سندرم متابولیک و چاقی

سسان شرقي

چکیده

در سال 1988 انجام ای این سندرم به شکمی Reaven پرفشاری خون، هیپرتی گلیسریدمی، کاهش HDL و مقاومت به انسلوئن هستند با ترکیب‌های مختلف توسط مجامع جهانی برای تشخیص آن برخوردهای مختلفی مانند ACE و EGIR IDF WHO بوده و همین تکنیک را کارآمدی این نظام‌های تشخیصی از بابت قدرت پیش‌انگیه هدیه دو پیام مهم سندرم متابولیک، دیابت و بیماری قلبی، عروقی فرقی‌بازی مانند هم به‌ودهند از بابت توان جراحی نیز کمک می‌شود هم هستند.

براساس هر یک از این میزان‌ها شیوع سندرم متابولیک در همه جا دلیل به‌خصوص در زنان و در گروه‌های سنی بالاتر به شدت روا در افزایش سرطان ممکن که هم‌تراز با توان‌هایی و سایری‌ها را افزایش و شهاده‌های گوناگونی بر روی وی جراحی که به منظور مقاومت به انسلوئن و نقص وسط‌های آماس است.

مطالعات مختلف رابطه‌ای هورمون‌هایی و مقاومت به انسلوئن و نیز افزایش وابسته‌ای آماسی هورمون CRP را با بروز و سندرم متابولیک به خوبی نشان داده‌اند.

سندرم متابولیک نیز از پیام‌های اصلی پیام دیابت و بیماری‌های قلبی- عروقی، بر عهده بسیار بی‌کمالی، آپنیترو، هیپویسیونی و قلبی، سندرم تخمیدان پلی کیستیک و سندرم آنگو هنگام خواب نیز مطرح است.

درمان سندرم متابولیک در واقع درمانی ای که جایی بر روی پرفشاری خون، دیسپلیدمی و چاقی است. در این راستا مطالعات بیماری مبتنی بر رونق ورودهای مختلفی از داروها از جمله برگ‌هایه، تماستیمین، نهادها، آکروپوز، داروهای گروه ARB و ACE.1 و استاتریک‌ها در پیش گیری از پروتئین و بیماری‌های قلبی انجام شده و در حال انجام است.

در هر حال خوش مقدار درمان سندرم متابولیک علیه زندگی در پیش‌گیری عوامل مقاله را و فعالیت‌های بدنی منظم جهت کاهش وزن در صورت بروز نیاز به مصرف دارو کارآمدی‌تر دارو متفاوتی با بوده است. در موارد که چاقی شدید که به روش‌های فوق پاسخ ندهد درمان جراحی کمک کننده خواهد بود.

در سال‌های اخیر شیوه‌های مورد اهمیت تشخیص سندرم متابولیک مطرح شده اما هنوز اهمیت مجمعی این عوامل خطر و لزوم رفع آنها مورد تایید همگانی است.

واژگان کلیدی: سندرم متابولیک، چاقی شکمی، پرفشاری خون، هیپرتی گلیسریدمی، کاهش HDL، مقاومت به انسلوئن

sshargi@tums.ac.ir

شماره تلفن: 33200011

تاریخ دریافت: 1399/02/10

تاریخ درخواست اصلاح: 1399/02/10

یک مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
سندروم متفاوتی به شکل امروزی از ترکیبی از سال 1968 می‌توانسته باشد [1]، امروزه در بیش از 200 گروه در سراسر جهان مطالعه شده است و به عنوان یکی از میانگین‌های ارتباطان در بیماری‌های قلبی–عوارض خونی مطرح می‌شود.

از این‌رو، مطالعات مختلفی از این امر در بررسی‌های مختلف انجام شده است و نتایج آن‌ها نشان داده است که این تفاوت‌ها می‌توانند به شکل‌های مختلفی فعالیت کنند.

به‌طوری‌که در درمان بیماری‌های قلبی و عوارض خونی، می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین جزئیات در درمان بیماری‌های قلبی و عوارض خونی مطرح شود.

دانه‌هایی بانک اطلاوعات مطالعه NHANES که با معماری ATRIP III شروع سندرم تنباکوکی دیابت در آمریکا از ۲۲ درصد سال‌های ۱۹۸۸ و ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۲ افزایش یافته و همچنین به ویژه در زنان رو به افزایش است.

این آمارها به‌دغدغه سنی متغیر بکار رفته‌های نیوده و در دکه‌های بالاتر افزایش پیدا کرده و شروع سندرم تنباکوکی در سال‌های آخر، دیده شده است.

همچنین این آمارها شروع در تعدادی مختلف بکار رفته‌های نیوده است. [۱۸]

مطالعات انجام شده در جوامع اروپایی بر حسب نظام معمایی به‌کار رفته گروه سنی مورد مطالعه و منطقه جغرافیایی مطالعه نهایی به دست ایستاده بوده و روی هم‌رفته و به طور متوسط شروع حدود ۲۴/۰ در کل جوامع اروپایی بر اساس می‌کند [۱۸-۲۱۹].

شروع سندرم تنباکوکی در آسیا در مطالعات موجود بسیار متفاوت بوده و از حدود ۵۵ درصد در مناطقی از ژاپن تا ۹۵ درصد در بخش مناطقی نزدیک گرند است. [۳۷-۷۱۹] و بعد از چند دهه آسیای لاتین براساس تغییرات برقراری‌های موجود در کمپپ چهار درصد مبتلا به این سندرم هستند. [۵۰-۹۱۸]

عوامل کلیدی بر بروز سندرم تنباکوکی تاثیرگذارند که مهم ترین آن‌ها سن و ورزش افزایش. عوامل همچون بروز کلیسپیرید خون در کسانی که به‌دعا مبتلا به دیابت شدهاند در گروه دارای مقاومت به انسلین ۵۰٪ می‌باشد از کسانی بوده که فقط کاهش ترشح انسلین داشته‌اند و در گروه‌های دیابتی مبتلا به دیابت به دیابت افزایش نشدهاند. [۷۱-۷۱۹]

در افراد غیر دیابتی هم مقاومت به انسلین با میزان بروز بیماری‌های قلبی- عروقی مرتبط است چنان که در درصد بالغ‌اند آمریکایی، مبتلا به سندرم تنباکوکی بوده، و این دو در ۹۳ درصد موارد در مورد وجود یا غیبت نشانگان سندرم تنباکوکی یکدیگر هم‌خوانی داشته‌اند. [۷۱-۷۱۹]

شروع تدریجی در افراد و زنان مبتله به افزایش خطر بروز سندرم
لذا جایگاه منبع‌های این واسطه در تنش خیال با درمان AHA سندروم متابولیک، هنوز معلوم نشد و در توصیه‌های گروهی مازیان و نوز به علت عدم قدرت پیش‌بینی کننده آن در مقوله پیش‌بینی اختباری قرار می‌گیرد (92).

ارتباطات دیگر سندروم متابولیک
سندروم متابولیک غیر از آن که به پروز دیابت و بیماری کرونیزی به عنوان دو پایان اصلی ارتباط دارد، مانند خاص صرف می‌تواند با عوارض دیگری همراه باشد که از آن می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: کبد چرب، استئاتوز و سلز، کبدی، کارسینوم هیپوئزیولوژیک و کلاژنژیولوژیک داخل کبدی، بیماری مزمن کلیوپی (CKD) و میکروآلبومیوئری، سندروم تخمدان بیلیستیک، سندروم آنگیا هماک خون، هیپریورسیمی و تقریب شبانی و اختلال شناختی در دماس (103-106).

درمان
از این نگاه سندروم متابولیک مناسب به یک نامش با اجرای تعیین شاخص می‌شود. درمان آن توسط بهترین راه‌ها را را به طور منظم تحت پایه قرار داد.

درمان این اتفاقات گامی متعاقب شروع زندگی در جهت تغذیه سالم فعالیت بدنی منظم و کاهش وزن است. از این‌رو، کاهش کاهش بهترین نتیجه در از آنجا که سندروم متابولیک متعاقب به یک نامش با اجرای تعیین شاخص می‌شود. درمان آن توسط بهترین راه‌ها را را به طور منظم تحت پایه قرار داد.

تا کنون، برخی از مطالعات به همراه با ابزارهای دیابتی نشان داده‌اند که سندروم متابولیک در هر فرد ارتباط مستقیم و وجود دارد (91). سطح PAL-1 در میزان مقاومت به انسولین در افراد مبتلا به سندروم متابولیک دارای برداشت است (90). کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی همیشه هنوز نشان داده نشده است (91).

1 - Finnish Diabetes Prevention Study
2 - Diabetes Prevention Program
1- Diabetes Prevention Program
2- Impaired fasting glucose
بروز دیابت در صورت لزوم یافته درمان دارویی داروی اختلاص است. منفی‌های از طریق مهار تبدیل گلیکوز به گلکز در کبد عمل می‌کند و پاک‌دهی گیرنده‌های انسولین را بهبود می‌بخشند. همچنین این دارو تواند سطح تری‌گلیسرید را حدود 10 درصد کاهش دهد و سطح HDL را نیز افزایش دهد.

توپیس‌های شورتگیر (ATPIII) هدف از این کونه درمانی هم‌اکنون کاهش سطح LDL و تری‌گلیسرید و افزایش سطح HDL است. اهدافی که با استفاده از مطالعاتی همگین قابل دستیابی هستند و لذا این داروها خطر مقدم دیس‌لیپیدمی محسوب می‌شوند.[126-127]

در مطالعه 4S دیده شد که افزایش میلان با سنتدرم متا‌بایک يقولی خطر تری‌گلیسرید و چربی‌های عروقی را در افراد با این داروها نشان داده‌اند.[135] این نتایج مشابه به دست آمده در مطالعه TRIPOD هم دیده شد که سال بعد از مصرف تری‌بیتولزین کاهش بروز دیابت در مقایسه با گروه پلاسیبو 50% بیشتر بوده است.[126] در ادامه این مطالعه تربیتولزین به مان این مطالعه XENODS نتایج مشابه به دست آمده.[127] در مطالعه دیده شد که این مطالعات در مقایسه پلاسیبو 37% بیشتر است.

درمان فشارخون با آزمیختهای ماهک ترین استفاده از داروهای مهارکننده آنزیم (ACE-I) مدل آنتی‌بایسین (ARB) یا برای پیشگیری از بروز دیابت صورت گرفته که این داروها ممکن است باعث بهبود هماهنگی به انسولین و کنترل گلیسریدی می‌شوند. همچنین نشان داده شده که درمان به دست آمده است.[128]

در مورد اثرات درمان هیپرترسیون بر پیشگیری از واقع فشار‌خون و اهداف درمانی در بیماران میلان به سنتدرم متا‌بایک مطالعه و در حال انجام است.[129-131]

برخی پیشنهاد کرده‌اند که مهارکننده‌های آنزیم (ACE-I) مدل‌گذاری‌های مقایسه‌ای نتایج خود درمان هیپرترسیون در زمینه سنتدرم متا‌بایک باشد.[127]

اما نتایج مطالعات در مورد اثر این داروها با مقاومت به انسولین و نیز ارزش آنها برای کاهش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی در بیماران میلان به سنتدرم متا‌بایک بودن عوامل دیگری با دیابت هنوز معلوم نیست.

خلاصه

سنتدرم متا‌بایک مجموعه‌ای از عناوین هم‌سالمتی است که کاهش خطر بروز دیابت و واقع قلبی-عروقی را افزایش می‌دهد. در مورد اهمیت این سنتدرم و نشانگری درمان آن بیس‌های و وجود دارد. این گونه با حفاظت جنوبی‌های مختلفی را در مورد پاژئنتر، گوشه‌های تاریک و نشان داد که کاهش خطر بروز دیابت با تغییر شیوه زندگی تقریباً در برای مفهوم در برای پلاسیبو بود.[132-134] در این مطالعه مهارکننده و سطوح انسولین CRP و TPA-1 دیابت در پان‌های یک سال ۲۵% بیش از پلاسیبو بوده است.[135] در مطالعه STOPP NIDDM دیابت در پان‌های یک سال ۲۵% بیش از پلاسیبو بوده است.[135] در مطالعه روستاییان کاهش بروز دیابت در مقایسه با گروه پلاسیبو ۵۰% بیشتر بوده است.[136] در ادامه این مطالعه به پیش‌بینی نشان داده شده‌است که درمان به دست آمده در مقایسه با پلاسیبو ۳۷% بیشتر است.

استحکام بروز دیابت با کاهش می‌دهه [128].


10. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome.


با رای مثال ممکن است اهمیت چاقی شکمی بیش از

هیپرترا کلیسپریدیمی باشد. به هر تغییر آنچه مورد یکی از اجزا سندروم متابولیک

بررسی حضور یا غیب آن اجرا ضروری است و هر

عامل خطر نیازمند درمان بوده، در مورد بیماران چاقی با

بیماری و عوامل لحاظ نشده در آن، ارزش

پیش آگاهی دهنده، شواهد کافی در مورد اجرا سندروم و

ترتیب های مختلف آنها در افراد غوناگون را مورد سوال

قرار دادهند و بیان داشته اند که درمان مجزایی برای این

تشکیل گزینه دارند. همچنین بیان شده که در تعیین سندروم

متابولیک به هم اجرا وزن یکساتان داده در حالی که

تعداد بیشتری از عوامل خطر درمان نهایی تر با تغییرات

موکد نزهودی در جهت کاهش وزن و احیا ای درمان

دارویی لازم خواهند بود[150-158].

خلاصه


75. Hu, Frank B.; Stampfer, Meir J. MD; Haffner, Steven M. MD; Solomon, Caren G. MD; Willett, Walter C. MD; Manson, JoAnn E. MD. Elevated Risk of Cardiovascular Disease Prior to Clinical Diagnosis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2002; 25(7):1129-1134.

76. Haffner, Steven M. MD; Mykkanen, Leena MD; Festa, Andreas MD; Burke, James P. PhD; Stern, Michael P. MD. Insulin-Resistant Prediabetic Subjects Have More Atherogenic Risk Factors Than Insulin-Sensitive Prediabetic Subjects: Implications for Preventing Coronary Heart Disease During the Prediabetic State. Circulation 2000; 101(9):975-980, March 7, 2000.


127. Xiang AH, Peters RK, Kjos SL, et al. Effect of Pioglitazone on pancreatic cell function and diabetes risk in Hispanic women with...


137. Elissa Lane Miller, CNM, PhD, Angela Mitchell, FNP, ND. Metabolic Syndrome: Screening, Diagnosis, and Management. *J Midwifery Women’s Health* 2006; 51(3) 141-151.


147. Effects of Ramipril and Rosiglitazone on Cardiovascular and Renal Outcomes in People With Impaired Glucose Tolerance or Impaired Fasting Glucose: Results of the Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication (DREAM) trial. The DREAM Trial Investigators Diabetes Care 2008; 31(5):1007-1014.


