

Human Biology. 1998. - Vol. 10, Jfcl P. 73-85,

20. Hertzman, C. The case for child development as a determinant of health / C. Hertzman H Canadian journal of public health. (1998. - Vol. 89, №1. - P. 14-19.

21. Jaeger, U, Growth studies in Jena, Germany: Changes in thoracic measurements between 1975 and 1995 I U. Jaeger

// American Journal Human Biology. 1999. - Vol. 11, m - P. 784-792.

22. Standardized percentile curves of body mass index of Iranian children compared to the US population reference / M. Hossaini. R-G- Carpenter, K-Mohammad, M.E. Jones // International Journal Obesity, 1999. - Vol. 23t №8. -P, 783-786.

ЗАСТОСУВАННЯ ТРАЗОДОНУ У МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ З ТРАНЗИТОРНИМ ВАРІАНТОМ ТЕСТОСТЕРОНОДЕФІЦИТУ, ОБУМОВЛЕНОГО ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТРЕСОМ

Мінухін Андрій Сергійович

Кандидат медичних наук, асистент кафедри патологічної фізіології
Національного Фармацевтичного Університету, м. Харків, Україна
молодший науковий співробітник відділення патології статевих залоз
ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», м. Харків
КЗ ОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер», м. Харків, Україна
відділення сімейного лікарсько-психологічного консультування, лікар-сексопатолог
Кришталь Є.В.

Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології та медичної психології Харківської Медичної Академії
Післядипломної Освіти, Україна Головний лікар
КЗ ОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер», м. Харків, Україна
Бондаренко В.О.

Доктор медичних наук, професор. Завідувач відділенням патології статевих залоз
ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», м. Харків
Федотова О.П.

кандидат медичних наук, доцент кафедри сексології та медичної психології Харківської Медичної Академії Післядипломної Освіти, Україна КЗ ОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер», м. Харків, Україна. Завідувач відділення
імейного лікарсько-психологічного консультування, лікар-сексопатолог
Крутко Д.І.

КЗ ОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер», м. Харків, Україна відділення сімейного
лікарсько-психологічного консультування, лікар-сексопатолог

APPLICATION OF TRAZODONE FOR YOUNG MEN WITH TRANSIENT VARIANT OF TESTOSTERONE DEFICIENCY, CONDITIONED BY MENTAL STRESS

Minukhin A.S., PhD, assistant of department of pathophysiology, National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine Assistant of department of sex gland pathology SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine», Kharkiv sexual health doctor-specialist Communal health care facility «Regional Psycho-neurological dispensary», Department of familial Medical and psychological consultation Kharkiv, Ukraine

Krishtal E.V. , Doctor of medicine, professor, heard of the department of sexology and medical psychology «Kharkov Medical Academy of Post-graduate Education», Ukraine Communal health care facility «Regional Psycho-neurological dispensary», Kharkiv, Ukraine

Bondarenko V.O., Doctor of medicine, professor, heard of the department of sex gland pathology SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

Fedotova O.P., PhD, associated of professor of the department of sexology and medical psychology of the Kharkov Medical Academy of Post-graduate Education», Ukraine heard of the Department of familial Medical and psychological consultation Communal health care facility «Regional Psycho-neurological dispensary», Kharkiv, Ukraine sexual health doctor-specialist

Krutko D.I. , Communal health care facility «Regional Psycho-neurological dispensary», Department of familial Medical and psychological consultation Kharkiv, Ukraine, sexual health doctor-specialist

АНОТАЦІЯ

Наведено ефективність застосування Тразодона у молодих чоловіків с транзиторним варіантом тестостеронодефіциту, обумовленого психо-емоційним стресом. Показано, що прийом впродовж місяця у більшості пацієнтів призводить до нівелювання симптомів за даними AMS-шкали на тлі загальної нормалізації вмісту загального та вільного тестостерону у сироватці крові. Також прийом Тразодона не призводить до суттєвого підвищення рівнів пролактину, що є важливим для попередження розвитку ускладнень на фоні гіперпролактинемії.

ABSTRACT

Efficiency over of application of Trazodone is brought for the young men of the transient variant of testosterone deficiency, conditioned by mental stress. It is shown that a reception during a month in most patients results in leveling of symptoms from data of AMS-scale on a background general normalization of content of total and free testosterone in the serum of blood. Also the reception of Trazodone does not result in the substantial increase of levels of prolactin, that is important for warning of development of complications on a background hyperprolactinemia.

Ключові слова: тестостеронодефіцит, Тразодон, загальний та вільний тестостерон, AMS-шкала, пролактин.

Keywords: testosterone deficiency, Trazodone, total and free testosterone, AMS-scale, prolactin.

Постановка проблеми. Коморбідні стани все більше звертають на себе увагу сучасних досліджень. Наявність двох та більше патологічних процесів потребують більш ретельного обстеження та пошуку нових терапевтичних схем, які застосовуються з урахуванням саме встановлених взаємозв'язків між захворюваннями.

Одним з варіантів поєднаної патології у чоловіків є тестостеронодефіцит (андрогенодефіцит) (ТД), який визначають як клінічний та біохімічний синдром, що асоціюється з віком та коморбідністю, та супроводжується специфічними симптомами: недорозвитком статевих органів, вторинних статевих ознак, сексуальними розладами та непліддям (International Society for Sexual Medicine, 2010). Головними негативними наслідками цієї патології вважають вплив на якість життя, а саме порушення фізичної, розумової та соціальної активності [1]. Розповсюдженість ТД серед молодих чоловіків коливається в державах Європи та Північної Америки від 2 до 14 %. Практично в усіх існуючих класифікаціях ТД виокремлюються варіанти, які не мають чітких діагностичних критеріїв та відповідних рекомендацій щодо терапії. К цим варіантам частково відносять транзиторні варіанти ТД. Так, американська асоціація клінічних ендокринологів (ААСЕ) виокремлює ці варіанти при стресі та ВІЛ.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Тестостерон (Т), який є головним з андрогенів, відіграє ключову функцію не тільки у підтриманні на-строю, а й у забезпеченні сексуальної функції у чоловіків, а саме його складових: лібідо, ерекції, еякуляції та оргазму, яке здійснюється завдяки його взаємодії з центральною, периферичною нервовими та судинною системами [2].

Т циркулює в крові у зв'язаній з альбуміном та глобуліном формами, та у вільній, яку саме на сьогодні необхідно встановлювати у випадках діагностики ТД. Саме вільний Т ($T_{\text{віль}}$) є біологічно активним, тобто безпосередньо реалізує свою дію на органах-мішенях.

Вплив дії Т на психічні процеси пов'язують з модуляцією ГАБА рецептори та інгібіцією 5-НТ₃ рецепторів [3]. Обидва нейротрансміттера діють центрально та приймають участь в патофізіології тривоги та депресії. Т має коротко- та довгострокові ГАМК – ергічні властивості, які можуть впливати на настрій у чоловіків [4]. Також він стимулює функцію нейромедіаторів та їх метаболізм [5-7]. Достатньо важливим також є вплив на такі показники когнітивної функції як зорово-просторову орієнтацію, зорову та вербальну пам'ять [8].

Депресивні розлади та наслідки посттравматичного стресового розладу, які пов'язані з депресією, можуть призводити до ТД за рахунок пригнічення функціонування системи гіпоталамус-гіпофіз-гонади. Ці ж закономірності

можуть спостерігаються й навпаки, коли депресивні ознаки відмічаються на фоні ТД, обумовленого віковими змінами [9]. Ця проблема достатньо досліджена у чоловіків з літнім гіпогонадізмом під час дослідження A-RHDQoL, яке встановило, що у чоловіків відбуваються такі негативні наслідки як недостатність фізичної сили та енергії, погіршення пам'яті та статевого життя [10]. Молоді чоловіки та чоловіки середнього віку з гіпогонадізмом часто скаржаться на депресивні розлади, відсутність «смислу життя». Ці психологічні симптоми значно нівелюються за умов лікування препаратами Т.

У відповідь на стрес підвищується активність симпатичної нервової системи, що призводить до зниження вмісту андрогенів, збільшенню резистентності до їх дії. Це підтверджують клінічні дослідження, які встановили, що у чоловіків з психогенною еректильною дисфункцією (ЕД) внаслідок тривалого емоційного стресу відбувається зниження активності стовбурового гастрін-релізінг пептиду, що в свою чергу призводить до редукції активності андрогенових рецепторів, приймаючих участь у нейрогенному забезпеченні ерекції [11].

Другим патогенетичним ланцюгом формування ТД під час стресу є під-вищення рівня пролактину (ПРЛ), який як відомо супресивно діє на синтез Т, знижуючи амплітуду пульсації лютропіну [12].

Розвиток сексуальних розладів на фоні ТД, обумовленого стресом, пояснює призначення препарату з антидепресивною та анксиолітичною дією Тразодон, зареєстрованого під торговою маркою «Трітїко» (Азієнде Кіміке Ріуніте Анжеліні Франческо А.К.Р.А., Італія). За даними деяких авторів цей препарат, на відміну від інших цієї групи, покращує стан сексуальної функції, а саме ерекції [13, 14]. Його відносять до групи атипичних антидепресантів здебільше з седативною та анксиолітичною діями. Він є першим представником класу АІОЗС (SARI) – антагоніст/інгібітор зворотнього захвату серотоніну. Механізм дії Тразодона також пов'язують з антагонізмом дії до 5-НТ₂ рецепторів, а вплив його на еректильну функцію з антагонізмом до α 2-адренергічних рецепторів у гладком'язовій та судинній тканинах статевого члена, дія на які призводить к скороченню тканини, притоку крові та ерекції.

Виділення невирішених раніш часток загальної проблеми.

Згідно рекомендацій європейської асоціації ендокринологів (2010) зменшення рівня загального Т ($T_{\text{заг}}$) нижче 12,0 нмоль/л розглядається як лабораторна ознака ТД та у цьому випадку необхідно досліджувати $T_{\text{віль}}$ для встановлення абсолютного або відносного ТД [15]. У відповідь на стрес можливо формування ТД за вище визначеними ме-

ханізмами. На сьогодні в літературі відсутні дані про те, як змінюються симптоми ТД на тлі психологічних розладів, обумовлених психогенією (стрессорним фактором), під впливом прийому препарату Тразодон, та яким чином це впливає на рівні андрогенів.

Мета. Встановити ефективність прийому Тразодона у молодих чоловіків з лабораторними та клінічними симптомами тестостеронодефіциту, обумовленого легкими депресивними та тривожними розладами.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 36 чоловіка (віком 21-43 років), які звернулись за допомогою зі скаргами на хронічні стреси, зниження настрою, підвищену дратливість та тривожність, сексуальні розлади (ЕД, зниження лібідо, передчасна та затримана еякуляція), підвищену втомлюваність, порушення сну (сонливість вдень, безсоння вночі) та зниження працездатності. У всіх чоловіків особливістю анамнестичних даних була наявність психогенії, яка спровокувала психоемоційний стрес.

Критерієм відбору пацієнтів окрім скарг були відсутність супутньої андрологічної патології, яка встановлювалась за методикою вивчення андрологічного статусу [16] та метода ультразвукової діагностики передміхурової залози та органів калитки. До дослідження були включені пацієнти з лабораторно встановленими ознаками ТД. Для діагностики та вивчення впливу терапії на симптоми ТД до та після терапії використовували опитувальник оцінки андрогенного статусу (AMS-шкала), який дозволяє оцінити стан психологічної, соматичної та сексологічної функції [17, 18]. Валідність даної шкали для молодих чоловіків була доведена в одному з досліджень [19].

AMS-шкала складається з 17 питань та дозволяє встановити ступень важкості симптомів ТД в залежності від загальної суми балів (кожне питання оцінюється від 1 до 5 балів, за наростаючим принципом в залежності від тяжкості симптоматики). Ключовими складовими оцінки психологічної шкали є наявність дратливості, нервовості, тривоги, депресії та спустошення. Соматична шкала оцінювала суб'єктивний стан вегетативної нервової системи. Сексологічна враховувала стан ерекції, лібідо, сексуальної активності та об'єктивний показник – зменшення росту борода.

Призначення Тразодона починали з 50 мг (1/3 таблетки), один раз на добу перед нічним сном з наступним підвищенням дози при необхідності до 100 (2/3) на 4-6 добу та 150 (ціла) на 7-14 відповідно протягом місяця.

Кожна таблетка має розділову смугу, що дозволяє титрувати дозу в залежності від динаміки симптомів.

Рівні $T_{зар}$ та $T_{вил}$ в сироватці крові до та після терапії досліджували за допомогою методу ІФА, використовуючи набори фірм «Хема» (Росія) та «DRG» (США). Також було досліджено рівні ПРЛ («Хема») з ціллю встановлення як наявності можливого додаткового негативного впливу на синтез Т та як наслідок прийому препарату, який відноситься до групи, побічною дією яких є саме підвищення ПРЛ.

Дослідження виконані з дотриманням принципів медичної етики та захисту прав пацієнтів.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували пакет прикладних програм Statistica (StatSoft Inc., версія 6.0). Нормальність розподілу вибірки була досліджена за допомогою критерія Колмогорова-Смірнова та в подальшому з використанням t-критерію Стьюдента та методу кореляційного аналізу Пірсона.

Результати.

Проведене клінічне обстеження та додаткове ультразвукове дослідження не виявило у пацієнтів гіпогонадізма, травматичних, запальних уражень статевих органів, варикоцеле, супутньої соматичної патології та надмірної ваги (ІМТ < 25,0). Вони не приймали лікарські препарати, які могли б призвести до порушення метаболізму Т та сексуальної функції [20, 21, 22]. Крім того для виключення патології гіпофіза, що супроводжується гіперпролактинемією, було досліджено його розміри за допомогою МРТ-діагностики, що дозволило виключити аденому гіпофізу.

Аналіз загальної суми балів опитувальника дозволив встановити у 12,14 10 чоловіків слабо, середньо та вкрай виражені симптоми ТД відповідно. По закінченню терапії позитивний вплив на самопочуття відмітили 27 чоловіків (75%), а нормалізація показників AMS-шкали відмічалась у 30 пацієнтів (77,3%). З них у 18 була повна нормалізація самопочуття, а у 12 симптоми не були вираженими. При чому у більшості це відбувалось на фоні зникнення лабораторних ознак ТД (88,2%). Слід зазначити, що достовірне зменшення середніх показників суми балів відмічалось за усіма складовими: психологічна шкала (- 5,1), соматична (- 3,9), сексологічна (- 4,5) (Табл. 1). Різниця загальної суми балів дозволила встановити достатньо суттєве зменшення, що дає змогу враховувати загальний позитивний терапевтичний ефект від прийому препарату.

Таблиця 1

Динаміка нормалізації показників опитувальника AMS за шкалами впродовж місяця прийому Тразодона (бали)

Шкала	До терапії	Після терапії	Динаміка	P
Психологічна	11,2 ± 0,6	6,1 ± 0,3	- 5,1	0,001*
Соматична	15,4 ± 0,9	11,5 ± 0,5	- 3,9	0,01*
Сексологічна	12,0 ± 0,6	7,5 ± 0,3	- 4,5	0,001*
Загальна сума балів	38,5 ± 1,9	25,1 ± 1,3	- 13,4	0,003*

Примітка. * - достовірність змін.

До терапії у більшості чоловіків спостерігався відносний ТД (зниження тільки $T_{зар}$) – 28 (77,8%), а у решті абсолютний (зменшення обох андрогенів). По закінченню

терапії ознаки відносного та абсолютного ТД залишились у 7 та 2, що склало 19,4 та 5,6% відповідно.

Взагалі, усунення симптомів ТД (зменшення суми

балів) відбувалось на фоні достовірного підвищення середніх величин рівнів T_{zar} та T_{vil} (з 9,4 до 13,3 нмоль/л та з

12,2 до 16,7 пг/мл відповідно) (Табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка змін рівнів андрогенів та пролактину у сироватці крові у чоловіків впродовж терапії Тразодоном ($M \pm SE$)

Гормон	До терапії	Після терапії	P
Тзаг, нмоль/л	9,4 ± 0,3	13,3 ± 0,4	0,02*
Твіл, пг/мл	12,2 ± 0,6	16,7 ± 0,5	0,01*
Пролактин, нг/мл	13,8 ± 0,7	15,3 ± 0,6	0,07

* - достовірне підвищення.

Рівні ПРЛ до терапії були підвищені (>20,0 нг/мл) у 12 пацієнтів (33,3 %). Але вони не перевищували 20 % від верхньої межі норми. По закінченню прийому Тразодона нормалізація його відмічалась у 6 чоловіків та підвищення середніх величин не було суттєвим (Табл. 2), що дає підстави для призначення препарату, який на відміну від більшості антидепресантів, не викликає суттєвих змін.

Результати кореляційного аналізу дозволили встановити негативний взаємозв'язок між рівнями вмісту андрогенів та загальною сумою балів за шкалою AMS (- 0,72; $P < 0,05$), тобто невілювання симптомів ТД асоціювалось з підвищенням вмісту андрогенів, що підтвердило обґрунтованість призначеної терапії.

Виводи.

1. Прийом препарату Тразодон впродовж місяця у молодих чоловіків зі специфічними проявами тестостеронодефіциту, обумовленими психоемоційним стресом, призводить у більшості випадків до нормалізації сексуальної, психічної та соматичної активності.

2. Невілювання специфічних симптомів тестостеронодефіциту у більшості випадків відбувається на тлі нормалізації рівнів андрогенів у сироватці крові.

3. Препарат з антидепресивною дією Тразодон не викликає суттєвого підвищення рівнів пролактину у сироватці крові.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Moncada I. Testosterone and men's quality of life / I. Moncada // *The Aging Male*. - 2006. - 9(4). - P. 189-193.
2. Минухин А.С. Роль андрогенов в обеспечении сексуальной функции у мужчин / А.С. Минухин // *Проблеми ендокринної патології*. - 2010. - № 1. - С. 99-106.
3. Dubrovsky B.O. Steroids, neuroactive steroids and neurosteroids in psychopathology / B.O. Dubrovsky // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. -2005. - № 29, P. 169-192.
4. Anabolic androgenic steroids and forebrain GABAergic transmission / Henderson L.P., Penatti C.A., Jones B.L. [et al.] // *Neuroscience*. - 2006. - Vol. 138, P. 793-799.
5. Increased incidence of diagnosed depressive illness in hypogonadal older men / Shores M.M., Sloan K.L., Matsumoto A.M. [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 2004. - Vol. 61, P. 162-167.
6. Non-genomic and genomic effects of steroids on neural activity / McEwen B.S. // *Trends Pharmacol. Sci*. - 1991. - Vol. 12, P. 141-147.
7. Low testosterone levels predict incident depressive illness in older men: effects of age and medical morbidity / Shores

M.M., Mocerri V.M., Sloan K.L. [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. - 2005. - Vol. 66, P. 7-14.

8. Hanumanthachar J. Interrelationship between Androgen Levels, Ageing, and Cognitive Functions / J. Hanumanthachar, P. Milind // *Iranian Journal of Pharmacology and Therapeutics*. - 2006. - Vol. 5, P. 95-112.

9. Zitzmann M. Testosterone levels in healthy men and the relation to behavioural and physical characteristics: facts and constructs / M. Zitzmann, E. Nieschlag // *European Journal of Endocrinology*. - 2001. - Vol. 144. - P. 183-197.

10. Preliminary development of a new individualised questionnaire measuring quality of life in older men with age-related hormonal decline: the A-RHDQoL / C.V. McMillan, C. Bradley, M. Giannoulis [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. - 2003. - 1:51.

11. Sakamoto H. The neurobiology of psychogenic erectile dysfunction in the spinal cord / H. Sakamoto // *Journal of Andrology*. - 2010. - Vol. 31, № 6. - P. 519-526.

12. Buvat J. Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review [Text] / J. Buvat // *Int. J. Impot. Res.* - 2003. - Vol. 15, Issue 5. - P. 373-377.

13. Горпинченко И.И. Лечение эректильной дисфункции (научное издание, монография) // И.И. Горпинченко - К: Издательский дом «Профессионал», 2008. - 191 с.

14. Артифексов С.Б. Фармакотерапия в андрологии // С.Б. Артифексов - М: Медицинская книга, 2008. - 216 с.

15. Бондаренко В.А. Особенности андрогенного статуса у мужчин с идиопатическими патоспермиями / В.А. Бондаренко, В.А. Кожемяка, А.С. Минухин // *Здоровье мужчины*. - 2009. - № 3. - С. 175-177.

16. Демченко А.Н. Клиническая диагностика и терапия мужского препубертатного гипогонадизма // А.Н. Демченко: Метод. Рекомендации - Харьков. - 2000. - 16 с.

17. The Aging Males' Symptoms (AMS) scale: Update and compilation of international versions / I. Daig, L.A.J. Heinemann, S. Kim [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. - 2003. - 1:15.

18. Дедов И.И. Возрастной андрогенодефицит у мужчин // И.И. Дедов, С.Ю. Калинин. - М.: Практическая медицина, 2006. - 240 с.

19. Савзиханов Р.Т. Распространенность, диагностика и лечение симптомов андрогенодефицита в мужской популяции Дагестана. Автореф. дис... канд. мед. наук. - М. - 2010. - 22 с.

20. Impotence in medical clinic outpatients // Slag M., Morley J., Elson M. [et al.] // *JAMA*. - 1983. - Vol. 249, № 13. - P. 1736-1740.

21. Testosterone Deficiency in Young Men: Marked

Alterations in Whole Body Protein Kinetics, Strength, and Adiposity / Mauras N., Hayes V., Welch S. [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1998. – Vol. 83, № 6. – P. 1886–1892.

22. Thomas J.A. Pharmacological Aspects of Erectile Dysfunction / J.A. Thomas // Jpn. J. Pharmacol. – 2002. – Vol. 89, № 2. – P. 101–112.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ У ПОПУЛЯЦИИ С РАЗЛИЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ К ВИЧ

Мирсайдуллаев Мирзоулубек Мирмахмудович

*самостоятельный соискатель кафедры терапии факультета усовершенствования врачей
Андижанского государственного медицинского института, г. Андижан, Узбекистан.*

Мамасалиев Неъматжон Солиевич

*доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры терапии факультета усовершенствования врачей
Андижанского государственного медицинского института, г. Андижан, Узбекистан*

EPIDEMIOLOGICAL STUDY IN HYPERTENSION IN POPULATION WITH DIFFERENT TO HIV SEROSTATUS

Mirsaydullaev Mirzoulugbek Mirmahmudovich, independent competitor of department of the Faculty of Postgraduate Medical therapy Andijon State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

Mamasaliev Nematzhon Solievich, MD, Professor, Head of the Department of Postgraduate Medical Faculty therapy Andijon State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

АННОТАЦИЯ

Проведено эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке из ВИЧ-инфицированного населения в возрасте от 20 до 50 лет и старше в количестве 506 человек. Применялись унифицированные и стандартизованные методы. Предгипертензия среди ВИЧ-инфицированного населения наблюдается высокой частотой и характеризуется специфическими эпидемиологическими особенностями. Полученные данные важны для организации и проведения эффективных профилактических программ среди ВИЧ-инфицированного населения изученного региона в отношении предгипертензии и артериальной гипертензии.

ABSTRACT

Epidemiological research on representative selection of the HIV-positive population aged from 20 till 50 years is conducted and is more senior in number of 506 people. The unified and standardized methods were applied. Prehypertension among the HIV-positive population is observed by high frequency and characterized by specific epidemiological features. The obtained data are important for the organization and carrying out effective preventive programs among the HIV-positive population of the studied region concerning prehypertension and arterial hypertension.

Ключевые слова: эпидемиологическое исследование, артериальная гипертензия, предгипертензия, ВИЧ-инфекция.

Keywords: epidemiological research, arterial hypertension, prehypertension, HIV infection.

Артериальная гипертензия (АГ) - это сложный комплекс взаимосвязанных гемодинамических, метаболических и нейрогуморальных нарушений, которая характеризуется эпидемической распространенностью, низким процентом эффективного контроля артериального давления (АД) и является ведущим фактором риска, определяющим прогноз и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1,2,3,4]. Доказана положительная и монотонно возрастающая зависимость между АД и риском возникновения атеросклеротической болезни и/или кардиоваскулярного континуума [5]. В этом аспекте особый интерес для исследователей представляет АД в диапазоне между нормальным и гипертензивным, которого до сих пор определяли разными терминами: «транзиторная гипертензия» (в 40-х годах XX века), «пограничная гипертензия» (в 70-х годах), «высокое нормальное-high-normal» (в 90-х годах) и «предгипертензия» - в XXI веке [6]. Предгипертензию (ПрГ) посвящено довольно большое количество литературы, однако, несмотря на этого - данная тема,

особенно вопросы профилактики, одна из наиболее актуальных проблем современной науки и практики.

Следует отметить, что введение определения ПрГ оказалось необходимым, так как у данной категории респондентов в течение 4-6 лет повышается в два раза риск истинной АГ, одного из основных факторов риска (ФР) формирования сердечно-сосудистых осложнений. Параллельно в этом же году (2003г.) в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ впервые были разделены уровни АД на оптимальный, нормальный и высокий нормальный [7]. В 2007 г. в Европейские рекомендации вводится термин «предгипертензия» [8].

Предгипертензия, по данным эпидемиологических исследований, широко распространена и определяется с разной частотой в различных странах мира: у 31% взрослых жителей США [9], примерно у 83 млн. человек [10] и более чем 30% мужчин и женщин-коренных японцев, проживающих в городах [11]; у 32,8% мужчин в Таиланде [12], у 14,5% взрослых жителей провинции Трабзон (Турция)