

Effect of curcumin supplementation on risk factors of cardiovascular disease in patient with type 2 diabetes

Mahsa Adibian¹, Homa Hodaie¹, Mehdi Hedayati², Golbon Sohrab^{1*}

1. Department of Clinical Nutrition and Dietetics, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Cellular-Molecular Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received: 2016/12/04 Accept: 2017/04/19)

Abstract

Background: Cardiovascular disease is common in patients with diabetes. Hyperlipidemia and hypertension are major risk factors for development of cardiovascular disease. Curcumin (pigment in turmeric) has antioxidant and anti-atherosclerotic properties. This study was designed to indicate the effects of curcumin supplementation on risk factors of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: In this double-blind randomized clinical trial, 44 patients aging 40-70 with type 2 diabetes randomly assigned to curcumin (n=21) or placebo group (n=23). Patients consumed either 1500 mg curcumin or placebo daily for 10 weeks. A sample of 10 ml blood was collected from each patient after 12- to 14-hour fasting at baseline and the end of the study. Serum concentrations of triglyceride, total cholesterol, LDL-C, and HDL-C were determined. A questionnaire of general characteristics and a 2-day dietary recall (At the start, middle and end of the study) were completed by face to face interview. Anthropometric measurements and blood pressure were measured at baseline and at the end of the study. Data were analyzed using SPSS 22 software.

Findings: Nutrients and fiber intake, drug intake and physical activity of patients did not change during study. At the end of the study, the mean serum concentration of triglyceride decreased in curcumin group compared to baseline (-14.21±30.63). The mean serum concentrations of total cholesterol, LDL-C, HDL-C and blood pressure had no significant changes at the end.

Conclusion: It seems, daily consumption of 1500 mg curcumin over 10 weeks can reduce serum concentration of triglyceride in the curcumin group compared to the baseline. However, this difference is not significant in placebo group.

Keywords: Curcumin, Turmeric, Type 2 diabetes, cardiovascular disease, Hyperlipidemia, Hypertension

*Corresponding author: Golbon Sohrab
Email: golbonsohrab@yahoo.com

اثر مصرف مکمل کورکومین بر عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مهسا ادیبیان^۱، هما هدایی^۱، مهدی هدایتی^۲، گلبن سهراب^{۱*}

۱- گروه تغذیه بالینی و رژیم درمانی، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۳۰

چکیده:

سابقه و هدف: بیماری قلبی در افراد مبتلا به دیابت شایع است. افزایش چربی خون و فشار خون بالا از فاکتورهای خطر اصلی در ایجاد آترواسکلروز و بروز بیماریهای قلبی عروقی می باشند. کورکومین (رنگدانه زردچوبه) دارای خواص آنتی اکسیدانی و ضد آترواسکلروزی است. مطالعه حاضر به منظور بررسی اثر کورکومین بر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ صورت گرفته است.

مواد و روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور می باشد. افراد مورد مطالعه ۴۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ (۴۰-۷۰ سال) بودند که به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۲۱ نفر) و شاهد (۲۳ نفر) تقسیم شدند. افراد گروه مداخله روزانه ۳ کپسول ۵۰۰ میلی گرم مکمل کورکومین و افراد گروه شاهد همان مقدار دارونما به مدت ۱۰ هفته دریافت کردند. در ابتدا و انتهای مطالعه از بیماران ۱۰ سی سی خون پس از ۱۲-۱۴ ساعت ناشتایی گرفته شد. چربی های خون شامل تری گلیسرید، کلسترول تام، LDL-C و HDL-C مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه اطلاعات عمومی، یادآمد خوراک ۲ روزه (ابتدا، وسط و انتهای مطالعه) از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد. اندازه گیری های فشار خون و تن سنجی نیز پیش و پس از مداخله انجام شد. آنالیز آماری با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته ها: مواد مغذی دریافتی، نوع داروهای مصرفی و فعالیت بدنی بیماران در طول مطالعه تغییری نداشت. اختلاف آماری معنی داری بین میانگین تری گلیسرید سرم پیش با پس از مداخله در گروه مصرف کننده کورکومین مشاهده شد ($30/63 \pm 14/21$). در مورد سایر متغیرها از جمله کلسترول، LDL-C و HDL-C و همچنین فشار خون در پایان مداخله تغییر معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که مصرف روزانه ۱۵۰۰ میلی گرم کورکومین به مدت ۱۰ هفته منجر به کاهش تری گلیسرید سرم در گروه دریافت کننده کورکومین در مقایسه با ابتدای مطالعه می شود. گرچه این تفاوت در مقایسه با گروه شاهد معنی دار نبود.

واژگان کلیدی: کورکومین، زردچوبه، دیابت نوع ۲، بیماری قلبی عروقی، چربی خون، فشارخون

* نویسنده مسئول: گلبن سهراب

پست الکترونیک: golbonsohrab@yahoo.com

مقدمه:

دیابت نوع ۲ یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک در انسان می باشد که در اثرنقص در ترشح یا عملکرد انسولین و یا هر دو ایجاد می شود (۱). از عوارض دیابت میتوان به بیماری های قلبی- عروقی اشاره کرد که از عوامل مهم خطر برای مرگ و میر این بیماران می باشد (۵-۲). شیوع و مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی-عروقی در افراد مبتلا به دیابت ۸-۲ برابر افراد غیر دیابتی می باشد (۶). فشار خون بالا و تغییر در لیپیدهای خون شامل افزایش LDL کلسترول (عامل اصلی ایجاد پلاک های عروقی)، افزایش تری گلیسرید و کاهش HDL کلسترول در اغلب بیماران مبتلا به دیابت دیده می شود که از عوامل خطر مهم درآترواسکلروز و بیماری های قلبی و عروقی نیز به شمار می آیند (۳، ۴، ۷-۹). حفظ یکپارچگی لایه اندوتلیال با حذف فاکتورهای خطر مربوط به آن به وسیله عوامل کاهنده چربی خون، روینده های رادیکال آزاد و آنتی اکسیدان ها می تواند در بازیابی عملکرد اندوتلیال و کاهش سرعت پیشرفت بیماری موثر باشد (۱۰).

مواد و روشها:

پژوهش حاضر به روش کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور بر روی ۴۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. این مطالعه در Clinical Trial.gov با کد NCT02529969 به ثبت رسید و از جهت رعایت اصول اخلاقی مورد تایید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور قرار گرفت. در این مطالعه نمونه ها با روش نمونه گیری آسان (Convenience Sampling) انتخاب شدند.

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (افراد با قند خون بالای ۱۲۶ میلی گرم درصد) مراجعه کننده به سرای های سلامت منطقه ۲ تهران که دارای پرونده ی فعال بودند، پس از توجیه و اخذ رضایت نامه کتبی برای همکاری در طرح انتخاب شدند. در ابتدای مطالعه سن، جنس، طول مدت ابتلا به دیابت، قد، وزن، داروهای مصرفی و سابقه ی ابتلا به بیماری های مختلف ثبت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مدت ابتلا به دیابت نوع ۲ (۱ تا ۱۰ سال)، سن ۷۰-۴۰ سال، BMI بین ۳۰-۱۸/۵، عدم تزریق انسولین عدم ابتلا به بیماری های کبدی، کلیوی و التهابی و معیارهای خروج از مطالعه: مصرف مکمل های مولتی ویتامین و املاح طی ۳ ماه گذشته، مصرف داروهای گلوکوکورتیکوئیدها، داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی و داروهای گیاهی، تغییر در رژیم غذایی و فعالیت بدنی روزانه بودند. ۵۳ بیمار شرکت کننده در این پژوهش به طور تصادفی در یکی از دو گروه مصرف کننده ی کورکومین و شاهد قرار گرفتند.

جهت تقسیم تصادفی افراد به دو گروه، ابتدا بیماران برحسب جنس دسته بندی گردیدند و گروه دریافت کننده کورکومین با A و گروه دارونما با B مشخص شدند. سپس از جدول مربوط به بلوکهای چهارتایی که ترکیب های بین A و B است، ۱۳ بلوک به طور تصادفی انتخاب شده و این بلوکها پشت سر همدیگر قرار داده شدند. سپس ۵۰ پاکت تهیه شده ودرهر پاکت نام گروه A یا B قرار داده شد، بطوریکه ترتیب پاکتها مانند ترتیب حروف A و B در بلوکهای انتخابی بود. سپس پاکتها به ترتیب باز شده و افراد به گروه A و B اختصاص داده شدند. مطالعه به صورت دو سوکور طراحی شده بود، بدین صورت که محقق و افراد شرکت کننده در مطالعه از نوع مکمل (کورکومین یا دارونما) آگاهی نداشته و نمی دانستند چه کسانی در چه گروهی قرار گرفته اند تمامی مکمل ها مشابه بوده و قابل افتراق نبودند. در این تحقیق، در زمان شروع مطالعه مجموعه قوطی های مربوطه توسط فردی غیر از پژوهشگر به صورت A و B کدگذاری شد، تا عدم اطلاع محقق و بیماران از نوع مکمل های دریافتی توسط هر گروه رعایت شود.

افراد گروه مصرف کننده کورکومین به مدت ۱۰ هفته روزانه ۳ قرص ۵۰۰ میلی گرمی کورکومین و گروه دارونما همین میزان دارونما بعد از وعده های غذایی مصرف کردند. مکمل های کورکومین و دارونمای آنها از

دیابت نوع ۲ یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک در انسان می باشد که در اثرنقص در ترشح یا عملکرد انسولین و یا هر دو ایجاد می شود (۱). از عوارض دیابت میتوان به بیماری های قلبی- عروقی اشاره کرد که از عوامل مهم خطر برای مرگ و میر این بیماران می باشد (۵-۲). شیوع و مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی-عروقی در افراد مبتلا به دیابت ۸-۲ برابر افراد غیر دیابتی می باشد (۶). فشار خون بالا و تغییر در لیپیدهای خون شامل افزایش LDL کلسترول (عامل اصلی ایجاد پلاک های عروقی)، افزایش تری گلیسرید و کاهش HDL کلسترول در اغلب بیماران مبتلا به دیابت دیده می شود که از عوامل خطر مهم درآترواسکلروز و بیماری های قلبی و عروقی نیز به شمار می آیند (۳، ۴، ۷-۹). حفظ یکپارچگی لایه اندوتلیال با حذف فاکتورهای خطر مربوط به آن به وسیله عوامل کاهنده چربی خون، روینده های رادیکال آزاد و آنتی اکسیدان ها می تواند در بازیابی عملکرد اندوتلیال و کاهش سرعت پیشرفت بیماری موثر باشد (۱۰).

کاهش سطح چربی های سرم به واسطه رژیم غذایی یا دارو درمانی با کاهش خطر بیماری های عروقی و عوارض مربوط به آن همراه است (۳). عمده داروهای سنتتیک که برای درمان بیماریهای قلبی استفاده می شوند اثرات جانبی نامطلوبی بر روی قلب و سایر اندام های بدن بر جای می گذارند. گیاهان دارویی به دلیل دارا بودن برخی ترکیبات ویژه از جمله پلی فنل ها، دارای خواص آنتی اکسیدانی بالایی هستند و در سالهای اخیر به علت کم بودن و یا نداشتن اثرات جانبی به عنوان یک رویکرد درمانی، بسیار مورد توجه قرار گرفته اند (۱۱، ۱۰).

کورکومین (Curcumin) یا همان رنگدانه موجود در زردچوبه است که به علت دارا بودن اثرات ضد دیابتی (۱۲) ضدالتهابی و آنتی اکسیدانی در درمان عوارض ناشی از دیابت مورد توجه قرار گرفته است (۳، ۲، ۱۳-۱۵). مطالعات آزمایشگاهی و بالینی بیانگر اثر بخشی کورکومین بر عوارض بیماری دیابت، چربی خون بالا و مهار آترواسکلروز است (۶، ۱۰، ۱۶، ۱۷). نتایج برخی مطالعات بر روی مدل های حیوانی حاکی از آن است که مکمل کورکومین باعث کاهش کلسترول، تری گلیسرید، و افزایش HDL می شود (۳، ۱۸-۲۰). همچنین اثر سودمند کورکومین در کاهش خاصیت آتروژنیک کلسترول و حفظ عملکرد اندوتلیالی از طریق مهار اکسیداسیون LDL و افزایش HDL سرم گزارش شده است (۱۰). مطالعات نشان داده اند که کورکومین باعث افزایش واکنش پذیری عروق می شود و زیست فراهمی نیتریک اکساید را بهبود می بخشد (۲۱). همچنین نتیجه مطالعه انجام شده که اثر پودر زردچوبه بر روی بیماران مبتلا به دیابت را مورد بررسی قرار داده است، نشان داد که زردچوبه در این بیماران باعث کاهش تری گلیسرید و LDL می شود (۲۲). کورکومین همچنین تولید نیتريت از نیتريك اکساید را در صفاق موش مهار می کند و این بیانگر نقش کورکومین در حفظ پاسخ انبساط عروقی نیتريك اکساید می باشد (۱۰).

با توجه به عدم وجود مطالعه بالینی کافی در زمینه بررسی اثر کورکومین در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و با توجه به اثرات سودمند

پس از جمع آوری داده ها، جهت آنالیز اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده گردید. جهت مقایسه متغیرهای کیفی مخدوش کننده (جنسیت، استعمال سیگار، نوع داروهای مصرفی جهت تنظیم گلوکز خون، چربی های خون و همچنین داروهای کاهنده فشارخون) بین دو گروه از آزمون Chi Square استفاده شد. در مورد متغیرهای کمی ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیر ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و در صورت نرمال بودن، جهت مقایسه میانگین ها در هر گروه از آزمون Paired t-test و برای مقایسه میانگین ها بین دو گروه از آزمون independent sample t-test استفاده شد. و در صورتیکه توزیع آنها نرمال نبود، جهت مقایسه میانگین ها در هر گروه از آزمون Wilcoxon و برای مقایسه میانگین ها بین دو گروه از آزمون Mann-Whitney استفاده گردید. جهت بررسی اختلاف میانگین فراسنج های مورد مطالعه با حذف اثر متغیرهای مداخله گر، آزمون آنالیز کوواریانس (Ancova) به کار برده شد. در این مطالعه جهت مقایسه میانگین انرژی دریافتی و اجزاء رژیم غذایی در هر یک از دو گروه مورد مطالعه از آزمون آنالیز واریانس برای داده های تکراری (Analysis of Variance for Repeated Measurements) استفاده شد چرا که در طول مطالعه این متغیرهای مخدوش کننده کمی سه بار اندازه گیری شده بودند. سطح ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در این مطالعه از مجموع ۵۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ شرکت کننده، ۹ بیمار به علت بروز مشکلات گوارشی و عدم تمایل به ادامه همکاری از مطالعه حذف شدند و ۴۴ بیمار شامل ۲۱ بیمار در گروه دریافت کننده کورکومین و ۲۳ بیمار در گروه دریافت کننده دارونما مورد بررسی قرار گرفتند (نمودار ۱). مشخصات عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد مطالعه در جدول ۱ نمایش داده شده است. دو گروه از نظر میانگین سن، جنس، وزن، BMI و نوع داروهای مصرفی در شروع مطالعه تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. همچنین میانگین مواد مغذی، فیبر دریافتی و فعالیت بدنی بیماران در ابتدا و انتهای مطالعه تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد (جدول ۲). آنالیز آماری داده ها نشان داد که میانگین سطح سرمی تری گلیسرید خون در گروه دریافت کننده کورکومین بعد از ۱۰ هفته در مقایسه با شروع مطالعه به طور معنی داری کاهش یافته است ($p=0/03$). اما میانگین سطح سرمی تری گلیسرید خون در گروه دریافت کننده کورکومین در مقایسه با دارونما بعد از ۱۰ هفته تغییر معنی داری نداشت. سطح سرمی کلسترول، LDL-C، HDL-C بین دو گروه قبل و در پایان مطالعه تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد. همچنین اختلاف آماری معنی داری بین میانگین فشار خون سیستولی و دیاستولی پیش با پس از مداخله در گروه مصرف کننده کورکومین مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

بحث:

در مطالعه حاضر، تجویز ۱۵۰۰ میلی گرم در روز مکمل کورکومین به مدت ۱۰ هفته به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، سطح سرمی تری گلیسرید را در افراد تحت مداخله در مقایسه با ابتدای مطالعه به طور معنی

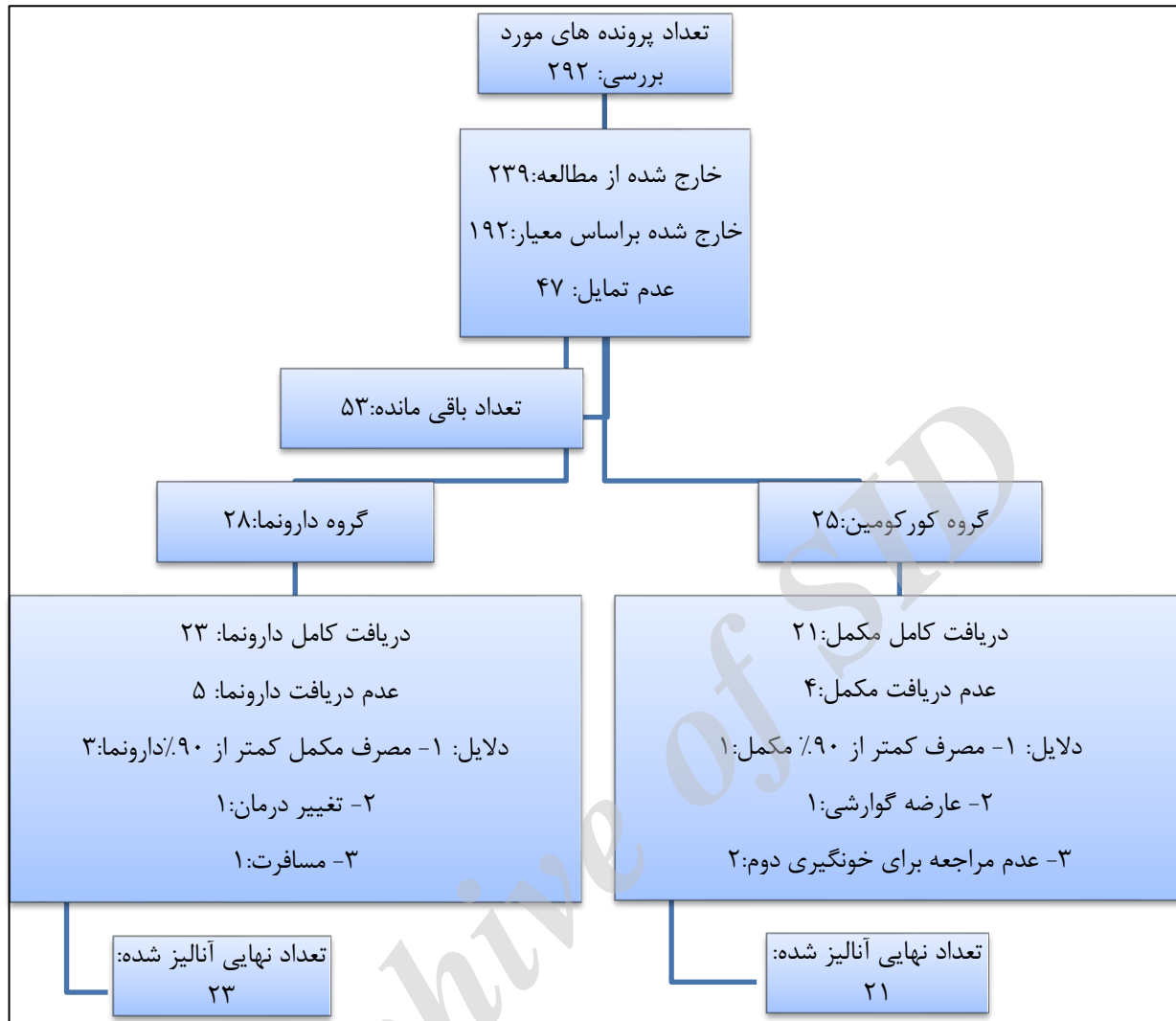
شرکت Arjuna Natural Extract Ltd کشور هند تامین شد. هر کپسول ۵۰۰ میلی گرمی کورکومین حاوی ۴۴۰ میلی گرم از انواع کورکومینوئیدها (۳۴۷ mg کورکومین، ۸۴ میلی گرم دمتوکسی کورکومین و ۹ میلی گرم بیس دمتوکسی کورکومین) و ۳۸ میلی گرم روغن فرار زردچوبه و کپسول دارونما که از نظر ویژگی های ظاهری و بسته بندی کاملاً مشابه کپسول کورکومین بوده حاوی ۴۴۴ میلی گرم آرد برنج پخته بود. آموزش های لازم به بیماران قبل از انجام مطالعه داده شد تا از هر گونه تغییر در داروهای مصرفی، رژیم غذایی، فعالیت بدنی و شیوه زندگی جلوگیری شود. در صورت بروز هرگونه تغییری بیماران از مطالعه خارج شدند.

پرسشنامه های مربوط به اطلاعات عمومی، یادآمد خوراک ۲ روزه از طریق مصاحبه ای حضوری تکمیل شد. وزن و قد با استفاده از ترازوی دارای قدسنج سکا با حداقل پوشش و بدون کفش، به ترتیب با دقت ۱۰۰ گرم و ۰/۵ سانتی متر، اندازه گیری شد. نمایه توده ی بدن (BMI) از رابطه (وزن به کیلوگرم تقسیم بر توان دوم قد به متر) محاسبه شد. هم چنین اندازه گیری فشار خون سیستولی و دیاستولی با استفاده از فشارسنج جیوه ای در بازوی راست پس از ۵ دقیقه استراحت، در وضعیت نشسته و با دقت ۲ mmHg دو نوبت اندازه گیری شدند. فشارخون دیاستولی با استفاده از پنجمین صدای کروتوکوف اندازه گیری شد. فردی که فشارخون افراد را اندازه گیری می کرد از گروه بندی نمونه ها اطلاعی نداشت.

پیگیری بیماران به منظور کنترل آنها از نظر مصرف مکمل و دارونما و جلوگیری از ریزش نمونه ها هر ۱۵ روز یکبار از طریق تماس تلفنی با بیماران صورت گرفت. همچنین جهت کنترل مصرف از بیماران خواسته شد که در مراجعه دوم قوطی های باقیمانده کپسول را همراه بیاورند. در صورتیکه بیماری کمتر از ۹۰ درصد کپسول ها را مصرف کرده بود از مطالعه کنار گذاشته شد. میزان پذیرش بیماران نسبت به مداخله ۹۰ درصد بوده است. به منظور بررسی عوامل مداخله گر رژیم غذایی شامل مقدار دریافت انرژی، کربوهیدرات، فیبر، پروتئین، چربی تام، کلسترول، اسیدهای چرب اشباع، اسیدهای چرب غیراشباع MUFA و PUFA، ویتامین E، C و سلنیوم در شروع، وسط و پایان مداخله پرسشنامه ای یادآمد خوراک ۲ روزه از طریق مصاحبه تکمیل گردید و تحلیل آن با استفاده از نرم افزار Nutritionist 4 صورت گرفت.

در شروع و پس از پایان مداخله از افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۰ سی سی خون بعد از ۱۲ تا ۱۴ ساعت ناشتایی گرفته شد. یک میلی لیتر از خون گرفته شده به یک میکروتیوب یک میلی لیتری حاوی ماده ضد انعقاد EDTA منتقل گردید. همچنین ۹ میلی لیتر خون باقیمانده جهت جداسازی سرم به مدت ۱۰ دقیقه با سرعت ۴۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفیوژ گردید. سپس از نمونه های خون حاوی EDTA و سرم جدا شده پس از انتقال به میکروتیوب تا زمان انجام آزمایشات در فریزر -۸۰ درجه سانتی-گراد نگهداری گردیدند.

غلظت تریگلیسرید، کلسترول تام، HDL-C به روش رنگ سنجی آنزیمی و با استفاده از کیت های شرکت Zellbio آلمان اندازه گیری شد. غلظت LDL-C نیز از طریق محاسبه به دست آمد.



نمودار ۱. نمودار نمونه گیری و خروج افراد در هر مرحله.

انجام شد، نشان داد کورکومین باعث کاهش استرس اکسیداتیو و پراکسیداسیون لیپیدی می شود و تشکیل لایه ی چربی در عروق را تضعیف می کند (۲۴). نتایج یک مطالعه در ارتباط با تاثیر مصرف مکمل کورکومین بر بیماریهای عروق کرونر نیز کاهش معنی داری را در غلظت تری گلیسرید پلاسما در گروه مصرف کننده کورکومین در مقایسه با گروه پلاسبو نشان می دهد (۲۳) که با نتیجه به دست آمده از مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

در مطالعه ای که توسط Baum و همکاران در سال ۲۰۰۷ بر روی افراد سالم صورت گرفت، مصرف ۱ و ۴ گرم در روز کورکومین به مدت ۶ ماه هیچ گونه تغییر معناداری در سطح فراسنج های لیپیدی خون نشان نداد (۲۵). برای توجیه نتیجه این مطالعه علاوه بر کم بودن حجم نمونه می توان گفت احتمالاً مکمل کورکومین در افراد سالم که به طور طبیعی سطح قند و چربیهای خون طبیعی دارند اثری بر موارد مذکور ندارد.

دار کاهش داد، لیکن اثر معنی داری بر سطح سایر فراسنج های لیپیدی شامل کلسترول تام، کلسترول LDL و کلسترول HDL نداشت. فرضیه ما در ارتباط با کاهش سطح تری گلیسرید سرم در داخل گروه پذیرفته و در سایر موارد رد می شود. دیابت به طور معمول با دیس لیپیدی اترورژنیک مرتبط است و بیماران مبتلا به آن در معرض خطر بالای آتروسکلروز و بیماریهای قلبی عروقی قرار دارند (۲۳). افزایش سطح کلسترول و LDL-C سرم فاکتور خطر اولیه آتروسکلروز و فشار خون بالا محسوب می شوند (۱۰).

مطالعات متعددی به بررسی اثر مصرف مکمل کورکومین در بیماری های قلبی عروقی پرداخته اند که نتایج برخی از آنها با مطالعه حاضر همسو و برخی در تناقض است. نتایج برخی مطالعات بیانگر خاصیت آنتی-آترواسکلروتیک کورکومین می باشد (۶، ۲۳، ۲۴). مطالعه ای که توسط Quiles و همکاران بر روی خرگوش های تغذیه شده با رژیم آتروژنیک

جدول ۱. مشخصات عمومی افراد در گروه‌های مورد مطالعه در ابتدای مطالعه

P-value	کور کومین (n=21)	دارونما (n=23)	گروه	پارامتر
۰/۰۹	۵۷±۸	۶۰±۷		سن (سال)
۰/۲۲	۱۳ (%۶۱/۹) ۸ (%۳۸/۱)	۹ (%۳۹/۱) ۱۴ (%۶۰/۹)	مرد زن	جنس تعداد (درصد)
۰/۳۲	۷۷/۸۰ ± ۱۳/۳۸	۷۴/۰۴ ± ۱۱/۹۵		وزن (kg)
۰/۳۳	۲۹/۲۰ ± ۳/۷۶	۲۸/۲۷ ± ۲/۵۴		نمایه توده بدنی (kg/m ²)
۰/۷۹	۹۴/۶۱±۵۵/۸۸	۱۰۰/۹۵±۹۵/۵۶		طول مدت ابتلا به دیابت (ماه)
۰/۴۴	۱۷ (%۸۱) ۴ (%۱۹)	۲۰ (%۸۷) ۳ (%۱۳)	غیرسیگاری سیگاری	استعمال سیگار تعداد (درصد)
۰/۸۷	۱۹ (%۹۰/۵) ۲ (%۹/۵)	۱۹ (%۸۲/۶) ۴ (%۱۷/۴)	بله خیر	مصرف داروهای کاهنده قند خون تعداد (درصد)
۰/۶۲	۱۰ (%۴۷/۶) ۱۱ (%۵۲/۴)	۱۲ (%۵۲/۲) ۱۱ (%۴۷/۸)	بله خیر	مصرف داروهای کاهنده چربی خون تعداد (درصد)
۰/۵۸	۱۴ (%۶۶/۷) ۷ (%۳۳/۳)	۱۵ (%۶۵/۲) ۸ (%۳۴/۸)	بله خیر	مصرف داروهای کاهنده فشار خون تعداد (درصد)

داده ها در جدول فوق به صورت (میانگین±انحراف معیار) یا تعداد (%) بیان شده است
P-value مقایسه ی بین گروهها (آزمون T مستقل یا کای اسکوئر)

پژوهشی که در سال ۲۰۰۵ توسط Zahid به منظور بررسی اثر مکملیاری با زردچوبه و سیر بر روی فاکتور خطر بیماری قلبی - عروقی صورت گرفت. موش ها در ۵ گروه کنترل و تحت رژیم با کلسترول بالا و ترکیب زردچوبه و سیر در دوزهای مختلف قرار گرفتند. در موش های مکمل یاری شده با زردچوبه و سیر پروفایل لیپیدی را به میزان نرمال برگردانده و سطح LDL خون به طور معنی دار نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. نسبت HDL/LDL به طور قابل توجهی افزایش یافت. همچنین ترکیب این دو منجر به کاهش معنی دار نسبت total chol/HDL-C شد که خود بیانگر ویژگی atheroprotective این گیاهان می باشد. کاهش معنی داری در فشار خون دیاستولی موش های مکملیاری شده با زردچوبه و سیر نسبت به موش های با کلسترول بالا و بدون مکمل مشاهده شد (۱۰). در رابطه با مکانیسم کاهش کلسترول به وسیله کور کومین یک فرضیه مطرح در مطالعات حیوانی این است که کور کومین با مهار جذب کلسترول رژیم از افزایش سطح سرمی کلسترول جلوگیری می کند (۲۶).

Chuengsamarn و همکارانش در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۳ منتشر شد اثر مکمل کور کومین روی فاکتورهای خطر آترواسکلروز را در ۲۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در یک کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور ۶ ماهه مورد بررسی قرار دادند. گروه مداخله روزانه ۶ کپسول حاوی ۲۵۰ میلی گرم کور کومین و گروه شاهد روزانه ۶ کپسول حاوی ۲۵۰ میلی گرم نشاسته به مدت ۶ ماه مصرف کردند. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه دریافت کننده کور کومین میزان آدیپونکتین افزایش و لپتین کاهش یافت. همچنین کور کومین باعث کاهش تری گلیسیرید، چاقی شکمی، چربی احشایی و چربی کل در مقایسه با گروه شاهد شد (۲۳).

مطالعه ای که توسط Jang و همکاران در سال ۲۰۰۸ بر روی موش هایی با رژیم غذایی پرچرب صورت گرفت، مکمل کور کومین باعث کاهش معنی داری در غلظت اسیدچرب آزاد، TG و کلسترول تام (TC) نسبت به گروه کنترل گردید و سطوح HDL پلاسما و apoA1 افزایش یافت در مطالعه مذکور کور کومین تغییری در سطح LDL ایجاد نکرد (۱۸).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار انرژی و برخی از اجزاء رژیم غذایی در دو گروه مداخله و شاهد

Pvalue (داخل گروهها)	زمان مطالعه			تعداد	گروه	انرژی و ترکیبات رژیم غذایی
	هفته دهم	هفته پنجم	شروع مطالعه			
۰/۲۹	۱۹۷۸±۴۵۸	۱۷۹۱±۵۶۹	۱۹۴۲±۴۸۵	۲۱	مکملدارونما	انرژی (kcal/d)
۰/۱۹	۱۸۰۱±۵۷۸	۱۷۳۶±۵۴۰	۱۸۳۶±۶۸۳	۲۳		
	۰/۲۷	۰/۷۵	۰/۵۶			Pvalue (بین گروهها)
۰/۱۳	۸۲±۲۶	۷۸±۲۳	۷۷±۲۴	۲۱	مکمل دارونما	کل پروتئین (g/d)
۰/۳۹	۷۳±۲۳	۶۸±۲۳	۶۴±۱۸	۲۳		
	۰/۲۳	۰/۱۴	۰/۰۶			Pvalue (بین گروهها)
۰/۱۷	۲۵۴±۷۱	۲۴۰±۷۳	۲۵۷±۷۱	۲۱	مکمل دارونما	کربوهیدرات (g/d)
۰/۲۲	۲۳۵±۸۸	۲۲۴±۸۳	۲۴۷±۱۱۲	۲۳		
	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۷۶			Pvalue (بین گروهها)
۰/۳۵	۲۸±۱۲	۲۶±۱۰	۲۸±۱۱	۲۱	مکمل دارونما	فیبر (g/d)
۰/۵۶	۲۶±۱۱	۲۴±۶	۲۶±۹	۲۳		
	۰/۵۹	۰/۳۱	۰/۵۴			Pvalue (بین گروهها)
۰/۴۳	۷۵±۲۱	۷۳±۱۹	۷۴±۲۴	۲۱	مکمل دارونما	کل چربی (g/d)
۰/۸۴	۶۸±۲۱	۶۸±۱۸	۷۱±۲۸	۲۳		
	۰/۲۴	۰/۳۷	۰/۷۴			Pvalue (بین گروهها)
۰/۹۵	۱۹±۵	۱۸±۵	۲۰±۹	۲۱	مکمل دارونما	اسیدهای چرب اشباع (g/d)
۰/۳۵	۱۹±۱۱	۱۹±۸	۱۹±۹	۲۳		
	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۸۵			Pvalue (بین گروهها)
۰/۶۱	۲۸±۹	۲۷±۷	۲۶±۹	۲۱	مکمل دارونما	اسیدهای چرب MUFA (g/d)
۰/۱۶	۲۵±۷	۲۴±۶	۲۴±۷	۲۳		
	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۴۱			Pvalue (بین گروهها)
۰/۵۱	۲۰±۷	۲۰±۶	۱۷±۶	۲۱	مکمل دارونما	اسیدهای چرب PUFA (g/d)
۰/۶۳	۱۷±۴	۱۶±۶	۱۷±۵	۲۳		
	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۸۹			Pvalue (بین گروهها)
۰/۵۶	۲۴۶±۱۷۴	۲۰۵±۱۰۱	۲۶۰±۱۷۴	۲۱	مکمل دارونما	کلسترول (mg/d)
۰/۳۳	۲۵۰±۱۲۳	۲۱۶±۱۱۴	۲۰۵±۱۱۱	۲۳		
	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۵۱			Pvalue (بین گروهها)
۰/۶۵	۲۳±۹	۲۳±۸	۲۲±۱۰	۲۱	مکمل دارونما	ویتامین E (mg/d)
۰/۴۱	۲۰±۵	۱۹±۸	۲۰±۷	۲۳		
	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۵۹			Pvalue (بین گروهها)
۰/۸۶	۱۴۵±۱۰۵	۱۴۶±۱۰۷	۱۳۵±۹۳	۲۱	مکمل دارونما	ویتامین C (mg/d)
۰/۷۵	۱۱۵±۷۲	۱۰۸±۶۵	۱۱۳±۷۱	۲۳		
	۰/۲۸	۰/۱۷	۰/۴۱			Pvalue (بین گروهها)

هیدروکسیلاز کبدی می‌باشد، که این به نوبه خود سبب مهار سنتز کلسترول از طریق مهار آنزیم HMGCOA ردوکتاز می‌شود (۲۷). آنزیم لیپوپروتئین

مکانیسم احتمالی دیگر کورکومین در بهبود دیس لیپیدی، افزایش کاتابولیسم کلسترول به وسیله افزایش فعالیت آنزیم کلسترول ۷

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروههای مورد مطالعه در شروع و پایان مطالعه

Abbreviations: HDL, high-density lipoprotein; LDL, low-density lipoprotein

P ₂	P ₁	گروه مداخله	P ₁	گروه دارونما	متغیر - زمان
۰/۴۰	۰/۰۳	۱۲۳/۵۷±۳۶/۱۹ ۱۰۹/۳۶±۳۶/۱۰ -۱۴/۲۱±۳۰/۶۳	۰/۷۳	۱۲۶/۳۹±۵۲/۳۲ ۱۲۱/۱۳±۴۴/۲۱ -۵/۲۶±۳۶/۶۷	تری گلیسرید (mg/dl) ابتدای مطالعه انتهای مطالعه تغییرات
۰/۹۳	۰/۳۸	۱۶۷/۰۹±۳۳/۹۴ ۱۶۲/۷۱±۳۸/۹۳ -۴/۳۸±۲۲/۳۵	۰/۴۴	۱۷۹/۸۲±۴۷/۲۹ ۱۷۴/۷۸±۴۷/۸۷ -۵/۰۴±۳۱/۰۶	کلسترول تام (mg/dl) ابتدای مطالعه انتهای مطالعه تغییرات
۰/۶۵	۰/۴۳	۱۱۱/۸۰±۳۱/۱۷ ۱۰۸/۱۰±۳۵/۶۱ -۳/۷۰±۲۱/۴۸	۰/۳۰	۱۲۵/۱۷±۴۴/۵۶ ۱۱۷/۵۲±۴۷/۰۶ -۷/۶۵±۳۴/۷۵	LDL-کلسترول (mg/dl) ابتدای مطالعه انتهای مطالعه تغییرات
۰/۵۰	۰/۲۶	۲۹/۹۲±۱/۹۲ ۳۰/۲۴±۱/۷۰ ۰/۳۱±۲/۲۲	۰/۰۸	۲۹/۵۰±۱/۷۲ ۳۲/۳۹±۴/۸۱ ۲/۸۹±۵/۳۶	HDL-کلسترول (mg/dl) ابتدای مطالعه انتهای مطالعه تغییرات
۰/۶۲	۰/۹۱	۱۲/۳۳ ± ۲/۰۱ ۱۲/۲۹ ± ۱/۶۶ -۰/۰۳ ± ۱/۶۷	۰/۳۷	۱۲/۲۳ ± ۱/۴۹ ۱۱/۹۷ ± ۱/۶۵ -۰/۲ ± ۱/۴۱	فشار خون سیستولی (mmHg) ابتدای مطالعه انتهای مطالعه تغییرات
۰/۱۳	۰/۵۵	۷/۷۶ ± ۱/۴۱ ۷/۹۰ ± ۱/۲۵ -۰/۱۴ ± ۱/۰۸	۰/۱۲	۷/۵۲ ± ۱/۱۲ ۷/۱۸ ± ۰/۷۶ -۰/۳۳ ± ۱/۰۲	فشار خون دیاستولی (mmHg) ابتدای مطالعه انتهای مطالعه تغییرات

داده ها در جدول فوق به صورت (میانگین ± انحراف معیار) بیان شده است.
P1-values تفاوت در مقایسه با شروع مطالعه در داخل هر گروه (آزمون T زوج یا ویلکاکسون)
P2-values تفاوت میانگین تغییرات بین گروههای مورد مطالعه (آزمون T مستقل یا منویتنی)

کلسترول مشاهده می گردید. علاوه بر این عامل دیگری که ممکن است بر این نتایج تاثیر گذاشته باشد زیست دسترسی پایین کورکومین است و محدودیت اصلی استفاده از آن حل شدن ضعیف و متابولیسم سریع آن است. پایداری و جذب این ترکیب بسیار پایین است و با وجود اثرات بیولوژیک و درمانی امید بخش آن سطح پلاسمایی و بافتی این ترکیب به علت پایداری زیستی پایین، متابولیسم سریع و حذف سیستمیک آن از بدن بسیار پایین است. به نظر می رسد با توجه به طول مدت کوتاه مطالعه و همچنین زیست دسترسی پایین، استفاده از دوز بالاتر کورکومین برای رسیدن به نتایج مطلوب مورد نیاز بوده است. از محدودیتهای مطالعه حاضر عدم امکان اندازه گیری کورکومین سرم برای توجیه این ادعا بود.

در مطالعه حاضر، مصرف مکمل کورکومین در به مدت ۱۰ هفته هیچ تغییری را در فشار خون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ایجاد نکرد و فرضیه ما در مورد فشار خون پذیرفته نمی شود. به نظر می رسد که اگر مطالعه در

لیپاز نقش مهمی در تنظیم سطح تری گلیسرید دارد. بیان شده که کورکومین از طریق کاهش فعالیت این آنزیم منجر به کاهش تری گلیسرید می شود (۱۹).

کورکومین با عث سرکوب فعالیت اسیدچرب سنتاز Fatty acid synthase (FAS) و افزایش فعالیت بتا اکسیداسیون اسیدچرب می شود و همچنین منجر به کاهش ذخیره چربی می گردد و بدین ترتیب از افزایش چربیهای خون جلوگیری می کند (۲۸).

علت عدم تغییر در سطوح سرمی کلسترول تام، LDL-C ، HDL-C را در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات دیگر می توان به حجم کم نمونه در هر گروه و نیز مدت مطالعه نسبت داد. در بین شرکت کنندگان مطالعه حاضر تنها ۵ نفر در گروه مداخله کلسترول خون بالای حد نرمال (۲۰۰ mg/dl) داشتند، شاید اگر این امکان وجود داشت که همه بیماران مبتلا به هیپرکلسترلمی وارد مطالعه می شدند اثر کورکومین در کاهش

شده در اثر آسیب اندوتلیالی در آترواسکلروزیس را مهار می کند (۱۰). کورکومین چندین فاکتور رونویسی (مانند NF-KB) و آنزیم های دخیل در التهاب (مانند MAPK, P38, JNK) را مهار کرده و ترشح و بیان سیتوکین های پیش التهابی از جمله TNF- α را کاهش می دهد. همچنین باعث کاهش پراکسیداسیون لیپیدی و تنظیم افزایشی آنزیم های آنتی اکسیدانی می شود (۳۲, ۳۳).

اثر کورکومین بر کاهش فشار خون از طریق اثر بر عملکرد عروقی و فعالیت آنتی اکسیدانی این فیتوکمیکال اعمال می شود که شامل مهار گونه های واکنش پذیر اکسیژن (ROS)، افزایش زیست فرامی نیتریک-اکساید (NO) و بهبود سیستم دفاعی گلوکوتایون می باشد (۲۱).

در رابطه با اثر مکمل یاری با کورکومین در جلوگیری از عوارض قلبی عروقی دیابت چندین مطالعه صورت گرفته که عمده آن بر روی حیوانات بوده است، مطالعه حاضر از جمله محدود مطالعات انجام شده بر روی بیماران دیابتی بوده است. محدودیت این مطالعه عدم دسترسی به کیت اندازه گیری کورکومین سرم بود. نقطه قوت این مطالعه انجام کارآزمایی بالینی دو سو کور انسانی می باشد با توجه به اینکه پیرین می تواند زیست دسترسی کورکومین را افزایش دهد (۳۲)، انجام مطالعه ای که اثر مکمل یاری توام کورکومین با پیرین را مورد بررسی قرار دهد و همچنین به کارگیری دوزهای مختلف کورکومین جهت تعیین بهترین دوز موثر پیشنهاد می شود. در مجموع، این مطالعه نشان داد که مصرف روزانه ۱۵۰۰ میلی گرم کورکومین به مدت ۱۰ هفته منجر به کاهش تری گلیسرید سرم در گروه دریافت کننده کورکومین در مقایسه با ابتدای مطالعه شد گرچه این تفاوت در مقایسه با گروه شاهد معنی دار نبود.

تشکر و قدردانی:

از انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور به جهت تامین بودجه مورد نیاز این پروژه تحقیقاتی و نیز شرکت Arjuna Natural Extract Ltd برای تامین مکمل های این طرح سپاسگزاری می شود.

منابع:

- Gutierrez VO, Pinheiro CM, Assis RP, Vendramini RC, Pepato MT, Brunetti IL. Curcumin-supplemented yoghurt improves physiological and biochemical markers of experimental diabetes. *Br J Nutr* 2012;108(3):440-448.
- Meng B, Li J, Cao H. Antioxidant and antiinflammatory activities of curcumin on diabetes mellitus and its complications. *Curr Pharm Des* 2013;19(11):2101-2113.
- Pari L, Murugan P. Antihyperlipidemic effect of curcumin and tetrahydrocurcumin in experimental type 2 diabetic rats. *Ren Fail* 2007;29(7): 881-889.
- Karthikesan K, Pari L, Menon VP. Antihyperlipidemic effect of chlorogenic acid and

مدت طولانی تری انجام می شد و همه افراد حاضر در مطالعه مبتلا به فشار خون بالا بودند نتایج بهتری حاصل می شد.

اختلال در عملکرد اندوتلیوم از نشانه های اولیه بیماری قلبی عروقی در بیمارها از جمله دیابت به شمار می رود (۹). مکانیسم پایه آن کاهش زیست فرامی نیتریک اکسید تولید شده توسط اندوتلیوم می باشد یافته های فراوانی مبنی بر اثر محافظت عروقی کورکومین بدست آمده است. نتایج حاکی از آن است که کورکومین تولید نیتریک اکساید و فسفریلاسیون نیتریک اکسید سنتاز اندوتلیومی را بهبود می بخشد در حالیکه بیان رسپتور LDL اکسید شده (LOX-1) و مولکول چسبندگی را سرکوب می کند (۲۱). در مطالعه ای که توسط Nakmareong انجام شد نشان داد که کورکومین و متابولیت اصلی آن تراهییدروکورکومین باعث بهبود در افزایش فشار القا شده توسط (L- N-nitro-L-arginine methyl ester (NAME) در موش می شود. مقاومت عروقی را کاهش داده و واکنش پذیری عروقی را افزایش می دهد. بیان پروتئین نیتریک اکسید سنتاز اندوتلیالی (به ویژه در دوزهای بالا) را بازیابی می کند و منجر به کاهش فشارخون سرخرگی می شود (۲۹).

مطالعه Rungeesantivanon و همکاران در سال ۲۰۱۰ که بر روی موش های دیابتی شده با streptozocin و اختلال عملکردی اندوتلیوم انجام شد نشان داد که مکملیاری با کورکومین در مدت ۶ هفته منجر به بازیابی واکنش پذیری عروق به استیل کولین شد و اختلال عملکرد اندوتلیوم را بهبود بخشید (۳۰).

هایپرگلیسمی در دیابت منجر به تولید بیش از حد ROS از طریق مسیرهای متابولیکی از جمله NADPH اکسیداز (NOX) می گردد. مطالعه انجام شده توسط Wongeaki و همکاران در سال ۲۰۱۴ بر روی موش اظهار می دارد که کورکومین در دوز کم (۳۰۰ mg/kg BW) مانع از تولید زیاد ROS شده، بیان آنزیم NOX2 و مولکول چسبندگی ICAM-1 را کاهش می دهد در نتیجه چسبندگی لوکوسیت را مهار کرده و از التهاب عروق دیابتی جلوگیری می کند (۳۱). همچنین گزارش شده که کورکومین از تجمع پلاکتی جلوگیری می کند و از این طریق فاکتورهای انقباضی آزاد

tetrahydrocurcumin in rats subjected to diabetogenic agents. *ChemBiol Interact* 2010;188(3):643-650.

- Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine* 2015;373(22):2117-2128.
- Zheng B, Yang L, Wen C, Huang X, Xu C, Lee KH, et al. Curcumin analog L3 alleviates diabetic atherosclerosis by multiple effects. *Eur J Pharmacol* 2016;775:22-34.
- Rivera-Mancia S, Lozada-Garcia MC, Pedraza-Chaverri J. Experimental evidence for curcumin and its analogs for management of diabetes mellitus and its associated complications. *Eur J Pharmacol* 2015.
- Kim BH, Lee ES, Choi R, Nawaboot J, Lee MY, Lee EY, et al. Protective Effects of Curcumin on Renal

- Oxidative Stress and Lipid Metabolism in a Rat Model of Type 2 Diabetic Nephropathy. *Yonsei Med J* 2016;57(3):664-673.
9. Tan K, editor *Dyslipidaemia, inflammation and endothelial dysfunction in diabetes mellitus*. International Congress Series; 2004: Elsevier.
 10. Zahid Ashraf M, Hussain ME, Fahim M. Antiatherosclerotic effects of dietary supplementations of garlic and turmeric: Restoration of endothelial function in rats. *Life Sci* 2005;77(8):837-857.
 11. Ali Hussain HE. Hypoglycemic, hypolipidemic and antioxidant properties of combination of Curcumin from *Curcuma longa*, Linn, and partially purified product from *Abroma augusta*, Linn. streptozotocin induced diabetes. *Indian J Clin Biochem* 2002;17(2):33-43.
 12. Zhang Y, Jiang X, Peng K, Chen C, Fu L, Wang Z, et al. Discovery and evaluation of novel anti-inflammatory derivatives of natural bioactive curcumin. *Drug Des Devel Ther* 2014;8:2161-2171.
 13. Zhang DW, Fu M, Gao SH, Liu JL. Curcumin and diabetes: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:636053.
 14. Chuengsamarn S, Rattanamongkolgul S, Luechapudiporn R, Phisalaphong C, Jirawatnotai S. Curcumin extract for prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012;35(11):2121-2127.
 15. Calabrese V, Bates TE, Mancuso C, Cornelius C, Ventimiglia B, Cambria MT, et al. Curcumin and the cellular stress response in free radical-related diseases. *Mol Nutr Food Res* 2008;52(9):1062-1073.
 16. Shin SK, Ha TY, McGregor RA, Choi MS. Long-term curcumin administration protects against atherosclerosis via hepatic regulation of lipoprotein cholesterol metabolism. *Molecular nutrition & food research* 2011;55(12):1829-1840.
 17. Olszanecki R, Jawień J, Gajda M, Mateuszuk L, Gebaska A, Korabiowska M, et al. Effect of curcumin on atherosclerosis in apoE/LDLR-double knockout mice. *Journal of physiology and pharmacology: an official journal of the Polish Physiological Society* 2005;56(4):627-635.
 18. Jang EM, Choi MS, Jung UJ, Kim MJ, Kim HJ, Jeon SM, et al. Beneficial effects of curcumin on hyperlipidemia and insulin resistance in high-fat-fed hamsters. *Metabolism* 2008;57(11):1576-1583.
 19. Babu PS, Srinivasan K. Hypolipidemic action of curcumin, the active principle of turmeric (*Curcuma longa*) in streptozotocin induced diabetic rats. *Mol Cell Biochem* 1997;166(1-2):169-175.
 20. Khurana S, Venkataraman K, Hollingsworth A, Piche M, Tai T. Polyphenols: benefits to the cardiovascular system in health and in aging. *Nutrients* 2013;5(10):3779-3827.
 21. Sahebkar A. Why it is necessary to translate curcumin into clinical practice for the prevention and treatment of metabolic syndrome? *Biofactors* 2013;39(2):197-208.
 22. Adab Z, Eghtesadi S, Vafa M, Heydari I, Shojaei A, Haqqani H, et al. Effect of turmeric on body measurement indices, glycemic condition, and lipid profile in hyperlipidemic patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 2013;8(3):217-227.
 23. Chuengsamarn S, Rattanamongkolgul S, Phonrat B, Tungtrongchitr R, Jirawatnotai S. Reduction of atherogenic risk in patients with type 2 diabetes by curcuminoid extract: a randomized controlled trial. *J Nutr Biochem* 2014;25(2):144-150.
 24. Quiles JL, Mesa MD, Ramirez-Tortosa CL, Aguilera CM, Battino M, Gil A, et al. Curcuma longa extract supplementation reduces oxidative stress and attenuates aortic fatty streak development in rabbits. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2002;22(7):1225-1231.
 25. Baum L, Cheung SK, Mok VC, Lam LC, Leung VP, Hui E, et al. Curcumin effects on blood lipid profile in a 6-month human study. *Pharmacol Res* 2007;56(6):509-514.
 26. Arafa HM. Curcumin attenuates diet-induced hypercholesterolemia in rats. *Med Sci Monit* 2005;11(7):228-234.
 27. Sukandar E, Permana H, Adnyana I, Sigit J, Ilyas R, Hasimun P, et al. Clinical study of turmeric (*Curcuma longa* L.) and garlic (*Allium sativum* L.) extracts as antihyperglycemic and antihyperlipidemic agent in type-2 diabetes-dyslipidemia patients. *IJP-International Journal of Pharmacology* 2010;6(4):456-463.
 28. Shehzad A, Ha T, Subhan F, Lee YS. New mechanisms and the anti-inflammatory role of curcumin in obesity and obesity-related metabolic diseases. *Eur J Nutr* 2011;50(3):151-161.
 29. Nakmareong S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Donpunha W, Kukongviriyapan V, Kongyingyoes B, et al. Antioxidant and vascular protective effects of curcumin and tetrahydrocurcumin in rats with L-NAME-induced hypertension. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 2011;383(5):519-529.
 30. Rungseesantivanon S, Thenchaisri N, Ruangvejvorachai P, Patumraj S. Curcumin supplementation could improve diabetes-induced endothelial dysfunction associated with decreased vascular superoxide production and PKC inhibition. *BMC Complement Altern Med* 2010; 10: 57.
 31. Wongeakin N, Bhattarakosol P, Patumraj S. Molecular mechanisms of curcumin on diabetes-induced endothelial dysfunctions: Txnip, ICAM-1, and NOX2 expressions. *Biomed Res Int* 2014;2014:161346.
 32. Panahi Y, Hosseini MS, Khalili N, Naimi E, Majeed M, Sahebkar A. Antioxidant and anti-inflammatory effects of curcuminoid-piperine combination in subjects with metabolic syndrome: A randomized controlled trial and an updated meta-analysis. *Clin Nutr* 2015;34(6):1101-1108.

Maheshwari RK, Singh AK, Gaddipati J, Simal RC.
Multiple biological activities of curcumin: a short

review. Life sciences 2006;78(18):2081-2087.

Archive of SID