

2 ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРИ ИНГИБИТОРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВИЧЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДАГИ ЎРНИ



Юсупова Зумрад Кадамбоевна

Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

РОЛЬ ИНГИБИТОРА НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Юсупова Зумрад Кадамбоевна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

THE ROLE OF SODIUM-GLUCOSE COTRANSPORTER TYPE 2 INHIBITOR IN THE PREVENTION OF CHRONIC HEART FAILURE

Yusupova Zumrad Kadamboyevna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: zumradyusupova0916@gmail.com

Резюме. Гипертензияни ўрганиш ва даволашда сезиларли ютуқларга қарамай, у бутун дунё бўйлаб ўлимнинг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. Унинг асоратлари жисдий тиббий ва ижтимоий-иқтисодий муаммоларни келтириб чиқаради, чунки улар ногиронлар сонининг кўпайишига ва беморларнинг меҳнат қobiliятининг пасайишига олиб келади. Назоратсиз артериал гипертензияни назорат қилиш ва унинг асоратларини олдини олиш бугунги кунда кардиологлар ва умумий амалиёт шифокорларининг асосий вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Калит сузлар: Гипертония касаллиги, назоратсиз, ортиқча вазн, артериал қон босим.

Abstract. Despite significant progress in the study and treatment of hypertension, it remains the leading cause of death worldwide. Its complications pose a serious medical and socioeconomic problem, as they lead to an increase in the number of disabled people and a decrease in patients' ability to work. Controlling uncontrolled hypertension and preventing its complications remain one of the key tasks for cardiologists and general practitioners today.

Key words: Hypertension, uncontrolled, overweight, blood pressure.

Кириш. Ҳозирги вақтда юрак-қон томир касалликлари (ЮКТК) касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари таркибида етакчи ўринни эгаллаб, Ўзбекистонда умумий ўлимнинг 61,3 фоизини ташкил этади [2, 9]. Гипертониядан дунёдаги ҳар учинчи инсон азият чекади. Кенг тарқалган ўлимга олиб келадиган ушба касаллик инсулт, инфаркт, юрак етишмовчилиги, эрта ногиронликка олиб келади [5]. ЖССТ маълумотларига кўра, 2020 йил охирида дунёда 1,13 миллиард одам гипертония билан касалланган, уларнинг 40% га яқини ўз касаллигидан беҳабар ва фақат 10% даволанмоқда [9, 12]. Дастлабки маълумотларга кўра, 2025 йилда гипертония билан оғриган беморлар сони 1,6 миллиард кишига етиши мумкин [7, 10].

Назоратсиз артериал гипертензия сабабини аниқлаш жуда муҳимдир. Шубҳасиз, унинг пайдо

бўлишининг ўзи артериал гипертензиянинг иккиламчи генезисини тахмин қилиш учун далилдир [4, 13]. Назоратсиз артериал гипертензияни клиник баҳолашда артериал гипертензиянинг иккиламчи вариантлари билан бир қаторда унинг кўпайишига ёрдам берадиган олдини олиш мумкин бўлган сабабларга ҳам эътибор бериш керак. Улар орасида гипертензив таъсири таъсир механизмининг хусусиятлари билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган баъзи дорилар синфлари алоҳида аҳамиятга эга: глюкокортикостероидлар, адренергик препаратлар, стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар ва нонаркотик анальгетиклар [6,11].

Артериал гипертензиянинг назоратсиз курсини шакллантириш механизмлари ўрганилмаган бўлиб қолмоқда, бу эса, ўз

навбатида, ушбу патологияни даволашда дори воситалари ва дори-дармонларни қўллашни чеклайди. Антигипертензив терапия схемаларини оқилона танлаш беморларнинг ушбу тоифасини даволаш сифатини сезиларли даражада яхшилаш имконини беради [1, 3, 8].

Тадқиқот мақсади: Стандарт терапияга iSGLT2 қўшилиши билан назоратсиз АГ билан оғриган беморларда қон босимини коррекциялаш имкониятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотга Самарқанд шАГар ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиалининг артериал гипертензия бўлимида даволанаётган назоратсиз артериал гипертензия билан оғриган 219 нафар бемор иштирок этди. Назоратсиз АГ клиник коррелятсиясини қиёсий таҳлил қилиш ва баҳолаш учун барча беморлар 2 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳ 111 та назоратсиз артериал гипертензия билан оғриган беморларда иАПФ+ККБ ни қабул қилиш фонида iSGLT2 ни қўлланилди. 2-гуруҳ назоратсиз артериал гипертензия билан касалланган 108 нафар бемор иАПФ+ККБ ёрдамида даволанди.

Назоратсиз қон босими бўлган беморлар назорат остида бўлган беморларга нисбатан сезиларли даражада катта эди. Назоратсиз қон босими гуруҳида ўртача ёш 58,7± 15,1 йил эди.

Бундан ташқари, назоратсиз қон босимининг тарқалиши ёш билан доимий равишда ошиб бормокда. Тарқалиши 40 ёшгача бўлганлар орасида 4,5% дан 60 ёшдан ошганлар орасида 23,7% гача ўсди.

Барча беморларда биз анамнез маълумотларини, АГ хавфи омилларини ўргандик, лаборатория натижаларини таҳлил қилдик (қон биокимёвий таҳлиллари, сийдик кислотаси даражаси, липид спектри, NT-proBNP, креатинин билан СКФ ни СКD-EPI бўйича ҳисоблаш, инструментал текшириш усуллари (офис қон босимини ўлчаш, СМАД, электрокардиограмма ва ЭхоКГ), биоимпедансометрия маълумотларини ўргандик.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Бизнинг тадқиқотимизда ўрганилаётган беморлар орасида гиподинамия (70,8%), ирсий мойиллик (84,9%), спиртли ичимликларни истеъмол қилиш (56,7%), тузни ҳаддан ташқари истеъмол қилиш (59,8%) каби хавф омиллари кўпроқ учради.

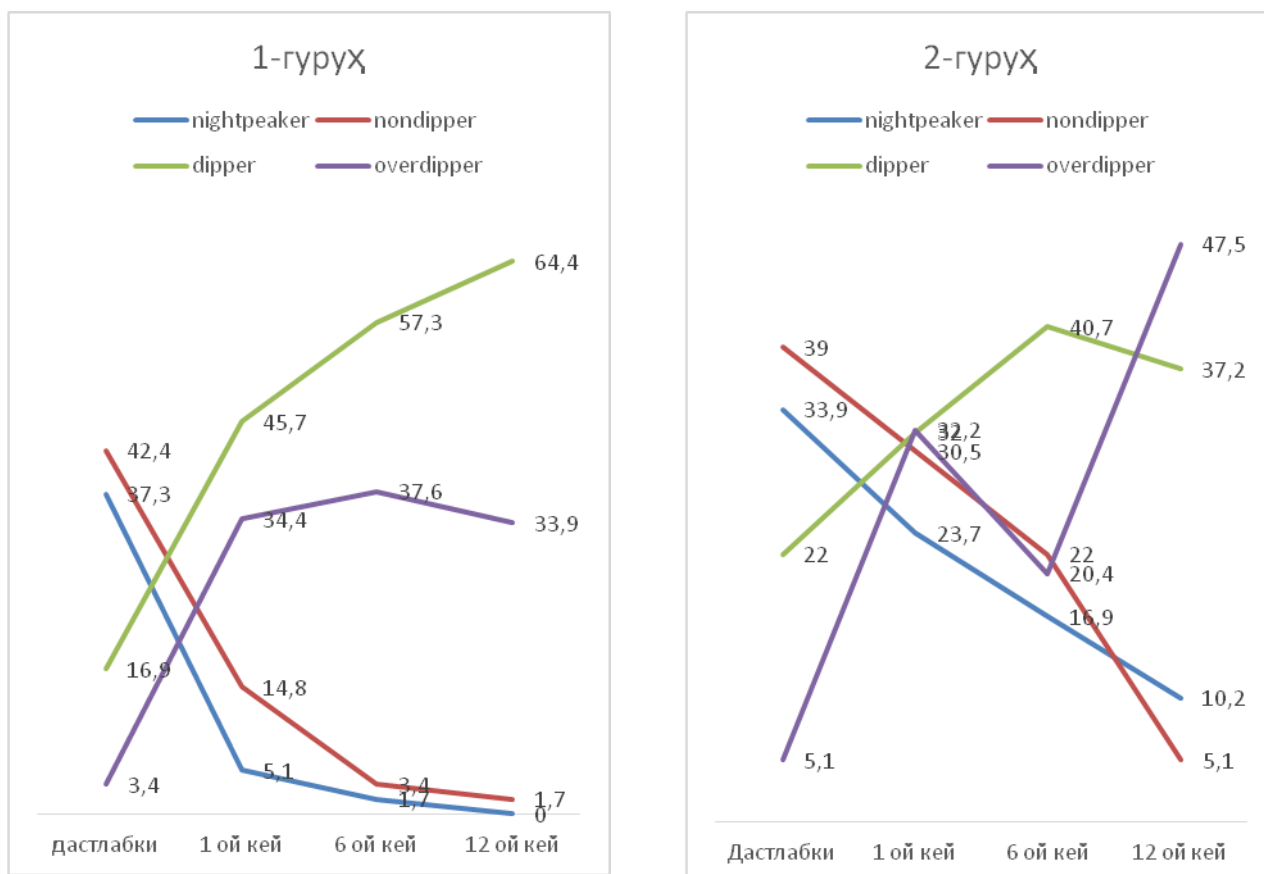
Деярли барча беморларда ортикча тана массаси индекси (ортикча вазн 84,5% (ТМИ>25), 1 даражали семириш 8,2% (ТМИ>=30) эди.

Асосий ва назорат гуруҳларида қон босимининг динамик мониторинги учун биринчи тадқиқотдан 6 ва 12 ой ўтгач беморларда лаборатория ва инструментал текширувлар кузатилди.

Жадвал 1. Терапия фонида НАГ бўлган беморларда қон босимининг кунлик мониторингининг қиёсий хусусиятлари

	1-гуруҳ			2-гуруҳ			P<0,05
	Дастлабки	6 ойдан кейин	12 ойдан кейин	Дастлабки	6 ойдан кейин	12 ойдан кейин	
Ўртача кунлик САБ (мм.сим.ус.)	157 ± 4,6	127 ± 3,8	130 ± 3,8	147,5 ± 13,4	131,5 ± 9,8	141,5 ± 9,8	p=0,01
Ўртача кунлик ДАБ (мм.сим.ус.)	89 ± 4,3	78 ± 3,7	82 ± 3,7	82 ± 9,8	80,5 ± 5,9	88,5 ± 5,9	p=0,02
САБ вақт индекси (к)	87 ± 9,8	62 ± 10,4	72 ± 10,4	85,5 ± 10,4	82,5 ± 12,4	72,5 ± 12,4	p<0,05
ДАБ (к) вақт индекси	41 ± 18,4	24 ± 9,8	32 ± 7,8	41 ± 18,4	37 ± 21,4	39 ± 21,4	p<0,05
САБ ўзгарувчанлиги (к)	14,3±1,8	12 ± 1,8	11 ± 1,8	13,5 ± 4,3	12 ± 3,2	11 ± 3,2	p<0,05
ДАБ ўзгарувчанлиги (к)	10 ± 2,3	10 ± 1,7	10 ± 1,7	11 ± 2,6	11,0 ± 2,3	11, ± 2,1	p<0,05
Ўртача тунги САД (мм.сим.ус.)	132 ± 5,6	118 ± 10,4	123 ± 10,4	122 ± 11,7	123 ± 8,6	124 ± 8,6	p<0,05
Ўртача тунги ДАБ (мм.сим.ус.)	71 ± 2,3	62 ± 4,3	65 ± 4,3	66 ± 6,4	69,5 ± 8,3	70,5 ± 8,3	p<0,05
САБ вақт индекси (н)	71 ± 9,8	50 ± 17,6	59 ± 17,6	60,5 ± 13,5	61 ± 24,3	63 ± 24,3	p<0,05
ДАБ вақт индекси (н)	38 ± 13,4	30 ± 7,8	32,8 ± 8,8	24 ± 14,8	27,0 ± 13,5	37,0 ± 13,5	p<0,05
САБ ўзгарувчанлиги (н)	13 ± 1,8	11 ± 2,1	12 ± 2,4	13,5 ± 1,6	14 ± 2,1	13,1 ± 2,1	p<0,05
ДАБ ўзгарувчанлиги (н)	10 ± 1,7	9,5 ± 1,6	9,8 ± 1,8	10 ± 2,1	10 ± 1,9	11 ± 1,9	p<0,05
Ўртача пулс тезлиги АД	64 ± 3,8	57,5 ± 2,7	52,5 ± 1,7	60 ± 9,6	60 ± 6,4	61 ± 6,4	p<0,05
Тунги пасайиш даражаси САБ	7 ± 3,7	15,1 ± 2,3	24,5 ± 2,6	7,5 ± 5,8	10 ± 4,3	19 ± 4,3	p=0,02
Тунги пасайиш даражаси ДАБ	4 ± 7,4	12 ± 3,5	14 ± 2,5	10 ± 2,4	14,5 ± 8,6	15,5 ± 8,6	p<0,05

Изоҳлар: p - I ва II гуруҳ кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг ишончлилиги



Расм 1. 1, 6, 12 ойлик даволанишдан кейин икки фазали АҚБ ритмининг салбий вариантларини қиёсий таҳлил қилиш

Жадвал 2. Қабул пайтида эхокардиографик кўрсаткичларнинг қиёсий таҳлили

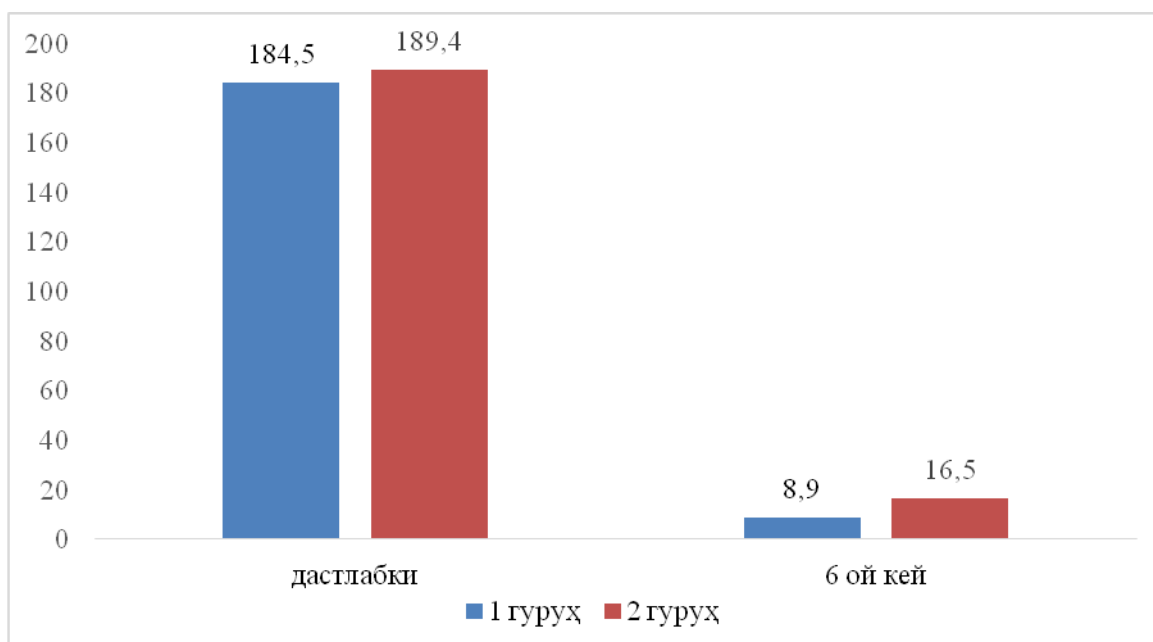
Кўрсаткич	1-группа (n=111)		группа (n=108)		p
	М	М	М	М	
ЧФ (чиқариш фракцияси) (%)					
Дастлаб	46,3	1,6	49,8	1,5	<0,05
6 ойдан кейин	59,7	1,4	50,6	1,3	<0,05
12 ойдан кейин	62,6	1,5	52,6	1,4	<0,001
ДХК (диастолик ҳажм коэффиценти)(мл)					
Дастлаб	128	8,7	131	9,4	<0,05
6 ойдан кейин	115 , 68	7, 6	123 ,53	8, 3	<0,05
12 ойдан кейин	78 ,62	5, 6	118 ,53	7,5	<0,001
СХК (систолик ҳажм коэффиценти)(мл)					
Дастлаб	57	4,9	58	4,1	<0,05
6 ойдан кейин	48 ,02	4, 5	54,38	4,3	<0,001
12 ойдан кейин .	32 ,72	4, 3	44,38	4,5	<0,001
ЧҚОДҚ (чап қоринча орқа девори қалинлиги)(мм)					
Дастлаб	1,3	0,3	1,4	0,1	<0,05
6 ойдан кейин	0,9	0,2	1,2	0,3	<0,001
12 ойдан кейин .	0,8	0,25	1,1	0,2	<0,001
ҚТҚ (қоринчалараро тўсиқ қалинлиги) (мм)					
Дастлаб	1,4	1,2	1,3	1,3	<0,05
6 ойдан кейин	1,1	0,4	1,2	0,1	<0,001
12 ойдан кейин .	0,9	0,1	1,0	0,2	<0,001
NTproBNP(пг/мл)					
Дастлаб	168,1	13,4	145,75	13,8	<0,05
6 ойдан кейин	115 , 2	12 , 6	138,76	13,1	<0,001
12 ойдан кейин .	110, 7	11, 2	129,85	12,3	<0,001

Изоҳ: P - 1 ва 2 гуруҳ кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг ишончлилиги

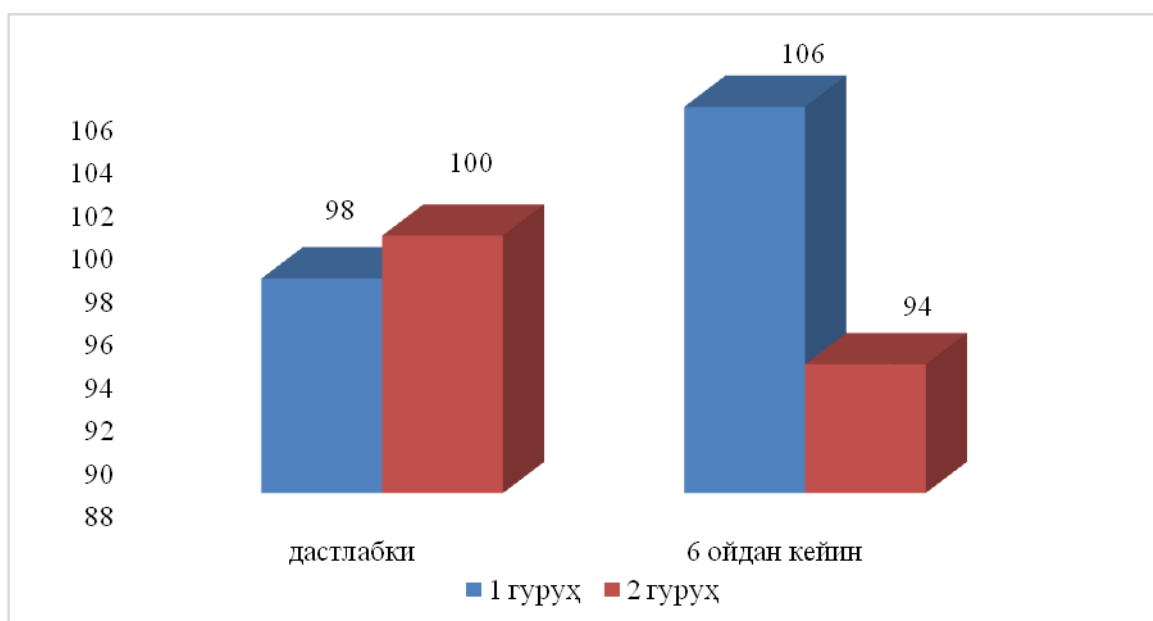
Жадвал 3. Қабул қилинганида НАГ билан оғриган беморларда биокимёвий кўрсаткичларнинг қиёсий таҳлили (креатинин, сийдик кислотаси)

Кўрсаткич	1-группа (n=111)		2 группа (n=108)		Назорат группа (n=81)		p
	М	м	М	м	М	м	
Креатинин							
Дастлаб	110,5	5,9	114,3	6,2	78	4,3	> 0,1
6 ойдан кейин.	105,7	6,4	110,4	5,8			> 0, 05
12 ойдан кейин.	80,6	4,2	100,4	4,8			<0, 05
Сийдик кислотаси							
Дастлаб	442,8	88,9	449,4	87,4	285,4	71,4	> 0, 2
6 ойдан кейин.	294,5	67,6	407,5	78,3			<0,01
12 ойдан кейин.	232,9	56,8	385,4	72,1			< 0,01

Изоҳ: Р - 1 ва 2 гуруҳ кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг ишончлилиги



Расм 2. Тадқиқот гуруҳларида МАУ нинг қиёсий тавсифлари



Расм 3. Тадқиқот гуруҳларда ГФТнинг қиёсий таҳлили

Тадқиқотимиз натижаларига кўра, ўтказилган даволанишдан сўнг, беморларнинг прогностик жиҳатдан нокулай вариантлари ставкалари пасайганлиги аниқланди "nightpeaker" - дастлаб 37,3% дан 0 гача, "nondipper" 1-гуруҳда 12 ой ичида 42,4% дан 1,7% гача, қолган беморларда "Диппер" нинг бошланғич даражаси нормал эмас эди. 16,9%, 6 ойдан кейин 57,3% га, 12 ойдан кейин эса 64,4% га ўсди. Овердиппернинг асосий сони 3,4% ни ташкил этди, 6 ойдан кейин 37,6% га, 12 ойдан кейин эса 33,9% гача кўтарилди. "Диппер" ва "овердиппер" овнинг прогностик жиҳатдан қулай вариантларининг кўпайиши НАГ асоратлари ривожланишининг пасайиши ва ҳаёт сифатининг яхшиланишини кўрсатади. 2-гуруҳдаги беморларда "nightpeaker" ва "nondipper" нинг бошланғич кўрсаткичлари мос равишда 34,8% / 39,5% ҳолларда, 6 ойлик даволанишдан кейин 16,9% ва 22% ни ташкил этди, 12 ойдан кейин бу кўрсаткич 10,2 ва 5,1% га камайди, лекин улар 2-гуруҳ беморларида қолди, қолган беморларда эса бошланғич кўрсаткичлар 6 ойдан кейин% 2 бўлди. 40,7%, 12 ойдан кейин 37,2%, кўрсаткичлар 1-гуруҳга қараганда камроқ ўзгарди.

Биринчи гуруҳга мансуб беморларда NTproBNP(пг/мл)да сезиларли ўзгаришлар кузатилди. Тадқиқотнинг биринчи гуруҳида 6 ва 12 ойлarda комплекс даволашдан сўнг ЧФ, ДХК (мл), СХК (мл) нинг дастлабки индекслари сезиларли даражада ўзгарди, индекслар нормаллаштирилди.

Иккинчи гуруҳга мансуб беморларда биз NTproBNP(пг/мл)даги аҳамиятсиз ўзгаришларни сездик. Тадқиқотнинг иккинчи гуруҳида ЧФ, ДХК (мл), СХК (мл) нинг дастлабки индекслари ўзгармади, индекслар сақланиб қолди. 6 ойлик даволанишдан кейин 2-гуруҳ субъектлари нормал NTproBNP(пг/мл)даражасининг сақланишини кўрсатдилар.

Шундай қилиб, антигипертензив терапия фонида АГ билан оғирган беморда АҚБнинг мақсадли қийматларига эришиш мумкин эди. Тадқиқот гуруҳларидаги беморларга турмуш тарзи ва диетани ўзгартириш бўйича тавсиялар берилди. Чекишни тўхтатиш. Оғирликни тузатиш. Танланган антигипертензив терапияни давом эттириш тавсия этилади (АҚБ назорати остида).

Биринчи гуруҳга мансуб беморларда биз креатинин ва сийдик кислотаси қийматларида ижобий ўзгаришларни сездик. Тадқиқотнинг биринчи гуруҳида бошланғич креатинин $110,5 \pm 5,9$ ни ташкил этди, 6 ойлик даволанишдан кейин у $105,7 \pm 6,4$ ва 12 ойдан кейин $80,6 \pm 4,2$; асосий сийдик кислотаси $442,8 \pm 88$ эди. 9, 6 ойлик даволашдан кейин $294,5 \pm 67,6$ ва 6 ойдан кейин $232,9 \pm 56,8$ ни ташкил этди.

Қонда сийдик кислотаси ва креатинин даражасини қиёсий таҳлил қилишда кузатув гуруҳларидаги натижалар солиштириш мумкин эди. Қундалик сийдикда МАУ даражаси дастлабки текшириш босқичида гуруҳлар ўртасида сезиларли даражада фарқ қилди: даволашдан кейин $184,5 \pm 23,4$ мг/кунгача МАУ $8,9 \pm 1,4$ мг/кун, мос равишда $p=0,04$. Яъни, мураккаб антигипертензив терапия олган беморлар дастлаб иSGTL2 билан даволанмаганларга қараганда юқори МАУ қийматларига эга эди.

Формула (СКД-ЕРІ) бўйича ҳисобланган ўртача гломеруляр филтрация тезлиги (ГФТ) барча ўрганилган гуруҳларда нормал диапазонда эди: $98 \pm 9,6$, $100 \pm 7,6$ ($p < 0,05$). Тадқиқот жараёнида ўтказилган даво муолажаларидан кейин 1 гуруҳ беморларда ГФТ миқдори 2 гуруҳдаги беморларга нисбатан динамикада ўзгариш сезиларли яхшиланишини кўрсатди.

Шундай қилиб, антигипертензив терапия фонида АГ бўлган бемор АҚБнинг мақсадли қийматларига эриша олди.

Хулоса. ЭКГ ва ЭхоКГда чап қоринча хаддан ташқари зўриқиши билан оғир гипертрофияси ва нормал NT-proBNP қийматларида стандарт терапияга iSGLT2 қўшилиши СЮЕ ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайитириши аниқланган.

Адабиётлар:

1. Агабабян И. Р. и др. Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертензии // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 10 (51). – С. 54-58.
2. Агабабян И. Р., Юсупова З. К. Возможности эффективного контроля артериальной гипертензии у лиц с избыточной массой тела // Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 6. – С. 269-274.
3. Агабабян И.Р., Юсупова З.К. Новые возможности терапии неконтролируемой артериальной гипертензии // Журнал кардиореспираторных исследований - 2025. – №. 2. – С. 11-15.
4. Аксенова А. В. и др. Резистентная и рефрактерная артериальные гипертензии: сходства и различия, новые подходы к диагностике и лечению // Системные гипертензии. – 2018. – Т. 15. – №. 3. – С. 11-13.
5. Гадаев А. Г. и др. Железо, его роль в функционировании систем организма и связанное с ним поражение слизистой полости рта // Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 116. – №. 1. – С. 219-224.
6. Галимзянов А. Ф. и др. Медико-социальные проблемы управления факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к заболеваемости, инвалидности и смертности

населения (обзорная статья) // Скорая медицинская помощь. – 2023. – Т. 24. – №. 3. – С. 51-58.

7. Исмоилова Ю. А. Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью (на примере Самаркандской области, Узбекистан) // Cardiology in Belarus. – 2025. – С. 211.

8. Бремя Т. Б. ВОЗ. Информационный бюллетень. Март 2021 // Информационный бюллетень. – 2021.

9. Махмонов Л. С., Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г. Helicobacter pylori ва уни темир ҳамда витамин B12 танқислиги камқонлиги юзага келишидаги аҳамияти. – 2021.

10. Подзолков В. И., Тарзиманова А. И., Георгадзе З. О. Современные принципы лечения неконтролируемой артериальной гипертензии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – Т. 15. – №. 5. – С. 736-741.

11. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

12. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р. Связь заболеваний пародонта с острым коронарным синдромом (литературный обзор) // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4. – С. 252.

13. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью // Вестник врача. – 2021. – №. 3. – С. 100.

14. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.

15. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.

16. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Заболевания пародонта и их взаимосвязь с сердечно-сосудистой патологией // Теоретические и практические проблемы образовательной

системы при подготовке высококвалифицированных стоматологов. Ташкент. – 2017. – С. 780-781.

17. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Состояние стоматологического здоровья у больных с хроническими болезнями почек // Теоретические и практические проблемы образовательной системы при подготовке высококвалифицированных стоматологов. Ташкент. – 2017. – С. 779-780.

18. Синецкая Э. А. Пандемия: КНР и мир // Общество и государство в Китае. – 2020. – Т. 50. – №. 34. – С. 851-866.

19. Социальные А. З. Н. ВОЗ. Информационный бюллетень. Октябрь 2021 // Социальные аспекты здоровья населения Учредители: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. – 2021. – Т. 67. – №. 5.

20. Чазова И. Е., Жернакова Ю. В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Системные гипертензии. – 2019. – Т. 16. – №. 1. – С. 6-31.

21. Юсупова З. К., Агабабян И. Р. Ортикча вазни одамларда артериал гипертензияни назорат қилиш имкониятлари // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №. 5 (148). – С. 273-276.

22. Юсупова З. К. Оценка эффективности коррекции неконтролируемой АГ в профилактике хронической сердечной недостаточности // Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 4. – С. 226-232.

РОЛЬ ИНГИБИТОРА НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Юсупова З.К.

Резюме. Несмотря на значительный прогресс в исследовании и лечении артериальной гипертензии, она по-прежнему остается ведущей причиной смерти во всем мире. Ее осложнения представляют собой серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему, поскольку приводят к увеличению числа инвалидов и снижению трудоспособности пациентов. Контроль неконтролируемой артериальной гипертензии и предупреждение развития ее осложнений остаются сегодня одной из ключевых задач для кардиологов и врачей общей практики.

Ключевые слова: Гипертоническая болезнь, неконтролируемая, избыточный вес, артериальное давление.