

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н. Петрова¹,

Н. Козиолова², доктор медицинских наук, профессор

¹Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, ²Пермский краевой госпиталь для ветеранов войн

E-mail: nakoziolova@mail.ru

Ортостатическая гипотензия встречается у 29% пациентов с гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста; она связана с коморбидной патологией. Оптимальным для антигипертензивного лечения указанных больных является периндоприл (при необходимости – в комбинации с индапамидом).

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ортостатическая гипотензия, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

В последнее время большое внимание уделяют проблеме сердечно-сосудистых заболеваний при старении [20]. Число больных пожилого и старческого возраста с кардиальной патологией возрастает с каждым годом [39]. Гипертоническая болезнь (ГБ) остается одним из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти у пожилых [4]. Течение ГБ в пожилом возрасте имеет свои закономерности [8]. Одной из частых и негативных особенностей течения ГБ у пожилых является развитие ортостатической гипотензии (ОГ) [23]. Некоторые антигипертензивные и другие лекарственные средства, применяемые для лечения сердечно-сосудистой патологии, в условиях ОГ могут ухудшать качество жизни пожилых больных за счет избыточного снижения АД в вертикальном положении и соответственно быть дополнительным фактором риска неблагоприятного прогноза [24]. Есть данные о том, что даже препараты одного класса могут по-разному влиять на параметры ОГ [30]. Для предотвращения негативных последствий ОГ у больных пожилого и старческого возраста необходимы исследования по обнаружению предвестников данной патологии и поиску антигипертензивных препаратов, нивелирующих проявления ортостатических реакций.

Цель настоящего исследования – определить факторы, вызывающие ОГ у больных ГБ пожилого и старческого возраста, и оценить влияние различных ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) на ее течение.

На базе терапевтического отделения № 4 Пермского краевого госпиталя для ветеранов войн проведено двухэтапное клиническое сравнительное исследование.

На 1-м этапе обследованы 167 больных ГБ пожилого и старческого возраста в первые 1–3 дня плановой госпитализации. Мужчин было 73 (44%), женщин – 94 (56%). Диагноз ГБ был подтвержден анамнестическими данными, соответствующими записями в амбулаторных картах, результатами измерений офисного АД согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2004, 2008).

Критерии включения в исследование: наличие ГБ, пожилой и старческий возраст, отсутствие постоянного приема антигипертензивных препаратов, получение информированного согласия на участие в исследовании. Критериями исключения были вторичный генез артериальной гипертензии (АГ), гипертонический криз, острый коронарный синдром, тяжелые нарушения функции печени и почек, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IV ФК, онкологические, острые воспалительные и инфекционные заболевания, а также деменция и психические заболевания, препятствующие подписанию информированного согласия и дальнейшему адекватному контакту с больным. Согласно данным Европейского регионального бюро ВОЗ (1963), возраст от 60 до 74 лет рассматривали как пожилой, 75 лет и старше – как старческий. Должителей в исследование не включали.

Всем больным на 1-м этапе проводили общеклиническое обследование с определением скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD; осуществляли объемную сфигмоплетизмографию на аппарате VaSera VS-1000 (Fucuda Denshi, Япония) с определением скорости пульсовой волны (СПВ) в каротидно-фemorальном сегменте. Суточное мониторирование АД (СМАД) и активную ортостатическую пробу выполняли до назначения антигипертензивной терапии (на 1-м этапе) и через 1 мес после ее применения (на 2-м этапе). СМАД проводили с использованием аппарата Card (X)plora (Meditech, Венгрия); оценивали среднесуточное, среднедневное, средненочное АД, вариабельность систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в течение суток, «нагрузку давлением» по индексу времени гипертензии (ИВ САД и ИВ ДАД), степень ночного снижения АД по суточному индексу, частоту эпизодов снижения САД в течение суток ≤ 90 мм рт. ст..

При проведении активной ортостатической пробы компрессионная манжета оставалась на плече пациента до конца исследования. АД измеряли после 15 мин покоя в положении лежа, затем больной садился; с 3-й минуты вновь измеряли АД – в вертикальном положении обследуемого. Согласно Консенсусу Американского общества по изучению вегетативной нервной системы и Американской академии неврологии, критерием наличия ОГ считали снижение САД в ортостатической пробе на 20 мм рт. ст. и более или ниже 90 мм рт. ст. при компенсаторном увеличении частоты сердечных сокращений (ЧСС) [35]. С учетом результатов была выделена группа больных ГБ пожилого старческого возраста с положительной ортостатической пробой.

На 2-м этапе 90 больных были рандомизированы в 3 равные группы с учетом антигипертензивной терапии. В 1-й группе пациенты в течение 1 мес получали эналаприл (средняя доза – $18,9 \pm 7,2$ мг/сут), во 2-й – фозиноприл ($24,3 \pm 4,5$ мг/сут), в 3-й – периндоприл (Престариум А, Сервье; $7,4 \pm 2,3$ мг/сут). Если через 2 нед целевой уровень АД достигнут не был, к ИАПФ добавляли индапамид в ретардированной форме с контролируемым высвобождением. Длительность терапии составила 1 мес.

При статистической обработке (программа STATISTICA 6.0) для количественных признаков рассчитывали среднеарифметическое значение и среднеквадратичное его отклонение ($M \pm sdd$), а также медиану с нижним и верхним квартилями ($Me [LQ; UQ]$), для качественных – абсолютную и относительную (в %) частоту признака. При нормальном распределении для количественных показателей

Сравнительная характеристика клиничко-анамнестических показателей

Таблица 1

Показатель	ГБ с ОГ (n=49)	ГБ без ОГ (n=118)	p
Возраст, годы	70,7±8,0	73,1±7,5	0,126
Длительность ГБ, годы	18,9±9,4	16,2±8,3	0,068
Курение, n (%)	9 (18,4)	34 (28,8)	0,363
ИМТ, кг/м ²	28,8 (26,1;29,2)	30,1 (27,4;30,9)	0,456
СД2, n (%)	26 (53,1)	32 (27,1)	0,046
ХОБЛ, n (%)	6 (12,2)	57 (48,3)	0,003
ИБС, n (%)	10 (20,4)	31 (26,3)	0,662
ИМ, n (%)	8 (16,3)	20 (16,9)	0,887
Инсульт/ТИА, n (%)	32 (65,3)	7 (5,9)	<0,001
ХСН, n (%)	25 (51,0)	29 (24,6)	0,033
Постоянная форма ФП, n (%)	3 (6,1)	15 (12,7)	0,389
Облитерирующий ААНК, n (%)	35 (71,4)	7 (5,9)	<0,001

Сравнительная характеристика показателей, отражающих поражение органов-мишеней

Таблица 2

Показатель	ГБ с ОГ (n=49)	ГБ без ОГ (n=118)	p
СКФ (MDRD), мл/мин/1,73 м ²	57,9±8,1	61,9±10,2	0,016
Показатель Соколова–Лайона (ЭКГ покоя) >35 мм, n (%)	23 (46,9)	33 (28,0)	0,144
СПВ КФ, м/с	14,2±3,7	15,1±2,8	0,088

Примечание. СКФ – скорость клубочковой фильтрации, СПВ КФ – скорость пульсовой волны в каротидно-феморальном сегменте.

Показатели СМАД (мм рт. ст.) у больных ГБ в сочетании с ОГ и без нее

Таблица 3

Показатель	ГБ с ОГ (n=49)	ГБ без ОГ (n=118)	p
САД/ДАД:			
среднедневное	136,2±13,7/87,0±12,4	152,9 ±23,4/94,4±14,7	0,001/0,008
средноночное	124,5±19,2/78,1±11,8	139,9±28,5/88,8±25,3	0,002/0,009
среднесуточное	131,8±15,3/83,7±11,8	148,0±25,0/91,3±15,0	0,001/0,006
Вариабельность днем/ночью:			
САД	15,2±4,6/15,2±5,5	11,5±4,5/13,1±5,5	0,001/0,059
ДАД	10,6±2,4/10,4±3,1	9,3±2,3/10,3±3,6	0,007/0,882
Среднесуточная вариабельность:			
САД	15,2±4,6	12,1±4,5	0,001
ДАД	10,5±2,3	9,6±2,2	0,049
ИВ САД/ДАД, %:			
днем	41,4±29,8/44,8±33,4	62,3±28,6/60,5±33,6	0,001/0,021
ночью	42,4±31,9/44,5±32,4	74,5±26,9/62,5±36,5	0,001/0,011
за сутки	47,1±33,5/44,6±33,1	66,4±27,0/62,8±33,4	0,002/0,007
Ночное снижение САД/ДАД, %	8,9±7,5/10,1±7,2	9,0±6,3/6,2±15,3	0,965/0,115
Эпизоды снижения САД ≤90 мм рт. ст., n (%)	42 (85,7)	21 (17,8)	<0,001

использовали критерий Стьюдента, при ненормальном – непараметрический критерий Манна–Уитни; для качественных показателей – критерий χ^2 . При сравнении в группах применен межгрупповой дисперсионный анализ с помощью критерия Крускала–Уоллиса. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Общеклиническое обследование показало, что средний возраст больных, включенных в исследование, составил 72,0±6,8 года. Среднее офисное САД – 164,0±13,9 мм рт. ст., ДАД – 105,6±5,3 мм рт. ст., длительность ГБ – 16,4 (9,7; 22,5) года. Сахарный диабет типа 2 (СД2) зарегистрирован у 58 (34,7%) обследованных, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – у 63 (37,7%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 41 (24,6%), перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) – у 28 (16,8%), перенесенный инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА) – у 39 (23,4%), клинически значимая ХСН – у 54 (32,3%), постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП) – у 18 (10,8%), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ААНК) – у 42 (25,1%) больных. ОГ была выявлена у 49 (29%) из 167 обследованных, чаще – у мужчин: соответственно у 36 (49%) мужчин и 13 (14%) женщин ($p=0,039$). Сравнительная характеристика клиничко-анамнестических показателей у больных ГБ в сочетании с ОГ и без нее представлена в табл. 1.

ОГ у больных ГБ пожилого и старческого возраста достоверно чаще встречалась при СД2, после инсульта или ТИА, при ХСН, облитерирующем ААНК; реже – у больных ХОБЛ.

Структура постоянно принимаемого и назначенного в стационаре лечения (антиагреганты, варфарин, статины, церебропротекторы, диуретики, спиронолактон, дигоксин, β -адреноблокаторы (БАБ), ингаляционные глюкокортикоиды) по группам не имела достоверных различий, кроме БАБ, которые принимали 36,7% больных ГБ с ОГ по поводу аденомы или гиперплазии предстательной железы и только 13,6% пациентов ($p=0,014$) без ортостатических реакций.

Достоверных различий лабораторных показателей (уровень калия, натрия, мочевой кислоты, глюкозы плазмы крови натощак, липидный спектр) между группами не выявлено.

Сравнительная характеристика показателей, отражающих поражение органов-мишеней, представлена в табл. 2.

Определено, что СКФ в группе больных ГБ в сочетании с ОГ была достоверно ниже, чем без нее. Показатели СМАД представлены в табл. 3 из которой видно, что при ОГ в ходе СМАД многие показатели были достоверно более низкими, чем у пациентов без ОГ.

На 2-м этапе исследования показано, что через 1 мес антигипертензивного лечения целевого уровня САД в 1-й группе достигли 76,7% больных, во 2-й – 73,3%, в 3-й – 70,0% ($p=0,876$), целевого уровня ДАД – 83,3% больных в 1-й группе, а также 73,3% во 2-й и в 3-й группах ($p=0,889$). Потребность в комбинированной терапии ИАПФ с индапамидом для достижения целевого уровня АД составила соответственно 56,7, 63,3 и 66,7% (без достоверных различий межгрупповых значений – $p_{mg}=0,925$).

При анализе в эти сроки параметров ортостатической пробы на высоте действия препарата через 1 мес лечения с учетом назначенного ИАПФ достоверно более выраженное снижение САД отмечено при приеме эналаприла, менее выраженное – при использовании фозиноприла, практически не изменилось САД в группе периндоприла. Так, снижение САД в 1-й группе составило $6,12 \pm 1,17$ мм рт. ст., во 2-й – $3,81 \pm 1,13$ мм рт. ст., в 3-й – $0,42 \pm 0,18$ мм рт. ст. (во всех случаях $p < 0,001$). Снижение ДАД в пробе через месяц лечения по сравнению с исходным показателем было наиболее выражено при приеме эналаприла, составив $2,9 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). Во 2-й и 3-й группах достоверных различий не было ($p_{2-3}=0,526$). Прирост ЧСС составил соответственно $8,4 \pm 3,2$; $4,1 \pm 1,8$ и $2,0 \pm 0,9$ в минуту (во всех случаях $p < 0,001$).

В ходе лечения ИАПФ во всех группах отмечено достоверное снижение как офисного АД, так и АД в течение суток (табл. 4). На фоне приема эналаприла отмечено достоверно большее снижение средненочного САД и пульсового АД, чем в других группах. В 1-й группе средняя частота эпизодов АГ была достоверно выше, чем во 2-й (при назначении периндоприла эпизодов гипотензии не было).

Динамика показателей нагрузки давлением по данным СМАД в группах представлена в табл. 5.

При оценке показателей нагрузки давлением на фоне приема эналаприла наблюдалась наиболее значительная достоверная динамика снижения ИВ САД и ДАД за ночь меньшим оказалось снижение данного показателя при приеме фозиноприла, но все же изменения были достоверно более выраженными, чем при приеме периндоприла.

Двухфазный ритм АД, оцененный по суточному индексу САД и ДАД, имел следующие особенности: на фоне лечения эналаприлом стало достоверно меньше больных категории non-dipper ($p_{1-2}=0,029$; $p_{1-3}=0,019$; $p_{2-3}=0,948$), однако нормализация циркадного ритма АД происходила реже (у 26,7%), чем при приеме фозиноприла и периндоприла (соответственно у 80,0 и 76,7% больных ($p_{1-2}=0,036$; $p_{1-3}=0,046$; $p_{2-3}=0,932$), за счет увеличения на 23,0% количества больных категории over-dipper. Во 2-й и 3-й группах больных категории over-dipper после лечения не выявлено.

При анализе показателей вариабельности АД на фоне фозиноприла и периндоприла отмечена положительная динамика: вариабельность САД и ДАД за ночь во 2-й группе уменьшилась соответственно на $23,9 \pm 4,3$ и $22,5 \pm 5,5\%$, в 3-й – на $28,6 \pm 4,2$ и $26,9 \pm 4,4\%$. В 1-й группе вариабельность САД в ночное время увеличилась на $11,2 \pm 2,7\%$, а ДАД осталась без изменений ($p < 0,001$). Динамика вариабельности САД и ДАД в дневное время была без достоверных различий между группам.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ...

ПРЕСТАРИУМ® А от 5 до 10 мг

ПЕРИНДОПРИЛ АРГИНИН 1 раз в день



Престариум А - гарантия доказанной эффективности

115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.
тел.: (495) 937 07 00; факс: (495) 937 07 01.
Рег. номер: ЛСР-000257/08 от 29.01.2008



Таблица 4

Динамика показателей СМАД на фоне приема различных ИАПФ

Параметр	Группа			P ₁₋₂	P ₂₋₃	P ₁₋₃	P _{mg}
	1-я	2-я	3-я				
Δ САД, %:							
среднесуточное	-24,2±5,4	-24,1±4,4	-21,8±4,6	0,938	0,053	0,069	0,212
среднедневное	-30,9±5,3	-29,0±6,2	-28,4±6,1	0,207	0,707	0,096	0,288
средненочное	-18,9±3,1	-14,9±4,4	-13,8±4,3	<0,001	0,331	<0,001	<0,001
Δ ДАД, %:							
среднесуточное	-11,6±4,6	-12,3±4,4	-10,3±4,3	0,348	0,080	0,263	0,189
среднедневное	-8,6±3,2	-8,3±2,9	-7,9±3,1	0,705	0,608	0,393	0,425
средненочное	-11,5±3,3	-12,1±3,4	-10,8±3,8	0,491	0,168	0,449	0,398
Δ Пульсовое АД среднесуточное, %	-22,1±4,5	-17,1±4,8	-17,4±4,6	<0,001	0,806	<0,001	<0,001
Больные с эпизодами САД<90 мм рт. ст.	10	2	0	0,071	0,501	0,009	0,003
Количество эпизодов САД<90 мм рт. ст. в сутки	6,1±2,2	1,9±0,8	0	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Таблица 5

Динамика показателей нагрузки давлением по данным СМАД на фоне приема различных ИАПФ

Параметр	Группа			P ₁₋₂	P ₂₋₃	P ₁₋₃	P _{mg}
	1-я	2-я	3-я				
Δ ИВ САД, %							
за день	-41,8±8,5	-40,0±7,4	-37,9±7,2	0,385	0,105	0,060	0,231
за ночь	-39,7±8,6	-35,0±7,4	-30,9±7,2	0,027	0,034	<0,001	<0,001
Δ ИВ ДАД, %							
за день	-46,2±8,5	-44,8±7,4	-44,6±8,1	0,499	0,458	0,921	0,638
за ночь	-27,5±5,4	-23,1±6,1	-20,6±6,2	0,004	0,121	<0,001	<0,001

Таким образом, частота развития ОГ у больных ГБ пожилого и старческого возраста в нашем исследовании составила 29%. По литературным данным, этот показатель колеблется в широких пределах (от 5 до 60%) и зависит от многих факторов [13, 17]. Так, в исследовании PARTAGE частота встречаемости ОГ у больных артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста составила 18% [37].

По данным Л.Б. Лазебника и соавт., в российской популяции ОГ встречается у 15–20% пожилых людей и связана с повышением базального уровня АД, при этом ОГ может усугублять действие некоторых антигипертензивных препаратов, вызывая тяжелые ортостатические реакции, сопровождаемые синкопами [1]. Частота ОГ при неконтролируемой АГ почти в 2 раза выше, чем при адекватном контроле АД [32].

Согласно опубликованным данным, ОГ у пожилых больных АГ ассоциируется с риском развития общей и внезапной смерти [34], сердечной недостаточности [21], ТИА [15]. ОГ у больных ГБ даже в среднем возрасте связана с риском смерти, инсульта и коронарных событий, независимо от традиционных факторов риска [12].

Следовательно, наличие ОГ у больных ГБ пожилого и старческого возраста можно рассматривать как дополнительный фактор риска сердечно-сосудистых осложнений, что необходимо учитывать при назначении антигипертензивной терапии [27]. W. Nale и соавт. [18] предложили даже проводить скрининг с целью выявления ОГ у пожилых больных с дополнительными факторами ее развития.

В нашем исследовании ОГ у мужчин с ГБ пожилого возраста встречалась чаще, чем у женщин. E. Soteriades и соавт.

приводят противоположные данные: частота ОГ в сочетании с синкопальными состояниями у мужчин старше 80 лет была ниже, чем у женщин (16,9 против 19,5 на 1000 человеко-лет) [34]. Возможно, такой вывод авторов связан с тем, что не была выделена отдельно группа пожилых больных с АГ, а оценку проводили по возрастным декадам.

Наши данные позволили предположить, что использование в постоянной терапии БАБ по поводу аденомы или гиперплазии предстательной железы у мужчин с ГБ в определенной мере могло повлиять на более частое развитие у них ОГ. Развитие ортостатических реакций при использовании БАБ описано I. Najjar [17].

С развитием ОГ значительно ухудшается качество жизни пожилых больных, часто возникает психологический дистресс [6]. Соответственно, более уязвимы в этом отношении мужчины пожилого и старческого возраста — за счет более высокой частоты развития ОГ.

У наших больных ОГ чаще выявляли при наличии клинически выраженной ХСН, при снижении СКФ, СД2, после инсульта или ТИА и на фоне облитерирующего ААНК, реже — при ХОБЛ. Такая же закономерность отмечена в ряде клинических исследований. Так, показано, что при СД, особенно при развитии периферической нейропатии, ОГ встречается чаще [14, 38]. Есть также данные, что ОГ является независимым фактором риска развития ишемического инсульта [10, 25]. В более ранней работе [31] отмечено, что ТИА в анамнезе увеличивает риск развития ОГ более чем в 1,5 раза, однако здесь же подчеркнута, что инсульт, стенокардия, СД2 не связаны с развитием ОГ, а наличие каротидного атеросклероза

(по данным ультразвукографии) увеличивает риск ее возникновения на 67%.

Х. Fan и соавт. [11] показали, что у больных ГБ ОГ ассоциируется с периферическим атеросклерозом артерий нижних конечностей (его риск возрастает на 45%). Феномен регистрации меньшей частоты ОГ у пожилых больных ГБ в сочетании с ХОБЛ в литературе не описан. Полагаем, что при длительно существующей гипоксии на фоне ХОБЛ, вероятно, запускаются дополнительные компенсаторные нейрогуморальные механизмы, обеспечивающие профилактику развития ОГ (так, повышается внутрибрюшное и внутригрудное давление [9]). Связь ОГ со снижением СКФ отмечена Y. Aso и соавт. у больных СД2 [5]. Однако в других исследованиях частота ОГ оказалась выше при гипертрофии левого желудочка, при этом отсутствовала взаимосвязь с нарушением функции почек с учетом поправки на другие факторы риска [11].

У больных ГБ пожилого возраста при наличии ОГ нами регистрировались более низкие цифры как офисного, так и среднесуточного АД, более высокая вариабельность АД, более частые эпизоды снижения САД ≤ 90 мм рт. ст. В работе L. Okamoto и соавт. [29] показано, что у 34% пожилых больных ГБ с наличием ОГ в целом по данным СМАД выявляли эпизоды значительного снижения АД — чаще у пациентов категории *dipper*, чем *non-dipper* [29]. A. Ungar и соавт. констатируют, что низкий уровень ДАД и высокое пульсовое АД у пожилых больных АГ ассоциируются с ухудшением прогноза и риском как смертности в целом, так и сердечно-сосудистых осложнений [36]. О негативном влиянии на прогноз высокой вариабельности САД у пожилых больных ГБ, особенно мужчин, сообщают K. Bjorklund и соавт. [7].

Известно, что некоторые антигипертензивные препараты усугубляют течение ОГ у пожилых больных ГБ [3]. Так, по результатам обзора Кокрановской базы данных, назначение антигипертензивных препаратов пожилым больным связано не только с сердечно-сосудистыми событиями, но и с увеличением на 71% риска развития побочных эффектов, требующих отмены лечения [28]. I. Najjar и соавт. определено, что БАБ и недигидропиридиновые антагонисты кальция могут стать причиной развития ОГ или усилить ее проявления [17]. По данным E. Valbusa и соавт. [37], частота встречаемости ОГ выше при назначении БАБ, чем ИАПФ или антагонистов рецепторов к ангиотензину II (АРА). При назначении эналаприла в дозе от 5 до 20 мг и нефидипина от 30 до 90 мг пожилым больным ГБ получен [33] выраженный эффект 1-й

дозы со снижением САД в вертикальном положении более чем на 15 мм рт. ст., ДАД — более чем на 12 мм рт. ст., при этом параметры ОГ не изменялись. Установлено [22], что назначение ИАПФ или АРА в комбинации с диуретиками может увеличивать риск развития эпизодов гипотензии при оперативных вмешательствах.

В ряде исследований подчеркнуто, что даже в рамках одного класса антигипертензивных препаратов — ИАПФ — влияние на риск развития ОГ и ее параметры могут значительно различаться. Так, R. Haiat и соавт. [16] установлено, что назначение каптоприла (в дозе 6,25 мг 3 раза в день) в сравнении с периндоприлом (2 мг 1 раз в день) больным с ХСН через 36 ч достоверно чаще приводило к развитию ОГ [16]. Аналогичные данные получены в ряде других работ [2, 26, 30].

В проведенном исследовании подтверждено, что оптимальным выбором антигипертензивного лечения у больных пожилого и старческого возраста является периндоприл (Престариум А), обеспечивающий в комбинации с индапамидом (Арифон ретард) достижение целевого уровня АД у 70% пациентов через 4 нед лечения при хорошей переносимости, без негативного влияния на параметры ортостатической пробы, развития эпизодов артериальной гипотензии и увеличения вариабельности АД при СМАД (в отличие от эналаприла и в меньшей степени — фозиноприла).

Согласно данным недавно проведенного большого многоцентрового международного исследования HYPVET (HYPertension in the Very Elderly Trial), именно комбинация индапамида (при необходимости — с периндоприлом) обеспечила снижение риска общей смертности и других сердечно-сосудистых осложнений у больных старческого возраста без развития ОГ [19].

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

ORTHOSTATIC HYPOTENSION IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

M. Petrova¹; Professor N. Koziolova², MD

¹Acad. E.A. Vagner Perm State Medical Academy; ²Perm Territorial Hospital for War Veterans

Orthostatic hypotension occurs in 29% of elderly and senile patients with arterial hypertension; it is associated with comorbidity.

Perindopril (if required, in combination with indapamide) is an optimal antihypertensive treatment in the above patients.

Key words: arterial hypertension, orthostatic hypotension, angiotensin-converting enzyme inhibitors.