидкість пульсової хвилі, індекс коронарного кальцію).

Застосування засобів на основі часнику є безпечним (Borrelli F. et al., 2007). Єдиними статистично значущими побічними ефектами цих препаратів є неприємний запах з рота та поява специфічного запаху тіла, яких можна уникнути, використовуючи спеціальні дезодоровані засоби (Ackerman R.T. et al., 2001; Stevinson S.T. et al., 2000; Borrelli F. et al., 2007).

Артишок (Cynara scolymus) – рослина, яка застосовується з давніх часів та реалізує значну кількість фармакологічних ефектів, а саме: гіполіпідемічний, жовчогінний, гепатопротекторний, антиоксидантний (Ben Salem M. et al., 2015). Огляд M. Rondanelli та співавт. (2016), що включав 5 клінічних досліджень за участю 395 пацієнтів з гіперхолестеринемією, виявив, що добавки на основі листя артишоку дозволяють підвищити рівень протекторних ЛПВЩ. Автори з'ясували, що артишок є потенційно безпечною та добре переносимою альтернативою хімічним ліпідознижувальним засобам в осіб з первинною помірною гіперхолестеринемією. Найбільш імовірним поясненням ЛПВЩ-підвищувального ефекту артишоку є дія поліфенолів цієї рослини, зокрема хлорогенової кислоти (Brown J.C., Rice-Evans C.A., 1998; Gebhardt R., 2002; Wider B. et al., 2009). Ця сполука підвищує активність параоксонази-1 – ферменту, що запобігає окисненню ЛПВЩ, здійснюючи таким чином антиоксидантний та протизапальний ефекти, що було підтверджено in vitro (Gouedard C. et al., 2004; Gaag M.S. et al., 1999). Призначення екстракту листя артишоку впродовж 12 тижнів сприяє статистично достовірному зниженню рівня ЗХС (Bundy R. et al., 2008).

Основним антиоксидантним компонентом артишоку є кавова (3,4-діоксикорична) кислота. Крім того, листя цієї рослини містить флавоноїди апігенін та лютеолін, а також різноманітні ціанідинові похідні (Llorach L. et al., 2002), поліфеноли апігеніну 7-рутинозид, нарірутин та ін. (Wang M. et al., 2003). Антиоксидантний вплив різних засобів на основі артишоку було показано в багатьох лабораторних, експериментальних та клінічних дослідженнях (Zapolska-Downar D. et al., 2002; Juzyszyn J. et al., 2008; Perez-Garsia F. et al., 2000; Jimenez-Escrig A. et al., 2003; Magielse J. et al., 2014).

У дослідженні Z. Kusku-Kiraz та співавт. (2009) призначення екстракту листя артишоку щурам на гіперхолестериновій дієті протягом 2 тижнів призвело до зниження концентрацій ЗХС, тригліцеридів та співвідношення ЗХС до ЛПВЩ. Крім того, артишок викликав зменшення рівня токсичного малонового діальдегіду та збільшував сумарну антиоксидантну активність плазми крові. Автори вважають, що екстракт листя артишоку запобігає розвитку прозапального стану, індукованого гіперхолестеринемією.

Екстракту артишоку також властиве посилення продукції оксиду азоту, що було показано на клітинах ендотелію аорти свиней (Grande S. et al., 2004). Імовірно, цим пояснюється антигіпертензивний ефект цієї рослини, підтверджений у рандомізованому плацебо-контрольованому випробуванні (Roghan-Dehkordi R. et al., 2009).

N. Xia та співавт. (2014) переконані, що ефекти артишоку in vivo слід пояснювати комплексним впливом багатьох активних компонентів, що мають адитивну чи синергічну дію.

Таким чином, призначення рослинних медикаментів на основі часнику та артишоку, до яких належить у т. ч. Альцинара (ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»), забезпечує комплексну кардіопротекцію шляхом зниження концентрації ЗХС, тригліцеридів та ЛПНЩ на тлі підвищення ЛПВЩ, а також реалізації антигіпертензивного та антиоксидантного ефектів. Хороша переносимість, відсутність значущих побічних ефектів та можливість довготривалого призначення є додатковими перевагами біодобавок, що містять часник та артишок. Варто зауважити, що на фоні використання Альцинари відсутній такий ефект, як неприємний запах із порожнини рота (засіб представлено у формі таблеток, які не потребують розсмоктування чи розжовування), що підвищує зручність застосування та покращує прихильність пацієнтів.

Підготувала ***Лариса Стрільчук***