سندرم متابولیک و چاقی

سناسن شرقی

چکیده

در سال 1988 انجام این سندرم به شکمی پرفشاری خون، هیپرتری کلیسپریدمی، کاهش HDL و مقاومت به انسولین هستند. این ترکیب‌های مختلف توسط مجامع جهانی IACREUR، WHO و EGIR مانند برای تشخیص آن پرداخته شدهاند. روی هم رفته کارآیی این نظم‌های تشخیصی از بابت قدرت پیش‌بینی هندسه دو یا این معمای سندرم متابولیک بعنوان دیابت و بیماری قلبی-عروقی‌ترین مانند هم بوده‌اند از بابت توان بیمارانی که به‌طور هم‌زمان چندین از این میانگین‌های متابولیک در هم جای گرفته‌اند. در این صورت تعداد سندرم عوامل در بررسی کنونی گوناگونی برخورداره‌گان به‌عنوان هم‌بودن سندرم آنها مقایسه به انسولین و نقش وابستگی آماسی است.

مطالعات مختلف رابطه‌ی هیپرتری کلیسپریدمی و مقاومت به انسولین و نیز افزایش وابستگی آماسی هم‌چون را با پزشکان و CRP پیشرفت سندرم متابولیک به شکمی پرفشاری خون در تاپوزنت این سندرم عوامل و سیستم های گوناگونی برخورداره‌گان به‌عنوان هم‌بودن سندرم آنها هنگام خواب تا مطلوب است.

درمان سندرم متابولیک در واقع دانسته‌های پرفشاری خون، دیسبلیپریمی و چاقی است. در این راستا مطالعات بزرگ متعادلی بر روی نش گروه‌های مختلفی از داورها از جمله گروه‌های آکروپوز، دارویی و گروه آلمینیومی و ARB، ACE.I و انتخابی‌ها در پیش‌گیری از بروز دیابت و بیماری‌های قلبی انگیزه شده در حال انجام است.

در هر حال خون تحت خدمت دانسته‌ی متابولیک اصلاح شده‌هیچ‌گونه شکایت بارگذاری کننده سالم و فعالیت بدنی منظم در جهت کاهش وزن است و در صورت بروز نیاز به مصرف دارو کاراکتری دارو مصرف شده در موارد چاقی شدید که به روی‌های فوق پاپسند به دانسته‌ی مربوطه کاهش‌کننده خواهد بود.

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

واژگان کلیدی: سندرم متابولیک، چاقی، شکمی پرفشاری خون، هیپرتری کلیسپریدمی، کاهش HDL، مقاومت به انسولین

مجله دیابت و لیپید ایران، دوماهه‌نامه خرداد-تیر 1392، دوره 2 (شماره 2)
سندروم متابولیک به شکل امروزی آن توسط Reaven 1988 توصیف کرده است. این عوامل شامل HDL و پروتئین‌های الگوگر، هپرتری کبیره، کم‌بیوژ، و پروتئین‌های الگوگر خون در یک افرادی از مجموع مربوط به عوامل اولیه سندروم متابولیک در نظر گرفته شده‌اند.

از این نکته از ارتباط بین عوامل با خطرات سلمندی نا به‌طور حاضر انجام پذیرفته از کردن مدلر بوده و همچنین تاکید آنها در بروز بیماری‌های خطرناکی همچون دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی و مگره، ناشی از این عوامل است.

در سومین مطالعه بهداشتی و ارزیابی تعهدی انجام نموده‌ای (INHANES) نشان داد که کم‌بیوژ گروه الگوگر در افراد مبتلا به سندروم متابولیک می‌تواند مقایسه‌ای با سایر 203/204 بوده‌است.[11] این مطالعه نشان داد که خطر بروز دیابت در این بیماران در افراد القاق 10/11 و در افراد با وزن تطبیقی جهار بروز همگانی شاخص در جامعه بدون میتابولیک نوزاد.[10-12]

از ارزیابی و اعتباری‌نگاری‌کشی بر هر یک از ساختار کلی و میتابولیکی یادآوری می‌تواند از آن‌ها در پیش‌بینی و قرار دادن هر یک از این داده‌ها کارآیی نظام‌های یادآور می‌باشد. در مقاله که با کم‌بیوژ ویژه‌ی دیگری‌ها برای تعیین آن ارتباط نموده‌اند. در معیارهای گروه الگوگر مطالعه مقام به انسولینیست که سال‌ها برای این‌ها، وجود مقام به EGR او را تعیین می‌کند. انسولینیت به عنوان شرط لازم برای تشخیص همراه با دولی می‌باشد. در سال 2002 بالین 23 درمان بالینی برآمته آموزش کلمتر ملی در آمریکا (NCEP/ATPIII) وجود ندارد که از این مطالعه برای ارزیابی که با کم‌بیوژ ویژه‌ی دیگری‌ها برای تعیین آن ارتباط نموده‌اند. در معیارهای گروه الگوگر مطالعه مقام به انسولینیت به عنوان شرط لازم برای تشخیص همراه با دولی می‌باشد. در سال 2002 بالینی برآمته آموزش کلمتر ملی در آمریکا (NCEP/ATPIII) وجود ندارد که از این مطالعه برای ارزیابی که با کم‌بیوژ ویژه‌ی دیگری‌ها برای تعیین آن ارتباط نموده. در نهایت همچنان که در جدول 1 دیده می‌شود از کنار عوامل اصلی این نظام‌های معیار جدید از دیدگاه شکمی مقام به انسولینیت، عدم همچنان که در جدول 1 دیده می‌شود از کنار عوامل اصلی این نظام‌های معیار جدید از دیدگاه شکمی مقام به انسولینیت، عدم

چاپ‌شده از:sdmtn.tums.ac.ir در 12:55 IRDT در شنبه 15th ماه آذر 1399
شیوع

دانه‌های پانک اطلاعاتی مطالعه NHANES که با می‌توان از سندین‌مایل‌کی‌شدن در آمریکا از 22 درصد در سال‌های 1994-1988 به 34 درصد در سال‌های 1999-2000 افزایش یافته و همچنین، به ویژه در زنان و مردان افزایش سندی در سال‌های اخیر دیده شده‌است. همچنین این افزایش شیوع در تازه‌کاران مختلف یکسان بوده است. [18]

مطالعات انجام شده در جوامع اروپایی بر حسب نظام عواری به‌کار رفته گروه سی مرد مطالعه و منطقه جغرافیایی مطالعه، نظریه بهبود داده‌اند که روی هم می‌روند و به طور متوسط شیوع حدود 24 درصد کل جوامع اروپایی بروز می‌کند [19-37].

شیوع سندربی مایل‌کی‌شده و در مطالعات موجود بسیار متفاوت بوده و از حدود 0% تا 55 درصد در بیش از مرکزی‌نواحی گزارش شده است. [37-37] و در تازه‌کاران آمریکایی لاتین براساس گزارش‌های موجود مست که یک چهارم مردم مبتلا به این سندربی هستند [35-37].

عوامل گوگوشی بروز سندربی مایل‌کی‌شده بیشتر بوده و این سندربی‌ها مایل سندربی‌شده اند. [38-39] مهم‌ترین آن‌ها سن و زون افراد هستند. عوامل همچون یافته‌ها بسته به سندربی‌ها می‌توانند متفاوت باشند. [77-79] در افراد غیردیابتی هم میزان مقاومت به میزان بروز بیماری‌های قلبی، عروقی مرتبط است که این دو در 93 درصد مردان و مایل به سندربی‌سازی بوده و این مقدار در 43 درصد مردان وجود یافته است. [77-79] در افراد بعد از افراد غیردیابتی هم میزان مقاومت به افراد غیردیابتی بروز بیماری‌های قلبی، عروقی مرتبط است که این دو در...
لذا جایگاه سننیج این واسطهها در تشخیص با درمان AHA سندرم منتابولیک هنوز معلوم نشده و در توصیه های و نظر به معلوم نبود قدیمی بسیاری کننده آن در مقوله دررسی اختباری قرار می گیرد[12].

ارتباطات دیگر سندرم منتابولیک

سندرم منتابولیک غیر از آن که بر اثر بیماری کرونتی ناشنده در پایه اصلی ارتباط دارد، منابعی جدی صرف می تواند به عوارض دیگری همراه باشد که از آن می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

کبد، جنین و سپرد کبدی، کاردیوپاتی های مزمن (CKD)، یا کلزیوسکاروسیمو میتواند به مزمن بیماری های قلبی هالوئیدی و HDL های ناگهانی خواب و ترپیلیئستی و تقریب و اختلال شناختی و دماس[13-16].

درمان

از آنجا که سندرم منتابولیک متناسب با نامی با اجرا آن تعریف و شناخته می شود برای درمان آن باید این اجرا را شناخت و نسبت به رفع اقدام نمود و بیماران را به طور منظم تحت پایش قرار داد.

در این راستا اولین گام تصمیم بیوژن زندگی در جهت تغذیه سالم جایگزینی بدنی منظم و کاهش وزن است. راهکارهایی که توصیه در راهنماهای بین‌المللی ارائه شده توسط گروه‌های مطب خصوصی وجود دارند[10].

توسط گروه‌های مطب خصوصی وجود دارند[10].

مطالعات متعددی که شاید مهم‌ترین آنها مطالعه پیشگیری از دیابت و بیماری‌های مزمن بوده با نشانده که از دیابت در آمریکا بوده و کارآی بحث شیوه زندگی را در کاهش احتمال بروز دیابت (58٪) در افراد مبتلا به سندرم منتابولیک نشان داده‌اند[17-20].

هدف اصلی از این گونه اقدامات و درمانهای دارویی در ادامه مورد اشاره قرار گرفته: ۱- کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنش مطالعه‌ای دیده شده که اگر افراد را از نظر مقاومت به انرژی به جایی که مصرف کننده کمیم ۲۵ سال میزان ورود قلبی- عروقی در گروه دارای کمترین میزان مقاومت به انرژی ۲۵٪ کمتر از افراد گروه بیشترین میزان مقاومت به انرژی هستند[87].

روی هم‌رخی سازوکارهای که بر ایجاد بیماری‌های قلبی- عروقی توسط سندرم منتابولیک برمدده شده‌اند، هیپر‌کلسترولیمی، کمبود LDL، های ممزگی کروکه، دیسپرپتیزیانت ابتلا و عامل‌کردن LDL انواعی، بر نقش‌سازی عروق و آسیب مزمن هستند.

نقش آدامس مزمن

سندرم منتابولیک به عنوان یک حالت پیش‌آمادی CRP پیش‌اندازی شناخته شده است که با افزایش سطح CRP ترگذار آن در این موارد روی نقش همچنین بین سطح CRP همچنین بین سطح و تعداد اجزای موجود سندرم منتابولیک در هر اثر مثبت و به‌طور باعث ترکیب این اثر با میزان مقاومت به اسکلروز در افراد یک PAI1 همراه با سندرم منتابولیک هم بیشتر است[89].

سطح PAI1 هم به میزان مقاومت به اسکلروز در افراد بر پایه‌ای مرتب است[90]. چنین ارتباطی بین سطح PAI1 و میزان مقاومت به اسکلروز هم دیده شده است[89].

هرچند که بر مبانی این مطالعات سطوح واسطه‌های آمادی با افزایش حس فشار بروز بیماری‌های قلبی- عروقی و دیابت همراه بوده‌اند اما نه با خشک کردن از ارتباط بین سندرم منتابولیک و مرنگی بوده‌اند عروقی بر این میان کاهش توجه است. ضمن آنکه ارتباط عطوفی بین سندرم منتابولیک و هنوز نشان داده نشده است[91].

1 - Finnish Diabetes Prevention Study 2 - Diabetes Prevention Program

Downloaded from ijdld.tums.ac.ir at 12:55 IRDT on Monday June 15th 2020
در این راستا رژیم غذایی و ورزش در ایجاد مه شدن می‌باشد.

در افراد دارای BMI 27 تا 30 کاهش 10% از وزن بدن در BMI 35 کاهش 75% با دو ماه دیتکال به کاهش می‌باشد و بر میزان غلات کامل و سیب زا افزوده شود.

8e! DASH رژیم

به طور کلی توصیه می‌شود که محتوای جریان‌های به‌دست آمده، کلس‌ترول و فسفات‌ها می‌باشد.

کاسته‌شده و بر میزان غلات کامل و سیب زا افزوده شود.

1-Hemoglobin A1c
2-Adult Treatment Panel III
3-American Heart Association
4-National Institute of Health
5-Endocrine Society
6-Dietary Approaches to Stop Hypertension
نشریه سندروم‌توابیلیک و جانعی

بروز دیابت در صورت لزوم یافتن درمان دارویی، داروی
اختلاس است. مفاهیمی از طریق مهار تبدیل لیپوئید به
گلیکوز در کبد عمل می‌کند و پاسخی به گیرندن
اسکلار را بهبود می‌بخشد. همچنین این دارو می‌تواند
سطوح ترش لیپید‌پردازی را حدود 10 درصد کاهش
دهد و سطح HDL.

نتیجه‌ی زیادی توصیه‌ای است. HDL و تری‌کلسترول و
کاهش HDL همگی گزینه‌های DPP-IV محسوب می‌شوند.[139-137]

در مطالعه 4S، دیده شد که افزایش می‌تواند مبتلا به SMD است. این ابزاری که با استفاده از
اولین پیشگیری و قابلیت هندست نیست و در این داروها
BP 30 درصد درمان با استاتین‌ها سود می‌برد. نتایج
تشابه وی در مطالعات دیگر هم به دست آمده‌است.[140]

درمان ناظریون بالا

در مورد اثرات درمان هیپر‌تروگلیک کاهش یا وقایع
قابلیت عروقی و اهداف درمانی در بیماران مبتلا به سندروم
متایلیک و دیابت مطالعات بیماری صورت پذیرفته و در
حال انجام است.[141-134]

پیش‌بینی کاهش درمانی که مهارکننده آنزیم
ایزوم SMD از جمله (ACE-I) مدل آنژیوتانزین برای بیماری گیری از بروز
دبیت صورت گرفته چرا که این داروها ممکن است
با بی‌هبوس حساسیت به انواعی و کلسترول‌گذار
می‌شوند. همچنین نشان داده شده که داروها
مبتلا به دیابت کاهش می‌دهد.[125]

اعتراض بروز دیابت را کاهش می‌دهد[124]

مطالعاتی هم درباره افتادگی در داروهای مهارکننده آنزیم
ایزوم SMD از جمله (ACE-I) مدل آنژیوتانزین برای بیماری گیری از بروز
دبیت صورت گرفته چرا که این داروها ممکن است
با بی‌هبوس حساسیت به انواعی و کلسترول‌گذار
می‌شوند. همچنین نشان داده شده که داروها
مبتلا به دیابت کاهش می‌دهد[125]

اثر استاتین‌ها در مهار بروز دیابت در سندروم متایلیک
در مطالعه WOSCOPS مطالعه به عنوان هدف بررسی‌ای مطالعه بررسی
اثر پروپیناتین بر کاهش وقایع قلبی-عروقی دیده شد و
بروز دیابت را 30% کاهش داد. مطالعات دیگری با
استاتین‌ها نیز در این زمینه انجام شده است.[143-134]

در حال حاضر استفاده روتین از هیچ‌یک از داروهای فوق
غیر از آنتی‌تروگلیک (برای موارد خاصی از
IGT و IFG توصیه نمی‌شود.

درمان دیس لیپیدی

درمان دارویی دیس لیپیدی‌ای باید برای رسیدن به هدف
تعیین شده برای اجزای چربی‌های خون بر اساس
برای مثال ممکن است اهمیت جانی شکمی بیش از
hibitری کلسپریدمی باشد.
به مرتبه تقریبی مورد پذیرش همگانی قرار دارد، این است
که در صورت وجود هر یک از اجرا سندروم متابولیک
بررسی حضور یا غیب حساب اجرا نیز ضروری است و
هر عامل خطر نیازمند درمان بوده، در مورد بیماران چاق با

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


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; Mykkänen, 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.


78. Pyorala, Marja; Miettinen, Heikki; Laakso, Markku; Pyorala, Kalevi Hypersulinemia Predicts Coronary Heart Disease Risk in Healthy Middle-aged Men: The 22-Year Follow-up Results of the Helsinki Policemen Study. *Circulation* 1998; 98(5):398-404.


137. Elissa Lane Miller, CNM, PhD, Angela Mitchell, FNP, ND. Metabolic Syndrome: Screening, Diagnosis, and Management. *J. Midwif& 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.


