

## Метаболический Синдром – Один Из Основных Факторов Развития Артериальной Гипертонии

**Каримова Нилуфар Ойбек кизи** – резидент магистратуры, Ургенчский филиал  
Ташкентской медицинской академии

**Уразбаева Шахризода Ойбек кизи** – ассистент кафедры организация  
фармацевтического дела, Ташкентский фармацевтический институт

**Ахмедова Юлдуз Хусниддин кизи** – резидент магистратуры, Ургенчский филиал  
Ташкентской медицинской академии.

**Аннотация:** метаболический синдром (МС) представляет собой чрезвычайно актуальную проблему современной медицины и в силу высокой распространенности, и в силу значимого влияния его компонентов на риск развития сердечно–сосудистых осложнений. На сегодняшний день артериальная гипертония (АГ) многими авторами рассматривается именно в рамках проявления МС. Установлено, что у лиц с АГ в 60% случаев обнаруживаются различные варианты МС. Кроме того, АГ является фактором, снижающим качество жизни пациентов, особенно при сочетании с коморбидной патологией.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, дислипидемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия.

**Abstract:** Metabolic syndrome (MS) is an extremely an urgent problem of modern medicine and due to its high prevalence, and due to the significant influence of its components on the risk of developing cardiovascular complications. Today, arterial hypertension (AH) is considered by many authors is considered precisely within the framework of the manifestation of MS. It has been established that in people with hypertension in 60% of cases, various variants of MS are detected. In addition, AG is factor that reduces the quality of life of patients, especially when combined with comorbid pathology.

**Key words:** arterial hypertension, metabolic syndrome, abdominal obesity, dyslipidemia, insulin resistance, hyperinsulinemia.

**Актуальность темы.** Метаболический синдром характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертонии[1].

В течении последнего десятилетия XX века и первого десятилетия XXI века в мировой науке наблюдается повышенный интерес к метаболическому синдрому (МС). Этот синдром объединяет большое количество различных факторов риска (ФР), к основным из которых относятся инсулинорезистентность (ИР) в виде сахарного диабета 2 типа (СД) или нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), избыточная масса тела (ИМТ) или ожирение и, прежде всего, абдоминальное ожирение, артериальная

гипертензия (АГ), гиперурикемия, гиперлипидемия и дислипидемия. МС является важным фактором риска ряда заболеваний и в первую очередь сердечно-сосудистых [2-4].

Частота МС в развитых странах составляет 15 - 25%. [5]. К основным предпосылкам интенсивного изучения МС относится очень высокая общая смертность и, прежде всего, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди лиц с этим синдромом [6-7].

В связи с вышеизложенным, важным аспектом лечения и профилактики заболеваний, связанных с МС является своевременное выявление и коррекция основных компонентов МС и, прежде всего, инсулинорезистентности.

В настоящее время около 1 млрд людей на планете страдают артериальной гипертензией (АГ). По мнению экспертов, увеличение распространенности ожирения и состояний, ассоциированных с ним, наряду с растущей продолжительностью жизни приведут к увеличению числа гипертоников к 2025 г. до 1,5 млрд [8-11]. Распространенность АГ, составляет 30-45% среди взрослого населения Узбекистана. На долю АГ как ведущего фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний приходится 55% смертности [12-13]. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) МС является «пандемией XXI века», распространенность которого колеблется от 20 до 40%, увеличивается с возрастом и имеет некоторые этнические, половые и возрастные различия [14]. Проблема ожирения в сочетании с различными метаболическими нарушениями и/или заболеваниями находится в центре внимания современных медицинских исследований. За последние 10 лет частота ожирения повсеместно возросла в среднем на 75%, и во всех регионах мира прогнозируется увеличение числа тучных людей. Предполагают, что к 2025 г. ожирением будут страдать 40% мужчин и 50% женщин [15].

По данным научных исследований распространенность ожирения и МС в Узбекистане в общей популяции составила 20.4%. В женской популяции 22.1%, в мужской 11.5%, т.е. в два раза ниже. Там же проведено исследование влияние ожирения на рост СД 2 типа и преддиабета в Узбекистане: частота ожирения в группе с СД 2 типа составила в мужской популяции 41.6%, в женской популяции 38.5% соответственно. Частота ожирения в группе с преддиабетом составила в женской популяции 37.06%, в мужской популяции 32.3% соответственно [16].

На сегодняшний день АГ многими авторами рассматривается именно в рамках проявления МС. Установлено, что у лиц с АГ в 60 % случаев обнаруживаются различные варианты МС. Кроме того, АГ является фактором, снижающим качество жизни пациентов, особенно при сочетании с коморбидной патологией. В связи с высокой распространенностью АГ среди лиц трудоспособного возраста и серьезностью ее последствий актуальность проблемы инвалидности населения вследствие данного заболевания в настоящее время повышается [17]. По данным литературы, в последние годы отмечается увеличение числа больных неконтролируемой АГ. К примеру, в

странах Запада артериальное давление должным образом контролируется менее чем у 30 % больных, а в России- у 15,7 % женщин и 5,7% мужчин. При этом некоторые зарубежные авторы считают, что недостаточное снижение артериального давления у пациентов при проведении лечения часто связано с наличием МС [14].

Целевой уровень АД у больных АГ с сопутствующим МС и высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском составляет менее 140/90 мм рт.ст. У пациентов с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт. ст.), кроме немедикаментозных мер, при необходимости могут быть назначены антигипертензивные препараты в виде монотерапии, при этом лечение целесообразно начинать с ингибиторов АПФ (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II(БРА). В остальных случаях для достижения целевых уровней АД используют комбинированную антигипертензивную терапию [19]. Антигипертензивные средства, применяемые для лечения больных с МС или СД, должны отвечать следующим требованиям: эффективно снижать АД на протяжении суток; не оказывать неблагоприятного влияния на углеводный, липидный, пуриновый обмена; обладать органопротективным действием; снижать риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и сердечно-сосудистой смертности (ССС)[18].

Течение АГ у больных с МС и СД отличается рефрактерностью к проводимой терапии, поэтому достичь целевых значений АД у этих пациентов при монотерапии часто не представляется возможным. Кроме того, преобладающее число больных АГ, имеющих МС или СД, относится к группе лиц с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим лечение у них следует начинать сразу с комбинированной терапии гипотензивных и гиполипидемических препаратов. Цель такой терапии – снижение числа сердечно-сосудистых осложнений и смертности [20].

**Выводы.** Таким образом, при выборе конкретного лекарственного средства из имеющегося широкого арсенала антигипертензивных препаратов следует придерживаться принципов персонализированной медицины: возможности лекарства должны максимально соответствовать потребностям пациента.

### Список литературы

1. Метаболический синдром Учебное пособие/Ю.П.Успенский, Ю.В.Петренко, З.Х.Гулунов, Н.Л.Шапорова, Ю.А.Фоминых, Р.М.Ниязов – СПб., 2017. – 60 с.
2. Затолока Н. В. Клинико-инструментальная оценка сердечно-сосудистых расстройств и тяжести кардиореспираторных нарушений при обструктивном апноэ сна у пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом : дис. – 2017.
3. Баланова, Ю. А., Имаева, А. Э., Куценко, В. А., Капустина, А. В., Муромцева, Г. А., Евстифеева, С. Е., ... & Мосейчук, К. А. (2020). Метаболический синдром и его ассоциации с социально-демографическими и поведенческими факторами

риска в российской популяции 25-64 лет. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 19(4), 45-57.

4. Барбараш О. Л. и др. Особенности клинического течения и стационарного этапа лечения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в зависимости от пола (по данным российского регистра острого коронарного синдрома “РЕКОРД-3”) // *Российский кардиологический журнал*. – 2017. – №. 6 (146). – С. 122-131.
5. Whiting D. R. et al. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030 // *Diabetes research and clinical practice*. – 2011. – Т. 94. – №. 3. – С. 311-321.
6. Каюмов, У. К., Шарипова, Х. Я., Шукуров, Ф. А., Орзиев, З. М., Мирходжаев, И. А., & Бакаев, С. Б. Редколлегия журнала «Биология и интегративная медицина».
7. Garg S. K., Hirsch I. B., Skyler J. S. Insulin glargine and cancer—an unsubstantiated allegation // *Diabetes technology & therapeutics*. – 2009. – Т. 11. – №. 8. – С. 473-476.
8. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // *European science review*, 2017. №.1-2.
9. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // *Nagoya journal of medical science*, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
10. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // *World journal of surgery*, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
11. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs*., 2013. Т. 36. № 8.
12. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И. Основные факторы развития артериальной гипертензии и ожирения у неорганизованного населения Самаркандской области / Волгоград-2018. Журнал «Медикус» № 2 (2). С. 30-31.
13. Гошназаров Ш.М. и др. Эффективность дигитализации-дигоксином у больных с хронической сердечной недостаточностью // *Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования*. 2019. С. 175-177.
14. Зайниев С.С. Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1.
15. Юсупов Ш.А. Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // *Педиатрия*, 2009. № 7.
16. Ишанкулова Д.К., Гошназаров Ш.М., Низомов Б.У., Исломов А.Н. & Жумаева З.Н., 2019. Эффективность комбинированного применения нитратов в лечении хронической сердечной недостаточности. *Научные исследования* (2 (28)).
17. Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K. Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей / *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2016. Т. 26. № 2.



18. Ахмедов Ф.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Душанова Г.А. & Аралов Н.Р., 2016. Перипартальная кардиомиопатия (случай из практики). Трансляционная медицина. 3 (3). 109-111.
19. Зиядуллаев Ш.Х., Фазилова Г.Ф., Холлиев Р.Х., Бердиев А.С. & Исмаилов Ж.А., 2015. Иммуномодулирующая терапия в лечении и профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких. Академический журнал Западной Сибири. 11(1). 13-14.
20. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.