

## Тема: 27 Затлъстяване .Подагра

**ЗАТЪЛЪСТЯВАНЕ (Obesitas)** Затлъстяването представлява увеличение на телесната маса и се дължи на нарушен енергиен баланс, вследствие на енергиен внос, по-висок от нуждите на организма.

Етиология и патогенеза: 1. Прехранване и намалена физическа активност – смятат се за основни външни етиологични фактори. При повишена консумация на храна (особено при злоупотреба с мазни, захарни и тестени продукти) в съчетание с физическа неактивност се реализира прием на повече енергия, отколкото са енергийните загуби на организма, което води до натрупване на масти. 2. Наследствени фактори – все повече внимание се обръща на генетичното предразположение към затлъстяване. Установени са около 10 гена, които имат отношение към развитие на затлъстяването. Генетично могат да бъдат повлияни също хипоталамичната регулация на апетита, склонността към физическа активност, междинния метаболизъм и др.

Затлъстяването бива: 1. Хипертрофично – характеризира се с увеличение на размера на мастните клетки (адипоцитите). Броят на адипоцитите е постоянен, независимо дали теглото се увеличава или намалява. Наблюдава се при възрастни лица.

2. Хиперпластично – характерно е за детската възраст. Прехранването в периода на растеж води до по-голям брой мастни клетки, който остава и в по-късния период от живота. Хиперпластичното затлъстяване е високостепенно, с голяма склонност към рецидиви и обикновено персистира през целия живот.

Клинична картина: В началните етапи на заболяването болните нямат никакви оплаквания. Впоследствие се появяват лесна умора, задъхване при физически усилия, повишено изпотяване, храносмилателни нарушения. За оценка степента на затлъстяването се използва определяне на индекса на телесната маса (ИТМ, body mass index – BMI), според който се различават: Степен на затлъстяване BMI Поднормено тегло Нормално тегло Наднормено тегло Затлъстяване Болестно затлъстяване под 20 20-25 25-30 30-40 над 40

Днес се приемат два основни типа затлъстяване – абдоминално и глутеално-феморално. За разграничаването им се използва съотношението между обиколката на корема и на ханша (талия:ханш – т/х): – Абдоминално (висцерално, андроидно) – отлагането на мастната тъкан е предимно в горната половина на тялото – гръден кош, рамене, врат, лице, горна коремна половина. Глутеално-феморално (гиноидно) – отлагането на мазнините е в областта на ханша, бедрата и долната част на корема. Среща се главно при жени ( $T/X < 0,8$ ), а когато засяга мъже ( $T/X < 1,0$ ) се съпровожда с различна степен на феминизация.

**Усложнения:** 1. Захарен диабет 2. Сърдечно-съдови заболявания – най-често артериална хипертония. Епидемиологични проучвания доказват, че на всеки 10% наднормено тегло артериалното налягане се повишава с 6,6 mmHg, кръвната захар – с 0,11 mmol/l, общият холестерол – с 0,12 mmol/l. 3. Заболявания на дихателната система 4. Заболявания на храносмилателната система – чернодробна стеатоза, холелитиаза. 5. Костно-ставни промени – ранно изтриване на ставния хрущял, остеофити, плоско стъпало. 6. Ендокринни нарушения – повишена секреция на кортизол, нарушения в менструалния цикъл до аменорея, хирзутизъм.

**Лечение:** 1. Диета – Хранителният режим трябва да е хипоенергиен, с достатъчно количество белтъчини, намален прием на мазнини под 30% от общия енергиен прием и холестерол до 300 mg/дневно, намален внос на лесноусвоими въглехидрати (захар, захарни изделия, тестени

храни) и повишен внос на баластни вещества – пълнозърнести храни, сурови плодове и зеленчуци. За да настъпи отслабване на тегло, дневният калориен внос трябва да е поне с 500 kcal по-малко от дневните калорийни нужди. 2. Промяна в хранителното поведение – включва самостоятелно регистриране на всички хранения, индивидуална диетична и двигателна програма, промяна в стила на хранене. 3. Двигателен режим – физическата активност трябва да е достатъчно интензивна и да осигурява ежедневно голям разход на калории. Винаги обаче трябва да е съобразена със състоянието на сърдечно-съдовата система на пациента и придружаващите заболявания. 4. Медикаментозно лечение: Апетитопотискащи средства – медикаментите от тази група действат върху адренергичните и серотониновите пътища в ЦНС и по този начин потискат апетита и намаляват приема на храна. Представители – мациндол, фенфлурамин (пондерал), дексфенфлурамин (изолипан), сибутрамин (редуктил). Медикаменти с периферно действие – ксеникал (Xenical, Orlistat) – механизмът на действие се свежда до намаляване резорбцията на мазнини от храната в чревния тракт. Оперативно лечение – Разработени са хирургични операции, които целят намаляване резорбцията на храната. Най-често се използват пръстеновидно стеснение на стомашния лумен и стомашно-тънкочревния байпас.

**ПОДАГРА (Podagra)** е хронично обменно заболяване, което се дължи на нарушения в обмяната на пикочната киселина и солите ѝ. Боледуват по-често мъже на средна възраст. Пикочната киселина е краен продукт от обмяната на пурините в организма. При здрави пикочната киселина е в разтворено състояние в кръвта и тъканните течности. Когато нивото ѝ нарасне на 380  $\mu\text{mol/l}$ , се получават условия за кристализация и отлагане в тъканите, а когато надхвърли 540  $\mu\text{mol/l}$ , рискът за кристализация е 90%. Отлагането на кристали пикочна киселина е главно в ставните тъкани с развитие на артрити, в меките околоставни тъкани и ушните миди под формата на тофи, в бъбречния паренхим.

Патогенеза: Първичната подагра е наследствено заболяване, свързано с ензимен дефект, водещ до нарушена междинна обмяна на нуклеопротеините и тяхното елиминиране.

Клинична картина: Подаграта протича в следните стадии: **1.** Асимптоматична хиперурикемия – повишено ниво на пикочна киселина, но липсват клинични прояви. **2.** Остър подагрозен артрит – най-честата и типична проява на подаграта. Често се извява след провокиращ момент – обилна месна вечеря, прием на значително количество алкохол, физическо натоварване и др. Пристъпът започва внезапно, обикновено нощем. Най-типично е засягането на I метатарзофалангеална става на долен крайник (основата на палеца на крака), която става силно до непоносимо болезнена, с оток, зачервяване, затопляне на ставата и меките тъкани наоколо. Може да бъде въввлечена всяка става на стъпалото, по-рядко се засяга колянната става и най-рядко – ставите на горен крайник. След няколко дни до 1-2 седмици кризата постепенно отзвучава. Следващата криза може да е след няколко седмици, месеца или години – всяка следваща криза е по-продължителна и по-трудна за лечение. **3.** Междупристъпен период – има различна продължителност – обикновено липсват оплаквания или има леки ставни болки, без типичната характеристика на криза. **4.** Хронична подагра с тофи – характеризира се с развитие на хронични подагрозни артрити и натрупване на депа от урати (тофи) в меките тъкани, сухожилия (ахилесово), бурсите (лакът), ушните миди, костите, вътрешните органи. В бъбреците тофите се натрупват в интерстициума и блокират функцията на тубулите. Много често се наблюдава нефролитиаза с образуване на уратни камъни.

Усложнения: Уратни камъни, бъбречни увреждания (подагрозна нефропатия), повишено артериално налягане, ИБС.

Лечение: Диета – важен елемент в лечението на подаграта. Диетата трябва да е предимно вегетарианска – без храни, богати на пурини (карантия, бульони, тлъсти риби, хайвер, меса, гъби, шоколадови изделия). Алкохолът се забранява (блокира излъчването на урати и увеличава синтеза на пурини). Храната е предимно млечно-растителна. Препоръчва се корекция на теглото и липидните нарушения, които често се съчетават с подаграта. За алкализиране на урината се препоръчват алкални минерални води – Горнобанска, Хисаря – 1,5-2,5 l дн., плодови сокове; препаратът солуран (Soluran). Острата ставна криза се повлиява много добре от колхицин (Colchicin) – т. 0,5 и 1 mg. Приложението му през първите часове на кризата води до изчезване на оплакванията за 1-2 дни. За овладяване на болката и намаляване на ставновъзпалителните процеси се използват още нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС) – индометацин (Indometacin); фелоран (Feloran); ибупрофен (Ibuprofen); профенид (Profenid); пироксикам (Pyroxicam); аулин (Aulin); диклофенак (Diclofenac); волтарен (Voltaren); напроксен (Naproxen); мовалис (Movalis); тилкотил (Tilcotil); нурофен (Nurofen) и др. Извън острата криза, в междупристъпния период, за намаляване синтеза на пикочна киселина се използва алопуринол (Allopurinol, Milurit) – т. 100, 300 mg., фебуксостат (Febuxostat, Adenuric) – 80-120 mg/дн., а за увеличаване излъчването на урати – дезурик (Desuric).