

НАУКОВО - ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Проблеми сучасної **МЕДИЧНОЇ** **НАУКИ** та **ОСВІТИ**



1 2008

Проблеми сучасної МЕДИЧНОЇ НАУКИ та ОСВІТИ

ШОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Засновано в 2000 році. Свідомство про державну перереєстрацію: сер. КВ № 12762-1646 Р від 05.06.2007 р.
Засновник — ХМАПО, Товариство з обмеженою відповідальністю «Видавництво ФОЛІО»

Видавець — ТОВ «Видавництво ФОЛІО»

Журнал включений до затвердженого ВАК України переліку видань з медичних наук
(Постанова Президії ВАК України від 13 лютого 2008 року №1—05/2, Бюлетень ВАК України №3, 2008)
для опублікування результатів дисертаційних робіт.

PROBLEMS OF MODERN MEDICAL SCIENCE AND TRAINING

is published 4 times a year
Founded in 2000.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Харківська медична академія
післядипломної освіти,
вул. Корчагінінців, 58,
61176, м. Харків, Україна
Тел. редакції: (057) 7113-556,
7118-029

E-mail: office@med.edu.ua

<http://www.med.edu.ua/journal/index.html>

Факс: (057) 7118-025

ТОВ «ФОЛІО»:

61057, Харків,

вул. Донець-Захаржевського, 6/8,

Тел.: (057) 731-67-81, 731-67-80

Факс: (057) 715-64-92

Тел. від. реклами: (057) 714-93-86,
714-91-73

E-mail: editor@folio.com.ua

Оригінал-макет виконано ТОВ «ФОЛІО»

Літературний редактор Г. С. Таран

Мaket та оформлення В. А. Мурликін

Комп'ютерна верстка М. Л. Теплицький

Коректор О. А. Кравець

Номер затверджено до друку

засіданням Вченої ради ХМАПО

(Протокол № 2 від 15 лютого 2008 р.)

Підписано до друку 28.04.2008 р.

Формат 60х84 1/8. Папір офсетний.

Друк офсетний. Гарнітура «Таймс».

Ум.-друк арх. 11,16. Ум. фарб.-відб. 12,09.

Обл.-вид. арх. 13,8. Наклад 600 прим.

Замовлення №

Надруковано з готових позитивів

у ТОВ «Видавництво Фоліо».

61057, м. Харків, вул. Донець-Захаржевського, 6/8.

Свідомство про реєстрацію

ДК №502-від 21.06.2001 р.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор О. М. Хвисюк

Заст. гол. ред. О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко

Науковий редактор Б. М. Даценко

Відповідальний секретар О. О. Рожнов

Члени редколегії: М. А. Власенко, Ю. В. Белоусов, Г. І. Гарюк,

Є. М. Горбань, О. В. Грищенко, М. О. Корж, В. С. Крутько,

В. М. Мороз, В. Ф. Москаленко, В. В. Ніконов, О. К. Попсуйшапка,

С. М. Ромася, М. І. Хвисюк, А. Я. Циганенко, І. З. Яковцов

РЕДАКЦІЙНА РАДА

П. В. Волошин (Харків), О. Я. Гречаніна (Харків),

І. М. Гришин (Мінськ), В. І. Грищенко (Харків),

Ю. І. Губський (Київ), Г. В. Дзяк (Дніпропетровськ),

Д. І. Заболотний (Київ), П. М. Зубарев (Санкт-Петербург),

В. М. Коваленко (Київ), В. Г. Ковешников (Луганськ),

В. М. Козаков (Донецьк), М. М. Коренев (Харків),

В. Ф. Куліковський (Белгород), А. О. Лобенко (Одеса),

О. Ю. Майоров (Харків), Н. Г. Малова (Харків),

В. Г. Марченко (Харків), О. С. Никоненко (Запоріжжя),

Б. А. Рогожин (Харків), М. С. Скрипников (Полтава),

М. Д. Тронько (Київ), В. І. Цимбалюк (Київ)

На обкладинці використаний фрагмент античного рельєфу «Бог лікарів Асклепій знімає біль у дівчини». Під репродукцією девіз латиною: «Медицина — найшляхетніше з мистецтв (ремесств)».

Гіннократ

© ХМАПО — назва «Проблеми сучасної медичної науки та освіти», склад журналу, 2007 р.

© Видавництво «ФОЛІО» — макет та художнє оформлення

Передрук матеріалів можливий тільки за умови дозволу редакції. Посилання на журнал обов'язкове.

1'2008

Політика та стратегія в галузі охорони здоров'я	
І. А. Сиренко, Т. І. Жидко, Н. М. Подопригора, О. Ю. Марченко, Л. А. Суханова	5
Современные тенденции детской фтизиатрии	
Медицина освіти	
Я. К. Яковенко, Г. В. Яковлев	9
Правове поле здійснення правомірних інтересів пацієнта в Україні	
Сучасні проблеми медицини	
О. Е. Дубенко, І. А. Ракова	12
Нарушения сердечной деятельности у больных в острый период инсульта	
Т. Д. Звягинцева, А. І. Чернобай	15
Патогенетические механизмы сочетанных поражений печени и современные подходы к лечению	
Л. А. Страшок, Г. Б. Павлова, С. Б. Павлов	19
Гормональные и иммунологические механизмы формирования дуоденальной язвы у подростков	
Н. Н. Гриднева, О. А. Цодикова, Н. І. Белозорова, А. А. Рожнов, С. С. Бринцова, С. Г. Золотарева	23
Анализ факторов риска частой респираторной заболеваемости у детей промышленного региона (20-летний опыт наблюдения)	
Е. І. Гуржий, О. Н. Роздильская	27
Обоснование возможности и целесообразности применения ингаляций дипиридамола у больных с внебольничной пневмонией	
А. Н. Хвисюк, Р. А. Маланчук	31
Несоответствие длины ног у больных с асимметриями таза	
А. К. Полукчи, О. І. Попов, В. П. Малый, А. В. Гончарова, Л. М. Самохина	36
Роль системы протеиназа — ингибитор протеиназ в развитии миокардита при экспериментальной дифтерийной интоксикации в условиях современной экологии	
О. А. Наконечна	39
Вплив техногенних хімічних сполук на основі оксиду етилену та пропілену на імунологічну реактивність організму	
Т. П. Якімова, Г. А. Ковалев, Б. П. Сандомирский, А. Ю. Петренко	42
Патоморфология печени при хроническом отравлении алкоголем в эксперименте	
Дискусії	
О. Н. Суров, А. Н. Чуйко, С. Т. Лебедев	45
О прочности шейки головки дентального имплантата	
Policy and Strategy in the Area of Healthcare	
I. A. Sirenko, T. I. Zhidko, N. M. Podoprighora, O. Yu. Marchenko, L. A. Suhanova	
The modern trends of child phthisiatrics	
Medical Education	
Ya. K. Yakovenko, G. V. Yakovlev	
Legal framework of patients' legitimate interests realization in Ukraine	
Up-to-Date Problems in Medicine	
O. E. Dubenko, I. A. Rakova	
Disturbance of heart activity in patients in acute period of the stroke	
T. D. Zvyagintseva, A. I. Chernobay	
Pathogenetic mechanisms of associativities liver injuries and the modern approaches to the treatment	
L. A. Strashok, G. B. Pavlova, S. B. Pavlov	
Hormone and immunological mechanisms of the duodenal ulcer formation in juvenile	
N. N. Gridneva, O. A. Tcodikova, N. I. Belozorova, A. A. Rozhnov, S. S. Brintsova, S. G. Zolotareva	
The analysis of risk factor of frequent respiratory children morbidity in industrial region (20 years' experience)	
L. I. Gyrzhyi, O. N. Rozdilskaia	
Explanation of opportunities and requirement of dipyridamolum inhalations application in patients with community acquired pneumonia	
A. N. Hvisyuk, R. A. Malanchuk	
Leg length inequality at patients with pelvic asymmetries	
A. K. Polukchi, O. I. Popov, V. P. Malyi, A. V. Goncharova, L. M. Samokhina	
Role of the proteinase — proteinase inhibitor system in development of myocarditis in the experimental diphtheria intoxication in modern ecology conditions	
O. A. Nakonechnaya	
The influence of technogenic chemical substances based on ethylene and propylene oxides	
T. P. Yakimova, G. A. Kovalyov, B. P. Sandomirskiy, A. Yu. Petrenko	
Liver path morphology at chronic alcohol poisoning in the experiment	
Discussion	
O. N. Surov, A. N. Chuiko, S. T. Lebedev	
About neck head toughness of the dental implant	

- П. А. Гарькавий, А. Ю. Егорова, А. О. Денисов, Н. И. Яблучанский
Типы ортостатических реакций систолического, диастолического и пульсового давления у здоровых добровольцев 50
P. A. Garkaviy, A. Yu. Yegorova, A. O. Denisov, N. I. Yabluchanskiy
Types of orthostatic reactions of systolic, diastolic and pulse arterial blood pressure in healthy volunteers
- Наукові огляди та клінічні лекції
О. В. Щербіна
Рак передміхурової залози: променева діагностика первинної пухлини та екстракапсулярного поширення процесу 53
O. V. Shcherbina
Prostate cancer: radiodiagnosis of tumour and extracapsular spread
- О. Н. Нечипуренко
Воздействие лечебных физических факторов на патосаногенетические механизмы у детей, страдающих бронхитами 60
O. N. Nechypurenko
Influence of medical physical factors on pathosanogenetic mechanisms at children with a bronchitis
- Трибуна молодого вченого
В. И. Вовк
Личностные особенности больных ВИЧ-инфекцией с учетом гендерных различий и стадии инфекционного процесса 64
V. I. Vovk
The personal features of patients with HIV-infection according to gender differences and stage of infective process
- Е. И. Залюбовская
Дислипидемия у больных ишемической болезнью сердца с признаками хронической сердечной недостаточности, наличием сахарного диабета 2-го типа и метаболического синдрома 68
E. I. Zalyubovskaya
Dislipidemia in the patients suffered from heart disease with chronic heart insufficiency symptoms, diabetes of the 2-n type and metabolic syndrome
- Е. И. Попова
Полиморфизм гена ангиотензиногена Т+31С у больных артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда 72
E. I. Popova
Gene polymorphism of T+31C angiotensinogen in patients with arterial hypertension, who has transferred a heart attack
- В. О. Федорищева
Масштабный коэффициент для перевода в истинные результаты измерений линейных размеров черепа за рентгеновскими снимками 75
V. O. Fedoryshcheva
Scale factor for transferring into a true results of line sizes skull measuring according to radiographs
- На допомогу лікарів-практику
Н. Ф. Шустваль
Диагностика и лечение амилоидоза сердца 77
N. F. Shustval
Diagnostics and treatment of amyloid heart disease
- В. С. Фесенко
Поширення ін'єктованого розчину при міждрабинчастій блокаді плечового сплетення: рентгенографічне дослідження 81
V. S. Fesenko
Spread of injected solution with interscalene brachial plexus block: a radiographic study
- Н. В. Деміхова, О. А. Власенко, О. К. Мелеховель, Н. М. Кириченко, О. І. Старків
Ефективність препарату «Панфор-СР» у хворих на цукровий діабет 2-го типу 84
N. V. Demikhova, O. A. Vlasenko, O. K. Melekhovetz, N. M. Kirichenko, O. I. Starkiv
Efficiency of "Panfor-SR" in patients with type 2 diabetes
- П. А. Цай
Система методов недирективной психотерапии избыточной массы тела у больных с эндокринной патологией 86
P. A. Tsai
System of methods of non-directive psychotherapy in treatment of overweight patients with endocrine pathology

С. П. А. Гарькавий, А. Ю. Егорова, О. О. Денисов, Н. И. Яблучанский, 2008
 УДК 616-33:616.12.07

ТИПЫ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

П. А. Гарькавий, А. Ю. Егорова, А. О. Денисов, проф. Н. И. Яблучанский

Изучено частотное распределение типов ортостатических реакций (ОР) в зависимости от изменения систолического, диастолического и пульсового давления с учетом изменений частоты сердечных сокращений во время перехода из клиностаза в ортостаз у здоровых добровольцев. В зависимости от изменения этих параметров выделено 3 типа ОР: гипертонический, изотонический и гипотонический, которые могут быть рассмотрены как нормальные варианты реакции в популяции здоровых лиц молодого возраста.

TYPES OF ORTHOSTATIC REACTIONS OF SYSTOLIC, DIASTOLIC AND PULSE ARTERIAL BLOOD PRESSURE IN HEALTHY VOLUNTEERS

P. A. Garkaviy, A. Yu. Yegorova, A. O. Denisov, N. I. Yabluchanskiy

Frequency distribution of orthostatic reaction types (OR) depending from changes of systolic, diastolic and pulse blood pressure with taking into account changes of heart rate during the tilt test in healthy volunteers was investigated. Depending on these parameters changes 3 types of OR were identified: hypertonic, isotonic and hypotonic, that can be considered as normal variants of reaction in the population of young age healthy subjects.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

В ортостатических пробах существует три основных типа реакций артериального давления (АД): повышение, отсутствие изменений и снижение АД. Данных о статистическом и прогностическом значении систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового артериального давления (ПАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) у здоровых добровольцев в мировой литературе очень мало. Механизмы поддержания и регуляции САД и ДАД имеют ряд отличий, а значит, причины и следствия нарушения могут значительно варьировать. Классификация ортостатических реакций в зависимости от возраста нецелесообразна: такая для лиц в возрасте 22–30 лет характерна быстрая и высокая реактивность показателей АД, в отличие от лиц пожилого возраста 65–75 лет, у которых отмечается меньшая реактивность и большая продолжительность реакции показателей АД и ЧСС в ортостазе [5]. Но наличие либо отсутствия ортостатической гипотензии без выделения промежуточных состояний и каких-либо подвидов реакции классифицируют ортостатические реакции [6]. В предложенной классификации есть подробное описание типов уже верифицированной ортостатической гипотензии, но оставлены без внимания другие типы реакций АД [4]. Предложена классификация патологического изменения АД в ортостатической пробе с выделением острой и хронической форм, а также вазовального синкопе, дисавтономии или истинной ортостатической гипотензии и хронической ортостатической непереносимости с постуральной тахикардией [10]. Под сомнение ставится эффективность ортостатического теста в качестве диагностического критерия, мотивируемого отсутствием стандартизованных требований и рекомендаций к его проведению [5].

Выделяют следующие нормальные типы реакций АД и ЧСС в ортостатической пробе: снижение САД в среднем на 6,5 мм рт. ст. (интервал САД от –19 до +11 мм рт. ст.). Увеличение ДАД в среднем на 5,6 мм рт. ст. (интервал ДАД от –9 до +22 мм рт. ст.). Прирост ЧСС в норме в среднем составляет 12,3 уд/мин (интервал ЧСС от –6 до +27 уд/мин) [8]. Также выделены несколько типов патологической реакции АД в ортостатической пробе: ортостатическая систолическая гипотензия — снижение САД минимум на 20 мм рт. ст.; ортостатическая диастолическая гипотензия — снижение ДАД минимум на 10 мм рт. ст.; ортостатическая диастолическая гипертензия — ДАД <90 мм рт. ст. в клиностазе и >97 мм рт. ст. в ортостазе; ортостатическая тахикардия — увеличение ЧСС на 30 уд/мин и более, или ЧСС выше 108 уд/мин. Поднимается проблема отсутствия современной, полной классификации реакций АД во время ортостатических тестов [3].

Отечественных публикаций, посвященных данной тематике, нами не найдено. В мировой литературе мы не обнаружили данных о систематизации и комплексном использовании показателей САД, ДАД и ПАД в классификации и оценке ортостатических реакций [7, 9, 10].

Цель исследования — изучение частотного распределения типов ортостатических реакций у здоровых добровольцев (контрольной группы пациентов с артериальной гипертензией в ранее проведенных исследованиях) [1, 2].

Материалы и методы

Обследовано 218 здоровых добровольцев (93 мужчины и 125 женщин) в возрасте $20,8 \pm 2,1$ лет. Исследование проводилось утром, за 24 часа до него ограничивался прием кофе, алкоголя, лекар-

ственных препаратов, а за 30 минут и физическая нагрузка. АД измеряли по методу Короткова тонометром Microlife BP AG1-20 в клиностазе после 5-минутного отдыха и спустя 3 минуты после перехода в ортостаз. По изменениям САД, ДАД и ПАД в ортостатической пробе выделены 3 группы: группа 1 — гипертонический тип; группа 2 — изотонический тип; группа 3 — гипотонический тип. Критериями повышения и понижения АД были изменения в объеме не менее 5 мм рт. ст. Параллельно всем добровольцам регистрировали ЭКГ на компьютерном кардиографе «CardioLab 2000» для определения ЧСС на всех этапах измерения АД. В зависимости от пола добровольцы были разделены на две группы.

Для статистической оценки результатов использовались параметрические критерии (среднее значение — M и стандартное отклонение — sd). Достоверность различий между группами пациентов определяли по критерию Пирсона, расчет показателей с помощью SPSS 10.0 для Windows.

Результаты и их обсуждение

При переходе из клиностаза в ортостаз у 53,7 % добровольцев САД повышалось, у 2,7 % не изменялось и у 43,6 % снижалось. По САД гипертонический тип у мужчин (45,2 %) отмечался реже, чем у женщин (60,0 %); гипотонический тип у мужчин (48,4 %) отмечался чаще, чем у женщин (40,0 %); изотонический тип отмечался у 6,9 % мужчин и не отмечался у женщин (0 %). При всех типах ЧСС возрастала — при гипертоническом на $10,9 \pm 10,3$ уд/мин, или на 14,5 %, при изотоническом на $12,3 \pm 10,6$ уд/мин, или на 17,8 %, и при гипотоническом на $14,4 \pm 10,3$ уд/мин, или на 20,0 % (табл. 1).

При переходе из клиностаза в ортостаз у 82,1 %

добровольцев ДАД повышалось, у 3,7 % не изменялось и у 14,2 % снижалось. По ДАД гипертонический тип у мужчин и у женщин отмечался с сопоставимой частотой у 82,8 и 81,6 % соответственно; гипотонический тип у мужчин (12,9 %) отмечался реже, чем у женщин (15,2 %); изотонический тип у мужчин (4,3 %) отмечался чаще, чем у женщин (3,2 %). При всех типах ЧСС возрастала — при гипертоническом на $13,2 \pm 10,3$ уд/мин, или на 17,9 %, изотоническом на $11,7 \pm 10,4$ уд/мин, или на 16,7 %, и гипотоническом на $8,4 \pm 10,3$ уд/мин, или на 11,9 % (табл. 2).

При переходе из клиностаза в ортостаз у 20,6 % добровольцев ПАД повышалось, у 4,6 % не изменялось и у 74,8 % снижалось. По ПАД гипертонический тип у мужчин и у женщин отмечался с сопоставимой частотой у 20,5 и 20,8 % соответственно; гипотонический тип у мужчин (77,4 %) отмечался чаще, чем у женщин (72,8 %); изотонический тип у мужчин (2,1 %) отмечался реже, чем у женщин (6,4 %). При всех типах ЧСС возрастала — при гипертоническом на $8,0 \pm 10,3$ уд/мин, или на 10,9 %, при изотоническом на $14,0 \pm 10,5$ уд/мин, или на 18,9 %, и при гипотоническом на $13,6 \pm 10,3$ уд/мин, или на 18,6 % (табл. 3).

Обнаруженное распределение частот невозможно сравнить с данными мировой литературы ввиду отсутствия подобных исследований. На основании полученных результатов можно выделить три нормальных типа ортостатической реакции: гипертонический, изотонический и гипотонический. Обнаруженные различия в частоте распределения ортостатических реакций при классификации по САД, ДАД и ПАД связаны с разными механизмами регуляции САД, ДАД и ПАД. САД связано с сердечным выбросом, ДАД с периферическим сопротивлением, а ПАД интегрирует в себе регуляцию сер-

Таблица 1. Распределение здоровых добровольцев на группы ортостатических реакции САД с учетом возраста и пола (n, %, $M \pm sd$)

Показатели	Группы пациентов		
	1	2	3
Общее количество	117 (53,7%)	6 (2,7%)	95 (43,6%)
Возраст, годы (M , sd)	$20,8 \pm 2,1$	$20,5 \pm 2,1$	$20,7 \pm 2,1$
Мужчины	42 (45,2%)	6 (6,4%)	45 (48,4%)
Женщины	75 (60,0%)	0 (%)	50 (40,0%)
ЧСС лежа/стоя, (M , sd)	$77,7 \pm 14,4/88,7 \pm 14,9$	$71,7 \pm 13,9/84,0 \pm 14,6$	$79,2 \pm 14,4/93,6 \pm 14,9$
Прирост ЧСС (M , sd)	$10,9 \pm 10,3$	$12,3 \pm 10,6$	$14,4 \pm 10,3$

Таблица 2. Распределение здоровых добровольцев на группы ортостатических реакции ДАД с учетом возраста и пола (n, %, $M \pm sd$)

Показатели	Группы пациентов		
	1	2	3
Общее количество	179 (82,1 %)	8 (3,7 %)	31 (14,2 %)
Возраст, годы (M , sd)	$20,9 \pm 2,1$	$20,1 \pm 2,1$	$20,3 \pm 2,1$
Мужчины	77 (82,8 %)	4 (4,3 %)	12 (12,9 %)
Женщины	102 (81,6 %)	4 (3,2 %)	19 (15,2 %)
ЧСС лежа/стоя, (M , sd)	$77,3 \pm 14,3/90,5 \pm 14,9$	$76,6 \pm 13,9/88,4 \pm 14,7$	$83,8 \pm 14,5/92,3 \pm 15,0$
Прирост ЧСС (M , sd)	$13,2 \pm 10,3$	$11,7 \pm 10,4$	$8,4 \pm 10,3$

Таблица 3. Распределение здоровых добровольцев на группы ортостатических реакции пульсового АД с учетом возраста и пола (n, %, M $\pm$ sd)

Показатели	Группы пациентов		
	1	2	3
Общее количество	45 (20,6 %)	10 (4,6 %)	163 (74,8 %)
Возраст, годы (M, sd)	20,5 $\pm$ 2,1	22,2 $\pm$ 2,1	20,7 $\pm$ 2,1
Мужчины	19 (20,5 %)	2 (2,1 %)	72 (77,4 %)
Женщины	26 (20,8 %)	8 (6,4 %)	91 (72,8 %)
ЧСС лежа/стоя (M, sd)	83,8 $\pm$ 14,5/91,9 $\pm$ 15,0	75,1 $\pm$ 14,3/89,1 $\pm$ 15,1	76,9 $\pm$ 14,4/90,5 $\pm$ 14,9
Прирост ЧСС (M, sd)	8,0 $\pm$ 10,3	14,0 $\pm$ 10,5	13,6 $\pm$ 10,3

лечного выброса и периферического сопротивления. Факт повышения ЧСС при переходе с клиностаза в ортостаз хорошо известен, однако его связь с типом ортостатических реакций ранее не изучалась [7, 9].

Гипертоническая реакция обнаружена у 53,7% добровольцев по САД, у 82,1 % по ДАД и у 20,6 % по ПАД; изотоническая у 2,7 % по САД, у 3,7 % по ДАД и у 4,6 % по ПАД; гипотоническая у 43,6 % по САД, у 14,2 % по ДАД и у 74,8 % по ПАД.

В соответствии с полученными нами данными, нормальной реакцией САД здорового человека в ортостатической пробе является повышение или понижение АД от -19 до $+19$ мм рт. ст. У здоровых людей молодого возраста преобладает повышение ДАД до $+10$ мм рт. ст. и реже отмечается снижение ДАД до -9 мм рт. ст.

Наиболее распространенный тип реакции ПАД у здоровых людей молодого возраста гипотонический, обусловленный снижением САД и повышением ДАД в ортостазе у абсолютного большинства здоровых добровольцев.

В изученной нами литературе мы не обнаружили подробного описания типов ортостатических реакций по САД, ДАД и ПАД. Существует несколько специфических классификаций, основанных на отдельно взятых параметрах без разделения для добровольцев и пациентов [7, 9, 10].

Сравнить наши результаты с данными литературы мы не можем, так как сопоставить молодых здоровых добровольцев и пациентов с артериальной гипертензией невозможно.

Выводы

1. ПАД и ЧСС обладают достаточной значимостью в классификации типа ортостатической реакции, чтобы использовать в практических целях.
2. Установленное соотношение типов реакций у добровольцев — по САД: гипертонический тип у 53,7 %, изотонический у 2,7 % и гипотонический у 43,6 %; по ДАД: гипертонический тип у 82,1 %, изотонический у 3,7 % и гипотонический у 14,2 %; по ПАД: гипертонический тип у 20,6 %, изотонический тип у 4,6 %, гипотонический тип у 74,8 % — можно рассматривать как нормальные варианты реакции у здоровых лиц.
3. Минимум 4 параметра (САД, ДАД, ПАД и ЧСС) необходимо учитывать, классифицируя ортоста-

тические реакции. Это позволяет выделить 3 типа нормальной реакции во время ортостатической пробы: гипертонический, изотонический и гипотонический.

4. Классификация ортостатических реакций не может быть односложной, то есть сводиться к наличию либо отсутствию ортостатической гипотензии.

Комплексное изучение всех параметров, характеризующих ортостатические реакции, является перспективным в плане разработки классификации реакций и состояний в ортостатических пробах у здоровых лиц.

Литература

1. Гарькавий П.О., Сарасва А.Ю., Яблучанский М.І. Типы ортостатических реакций и показатели диастолического артериального тиска у пациентов с артериальной гипертензией // Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. — 2006. — № 736. — С. 75–79.
2. Гарькавий П.О., Сгорова А.Ю., Яблучанский М.І. Типы ортостатических реакций систолического артериального тиска у пациентов с артериальной гипертензией // Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. — 2007. — № 774. — С. 89–93.
3. Boyken A. Common patterns of response to the head-up tilt test in children and adolescents // Cardiology in the Young. — 2006. — Vol. 16, № 11. — P. 537–539.
4. Brignole M. The syndromes of Orthostatic Intolerance // Europace. — 2004. — № 6. — P. 467–537.
5. Gubbett T.J. Cardiovascular regulation during head-up tilt in healthy 20–30-year-old and 70–75-year-old men // Clin Sci J. — 2001. — Vol. 100, № 2. — P. 199–206.
6. Grubb B.P. Clinical disorders of the autonomic nervous system associated with orthostatic intolerance // Clin Electrophys. — 1999. — Vol. 22, № 5. — P. 798–810.
7. LaMaca K.S. Cardiovascular response during head-up tilt in chronic fatigue syndrome // Clin. Physiol. — 1999. — № 19. — P. 111–120.
8. Naschitz J.E. The patient with supine hypertension and orthostatic hypotension: a clinical dilemma // Postgraduate Medical J. — 2006. — № 82. — P. 246–253.
9. Radke A. Evidence for a vestibulo-cardiac reflex in man // The Lancet. — 2005. — № 356. — P. 736–742.
10. Stewart J.M. Orthostatic Intolerance: An Overview // Am. J. Physiol. — 2004. — № 91. — P. 1723–1729.