

**МОДДА АЛМАШИНУВИ КАСАЛЛИКЛАРИ. СЕМИЗЛИК.
СЕМИЗЛИК ТАСНИФИ. АЛИМЕНТАР СЕМИЗЛИК**

Тошкент Тиббиёт Академия Термиз филиали

Кобилов Алимардан Эргашович

Баратов Музаффар Кулмуминович

Аннотация: Ушбу мақолада семизлик (алеменар семизлик) этиопатогенези, семизлик турлари, олдини олиш семизлик туфайли келиб чиқадиган касалликлар ва уларни вақтида аниқлаб, ташхис қуйиш ва даво чораларини уз вақтида бошлаш беморларни келажакдаги ҳаёт сифатини яхшилаш, ногиронлик ва улим камайтириш каби муаммолар ва уларнинг ечими ҳақида фикр юритилади.

Калит сузлар: Семизлик, углеводлар, қандли диабет, гипертрофия, Гипоталамо – гипофизар, адипоцитлар, ёғ клетчаткаси, энергетик баланс.

Мавзунинг долзарблиги : Семизлик организмнинг полиэтиологик касаллиги бўлиб, тери ости ёғ клетчаткаси ва туқималарида ёғларнинг ортикча тупланиши билан характерланади. Алиментар-конституционал семизлик наслий характерга эга бўлиб, биринчи навбатда, айниқса ёғ ва углеводларга бой овқатларни ортикча микдорда истеъмол қилиш, овқатланиш режимининг бузилиши, жисмоний активликнинг пасайишига боғлиқ, бўлади. Семизликнинг асосида мусбат энергетик балансга боғлиқ, модда алмашинувининг бузилиши ётади: овқат билан тушадиган энергия организмнинг энергия сарфидан юқори бўлади, бу эса ёғ овқатнинг юқори энергия кимматига эгаллиги, ёки уни хазм бўлишини бузилишига боғлиқ, бўлади. Семизлик ҳозирги вақтда фақат тиббий эмас, балки социал аҳамият касб ётади, чунки жуда кўпгина кенг тарқалган касалликлар - атеросклероз ва юрак ишемик касаллиги, қандли диабет, хафакрн касаллиги ва бошқалар ривожланиши учун қулай шароит яратади. Бу касалликлар семиз одамларда 2-3 баробар кўпроқ, учраб, эрта ногиронликка ва улимга олиб келади (турли касалликлар натижасида вафот этиш семизларда 1,5-2 баробар кўпроқ). Кўпгина касалликларни олдини олиш семизликнинг олдини олиш ва даволаш орқали эришилади. Семизликнинг тарқалиши жуда кенг куламда бўлиб, аҳоли уртасида 20-30% ни ташкил келади ва 40 ёшдан кейин анча кўпроқ, учрайди. Бу шунини курсатадики, семизлиги бор шахсларни вақтида аниқлаш ва уларни актив соғломлаштириш ҳозирги вақтда актуал масала ҳисобланади. СЕМИЗЛИК

Врачларга мурожаат қилиш буйича семизлик 10 - 11 уринни эгаллайди. Асосий, узгариб турувчи, назорат қилиниб турувчи тана вазни ёки деподаги энергия миқдори қуйидагиларга боғлиқ;

- 1) қабул қилинган овқат миқдори ва турига;
- 2) организмнинг энергия мухтожлиги;
- 3) бу миқдор катталиги узгармайди, яъни мувозанатни сақлайди.

Тана вазнининг ортиши ва семизлик ҳар хил тушунча бўлсада, одатда тана вазни юқори бўлган одамлар семиз бўладилар. Баъзи профессионал спортчилар ҳаддан ташқари мускулларининг гипертрофияси натижасида стандарт буй ва вазн жадваллари буйича ортиқ тана вазнига эга бўладилар, лекин уларнинг ёғ туқималари ортиқча ёғ сақламайди, ёғ хужайралари катталашмаган. Буларда метаболизм курсаткичлари меъёрада бўлади.

Семизлик - ёғнинг куп миқдорда бўлиши (организмдаги ёғ туқимаси) меъёрида эркекларда 15-20%, аёлларда 20-25%, тула одамларда 50% ва ундан ортиқ. Аёлларда семизлик купинча кеч етилиш ёшида ва эрта қариш вақтида учрайди. Эркекларда эса, эрта етилиш ёшида учрайди. ҳар хил мамлакатлардаги ҳаёт тарзи яхшиланиши билан у камайиб боради. Эркекларда эса бунинг акси кузатилади. Шуниси ёмонки, семиз одамлар, айниқса юқори даражадаги семизликда улар, умуман озмайдилар, ёки даволаш чора - тадбирларидан кейин тез суръатда аввалги вазнларини тиклайдилар. Тана вазнлари 120% дан ортиқ бўлганлар 6-16% ни ташкил этади, тана вазни 110% га ортиқ бўлганлар 10-21% ни ташкил қилади. Болалар ва ёшлар орасида тана вазни 120% дан ортиқлари 5% ни, 110% дан ортиқлари 8,1% ни ташкил қилади.

Семизлик ва бошқа патологиялар.

Коронар касаллик - юрак санчиқ хавфи (стекокардия) ва тусатдан улиш

Семизлик ривожланишида эндокрин системанинг роли.

1. Гиперинсулинемия (инсулинорезистентлик)
2. Гипофизнинг соматотроп функцияси (базал секрецияни пасайиши ва СТГни кечаси ортмаслиги)
3. Гипоталамо - гипофизар - жинсий система (аёлларда ой қуриш, бола туғиш функциясининг бузилиши ва эркекларда жинсий бузилиш).
4. Гипоталамо - гипофизар - буйрак усти беши системаси (АКТГ ва кортизол секрецияси ритмини бузилиши).
5. Гипоталамо - гипофизар - тиреоид система (рецептор резистентлик туфайли периферик туқимани сезувчанлигини узгариши).

Таснифи.

- Алиментар - конституционал - оилавий характер.
- Гипоталамик - гипоталамусни шикастланиши (инфекция, жароҳат).
- Эндокрин - гиперкортицизм, гипотериоз, гипогонадизм, инсулинома.

- Ёғ туқимасини булиниш тури буйича : Андроидли - ёғтарқалиши тананинг юқори қисмида.

- Гиноидли - ёғ тупланиши тананинг пастки қисмида.

- Аралаш - нисбатан бир хилда булиниш.

- Андроид тури купинча НТГ ёки диабет, гиперлипидемия, гиперандроген бузилиши билан бирга келади.

- Семизликни гипертрофик тури - адипоцитлар улчамини катталашиси.

- Семизликни гиперпластик тури - ёғ хужайраларини миқдори ортиши.

- Аралаш тури - адипоцитлар гипертрофияси ва гиперплазиясини кушилиб келиши.

Семизларда ёғ туқимаси миқдорини камайиши фақат улчамини узгариши билан кузатилади, адипоцитлар сони эса доимий. Калорияларнинг ортикча булиши, уларнинг ёғ туқимасида триглицеридлар куринишида йигилишига олиб келади. Бошка мумкин сабаблардан - генетик, нерв, гормонал, метаболик, ижтимоий - иқтисодий, овқатланишдаги узгаришлар киради.

Беморлар шикоятти: хамрох касалликларни оғирлиги, вақти ва ривожланишига боғлиқ булади. 1-2 даражасида (алиментар - конституционал шакли) одатда шикоят қилмайди, семизликни анча юқори даражасида: холсизлик, тез чарчаш, меҳнат қобилиятини пасайиши, бош оғриғи, таъсирчанлик, атрофдагиларга бефарқлик, уйқуни бузилиши безовта қилади. Юкламада харсиллаш, юракни уриб кетиши, юракда оғриқ, оёқларда шиш, буғинларда оғриқ булиши мумкин. Ошқозон - ичак йулларидаги узгаришда: жиғилдон қайнаши, кунгил айниш, оғизда аччиқ сезиш, унг қовирға ости оғриқ, кузатилади.

Гипоталамик семизликда: бош оғриғи, куришни бузилиши, хамда психоневрологик бузилиши, кайфиятни узгариб туриши, уйқучанлик, гипо ёки гипертермия, ташналик, иштахани баланд булиши, айниқса куннинг иккинчи ярмида, кечаси очиқиб қолиш кузатилади. Аёлларда - гипоменорея ёки иккиламчи аменорея ёки менолеетрорригия (гиперэстрогения периферик генезли), бирламчи ёки иккиламчи бепуштлик; гирсутизм, себорея, баъзан алопеция, диффуз фиброз - кистозли мастопация холати булиши мумкин. Эркакларда потенцияни пасайиши, сут безларини катталашиси, камроқ холларда юзда ва танада сочларнинг усмаслиги.

Тери ости ёғ клетчаткасининг ортикча ривожланиши, унинг тарқалиш хусусиятлари; гипоталамик семиришда - терининг трофик бузилишлари, сонларда, майда пушти чизиклар, қорин, елка, қултиқ остида, буйин, куп ишқаланиш сохаларида гиперпигментация, артериал босимининг ортиши, оёқларнинг лимфостази, упка-юрак етишмовчилик синдроми. Рентгенограммада пешона суяги ва калла суяги асосини гиперостози, умуртқаларда остеохондроз,

спондилез.

Семизликнинг эндокрин шаклида асосий уринни зарарланган ички секреция беzi эгаллайди.

Ташхис. Семизликни курсаткичи булиб тана вазнини 20% ортиқ купайиши хисобланади. Семизликни 4та даражаси ажратилади - тана вазнини купайиши - оғирликни 9% гача ортиши.

1 - даража - тана вазнини идеалдан 29%га ортиши.

2 - даража - 30-49%

3 - даража - 50-99%

4 - даража - 100% ва ундан ортиқ.

Тана оғирлиги (кг) : буйи (см)*100%. Брок индекси буйича 90% - 100% гача нормал (N) овқатланиш булиб таърифланади.

Бундан ташқари тана вазни индекси (ТВИ)ни аниқлаш мумкин. Бунда беморларнинг буйи оёқ кийим ва устки кийимсиз, тик турган холда 0,5 см аниқлик билан улчаниши, бемор вазни тиббий тарозида 0,1 кг аниқлик билан улчаниши керак. Буй ва вазн курсаткичлари ёрдамида формула оркали ТВИ хисобланади:

$$\text{ТВИ} = \frac{\text{вазн}}{(\text{буй})^2} \text{кг/м}^2$$

ТВИнинг нормал курсаткичлари аёлларда - 20, эркакларда - 24,9 ни ташкил этади.

ТВИ - 25-29,9 булганда, беморда 1 - даражали семизлик;

ТВИ - 30-40 булганда, беморда 2 - даражали семизлик

ТВИ - 40 дан ортиқ булганда 3 - даражали семизлик бор дейилади.

Даволаш. Углеводлар суткада 100-120гр, ёғлар - 80-90; оксиллар 120гр редуцирланган пархез 500-800 ккал булган паст калорли пархез.

1) қисқа вақт стационарда редуцирланган пархез.

2) Амбулатория шароитида тана вазнини йуқотиш хисоби 800-1000г/ккал.

3) Врач назорати остида (асорат булмаслиги учун) чегараланган очлик: организмни химоя кучини пасайиши, интеркуррент инфекцияларини тез-тез қушилиши, мускул туқимасидаги оксилни анча йуқотиш, ривожланган вегетотомир узгариши, анемия, буйрак, жигар функциясини бузилиши, асабни бузилиши.

4) Жисмоний фаолликни кучайиши. 1. Паст калорияли пархез фониди, углеводлар метаболизмини кучайиши ва суёқлик йуқотиш хисобига тана вазни бошланғич камайиши.

Ёғлар метаболизмини кучайиши хисобига кейинчалик тана вазнини камайиши 1-фазаси гликоген, оксил катоболизми ва сув экскрецияси хисобига

тана вазнини тез камайиши, 2-фазаси - ёғ катоболиزمи хисобига секин - аста камайиши. Бундай даволаш фониди асосий модда алмашинуви сусаяди, шунинг учун вақти-вақти билан овқат суткалик калориясини камайиши тамонига хисоблаб туриш керак.

5) Дорилар билан терапия (даволаш)- иштахани пасайтирувчи ёки туйишни тезлаштирувчи препаратлар:

а) амфетамин (фепранон, дизапимон, регенон, мерапронт) анорексик препаратларга урганиб қолиш мумкин. Даволаш курси 1-1,5 ой, танаффус 3-4 ой.

б) Фенфлурамин (пондерал) серотонинергик тузилмага активловчи таъсир этиб туйишни тезлаштиради.

в) Мазиндол (теронак) мияни допаминергик ва серотонинергик системасига таъсир этиш хисобига анорексиген таъсир этади. Очлик сезишни тормозлайди, овқат ейишни камайтиради.

г) Гиполипидемик агентлар:

- Холестерамин

- Никотин кислота хосилалари

- Фибратлар (овқат толалари эрувчан ва эримайдиган)

- Статинлар

Эхтиёт булиш: гипертонияда, юрак-қон касалликларида.

Кушимча таъсир: таъсирчанлик, уйқусизлик, оғиз куриб қолиш, хомиладорликда қуллаш маън этилади.

Чет элда амфетамин гуруҳига кирувчи препаратлар МНС таъсир этгани учун кам қулланилади.

Энг яхши препаратлар фенерлюрамин ва мазиндом хисобланади. Баъзи бир беморларга синдокарб 0,01мг дан 1 - 2 маҳал куннинг биринчи ярмида берилади.

Гипоталамо - гипофизар - буйрак усти беши тизими гиперфункциясида, қон босим кутарилганда, буйин қисмида гиперпигментация кузатилади; дифенин 0,1 г дан 20-30 кун 2 - 3 маҳал кунига берилса эффеки юқори булади. Ёғларни мобилизация қилувчи модда сифатида адипозин 50ед дан 1-2 маҳал буюрилади. Адипозин билан бирга сийдик хайдовчи препаратларни бирга қуллаш мумкин. Гипотиреоз белгилари кузатилган беморларга тиреоид гормонларни буюрилади. Катта дозада тиреоидин 0,3 мг, тиреоикомб 60 - 80мг, тиреотом 2-3 таблетка кунига стационар шароитда берилади ва албатта ЭКГ қилинади. Овуляцияни тиклаш мақсадида - кломифен - цитрат (кlostильбетит) 50-150мг кунига 5-7 кун давомида циклинг 5-7 кунига берилади. 5-6 курс даво олгандан сунг, эффеки билинади. Овуляцияни стимуляция қилиш учун клофеминдан ташқари одам менопаузал гонадотропинни (пергонал-500) қабул қилиши керак. Экзоген люлиберин қулланилганда самарали.

Тана вазни юқори ва жинсий бузилишлар кузатилган эркаларга хорион гонадотропин 1000-1500 ЕД буюрилади, мушак орасига кун ора 1-1,5 ой давомида оада 4-6 хафтада танаффус билан қилинади. Кандли диабет ёкиНТГ хисобига тана вазни юқори улган беморлага бигуанидлар (адебит, деформин, глиформин, буформин) буюрилади. Улар гипогликемик таъсир курсатади, яна липолитик ва анорексиген хусусиятларига хам эгадир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Потёмкин В.В. «Эндокринология», М., Дарслик.,- 1986, 1999 й.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. «Эндокринология», М., Дарслик.,- «Медицина», 2008й.
3. Салахова Н.С., Мухтарова М.З. «Эндокринологиядан қўлланма» (электрон вариант, ўзбек тилида).
4. Под редакцией Старковой Н.Т. Руководство по эндокринологии - М.: Медицина, 2002.