

## Глава 6

# ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ

ОГ — устойчивое снижение САД на  $\geq 20$  мм рт.ст. и/или ДАД на  $\geq 10$  мм рт.ст. в течение 3 мин после перехода в вертикальное положение (положение стоя) из положения лежа, а при невозможности выполнения данного маневра из положения сидя или наклона головы до  $60^\circ$  при выполнении тилт-теста; для пациентов с АГ, выявляемой в положении лежа на спине, — снижение САД на  $\geq 30$  мм рт.ст. и/или ДАД на  $\geq 15$  мм рт.ст. [1]. В 2018 году Рабочей группой по диагностике и лечению синкопальных состояний (The Task Force for the diagnosis and management of syncope) Европейского кардиологического общества (European Society of Cardiology, ESC) критерии ОГ были дополнены: для пациентов с САД в положении лежа на спине  $\leq 110$  мм рт.ст., наличие ОГ подразумевает устойчивое снижение САД до  $\leq 90$  мм рт.ст. в течение 3 мин. после перехода в вертикальное положение из положения лежа, а при невозможности выполнения данного маневра из положения сидя [2]. ОГ является одной из форм ортостатической неустойчивости и характеризуется неблагоприятным влиянием как на прогноз пациента (увеличение риска неблагоприятных коронарных событий, инсульта, смертности от всех причин), так и на качество жизни (нарушение когнитивных функций, развитие деменции, падений) [3]. Для профилактики данных неблагоприятных событий необходим тщательный анализ причин ОГ. Одним из основных этиологических факторов ОГ являются ЛС, в таком случае применяется термин ЛИ ОГ. Заболевания, требующие приема лекарственных препаратов, у которых ОГ является побочным эффектом, чрезвычайно распространены, кроме того, ОГ плохо переносится пациентами и может быть причиной прекращения лечения [4]. ЛИ ОГ может сосуществовать с другими причинами ОГ, усиливая выраженность симптомов и увеличивая риск развития осложнений. Наиболее актуальна проблема ЛИ ОГ у пациентов пожилого и старческого возраста, поскольку они в большей степени предрасположены к развитию данной реакции [5]. Среди популяции пожилых полиморбидных пациентов, госпитализированных в стационар, распространенность ОГ достигает 68% [6]. С другой стороны, актуальность проблемы ЛИ ОГ в клинической практике обусловлена тем,

что в ряде случаев имеется положительный эффект от отмены препаратов, что позволяет улучшить качество жизни пациента и предотвратить развитие серьезных осложнений [4].

### Классификация ортостатической гипотензии [7; 8].

- По механизму действия:
  - нейрогенная ОГ;
  - не-нейрогенная ОГ (снижение ОЦК);
- по этиологическому фактору:
  - первичная;
  - вторичная (в том числе при действии ЛС);
- по времени возникновения:
  - острая;
  - хроническая.

В МКБ-10 также имеются рубрики для кодирования ОГ, которая вызвана действием ЛС [9]:

**I95.1** Ортостатическая гипотензия;

**I95.2** Гипотензия, вызванная лекарственными средствами.

ОГ идентифицирована как НР многих препаратов. Группы препаратов и отдельные ЛС, прием которых ассоциирован с развитием ЛИ ОГ, суммированы в таблице 6.1 [5; 10–25].

*Таблица 6.1*

**ЛС, применение которых ассоциировано с развитием лекарственно-индуцированной ортостатической гипотензии [5; 10–25]**

Группа ЛС/ЛС	Частота (%)	Механизм(-ы)	Уровень доказательности
<b>Антигипертензивные препараты (частота 13–38%)</b>			
<b>Тиазидные диуретики (частота 60%)</b>			
Гидрохлоротиазид	Нет данных	Снижение ОЦК, увеличение экскреции $\text{Na}^+$	В
<b>Петлевые диуретики (частота 20%)</b>			
Фуросемид	Нет данных	Снижение ОЦК, снижение венозного возврата, увеличение экскреции $\text{Na}^+$	В
<b>Калийсберегающие диуретики</b>			
Спиринолактон	Нет данных	Увеличение экскреции $\text{Na}^+$ и воды	В
<b><math>\beta</math>-адреноблокаторы (частота 7,8–9%)</b>			
Небиволол	Нет данных	Отрицательный инотропный и хронотропный эффекты препятствуют компенсаторному подъему АД в ортостазе; снижение активности РААС	С