بررسی اثرات آنتی اکسیدانی \textit{Semelil} (انگیز پارس) در بیماران دیابتی؛
یک کارآزمایی بالینی دوسکور

محیوبه همت‌آبادی، سهیل بهشتی‌خواهی، محمد عبداللهی، رامین حشم‌ت، غزل خوش‌چنگ، ایمان عظیمی‌پور، بابک لاپیجیان

چکیده

مقدمه: دیابت نوع ۲، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مریم در جهان و همراه با عوارض متعددی می‌باشد که تنها برای بیماری ناتوان کننده و مراحل است. بلکه با رقابتی را بر سیستم سلامت جامع وارد می‌کند. یکی از اسازوکارهای مطرح در ایجاد عوارض دیابت، عدم تعادل بین عوامل اکسیدان و آنتی اکسیدان در بدن می‌باشد و مطالعات متعددی جهت تصحیح این تفاوت در این فاصله، و در نهایت کاهش عوارض مزمن انجام گرفته‌اند.

روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی دوسوسکور، 61 بیمار مبتلا به دیابت که تحت داروهای خوراکی کاهنده قندخون بودند به دو گروه تحقیمی و آنتی اکسیدانی ایندکس (انگیز پارس) از 	extit{Semelil} به دو گروه تحقیمی در داروها ۳ ماهه و یک داروی دیابتی می‌باشد. در مقایسه با دارونیا مورد استفاده قرار گرفت. بررسی‌های آزمایش‌گاهی به ۳ ماه پس از داروها شامل شمارش کامل خون، فندخون ناشتا، پروتئین خون و انسولین ناشتا، بررسی کاردکه، کلیولو، همبلا و فیبرین تاکسین و مراحل انجام داد. در انجام‌هایی که از بیماری آزمایش‌گاهی HS-CP, CRP, TNF-α و هموسیتنان انجام شد. و در نتیجه آنتی اکسیدانی نام، پراکسیداسیون چربی، اندره‌کریزی دنرکوسی گلوتئین و گروه‌های کربنیل سرم از ارسال قرار گرفت.

پایان‌ها: به چه تغییر در سطوح دنرکوسی گلوتئین (P<0.05) پس از مصرف آنتی پارس تغییر معنی‌داری در سایر پارامترهای التهابی و اکسیداسیو مورد پرسی روی نمی‌گذراند.

نتیجه‌گیری: سازوکارهایی باعث بیش از آنتی اکسیدانی در بهبود زخم‌های دیابتی ناشی از آنتی پارس دخالت دارند.

واژگان کلیدی: دیابت، آنتی پارس، آنتی اکسیدانی \textit{Semelil}.

نتسه: انجام گفته‌ای این مقاله، در مجله‌داور دوره 17 شماره ۱ تابستان 2009 به جای رسمی است.

مقامه

دیابت از شایع‌ترین بیماری‌های مانوژنیک در سراسر جهان می‌باشد. در دیابت نوع ۲ یا دیابت غیروراسته یا نوع متوسط، علل مختلفی برای اختلال در هوموژنیته می‌شوند. هم در دیابت نوع ۱ و هم نوع ۲ استرس آکسیداتوی به شکل واضحی افراز می‌باشد. [۱] استرس آکسیداتوی، ناشی از عدم توانایی تولید رادیکال‌های آزاد اکسیژن در دیابت نشان داده شده است. [۲] عوامل متعددی در افراز رادیکال‌های آزادی اکسیژن در دیابت نقش دارند که از جمله آنها سطح بالای قندخون است. این نتایج با ساوركاره‌ای مختل شده است. [۳]

روش‌ها

افراد مورد مطالعه

در مطالعه ۲۱۶۸ بیمار که برای میانگین سال‌های ۵۳ ساله از مردان و زنان ۲۰ تا ۷۰ ساله به دیابت نوع ۲ تحت درمان بوده و در کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی تهران تحت درمان بودند، در یک فاز آزمایشی از ۶ ماه (از مهر ماه ۱۳۹۷ تا آبان ماه) وارد این طرح شدند. پس از انتخاب بیماران به تمام آن‌ها اطلاعات جامعی از مورد مطالعه داده شد و نرم‌افزار بانک داده‌های سازمان سازمانهای بهینه کسب شد. یکی از این مطالعه به تأبیه کمیته‌های اخلاقی در مرکز تحقیقات خدمات و بیمارستان‌هایWHO می‌باشد.

مطالعه دانشجویان علوم پزشکی تهران رشید. بیمارستان که وارد طرح شده بود، شامل مردان و زنان ۲۰ تا ۷۰ ساله مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت درمان بوده و در کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی تهران تحت درمان بودند، در یک فاز آزمایشی از ۶ ماه (از مهر ماه ۱۳۹۷ تا آبان ماه) وارد این طرح شدند. پس از انتخاب بیماران به تمام آن‌ها اطلاعات جامعی از مورد مطالعه داده شد و نرم‌افزار بانک داده‌های سازمان سازمانهای بهینه کسب شد. یکی از این مطالعه به تأبیه کمیته‌های اخلاقی در مرکز تحقیقات خدمات و بیمارستان‌های WHO می‌باشد.

سنتریک‌های بالینی و آزمایش‌گاهی

در برنامه اولیه، بر پاسخ‌دهی شناسایی اطلاعات فردی، سوابق بیماری‌ها و مصرف داروها جلسه پزشک مجری طرح تکمل شد و معاینات بالینی کامل شامل بررسی دقیق از نظر أدبياتی و مکانیزم‌های اکسیداتیوی بالینی کامل شد.
آزمایش‌های بالینی و آزمایش‌های آزمایشگاهی

1. تغییرات میزان خون خشک پس از تجویز

2. تغییرات باربیترات در متابولیسم

3. تغییرات نسبت تب میکل

4. تغییرات تب میکل

5. تغییرات تب میکل

6. تغییرات تب میکل

7. تغییرات تب میکل

8. تغییرات تب میکل

9. تغییرات تب میکل

10. تغییرات تب میکل

11. تغییرات تب میکل

12. تغییرات تب میکل

13. تغییرات تب میکل

14. تغییرات تب میکل

15. تغییرات تب میکل

16. تغییرات تب میکل

17. تغییرات تب میکل

18. تغییرات تب میکل

19. تغییرات تب میکل

20. تغییرات تب میکل

21. تغییرات تب میکل

22. تغییرات تب میکل

23. تغییرات تب میکل

24. تغییرات تب میکل

25. تغییرات تب میکل

26. تغییرات تب میکل

27. تغییرات تب میکل

28. تغییرات تب میکل

29. تغییرات تب میکل

30. تغییرات تب میکل

31. تغییرات تب میکل

32. تغییرات تب میکل

33. تغییرات تب میکل

34. تغییرات تب میکل

35. تغییرات تب میکل

36. تغییرات تب میکل

37. تغییرات تب میکل

38. تغییرات تب میکل

39. تغییرات تب میکل

40. تغییرات تب میکل

41. تغییرات تب میکل

42. تغییرات تب میکل

43. تغییرات تب میکل

44. تغییرات تب میکل

45. تغییرات تب میکل

46. تغییرات تب میکل

47. تغییرات تب میکل

48. تغییرات تب میکل

49. تغییرات تب میکل

50. تغییرات تب میکل

51. تغییرات تب میکل

52. تغییرات تب میکل

53. تغییرات تب میکل

54. تغییرات تب میکل

55. تغییرات تب میکل

56. تغییرات تب میکل

57. تغییرات تب میکل

58. تغییرات تب میکل

59. تغییرات تب میکل

60. تغییرات تب میکل

61. تغییرات تب میکل

62. تغییرات تب میکل

63. تغییرات تب میکل

64. تغییرات تب میکل

65. تغییرات تب میکل

66. تغییرات تب میکل

67. تغییرات تب میکل

68. تغییرات تب میکل

69. تغییرات تب میکل

70. تغییرات تب میکل

71. تغییرات تب میکل

72. تغییرات تب میکل

73. تغییرات تب میکل

74. تغییرات تب میکل

75. تغییرات تب میکل

76. تغییرات تب میکل

77. تغییرات تب میکل

78. تغییرات تب میکل

79. تغییرات تب میکل

80. تغییرات تب میکل

81. تغییرات تب میکل

82. تغییرات تب میکل

83. تغییرات تب میکل

84. تغییرات تب میکل

85. تغییرات تب میکل

86. تغییرات تب میکل

87. تغییرات تب میکل

88. تغییرات تب میکل

89. تغییرات تب میکل

90. تغییرات تب میکل

91. تغییرات تب میکل

92. تغییرات تب میکل

93. تغییرات تب میکل

94. تغییرات تب میکل

95. تغییرات تب میکل

96. تغییرات تب میکل

97. تغییرات تب میکل

98. تغییرات تب میکل

99. تغییرات تب میکل

100. تغییرات تب میکل
پیش‌بینی‌ها
از 31 بیمار شامل کنده در این مطالعه، 31 بیمار (85%) در گروه دارو و 30 بیمار (82.5%) در گروه دارونشا فرار داشتند. زنان شرکت کننده در گروه دارو 80/2 بودند. در گروه دارونشا 78/7٪ شرکت کننده را تشکیل دادند. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده، مشخصات پایه شامل سن، وزن و طول مدت ابتلا به دیابت در شروع مطالعه در هر دو گروه مشابه بوده و تفاوت‌های واضحی از نظر آماری وجود نداشت.

WBC پارامترهای هم‌تولیدی شامل هموگلوین، پلاکت و TNF-α، HS-CRP و یافته‌های بیوشیمیایی همراه یا انسبالن IR و HOMA-IR فیل و پیش از 3 ماه از دمای در جدول ۲ نشانه‌داده شدند. در شروع مطالعه، تفاوت‌های آماری معنی‌داری بین دو گروه مشروط به سطح تری‌گلیسرید کاهش داشته.

جدول ۱- مشخصات پایه افراد مورد مطالعه در دو گروه دارو و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه دارو</th>
<th>گروه کنترل</th>
<th>پایه (ساب)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td>51±6</td>
<td>51±5</td>
<td>49±8</td>
</tr>
<tr>
<td>طول مدت ابتلا به دیابت</td>
<td>7/6±4/8</td>
<td>7/8±6/7</td>
<td>7/8±6/7</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن اولیه</td>
<td>73/7±11/7</td>
<td>73/7±11/7</td>
<td>73/7±11/7</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه هدیه بدنی (kg/m²)</td>
<td>28/2±3/9</td>
<td>28/2±3/9</td>
<td>28/2±3/9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* فاکتور ارائه شده به شکل میانگین ± انحراف معیار می‌باشد.

تعداد گروه دارو: 31 بیمار دیابت
تعداد گروه کنترل: 30 بیمار دیابت
جدول ۲- میانگین پارامترهای همانتولوزیک و بیوشیمیایی و انتها ی همراه با سطح هموسیستین در گروه دارو و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه دارو قبل از درمان</th>
<th>پس از درمان</th>
<th>گروه کنترل قبل از درمان</th>
<th>پس از درمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد گلوبول های سفید (gr/dl)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>همبروکلین (mg/dl)</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>پلاتک (الکت)</td>
<td>258.8±0.6</td>
<td>258.8±0.6</td>
<td>258.8±0.6</td>
<td>258.8±0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>قند ناشتا (mg/dl)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید (mg/dl)</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول (mg/L)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>کراتینین (µmol/l)</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>(IU/L) AST</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>(IU/L) ALT</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>TNFα (pg/ml)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP (mg/l)</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
<td>12.9±0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>موسمیستین (µmol/l)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>HOMA - IR</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳- میانگین پارامترهای استروس اکسیدانی قبل و پس از درمان در گروه دارو و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه دارو قبل از درمان</th>
<th>پس از درمان</th>
<th>گروه کنترل قبل از درمان</th>
<th>پس از درمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TBARS (nmol/ml)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>FRAP (nmol/ml)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>دنیکسی گوتوزین (Pg/ml)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه کربونیل (nmol/ml)</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
<td>165±40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*برای متغیرهایی که منحنی توزیع نرمال نشان دادند مقادیر ارائه شده میانگین جغرافیایی ± انحراف معیار می‌باشد.
† در مقایسه معنی‌دار بود (P<0.05).
‡ تعداد گروه دارو: 31 بیمار دیابتی
§ تعداد گروه کنترل: 30 بیمار دیابتی

*برای پارامترهایی که به علت نداشتن منحنی توزیع نرمال مقادیر ارائه شده میانگین جغرافیایی ± انحراف معیار می‌باشد.
* در مقایسه معنی‌دار بود (P<0.05).
بحث

دیابت نوع 2 یک بیماری مزمن و پیشروند همبسته با مقوامت به انسلین و یا کمک به آن می‌باشد. افزایش تولید رادیکالهای آزاد اکسیژن و با نقص در حفظ این عوامل توسط آنتی اکسیدان‌های داخلی، شرایط بی‌پایان می‌کند که استرس اکسیدانی نامیده می‌شود و در ایجاد عوارض مزمن عروقی دایت‌ه، هم از نوع مکروواسکولر و هم از نوع ماکروواسکولر خستگی دارد [15].

آنتی اکسیدان‌های فراوانی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از این ترکیبات می‌توان به بپیام E اشاره کرد که با مقایسه بالا می‌تواند در کاهش استرس اکسیداسیو و احتیاجات عروقی مؤثر باشد [16].

پیشرفت کارآزمایی‌های بالینی که تاکنون انجام شده‌اند، کوتاه مدت بوده، حجم نمونه کمی داشته و فقط بار افزایشی انجام داده و پیشنهاد گردیده است. با مقاله‌ها با مطالعات جست و جویی، کارآزمایی‌های بالینی نتایج متغیر و گیج کننده داشته‌اند. در یک مطالعه پربرنده به نام "Heart Outcome Prevention Evaluation" [17] و بپیام E استفاده شده است، اثرات مفیدی بر عوارض میکروواسکولر در بین از 3000 بیمار دیابت دیت‌ه نشده است [17].

در این مطالعه ما کاهش سطح سطح دندرکس تگنوزین را یافت [17].

3 ماه مصرف آنزیم‌های ملاحظه توصیه می‌کند که برای پارام‌های تغذیه و اکسیدان‌های سالم مورد استفاده قرار گیرد [18].

برای پیشگیری از مصرف خاصی DNA و اکسیدان‌های سالم می‌باشد [18].

در این مطالعه یک ترکیب مؤثر جدید در درمان این دیابت به نام "Melilotus Officinalis" که تاکنون استفاده شده است [19].

نتیجه‌گیری مقدار کافی منش‌شته‌های در مورد اثرات آنتی اکسیدان‌های ترکیبات می‌باشد و تجربی بوده است [20].

در کاهش اکسیداسیون مولکولی در کاهش استرس اکسیداسیو در تولیدی که قدرت بالایی دارد و نتایج تازه‌ای جدید و ممکن است نتایج مهمی در کاهش استرس اکسیداسیو با کارآزمایی در رفت‌درهای دیابت شده است [21].

مطالعه پیش‌برنده در کاهش عوارض عروقی برای دیابت دیت‌ه است [22].

آنچه از پیش‌برنده در کاهش
ملاحظات


Mأخذ


