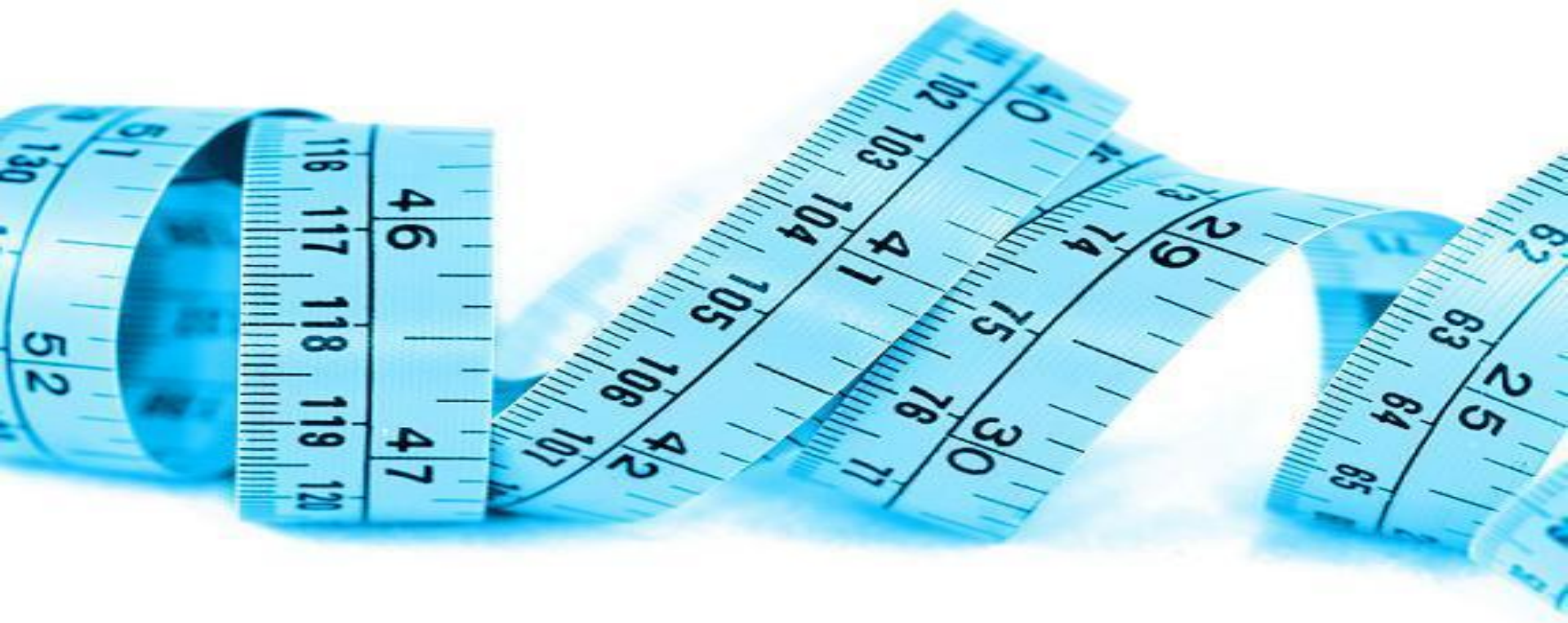


Ожирение и метаболический синдром



Ожирение

- Ожирение - гетерогенное хроническое системное заболевание, сопровождающееся отложением избытка жира в организме, развивающееся в результате дисбаланса потребления и расхода энергии преимущественно у лиц с генетической предрасположенностью.

Метаболический синдром

- МС - комплекс часто сочетающихся с ожирением заболеваний, осложнений и метаболических расстройств.
- Синдром X, синдром инсулинорезистентности.
- По числу входящих в него основных факторов риска развития ИБС (верхний тип ожирения, нарушенная толерантность к углеводам, гиперлипидемия, артериальная гипертензия) его обозначают как «смертельный квартет».

Основные компоненты МС:

- висцеральное ожирение;
- инсулинорезистентность;
- гиперинсулинемия;
- нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа;
- атерогенная дислипидемия;
- артериальная гипертензия;
- гиперандрогения у женщин.

Этиология

- Ожирение подразделяется на алиментарно-конституциональное и симптоматическое.
- По характеру распределения жира выделяют гиноидное (женский тип, форма груши) и андроидное (мужской тип, форма яблока, висцеральное) ожирение.



Ожирение
выше
талии

Форма яблока



Ожирение
ниже
талии

Форма груши

Классификация ожирения

1. Алиментарно-конституциональное (экзогенно-конституциональное)

- Гиноидное (нижний тип, ягодичнобедренное)
- Андроидное (верхний тип, абдоминальное, висцеральное)
- ✓ С отдельными компонентами метаболического синдрома
- ✓ С развернутой симптоматикой метаболического синдрома
- ✓ С синдромом Пиквика (сонных апноэ)
- С выраженными нарушениями пищевого поведения
- ✓ Синдром ночной еды
- ✓ Сезонные аффективные колебания с гиперфагической реакцией на стресс
- Пубертатно-юношеское ожирение

2. Симптоматическое ожирение

- С установленным генетическим дефектом
- ✓ В составе известных генетических синдромов
- ✓ Генетические дефекты структур регуляции жирового обмена
- Церебральное (адипозогенитальная дистрофия, синдром Бабинского-Пехкранца-Фрелиха)
- ✓ Опухоли головного мозга, других церебральных структур
- ✓ Диссеминация системных поражений, инфекционные заболевания
- ✓ Гормонально-неактивные опухоли гипофиза, синдром «пустого» турецкого седла, синдром «псевдоопухоли»
- На фоне психических заболеваний
- Эндокринные заболевания (гипотиреоз, гипогонадизм, синдром Кушинга и др.)

Патогенез

1. Генетическая предрасположенность (25-70 %).

Наиболее вероятно,
предрасположенность
наследуется сразу к нескольким
компонентам МС и сахарному
диабету 2 типа.



Патогенез

2. Алиментарные факторы: избыточная калорийность пищи (включающая большое количество жиров и алкоголя) с преобладанием ее вечернего приема.



Патогенез

- 3. Нарушение пищевого поведения.** Здесь большое значение имеют семейные и национальные стереотипы питания (культ еды), которые передаются из поколения в поколение. Поскольку пищевое поведение тесно связано с психической активностью, предполагается, что изменения в этой сфере могут быть связаны с нарушениями обмена серотонина и рецепции эндорфинов. В этом случае употребление углеводистых продуктов является своеобразным допингом, а ожирение имеет сходство с такими болезнями, как алкоголизм и наркомания. Многие люди используют прием пищи для успокоения в трудных жизненных ситуациях (**гиперфагическая реакция на стресс**).



Патогенез

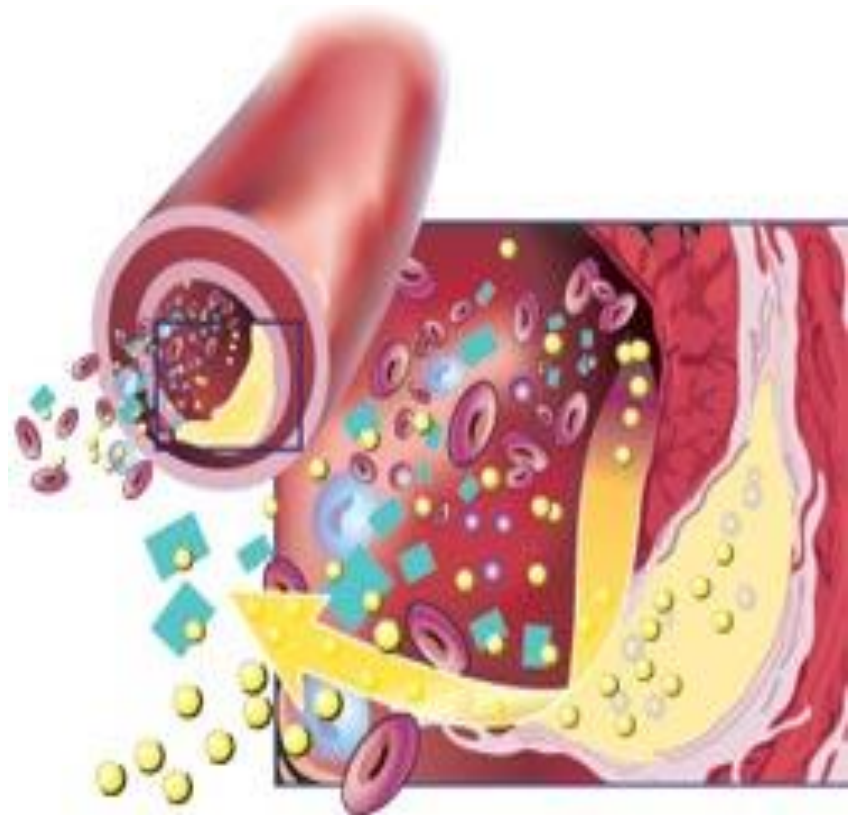
4. Недостаточная физическая активность.



Патогенез МС

Абдоминальное ожирение

Атерогенная дислипидемия



Эпидемиология

Распространенность ожирения около 30 % населения, метаболического синдрома 15—25 %; определяется у 95 % лиц с висцеральным ожирением



Основные клинические проявления

- артериальная гипертензия,
- ИБС,
- дислипидемия,
- гиперкоагуляция,
- сахарный диабет 2 типа с его поздними осложнениями,
- нарушение толерантности к углеводам,
- синдром апноэ во сне,
- легочное сердце,
- желчно-каменная болезнь,
- синдром поликистозных яичников,
- мочекаменная болезнь,
- остеоартроз тазобедренных и коленных суставов;
- апатия,
- сонливость,
- быстрая утомляемость,
- депрессия,
- социальная дезадаптация.

Диагностика

1. Осмотр, взвешивание, оценка индекса массы тела (ИМТ), измерение при помощи сантиметровой ленты окружности талии и бедер, их соотношения.
2. Метаболический синдром диагностируется при сочетании висцерального ожирения с одним из следующих изменений: триглицериды \geq 1,7 ммоль/л, ЛПВП1, АДТ, гипергликемия или сахарный диабет 2 типа.
3. Изучение особенностей питания и физической активности.
4. Диагностика осложнений и компонентов метаболического синдрома.

Диагностика

1. Осмотр, взвешивание, оценка индекса **массы тела** (ИМТ), измерение при помощи сантиметровой ленты окружности талии и бедер.

ИМТ рассчитывается как масса тела в килограммах, деленная на рост человека в метрах, возведенный в квадрат.

Измерение **окружности талии** (ОТ) производится на середине расстояния между подреберьем и тазовой костью по срединно-подмышечной линии. В норме ОТ у женщин не более 80 см, у мужчин — 94 см.

Окружность бедер (ОБ) измеряется ниже больших бедренных бугров. Ожирение расценивается как абдоминальное при **соотношении ОТ/ОБ** свыше 0,85 у женщин и свыше 1,0 у мужчин.



Оценка индекса массы тела (ВОЗ, 1997)

| ИМТ (кг/м ²) | Масса тела | Риск сопутствующих заболеваний |
|--------------------------|----------------------------------|--|
| < 18,5 | Дефицит массы тела | Низкий (повышен риск других заболеваний) |
| 18,5-24,9 | Нормальная масса тела | Средний для популяции |
| 25,0-29,9 | Избыточная масса тела | Повышенный |
| 30,0-34,9 | Ожирение I степени | Высокий |
| 35,0-39,9 | Ожирение II степени | Очень высокий |
| >40 | Ожирение III степени (морбидное) | Крайне высокий |

Диагностика

2. Изучение **особенностей питания** (пациента просят предоставить записи о съеденной пище за несколько дней) и **физической активности**.

Пациенты, как правило, убеждены, что едят мало и подчеркивают, что утром они вообще не едят. На работе больные начинают «перекусывать», обычно это калорийная пища с высоким содержанием жиров. Нередко больные жуют во время работы автоматически, не замечая этого; едят при волнении, перед сном и ночью. День, как правило, заканчивается обильным ужином незадолго до сна. Большинство пациентов не принимают во внимание высокую калорийность алкогольных напитков.



Диагностика

3. Диагностика осложнений и компонентов метаболического синдрома (уровень гликемии, липидный спектр и т.д.).



Диагностика МС

Согласно критериям Международной Федерации Диабета (IDF, 2005), диагноз МС устанавливается при наличии **центрального ожирения** (окружность талии > 94 см для европеоидов мужчин и > 80 см для женщин) в сочетании с любыми двумя из четырех нижеследующих изменений:

1. увеличение уровня триглицеридов (ТГ) > 150 мг/дл (1,7 ммоль/л) или специфическое лечение этого нарушения
2. снижение содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП): < 40 мг/дл (1,03 ммоль/л) у мужчин и < 50 мг/дл (1,29 ммоль/л) у женщин, или специфическое лечение этого нарушения
3. повышение артериального давления (АД): систолическое АД > 130 или диастолическое АД > 85 мм ст. ст. или лечение ранее диагностированной артериальной гипертензии
4. повышение глюкозы натощак в плазме $> 5,6$ ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет 2 типа.

Лечение

1. Гипокалорийная диета, расширение физической активности;
2. Орлистат, сибутрамин;
3. Коррекция липидного спектра;
4. Гипотензивная терапия;
5. Лечение сахарного диабета 2 типа и нарушения толерантности к углеводам;
6. Хирургическое лечение: формирование малого желудка (гастропластика), обходное шунтирование желудка, резекция части тонкой кишки и прочее.

Прогноз

- Смертность при морбидном ожирении в возрасте 25—30 лет в 12 раз выше, чем у людей с нормальной массой тела.
- При похудении на 10 % и более общая смертность снижается на 20 %.

Благодарю за внимание!

