

Саплементация в епоху доказової медицини: коли ад'ювант — це необхідність

За матеріалами НПК «Деталі управління складними пацієнтами: комплексний підхід»

Упродовж останніх десятиліть у клінічній практиці сформувався чіткий запит не лише на ефективність і безпеку призначень, а й на цілісне бачення стану пацієнта. Особливо це актуально у веденні осіб із поєднаною патологією, коморбідністю, а також із високими очікуваннями щодо якості життя. У таких клінічних сценаріях дедалі частіше постає питання доцільності використання дієтичної саплементации як ад'ювантного інструмента терапії – доповнення до основного лікування, що здатне підвищити його ефективність, скоригувати супутні стани або зменшити ризики побічних ефектів. Ця тема викликала жвавий інтерес під час науково-практичної конференції «Деталі управління складними пацієнтами: комплексний підхід», яка відбулася 15-16 квітня з ініціативи Школи інноваційної медицини. У центрі уваги – лекція, котра стала своєрідною точкою відліку для серйозної професійної дискусії: «Чи актуальним є проведення дієтичної саплементации в епоху доказової медицини?», яку прочитала голова ГО «Асоціація лікарів загальної практики – сімейної медицини Вінницької області», завідувачка кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Ірина Гордіївна Палій.



І.Г. Палій

Філософія сучасної терапії: ключ до ефективних рішень

«Робити не все можливе, а все необхідне» – із цієї цитати Вінстона Черчилля розпочала свою лекцію професор Ірина Гордіївна. І це дійсно надзвичайно влучний девіз для сучасної медичної практики. Адже в умовах клінічної багатоваріантності, поліморбідності й обмеженого ресурсу часу маємо орієнтуватися не просто на добрі наміри, а на ефективні рішення. На ті, що дійсно працюють.

Основою професійних рішень лікаря є доказова медицина. І коли говорять про ліпідознижувальні стратегії, спираються на надійні дані. Скажімо, дослідження SPORT, у якому порівнювали ефективність розсувастатину та шести популярних дієтичних добавок (у тому числі часнику, кориці, червоного рису) щодо зниження рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) у пацієнтів із підвищеним ризиком атеросклеротичних серцево-судинних захворювань, очікувано продемонструвало перевагу статину (Laffin L.J. et al., 2023). Утім, це лише частина великої картини.

Медицина буває різною. Поряд з офіційною (традиційною, західною, алопатичною, конвенційною) існує так звана комплементарна медицина (від лат. *complementum* – доповнення). Її також називають альтернативною, холистичною, інтегративною. Вона не протиставляє себе доказовій основі, а навпаки, пропонує ад'ювантні, або аугментаційні (підсилювальні), підходи, покликані доповнювати основну терапію, підвищуючи її ефективність, переносимість і прийнятність для пацієнта.

Цікаво, що сам термін «ад'ювантний» (від лат. *adjuvans* – той, що допомагає) уперше запропонували Пол Карбон і його колеги в Національному інституті раку США ще в 1963 році. Спочатку він застосовувався в онкології, але згодом його значення значно розширилось, тож нині ми розуміємо ад'ювантну терапію як будь-яке додаткове медичне втручання, що підсилює основне лікування.

Чому сьогодні знову говорять про комплементарну медицину?

Питання про дієтичні добавки, альтернативні підходи та ад'ювантну терапію не виникає «з нічого». Це не данина моді, а відповідь на реальні клінічні та соціальні тенденції. Зокрема, дані масштабного опитування, проведеного в США, показали: 75% населення застосовували хоча б одну з форм комплементарної та альтернативної медицини, 62% – упродовж останнього року, а 55% – у поєднанні з традиційними підходами. Найчастіше ці методи використовували для полегшення болю при хронічних захворюваннях, тобто саме там, де пацієнт очікує на довготривалий контроль, м'яку дію та високу якість життя (Barnes P.M. et al., 2004).

І якщо здається, що до таких методів вдаються переважно люди з низьким рівнем освіти чи доходу, то це міф. Портрет сучасного користувача комплементарної медицини виглядає інакше: частіше це жінка (60% проти 42% чоловіків), яка не курить (53% проти 46%), має вищий рівень доходу і, головне, хоче бути відповідальною за своє здоров'я (60%) та обирає комплексний підхід до його збереження (56%). Водночас майже 70% таких пацієнтів не повідомляють про це лікарю, що вказує на низький комплаєнс і ризик «розриву» між медичною стратегією лікаря та реальними діями пацієнта (Koning M. et al., 2013).

А як щодо України? Опитування громадської думки, проведене SocioStream у березні 2018 року, підтвердило: прихильників народної медицини в нашій країні багато, особливо серед осіб віком понад 45 років. Тобто йдеться про велику і надзвичайно важливу категорію пацієнтів, яка заслуговує на увагу та залучення в діалог.

І на щастя, світова медична спільнота на це реагує. Наприклад, Британське товариство гастроентерології (BSG)

та Всесвітня гастроентерологічна організація (WGO) послідовно підтримують застосування комплементарних підходів – фекальної мікробіотної трансплантації, пробіотиків, пребіотиків, фітотерапії та навіть медичної марихуани – для пацієнтів із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Не залишилася осторонь і відома американська Клініка Мейо, яка додала до своїх головних принципів ще один – «цілісна медицина», наголошуючи на потребі інтегративного бачення пацієнта. Канадське товариство раку (CCS) також підтримує включення дієтичних добавок у комплексне ведення хворих.

Як бачимо, нині ад'ювантна терапія вже давно вийшла за межі альтернативи і стала складовою свідомої, відповідальної медицини – тієї, яка прагне не лишевилікувати хворобу, а й підтримати людину.

Психоемоційна підтримка, оптимізація лікування і не тільки

Ад'ювантна терапія – це не лише спосіб посилити ефективність основного лікування. Вона має глибше значення для пацієнта. Передусім це психологічна підтримка: усвідомлення того, що «я можу щось зробити додатково», знижує тривожність і підвищує віру в контроль над хворобою, а отже, зміцнює прихильність до терапії. Друге – це оптимізація фармакотерапії: багато нутрицевтичних засобів дозволяють зменшити частоту або вираженість побічних ефектів традиційних препаратів, а іноді навіть покращують їхню фармакодинаміку. У підсумку це все означає одне – якість життя пацієнта зростає (Zhang T. et al., 2021).

І як наслідок, відбувається сплеск суспільного інтересу до теми самодопомоги та здорового способу життя. На цьому ґрунті формується цілий пласт нових або «переосмислених» спеціальностей, як-от нутриціологи, дієтологи з інтегративним підходом, превентологи, антиейдж-фахівці. Частина з них має щирі мету допомогти, частина – просто реагує на тренд «займатися собою» в поєднанні з бажанням «менше працювати – більше заробляти». Але в медицині, як і в науці загалом, важливо не лише *що* кажуть, а й *хто* каже і на чому ґрунтуються його твердження.

Саме тому слід розмежовувати справжню професійну підготовку і популізм. У контексті нутриціології в Україні наразі існує єдина академічна база, яка забезпечує відповідну освіту, – Національний університет біоресурсів і природокористування України (м. Київ). У цьому закладі підготовка здійснюється як на базі повної середньої освіти («Нутриціологія здорового харчування»), так і в межах другої вищої освіти («Нутриціологія»). І лише сертифікати, отримані в межах цих програм, мають право вважатися професійно валідними.

Ад'ювантна терапія: між клінічною доцільністю та псевдонауковою практикою

Ад'ювантна терапія може бути потужним інструментом у руках лікаря, однак небезпечним викликом стає її застосування поза межами доказової бази – особливо у випадках, коли пацієнти потрапляють у поле зору так званих спеціалістів превентивної медицини.

Доповідачка навела яскравий приклад консультативного висновку, в якому вже перший діагноз викликає запитання: синдром Жильбера. У 2024 році це вже навіть не діагноз, а радше варіант норми. Але далі – ще цікавіше: ендотоксичне навантаження, алергонавантаження, мітохондріальна дисфункція... і, як іронічно зазначила професор І.Г. Палій, вишенька на торті – вегетосудинна дистонія. Тобто набір формулювань, які не мають належної наукової верифікації або взагалі не визнаються клінічними одиницями у світовій медичній практиці.

Призначення? Чотиринадцять (!) препаратів на 2 місяці, з них два – внутрішньовенні. Без жодної зрозумілої логіки, але з пафосом: «покращити метаболізм», «підтримати організм». І тут

вмикаються всі червоні прапорці: діагнози з недоведеною або спекулятивною етіологією, масивні й несистемні списки добавок, жорсткі дієти, відмова визнавати лабораторні референтні межі з формулюванням «я знаю, що цей аналіз не в нормі».

Такий підхід дискредитує саму ідею саплементации, а головне – ставить під загрозу здоров'я пацієнтів.

Утім, справжня ад'ювантна терапія має потужне клінічне підґрунтя, особливо в гастроентерології. Йдеться про широке коло станів, де така підтримка може бути не просто виправданою, а й бажаною. Наприклад, при кислотозалежних захворюваннях ад'ювантне використання нутрицевтиків ефективно доповнює терапію інгібіторами протонної помпи; у випадках атрофічного гастриту виникає потреба у вітаміні B₁₂, при цeliacії – у додатковому введенні заліза, магнію, цинку, при ферментних ентеропатіях – в ензимних препаратах. У пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника або синдромом подразненого кишечника перспективними вважають куркумін, пребіотики та пробіотики. Зрештою, за таких глобальних викликів, як ожиріння чи метаболічно асоційована стеатотична хвороба печінки, саплементация стає невіддільним компонентом терапевтичного процесу.

Підтвердженням цього є і сучасні європейські рекомендації: приміром, у настановах Європейського товариства клінічного харчування та метаболізму / Об'єднаної європейської гастроентерологічної асоціації (ESPEN/UEG, 2022) щодо ведення пацієнтів із надмірною масою тіла та гастроінтестинальною патологією омега-3 жирні кислоти рекомендовано як складову комплексного підходу поряд із дієтою та помірною фізичною активністю.

Отже, саплементация має бути обґрунтованою, доказовою та індивідуалізованою, інакше вона перетворюється на небезпечну імітацію терапії.

Червоний ферментований рис: доказова альтернатива в зниженні холестерину

Серед нутрицевтиків, які справді заслуговують на окрему увагу, особливе місце посідає червоний ферментований рис – продукт, котрий отримують шляхом ферментації рису (*Oryza sativa*) із використанням дріжджів, зазвичай *Monascus purpureus*. У процесі ферментації утворюються полікетиди – монаколіни, серед яких ключову активність проявляє монаколін К (Cicero A.F.G. et al., 2019).

Механізм дії цього компонента добре відомий і науково підтверджений: монаколіни є зворотними інгібіторами ферменту ГМГ-КоА-редуктази (3-гідрокси-3-метил-глутарил-коензим А редуктази) – того ж, на який впливають статини (Cicero A.F.G. et al., 2017). Отже, червоний ферментований рис діє аналогічно до низьких доз статинів, але водночас має інший профіль безпеки.

Щодо доказів ефективності, то вони, без перебільшення, вражають. Один із найпотужніших метааналізів включив 20 досліджень за участю 6663 пацієнтів, тривалість прийому – від 2 до 24 місяців (Gerald M.C. et al., 2015). Результат: зниження рівня ХС ЛПНЩ у середньому на 1,02 ммоль/л, що відповідає зменшенню на 15-25% – ефект, цілком порівнюваний із дією правастатину 40 мг, симвастатину 10 мг або ловастатину 20 мг. Ба більше, додаткові дані свідчать про покращення ендотеліальної функції, зменшення артеріальної жорсткості та навіть потенціал до зниження ризику серцево-судинних подій у довготривалій перспективі.

Але, мабуть, найголовніше – профіль безпеки. У метааналізі 53 рандомізованих контрольованих досліджень, який охопив 8535 пацієнтів (4437 – червоний ферментований рис, 4303 – контроль), було зафіксовано зниження ризику серйозних небажаних подій, головним чином за рахунок зниження серцево-судинної захворюваності (Fogacci F. et al., 2019). І це за відсутності тих побічних ефектів, які асоціюються з високими дозами статинів.

Не дивно, що сьогодні червоний ферментований рис як елемент ад'ювантної або альтернативної ліпідознижувальної терапії входить до міжнародних клінічних рекомендацій, зокрема Європейського товариства атеросклерозу (EAS), Європейського товариства кардіологів (ESC), Американської колегії кардіології (ACC) тощо.

Атеродіол: сучасна формула для комплексної підтримки ліпідного обміну

Після аналізу наукових даних про ефективність червоного ферментованого рису виникає слушне запитання: чи є в Україні нутрицевтик, що містить цей компонент у дозі з доведеною активністю? Відповідь – так. Це Атеродінол від «Нутрімед», одна капсула якого містить 100 мг екстракту червоного ферментованого рису, що відповідає 3 мг моноаколіну К – клінічно релевантній дозі. Проте цінність Атеродінолу не обмежується лише червоним ферментованим рисом. До його складу також входять екстракт бергамоту (*Citrus bergamia*) 250 мг та 5-метилтетрагідрофолат 0,2 мг. Усі активні компоненти Атеродінолу виготовляються у Франції компанією EUSA Colors SAS – лідером у сфері інгредієнтів для нутрицевтики з бездоганною репутацією якості.

Коли ми чуємо слово «бергамот», мимоволі уявляємо чашку чаю Earl Grey – того самого «англійського сніданку» з виразним цитрусовим ароматом. Саме ефірна олія бергамоту, яку отримують зі шкірки плодів, є головною нотою цього напою. Та якщо в гастрономічній культурі бергамот асоціюється з елегантністю і смаком, то в медицині він постає як повноцінний функціональний компонент, здатний впливати на метаболічне здоров'я пацієнта.

Citrus bergamia – це ендемічна рослина, що росте в унікальних кліматичних умовах Калабрії, регіону на півдні Італії, де поєднання гір, моря та сонця створює ідеальне середовище для її культивування. Фітохімічний профіль бергамоту вирізняється високим вмістом флавоноїдів, глікозидів і поліфенолів, які мають потужну біологічну активність.

Насамперед поліфенольна фракція бергамоту демонструє багатовекторну дію в пацієнтів із метаболічним синдромом. Це підтверджено значним покращенням ліпідного та глікемічного профілю, а також відновленням ендотеліязалежної вазодилатації – одного з ключових параметрів судинної функції. У пацієнтів із метаболічно асоційованою стеатотичною хворобою печінки було виявлено ще один важливий ефект – зменшення печінкового стеатозу, що вказує на гепатопротекторну активність речовини.

Механізм дії поліфенольної фракції бергамоту включає модулювання ключових сигнальних білків, які беруть участь у розвитку метаболічного синдрому, а також зниження оксидативного стресу – факторів, критичних для прогресування кардіометаболічних захворювань (Gliozzi M. et al., 2014). Ці властивості відкривають можливості для використання бергамоту в зниженні серцево-судинного ризику, зокрема в ад'ювантному супроводі пацієнтів із дисліпідемією, гіперглікемією чи ожирінням.

У систематичному огляді, що включав 442 дослідження, було встановлено: екстракт бергамоту сприяє зниженню загального холестерину, ХС ЛПНЩ, тригліцеридів і глюкози, водночас підвищуючи «хороший» холестерин ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) (Lamiquiz-Moneo I. et al., 2019). Також продемонстровано, що поєднання бергамоту з розувастатином або симвастатином підсилює гіполіпідемічний ефект цих статинів (Gliozzi M. et al., 2013). У пацієнтів, які приймали симвастатин у комбінації з бергамотом, спостерігалось досягнення терапевтичних цілей за нижчих доз статину, що має значення для зменшення потенційних побічних ефектів (Campolongo C. et al., 2016).

Щодо важливо, екстракт бергамоту характеризується високим профілем безпеки. Він добре переноситься навіть за тривалого застосування та не асоціюється з клінічно значущими побічними ефектами, що робить його надзвичайно перспективним компонентом для довгострокової саплементації в пацієнтів із кардіометаболічними порушеннями (Banach M. et al., 2018; Angelopoluos N. et al., 2023).

Третім активним компонентом Атеродінолу є 5-метилтетрагідрофолат (5-MTHF) – біологічно активна форма фолієвої кислоти, яка бере участь у численних метаболічних процесах, зокрема в метилюванні гомоцистеїну до метіоніну. Саме завдяки цьому він відіграє ключову роль у зниженні рівня гомоцистеїну в плазмі – добре відомого фактора ризику порушення ендотеліальної функції та прогресування атеросклерозу (Clarke R., Armitage J., 2000).

Однак варто наголосити, що ефекти 5-MTHF не обмежуються лише впливом на гомоцистеїн. Як демонструють дослідження, він чинить прямий позитивний вплив на ендотеліальну функцію навіть у пацієнтів із нормальним рівнем гомоцистеїну (Doshi S.N. et al., 2002). Отже, 5-MTHF слід розглядати як потенційний засіб судинної підтримки, що діє на рівні молекулярної регуляції оксиду азоту – ключового вазодилатора.

Комплексний вплив Атеродінолу як дієтичної добавки було нещодавно оцінено в Україні (Міщенко Л., Матова О., 2024). У відкритому постмаркетинговому дослідженні взяли участь 60 осіб віком $48,1 \pm 0,7$ року, з яких 90% – жінки. У половини

пацієнтів була виявлена надмірна вага або ожиріння 1 ступеня, а в 45% – артеріальна гіпертензія 1 ступеня. Переважна більшість пацієнтів належала до групи низького або помірного серцево-судинного ризику, 13 осіб – до групи високого ризику.

Результати через 3 місяці щоденного прийому Атеродінолу виявилися надзвичайно обнадійливими:

- зниження загального холестерину на 8,1%;
- зниження ХС ЛПНЩ на 14,3%;
- зниження ХС не-ЛПВЩ на 12,5%;
- підвищення ХС ЛПВЩ на 7,1%.

Отже, Атеродіол продемонстрував виражену ліпідознижувальну ефективність, яка є особливо цінною для пацієнтів із комплексним метаболічним навантаженням – надмірною вагою, гіпертензією, низькою фізичною активністю. Водночас, за рахунок високої переносимості та мультикомпонентної дії, він може стати раціональним компонентом персоналізованого підходу до зниження серцево-судинного ризику.

Комбінація компонентів формує унікальну концепцію Атеродіолу як засобу для природного контролю холестерину – без фармакологічного тиску, але з доведеною ефективністю.

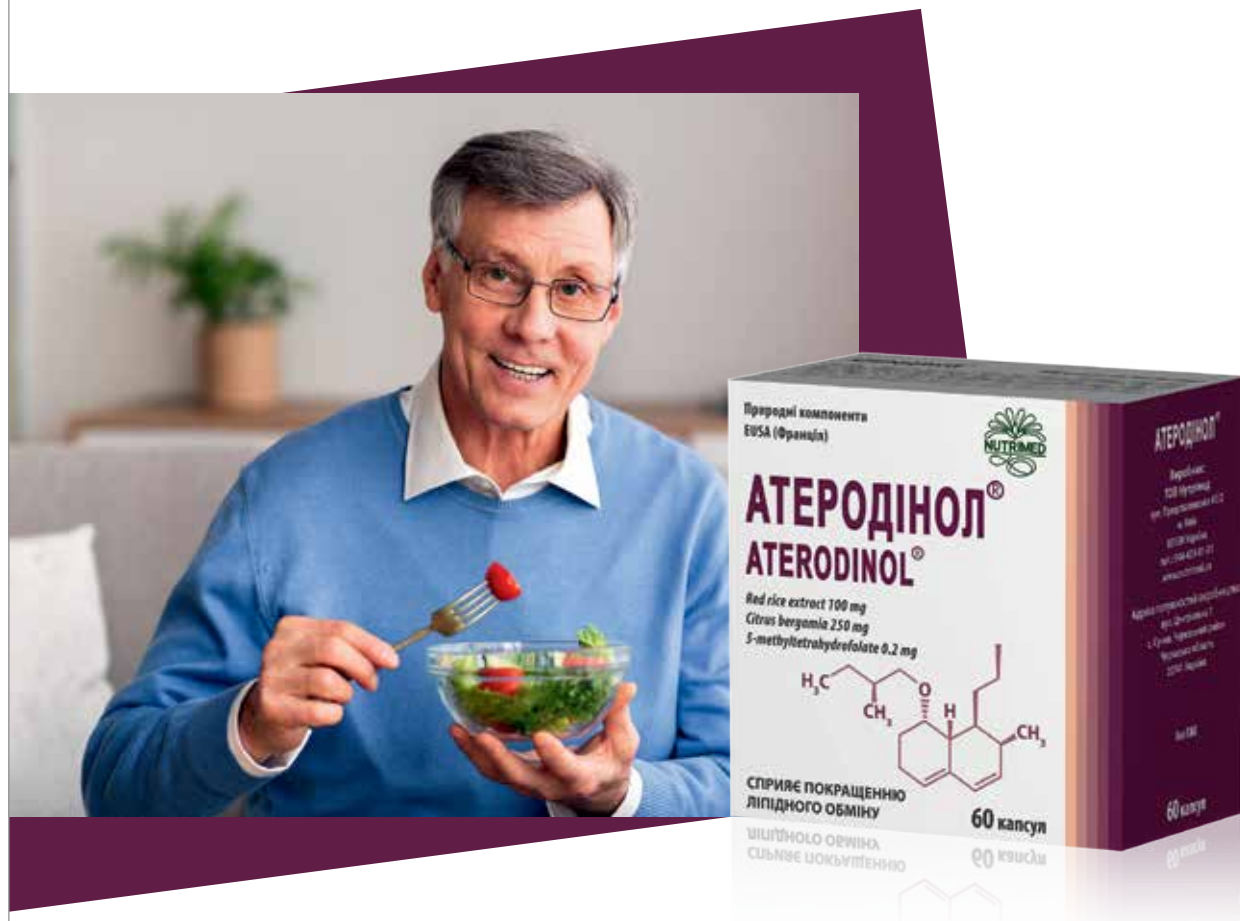
Як наголошував Парацельс, «лише доза робить речовину ліками чи отрутою».

Іноді саме помірна, природна підтримка дозволяє організму відновити внутрішній баланс, особливо коли йдеться про довготривале лікування чи саплементацию.

Підготував **Олексій Терещенко**

АТЕРОДИНОЛ®

ПРИРОДНИЙ КОНТРОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНУ



**ДОДАТКОВЕ ДЖЕРЕЛО БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ
(МОНОКАЛІНУ К ТА ФОЛАТУ), З МЕТОЮ НОРМАЛІЗАЦІЇ:**

- ✓ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ
- ✓ РІВНІВ ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ
- ✓ ЛІПОПРОТЕЇНІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ
- ✓ ТРИГЛІЦЕРИДІВ ПРИ ЇХ ПІДВИЩЕНИХ КОНЦЕНТРАЦІЯХ У ПЛАЗМІ КРОВІ

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.

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

ТОВ НУТРИМЕД ■ вул. ПРЕДСЛАВИНСЬКА, 43/2 ■ 03150 Київ ■ УКРАЇНА ■ Т 044 4540101 ■ [INFO@NUTRIMED.UA](mailto:info@nutrimed.ua) ■ WWW.NUTRIMED.UA