

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЖИХАТЛАРИ



Боборахимова Умеда Мусаевна

Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Боборахимова Умеда Мусаевна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF METABOLIC SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Boborakhimova Umeda Musaevna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Метаболик синдром репродуктив ёшдаги аёллар орасида кенг тарқалаётган, кўп омилли патология бўлиб, у семириш, инсулин резистентлиги, артериал гипертензия ва липид алмашинуви бузилишлари билан тавсифланади. Ушбу синдром нафақат юрак-қон томир касалликлари ва 2-тур қандли диабет ривожланиш хавфини оширади, балки аёлларнинг репродуктив саломатлигига, жумладан менструал цикл бузилишлари, поликистоз тухумдон синдроми ва берушликка ҳам салбий таъсир кўрсатади. Шунингдек, метаболик синдром ижтимоий-иқтисодий омилар, турмуш тарзи, овқатланиш одатлари ва жисмоний фаоллик даражаси билан узвий bogliq бўлган долзарб тиббий-ижтимоий муаммо ҳисобланади. Мақолада репродуктив ёшдаги аёлларда метаболик синдромнинг тарқалиши, хавф омиллари ва унинг олдини олиш чора-тадбирларининг аҳамияти ёритилган.

Калит сўзлар: Метаболик синдром, репродуктив ёш, аёллар саломатлиги, инсулин резистентлиги, семириш, репродуктив саломатлик, тиббий-ижтимоий муаммо.

Abstract. Metabolic syndrome is a multifactorial condition that is increasingly prevalent among women of reproductive age. It is characterized by a combination of abdominal obesity, insulin resistance, arterial hypertension, and dyslipidemia. This syndrome significantly increases the risk of cardiovascular diseases and type 2 diabetes mellitus and has a negative impact on female reproductive health, contributing to menstrual disorders, polycystic ovary syndrome, and infertility. Moreover, metabolic syndrome represents an important medical and social problem closely associated with lifestyle factors, dietary habits, physical inactivity, and socioeconomic conditions. This article highlights the prevalence of metabolic syndrome in women of reproductive age, identifies major risk factors, and emphasizes the importance of preventive strategies.

Keywords: Metabolic syndrome, women of reproductive age, insulin resistance, obesity, reproductive health, medical and social problem.

Долзарблик. Сўнгги йилларда метаболик синдром репродуктив ёшдаги аёллар саломатлигига жиддий таъсир кўрсатувчи муҳим тиббий-ижтимоий муаммолардан бири сифатида қаралмоқда. Янги эпидемиологик маълумотларга кўра, 2000–2023 йиллар давомида дунё аҳолиси орасида метаболик синдромнинг тарқалиши сезиларли даражада ошган. 2023 йилга келиб, катта ёшдаги аҳоли орасида ушбу ҳолат 1,54 миллиарддан ортиқ инсонда қайд этилгани,

аёллар орасида эса унинг учраш даражаси тахминан 31 фоизни ташкил қилиши таъкидланади. Бу кўрсаткичлар метаболик синдром ва семизликнинг кўплаб мамлакатларда барқарор ўсиш тенденциясига эга эканлигини кўрсатади [4, 13].

Дунёнинг турли минтақаларида репродуктив ёшдаги аёллар орасида ортиқча тана вазни ва семизликнинг кўпайиши метаболик синдром муаммосини янада долзарблаштирмоқда.

35–49 ёшдаги аёлларда тана вазни индекси 30 кг/м² ва ундан юқори бўлган ҳолатлар Россияда 26,7 фоиз, Эронда 23,8 фоиз, Филиппинда 11,9 фоиз, АҚШ ва Европа мамлакатларида 22–35 фоиз, Ўзбекистонда эса тахминан 22 фоиз атрофида қайд этилади. Ушбу маълумотлар семизлик ва метаболик синдромнинг нафақат эндокринологик, балки акушерлик-гинекологик амалиёт учун ҳам катта аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди [1, 2, 7].

Метаболик синдром битта мустақил касаллик эмас, балки инсулинга резистентлик, абдоминал семизлик, артериал гипертензия, дислипидемия ва углевод алмашинуви бузилишларини ўз ичига олган мураккаб клиник-метаболик ҳолатдир. Ушбу синдром репродуктив ёшдаги аёлларда ҳайз циклининг бузилиши, ановуляция, бепуштлиқ, ҳомиладорлик асоратлари, поликистоз тухумдонлар синдроми ва юрак-қон томир касалликлари хавфининг ортиши билан чамбарчас боғлиқ. Шу сабабли мазкур муаммони барвақт аниқлаш, патогенетик механизмларини баҳолаш ва комплекс коррекция қилиш замонавий гинекология, эндокринология ва репродуктологиянинг устувор вазифаларидан бири ҳисобланади [5, 6, 10].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсифига кўра, метаболик синдром инсулинга резистентлик билан бирга артериал гипертензия, дислипидемия ва семизлик каби қўшимча метаболик бузилишлар мавжудлиги билан тавсифланади. Бу ёндашувда асосий эътибор тўқималарнинг инсулинга сезувчанлиги пасайишига қаратилган бўлиб, ушбу ҳолат кейинчалик гиперинсулинемия, углевод ва липид алмашинуви бузилишлари ҳамда эндотелиал дисфункция ривожланишига олиб келади [4, 13].

International Diabetes Federation мезонларида абдоминал семизлик метаболик синдромнинг асосий белгиси сифатида баҳоланади. Ушбу ёндашувга кўра, аёлларда бел айланасининг 80 см ва ундан юқори бўлиши ҳамда унга қўшимча равишда артериал гипертензия, триглицеридлар миқдорининг ошиши, юқори зичликдаги липопротеидлар камайиши ёки гликемия бузилиши каби икки белги мавжуд бўлиши метаболик синдром ташхисини қўйиш учун етарли ҳисобланади. Амалиётда бу мезонлар клиник жиҳатдан қулай бўлиб, абдоминал семизликни турли популяцияларда тез баҳолаш имконини беради [7, 14].

NCEP АТР III мезонларида эса метаболик синдром ташхиси белгиланган бешта клиник-лаборатор кўрсаткичдан камида учтаси мавжуд бўлганда қўйилади. Бу ёндашувда алоҳида бир асосий шарт белгиланмаган, шунинг учун у кундалик клиник амалиётда кенг қўлланилади.

Репродуктив ёшдаги аёлларда ушбу мезонларни қўллашда нафақат тана вазни индекси ва бел айланаси, балки ҳайз цикли хусусиятлари, овулятор функция, углевод-ёғ алмашинуви ҳолати ҳамда контрацепция танлаш имкониятлари комплекс баҳоланиши лозим [2, 3, 12].

Метаболик синдромнинг ривожланишида генетик мойиллик, гиподинамия, юқори калорияли овқатланиш, эндокрин бузилишлар, стресс омиллари ва атроф-муҳит таъсири муҳим ўрин тутadi. Семизликда ёғ тўқимасининг организмда қандай тақсимланиши клиник оқибатларни белгилайдиган асосий омиллардан биридир. Аёлларда ёғ тўқимасининг гиноид ва андроид типда тўпланиши фаркланади. Гиноид типда ёғ асосан сон ва думба соҳаларида йиғилса, андроид ёки висцерал типда ёғ асосан қорин бўшлиғи ва ички аъзолар атрофида тўпланади [4, 8].

Висцерал семизлик метаболик нуқтаи назардан нисбатан хавфли ҳисобланади, чунки абдоминал-висцерал ёғ тўқимаси қон билан яхши таъминланган, липолитик фаоллиги юқори ва биологик фаол моддалар секрецияси кучли бўлади. Бундай тўқимада β-адренорецепторлар фаоллиги устун бўлиб, эркин ёғ кислоталарининг қонга кўп миқдорда чиқишига сабаб бўлади. Натижада инсулинга резистентлик, гиперинсулинемия, триглицеридлар ва паст зичликдаги липопротеидлар миқдорининг ошиши, глюкоза утилизациясининг пасайиши каби бузилишлар шаклланади [5, 6, 13].

Ёғ тўқимаси фақат энергия захираси эмас, балки фаол эндокрин орган сифатида ҳам фаолият юритади. У эстрон, эстрадиол, тестостерон, дегидроэпиандростерон ва бошқа биологик фаол моддалар алмашинувида иштирок этади. Семизлик шароитида ёғ тўқимасида стероид гормонлар метаболизми ўзгаради, бу эса гиперандрогения, овуляция бузилиши ва ҳайз цикли номунтазамлигига олиб келиши мумкин. Шу жиҳатдан метаболик синдромнинг репродуктив тизимга таъсири кўп омилли ва мураккаб механизмлар орқали амалга ошади [6, 10].

Инсулинга резистентлик метаболик синдромнинг марказий патогенетик бўғини ҳисобланади. Тана вазни ортиши билан инсулин рецепторларининг сезувчанлиги пасаяди, аммо бу ўзгариш айниқса висцерал семизликда яққол намоён бўлади. Инсулинга резистентлик кучайган сари жигарда глюкоза ишлаб чиқарилиши ортиши, мушакларда глюкоза утилизацияси пасайиши ва липид алмашинуви издан чиқиши кузатилади. Репродуктив ёшдаги аёлларда бу жараён гиперандрогения, поликистоз тухумдонлар синдроми ва овулятор дисфункция билан бирга кечиши мумкин [5, 6, 15].

Аёл организмнинг репродуктив функцияси энергетик баланс, гормонал гомеостаз ва ёғ тўқимаси миқдори билан узвий боғлиқ. Меъёрий ҳайз циклининг шаклланиши ва овулятор функциянинг сақланиши учун организмда маълум миқдорда ёғ тўқимаси мавжуд бўлиши зарур. Бироқ ёғ тўқимасининг меъёрдан ортиқ тўпланиши репродуктив тизим фаолиятига салбий таъсир кўрсатади. Семизлик қайд этилган кўплаб аёлларда ҳайз циклининг номунтазамлиги, олиго- ва аменорея, ановуляция ва бепуштлиқ ҳолатлари кўп учрайди [1, 5, 10].

Кўпчилик тадқиқотчилар фикрига кўра, семизлик фонида ҳайз функцияси бузилиши кўп ҳолларда иккиламчи хусусиятга эга бўлиб, у метаболик ва гормонал дисбаланс натижасида ривожланади. Алиментар семизликда ҳайз функцияси бузилишлари соғлом тана вазнига эга аёлларга нисбатан бир неча марта кўпроқ учрайди, бирламчи бепуштлиқ ҳолатлари эса тахминан икки баробар юқори бўлиши мумкин. Тана вазни ортиши овариал функция бузилиши оғирлиги билан бевосита боғлиқ бўлиб, бу ҳолат ановуляция, лютеин фазаси етишмовчилиги ва ҳомиладор бўлиш эҳтимолининг камайиши билан кечади [1, 6, 15].

Семизлик ва метаболик синдром ҳомиладорлик даврида ҳам юқори хавф омили ҳисобланади. Бундай аёлларда ҳомиланинг тушиш хавфи, ҳомила ўсишининг чекланиши, гестоз, преэклампсия, эклампсия, гестацион диабет, туғруқ фаолияти аномалиялари ва кесар кесиш операциясига эҳтиёж ортиши мумкин. Шунингдек, туғруқдан кейинги даврда тромбоземболик асоратлар, инфекция жараёнлар ва лактация бузилишлари хавфи ҳам юқори бўлади. Шу сабабли метаболик синдромга эга репродуктив ёшдаги аёлларни гравидар олди тайёргарлик босқичида комплекс баҳолаш ва тана вазнини оптималлаштириш муҳим аҳамиятга эга [2, 7, 11].

Поликистоз тухумдонлар синдроми метаболик синдром билан кўп ҳолларда бирга кечадиган гинекологик-эндокрин патологиялардан биридир. Унда гиперандрогения, овулятор дисфункция ва инсулинга резистентлик ўзаро боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Клиник амалиётда бундай беморларда контрацепция усулини танлашда тромботик хавф, липид профили, тана вазни индекси, артериал босим ва углевод алмашинуви ҳолати алоҳида баҳоланиши зарур [2, 3, 16].

Овқатланиш хулқ-атворининг бузилиши семизлик ва метаболик синдромнинг ривожланишида муҳим ўрин тутади. Очлик ва тўқлик ҳисси марказий асаб тизими, эндокрин тизим, ҳазм қилиш тракти гормонлари ва периферик метаболик сигналлар орқали бошқарилади. Қисқа муддатли регуляция ошқозон деворининг механорецепторлари, глюкорелецепторлар ва терморелецепторлар фаолияти билан боғлиқ бўлса, узоқ муд-

датли регуляция ёғ алмашинуви ва адипокинлар таъсири орқали амалга ошади [8, 13].

Лептин оқ ёғ тўқимаси томонидан ишлаб чиқариладиган муҳим адипокин бўлиб, энергетик баланс, иштаҳа, ёғ алмашинуви ва репродуктив функцияни бошқаришда иштирок этади. У гипоталамусдаги рецепторлар орқали гонадотропин-рилизинг гормон ва гонадотропинлар секрециясига таъсир кўрсатади. Лептин рецепторлари гипоталамусдан ташқари гипофиз, тухумдон, эндометрий, хорион ва йўлдош тўқималарида ҳам аниқланган. Бу ҳолат лептиннинг репродуктив жараёнлардаги ролини янада тасдиқлайди [6, 8].

Семизликда лептин миқдори ошса-да, амалиётда иштаҳа пасайиши ва тана вазни камайиши ҳар доим ҳам кузатилмайди. Бу ҳолат лептинга резистентлик шаклланиши билан изоҳланади. Аёлларда лептин миқдори ва тана вазни индекси ўртасида мустаҳкам боғлиқлик мавжуд бўлиб, семизликнинг турли даражаларида лептин миқдори эркакларга нисбатан юқорироқ бўлиши мумкин. Лептиннинг меъёрий даражаси ҳайз ва репродуктив функциянинг сақланиши учун муҳим шартлардан бири ҳисобланади [6, 8, 10].

Гомоцистеин метионин метаболизмининг маҳсулоти бўлиб, у организмнинг биокимёвий ҳолатини акс эттирувчи муҳим кўрсаткичлардан бири саналади. Кам ҳаракатли ҳаёт тарзи, ортиқча тана вазни ва метаболик бузилишлар гипергомоцистеинемияга олиб келиши мумкин. Гомоцистеин эндотелий хужайралари ва паст зичликдаги липопротеидларга оксидловчи таъсир кўрсатиб, юрак-қон томир касалликлари ва ҳомиладорлик асоратлари хавфини оширади. Шу сабабли репродуктив ёшдаги ортиқча вазни аёлларда гомоцистеин алмашинувини ўрганиш илмий ва амалий аҳамиятга эга [11, 14].

Метаболик синдромни даволашда асосий мақсад тана вазнини камайтириш, инсулинга резистентликни пасайтириш, липид ва углевод алмашинувини меъёрлаштириш ҳамда репродуктив функцияни тиклашдан иборат. Тана вазнининг дастлабки кўрсаткичдан 5 фоизгача камайиши кўпинча етарли клиник самара бермаслиги мумкин, 5–10 фоизга камайиши қониқарли натижа берса, 10 фоиздан ортиқ камайиши даволашнинг яхши самараси билан боғлиқ. Ҳафтасига 0,5–1 кг вазн йўқотиш физиологик жиҳатдан мақбул ҳисобланади [4, 7, 13].

Рационал овқатланиш ва жисмоний фаолликни ошириш даволашнинг биринчи босқичи ҳисобланади. Ўртача гипокалорияли парҳез, мунтазам аэроб ва кучлилиқ машқлари, психологик қўллаб-қувватлаш ҳамда овқатланиш хулқ-атворини қайта шакллантириш узоқ муддатли натижага эришишда муҳим аҳамиятга эга. Фақат қисқа муддатли парҳез эмас, балки барқарор соғлом турмуш тарзи қўникмаларини шаклланти-

риш метаболик синдромнинг қайталанишини олдини олишга хизмат қилади [4, 13].

Инсулинга резистентлик мавжуд бўлган аёлларда метформин қўлланилиши патогенетик жиҳатдан асосланган ёндашув ҳисобланади. Метформин жигар, мушак ва ёғ тўқималарида глюкоза утилизациясини яхшилайдиган, триглицеридлар ва паст зичликдаги липопротеидлар миқдорини камайтиришга ёрдам беради ҳамда углевод-ёғ алмашинувига ижобий таъсир кўрсатади. Айрим тадқиқотларда сибутрамин ва метформин комбинацияси углевод ва липид алмашинувини меъёрлаштиришда самарали эканлиги кўрсатилган [5, 6].

Репродуктив ёшдаги аёлларда контрацепция усулини танлаш индивидуал ёндашувни талаб қилади. Семизлик, дислипидемия, артериал гипертензия, поликистоз тухумдонлар синдроми ва тромботик хавф мавжуд бўлган ҳолларда гормонал контрацептивларни тайинлашдан олдин клиник-лаборатор баҳолаш ўтказилиши лозим. Паст ва микродозали эстроген-гестаген воситаларни танлашда уларнинг липид профили, углевод алмашинуви ва қон ивиш тизимига таъсири ҳисобга олиниши зарур [2, 3, 7, 12].

Гравидар олди даврда тана вазнини меъёрлаштириш, витамин-минерал етишмовчиликларни бартараф этиш, гликемия ва артериал босимни назорат қилиш, дислипидемияни коррекция қилиш ва жисмоний фаолликни ошириш ҳомиладорлик ва туғруқ асоратларининг олдини олишда муҳим профилактик чоралардан ҳисобланади. Бундай беморларни акушер-гинеколог, эндокринолог, терапевт, диетолог ва зарур ҳолларда кардиолог иштирокида мультидисциплинар тарзда олиб бориш мақсадга мувофиқ [1, 2, 14].

Хулоса. Метаболик синдром репродуктив ёшдаги аёлларда юрак-қон томир, эндокрин ва репродуктив тизимлар фаолиятига салбий таъсир кўрсатувчи кўп омилли клиник ҳолатдир. Унинг асосида висцерал семизлик, инсулинга резистентлик, гиперинсулинемия, дислипидемия ва гормонал дисбаланс ётади. Ушбу ўзгаришлар ҳайз цикли бузилиши, ановуляция, бепуштлики, ҳомиладорлик ва туғруқ асоратлари хавфининг ортишига сабаб бўлади.

Метаболик синдромни барвақт аниқлаш ва комплекс даволаш репродуктив прогнозни яхшилаш, оғир акушерлик-гинекологик асоратларни камайтириш ва соғлом авлод туғилишини таъминлашда муҳим аҳамиятга эга. Даволашнинг биринчи босқичи тана вазнини камайтириш, рационал овқатланиш, жисмоний фаолликни ошириш ва инсулинга резистентликни коррекция қилишдан иборат бўлиши лозим. Шу билан бирга, гормонал контрацепция, ҳомиладорликни режалаштириш ва метаболик хавфларни баҳолаш ҳар

бир бемор учун индивидуал тарзда амалга оширилиши керак.

Шундай қилиб, репродуктив ёшдаги аёлларда метаболик синдромга мультидисциплинар ёндашув асосида ёндашиш замонавий тиббиётнинг муҳим йўналишларидан бири ҳисобланади. Клиник амалиётда ушбу синдромни фақат тана вазни ортиши сифатида эмас, балки репродуктив, эндокрин ва кардиометаболик хавфлар мажмуаси сифатида баҳолаш зарур.

Адабиётлар:

1. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. Избыток массы тела у женщин репродуктивного возраста и методы его коррекции // Журнал репродуктивного здоровья и урогинекологических заболеваний. - 2020. - № 2. - С. 11–13.
2. Агабабян Л.Р., Абдуллаева Л.М., Насырова З.А. Гормональная контрацепция у женщин с гинекологической и соматической патологией: учебное пособие. - Ташкент, 2020. - 76 с.
3. Аганезова Н.В., Аганезов С.С. Комбинированные оральные контрацептивы: не только контрацепция // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 6.
4. Аметов А.С. Эффективное лечение ожирения - путь борьбы с эпидемией diabetes mellitus // Медицинский совет. - 2013. - № 2-2. - С. 78–83.
5. Андреева Е.Н., Григорян О.Р. Контрацепция при эндокринопатиях. Доказательная база: научно-практическое руководство. - Москва, 2016.
6. Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Волевоч Н.Н., Мельниченко Ж.А. Влияние комбинации сибутрамин/метформин на уровень антимюллерова гормона, углеводный и липидный обмен в терапии синдрома поликистозных яичников у женщин с метаболическим синдромом // Акушерство и гинекология. - 2016. - С. 112–119.
7. Андреева Е.Н., Соколова Д.А., Григорян О.Р. Контрацепция у женщин с ожирением // Ожирение и метаболизм. - 2016. - Т. 13, № 3. - С. 65–69. DOI: 10.14341/OMET2016365-69.
8. Глазкова О.Л., Сумятина Л.В. Влияние комбинированных оральных контрацептивов на ранние проявления метаболического синдрома у женщин // Проблемы репродукции.
9. Глазкова О.Л., Шмелева С.В. Показатели обмена углеводов и липидов у пациенток с нарушением менструального цикла и ожирением // Obstetrics and Gynecology.
10. Клинические рекомендации по синдрому поликистозных яичников. Разделы по дислипидемии и выбору контрацепции у пациенток с СПКЯ.
11. Остроумова О.Д., Телкова С.С. и др. Подходы к лечению гипертриглицеридемии у пациентов с дислипидемией и ожирением // РМЖ. - 2025. - № 5. - 30 мая.

12. Проблемы репродукции. Анализ влияния гормональных контрацептивов на липидный профиль при ожирении.

13. Ризаев Ж.А., Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Абдурахманова С.И. Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза // Медицинский журнал Узбекистана. - 2019. - № 1. - С. 23–26.

14. Abduvakilov J., Rizaev J. Characteristic features of lipid metabolism in patients with chronic generalized periodontitis associated metabolic syndrome // Annals of International Medical and Dental Research. - 2019. - Vol. 5, No. 4. - P. DE45–DE48.

15. Agababyan L.R., Rizaev J.A., Yeszhanova A.A. Ultrasound and Doppler markers of fetoplacental insufficiency and macrosomia in pregnant women with gestational diabetes: a retrospective cohort study // New Day in Medicine. - 2026. - № 4(90). - P. 421–427.

16. Kuznetsova I.V. Метаболические эффекты комбинированной гормональной контрацепции и риск тромботических событий // Obstetrics and Gynecology. - 2016. - № 6. DOI: 10.18565/aig.2016.6.108-114.

17. Petrova T.N., Kovalenko N.S., Andreev A.A. et al. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике ожирения // Russian Medicine. - 2024.

18. Rizaev J.A., Agababyan L.R., Khalmuratova K.Zh. Medical and social determinants and barriers in the treatment of climacteric syndrome: results of a

cross-sectional study // New Day in Medicine. - 2026. - № 4(90). - P. 389–394.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Боборахимова У.М.

Резюме. Метаболический синдром является многофакторной патологией, широко распространённой среди женщин репродуктивного возраста. Он характеризуется сочетанием абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, артериальной гипертензии и нарушений липидного обмена. Данное состояние существенно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, а также негативно влияет на репродуктивное здоровье женщин, способствуя возникновению нарушений менструального цикла, синдрома поликистозных яичников и бесплодия. В то же время метаболический синдром представляет собой важную медико-социальную проблему, тесно связанную с образом жизни, характером питания, уровнем физической активности и социально-экономическими факторами. В статье рассматриваются распространённость метаболического синдрома среди женщин репродуктивного возраста, основные факторы риска и значение профилактических мероприятий.

Ключевые слова: Метаболический синдром, женщины репродуктивного возраста, инсулинорезистентность, ожирение, репродуктивное здоровье, медико-социальная проблема.