

A medical-themed background featuring a white pill bottle on the left, several light blue oval pills scattered on a white surface, and a silver stethoscope with a black handle on the right. The text is centered in a light teal box.

არტერიული
ჰიპერტენზიის
მკურნალობა

არტერიული წნევის სამიზნე დონე

- მკურნალობის უპირველესი მიზანია, სისხლის წნევის დაქვეითება **<140/90 მმ.ვწყ.სვ.-მდე** ყველა პაციენტში, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია, წნევის მაჩვენებლები უნდა იქნეს დაქვეითებული **130/80 მმ.ვწყ.სვ.-მდე** ან უფრო დაბლა, პაციენტთა უმრავლესობაში.
- წნევის დამწვევ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ <65 წლის ასაკის პაციენტებში რეკომენდებულია სისხლის წნევა დაქვეითება **120-129 მმ.ვწყ.სვ.-მდე** პაციენტთა უმრავლესობაში.
- შედარებით ხანდაზმულ პაციენტებში (≥ 65), რომლებიც წნევის დამწვევ მედიკამენტებს იღებენ:
 - რეკომენდებულია, რომ საწ დაქვეითებულ იქნეს სამიზნე ნიშნულამდე **130-139 მმ.ვწყ.სვ.**
 - რეკომენდებულია გვერდითი ეფექტების ზუსტი მონიტორინგი;
 - სისხლის წნევის აღნიშნული სამიზნე რეკომენდებულია ნებისმიერი რისკის პროფილის პაციენტისათვის.
- დაწ სამიზნე **<80 მმ.ვწყ.სვ.** გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ჰიპერტენზიული პაციენტისთვის, მიუხედავად რისკის პროფილის და თანხმლები დაავადებებისა.

არტერიული წნევის კონტროლის მნიშვნელობა: გართულებების პრევენცია

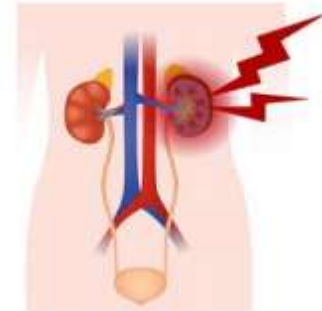
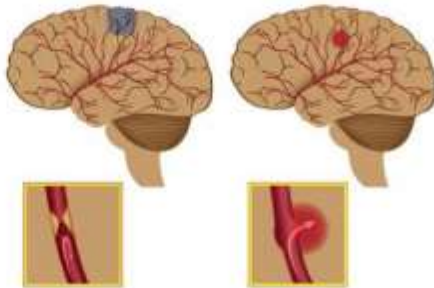
არტერიული წნევის კონტროლით შესაძლებელია:

შეამციროთ
რისკი:

ინსულტის - 30%-ით

მიოკარდიუმის ინფარქტის - 25%-ით

თირკმლის ქრონიკული დაავადების - 23%-ით



პაციენტის კონსულტირება

პაციენტის განათლება

- ადამიანების უმრავლესობა ფიქრობს, რომ კისრის დაჭიმულობა, თავის ტკივილი ან თავბრუსხვევა ჰიპერტენზიის სიმპტომებია.
- ამ დროს ჰიპერტენზიანი პაციენტების უმრავლესობას, თუ წნევა ძალიან მაღალი არ არის, სიმპტომები არ აქვს.
- სიმპტომების არარსებობის გამო პაციენტები აცდენენ მეთვალყურეობის ვიზიტებს, ან არ ღებულობენ დანიშნულ მედიკამენტებს.
- თუმცა, არანამკურნალებმა უსიმპტომო ჰიპერტენზიამ შეიძლება გამოიწვიოს, ინსულტი, გულის უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი და სიკვდილი.
- ამის გამო ჰიპერტენზიას „ჩუმ მკვლელს“ უწოდებენ, რადგანაც მან შეიძლება თქვენი სიცოცხლე გამაფრთხილებელი ნიშნების გარეშე დაასრულოს.

ინფორმაცია პროფესიონალებისთვის

- ხაზი უნდა გაესვას, რომ პაციენტთა უმრავლესობას არ აქვს სიმპტომები.
- მეორეულ ჰიპერტენზიას, მაგალითად, ფეოქრომოციტომის ან კუშინგის სინდრომის დროს, შესაძლებელია ჰქონდეს სიმპტომები. შესაძლო სიმპტომებია:
 - თავის ტკივილი
 - თავბრუსხვევა
 - გადაჭარბებული ოფლიანობა



REFERENCE:

Evidence-based recommendations for hypertension in primary care. Korean Medical Guideline Information Center. 2014 . (<http://www.guideline.or.kr>, accessed 28 September 2016).

ჰიპერტენზიის არამედიკამენტური მკურნალობა

- ცხოვრების სტილის შეცვლა რეკომენდებულია მაღალი - ნორმული წნევის და ჰიპერტენზიის მქონე ყველა პაციენტისთვის.
- მაღალი ნორმული და ჰიპერტენზიის მქონე ყველა პაციენტისათვის რეკომენდებულია რჩევები არამედიკამენტური მკურნალობის შესახებ:
- მარილის მოხმარების შემცირება **დღეში <5 გ;**
- ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება:
 - მამაკაცებისთვის კვირაში 14 ერთეულზე ნაკლები;
 - ქალებისთვის კვირაში 8 ერთეულზე ნაკლები.
- ალკოჰოლის მიმართ დამოკიდებულების თავიდან აცილება;
- ბოსტნეულის, ახალი ხილის, თევზის, თხილეულის და უჯერი ცხიმოვანი მჟავების (ზეითუნის ზეთი) მოხმარების ზრდა. **წითელი ხორცის შემცირება რაციონში და ნაკლებცხიმოვანი რძის პროდუქტების გამოყენება.**

ჰიპერტენზიის არამედიკამენტური მკურნალობა

- ნაჩვენებია სხეულის მასის კონტროლი, რაც შესაძლებელს გახდის სიმსუქნის (სმი >30 კგ/მ² ან წელის გარშემოწერილობა >102 სმ მამაკაცებში და >88 სმ ქალებში) თავიდან აცილებას. მიზანს წარმოადგენს ჯანსაღი სხეულის მასის ინდექსი ($20-25$ კგ/მ²) და წელის გარშემოწერილობა (<94 სმ მამაკაცებში და <80 სმ ქალებში);
- რეგულარული აერობული ვარჯიშები (მაგ.: არა ნაკლებ 30 წთ ზომიერი დინამიური ვარჯიში ან ფეხით სიარული 5-7 დღე კვირაში);
- თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა, შემანარჩუნებელი თერაპია და თამბაქოს მოწევაზე თავის დანებების პროგრამებში რეფერალი.

ჯანსაღი ცხოვრების წესი



ხილისა და
ბოსტნეულის
მოხმარების
გაზრდა



ჯანსაღი წონის
მიღწევა და
შენარჩუნება



მარილისა და
ცხიმის
მოხმარების
შემცირება



ფიზიკური აქტივობა

რეკომენდებულია აერობული
ფიზიკური აქტივობა

150 წთ ზე მეტი კვირაში,
ან 30 წთ დღეში, კვირაში 5-7 დღე



სიარული



სირბილი



ცურვა



ველოსიპედის
ტარება

პარალელურად რეკომენდებულია კუნთების
გამაძლიერებელი ვარჯიშები

ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ჩარევის ზემოქმედება სისტოლური წნევის დონეზე

ჩარევა	რეკომენდაცია	სისხლის სისტოლური წნევის მაჩვენებლის მოსალოდნელი შემცირება (დიაპაზონი)**
წონაში დაკლება	სხეულის ნორმალური წონის შენარჩუნება (სხეულის მასის ინდექსი 18.5-24.9კგ/მ ²)	5-20მ ვწყ სვ/10კგ
DASH* დიეტური კვების გეგმა	ხილით, ბოსტნეულით და დაბალცხიმიანი რძის პროდუქტებით მდიდარი საკვების მოხმარება, რომელშიც შემცირებულია ნაჯერი და საერთო ცხიმის შემცველობა	8-14 მმ ვწყ სვ
ნატრიუმის მოხმარების შემცირება	ა. დღეში არა უმეტეს 2400მგ ნატრიუმის მოხმარება ბ. ნატრიუმის მოხმარების შემდგომი შემცირება დღეში 1500მგ-მდე, რადგანაც ეს ასოცირებულია სისხლის წნევის უფრო მეტად დაქვეითებასთან გ. ნატრიუმის მოხმარების შემცირება სულ მცირე 1000მგ-ით დღეში, რადგანაც აღნიშნულის საშუალებით შესაძლებელია წნევის დაქვეითება იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ნატრიუმის დღიური მოხმარების სასურველი დონე მიღწეული არ არის	2-8 მმ ვწყ სვ
ფიზიკური აქტიურობა	რეგულარული აერობული ფიზიკური აქტიურობით დაკავება, როგორცაა მაგალითად სწრაფი ტემპით სიარული (სულ მცირე, დღეში 30 წუთი, კვირის უმეტესი დღეების განმავლობაში)	4-9 მმ ვწყ სვ
ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარება	ალკოჰოლის მოხმარების შეზღუდვა დღეში ორ სტანდარტულ ერთეულამდე (მაგალითად, 710მლ ლუდი, 300მლ ღვინო ან 90მლ ვისკი) მამაკაცების უმრავლესობისთვის, ხოლო ქალებისა და დაბალი წონის პირებისთვის - ერთ სტანდარტულ ერთეულამდე დღეში.	2-4 მმ ვწყ სვ

DASH დიეტური კვების გეგმა ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტებისთვის

DASH კვების გეგმა არ შექმნილა წონაში დაკლების მიზნით. მაგრამ ის მდიდარია დაბალკალორიული საკვებით, როგორცაა მაგალითად ხილი და ბოსტნეული. პაციენტმა შეიძლება კიდევ უფრო შემაციროს საკვების კალორიულობა მაღალკალორიული საკვების ჩანაცვლებით მეტი ხილითა და ბოსტნეულით - რაც მისთვის უფრო გაადვილებს DASH სამიზნეების მიღწევას. ქვემოთ მოყვანილია ზოგიერთი მაგალითი:

ხილის რაოდენობის გაზრდა:

- 4 ფხვიერი ორცხობილის ნაცვლად მიირთვით საშუალო ზომის ვაშლი. *თქვენ დაზოგავთ 80 კალორიას.*
- მიირთვით $\frac{1}{4}$ ჭიქა გარგრის ჩირი 60 გრამი ღორის ჩიპსების ნაცვლად, *თქვენ დაზოგავთ 230 კალორიას.*

ბოსტნეულის რაოდენობის გაზრდა:

- მიირთვით ჰამბურგერი, რომელშიც 170გრამი ხორცის ნაცვლად არის 85 გრამი ხორცი. დაამატეთ ერთი ულუფა სტაფილო და ერთი ულუფა ისპანახი. *თქვენ დაზოგავთ 200 კალორიაზე მეტს.*
- 140 გრამი ქათმის ნაცვლად მიირთვით 55 გრამი ქათამი 45 გრამ ნედლ ბოსტნეულთან ერთად მოთუშული მცირე ოდენობით ზეთში. გამოიყენეთ მცირე რაოდენობით მცენარეული ზეთი. *თქვენ დაზოგავთ 50 კალორიას.*

უცხიმო ან დაბალცხიმიანი რძის პროდუქტების გასაზრდელად:

- მიირთვით $\frac{1}{2}$ ჭიქა გაყინული დაბალცხიმიანი იოგურტი 45 გრამი შოკოლადის ფილის ნაცვლად. *თქვენ დაზოგავთ დაახლოებით 110 კალორიას.*

DASH დიეტური კვების გეგმა ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტებისთვის

რჩევები კალორიების შემცირებაზე:

- გამოიყენეთ დაბალკალორიული ან უკალორიო სანლებლები;
- გაანახევრეთ მოხმარებული მცენარეული ზეთის, მარგარინის და სასალათო სოუსის რაოდენობა, ან შეარჩიეთ უცხიმო;
- თანდათანობით შეამცირეთ მიღებული ულუფის ზომა;
- მიღებული ცხიმის საერთო რაოდენობის შესამცირებლად მიირთვით დაბალცხიმიანი ან უცხიმო რძის პროდუქტები;
- შეამოწმეთ საკვების ეტიკეტები დაფასოებულ პროდუქტებში ცხიმის შემცველობის შესადარებლად - დაბალცხიმიანი ან უცხიმო ეტიკეტის მქონე პროდუქტები ხშირად სულაც არაა უფრო დაბალკალორიული, ვიდრე მათი ჩვეულებრივი ანალოგები.
- შეზღუდეთ საკვების რაოდენობა, რომელსაც დიდი რაოდენობით აქვს დამატებული შაქარი, როგორცაა მაგალითად ნამცხვარი, არომატიზებული იოგურტი, კანფეტები, ნაყინი, შარბათი, გაზიანი სასმელები და ხილის წვენები.
- მიირთვით საკუთარ წვენში დაკონსერვებული ხილი.
- დაუმატეთ ხილი ნატურალურ იოგურტს.
- წახემსების დროს მიირთვით ხილი, ბოსტნეულის ჩხირები, უცხიმო და უმარილო პოპკორნი ან პურის ჩხირები.
- დალიეთ წყალი ან მინერალური წყალი. **შენიშვნა:** მინერალური წყალი შეიცავს ნატრიუმს და დაბალმარილიან დიეტაზე მყოფმა პირებმა უნდა შეზღუდონ მინერალური წყლის მოხმარება.

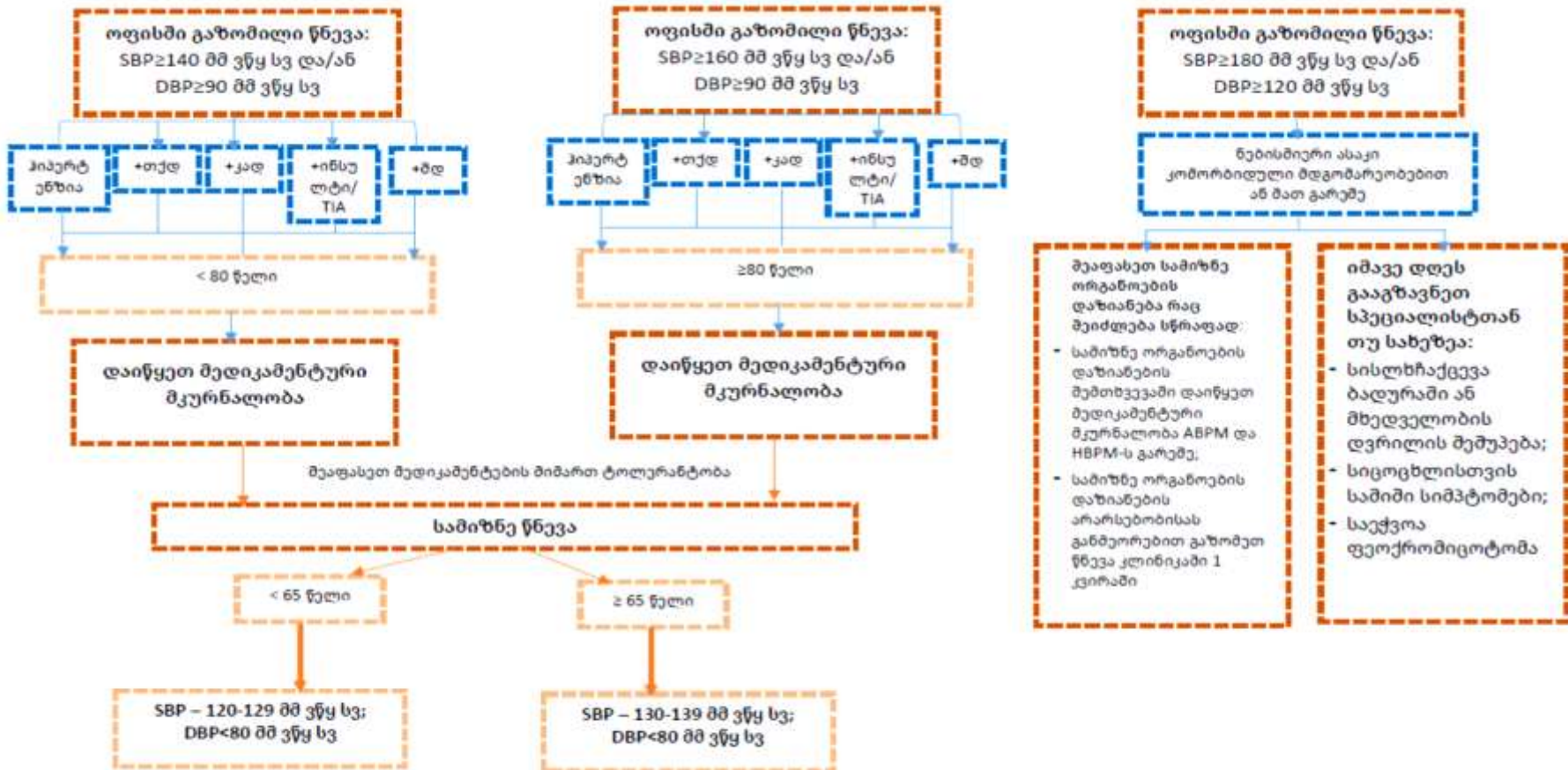
ნატრიუმის შემცირება საკვებ რაციონში

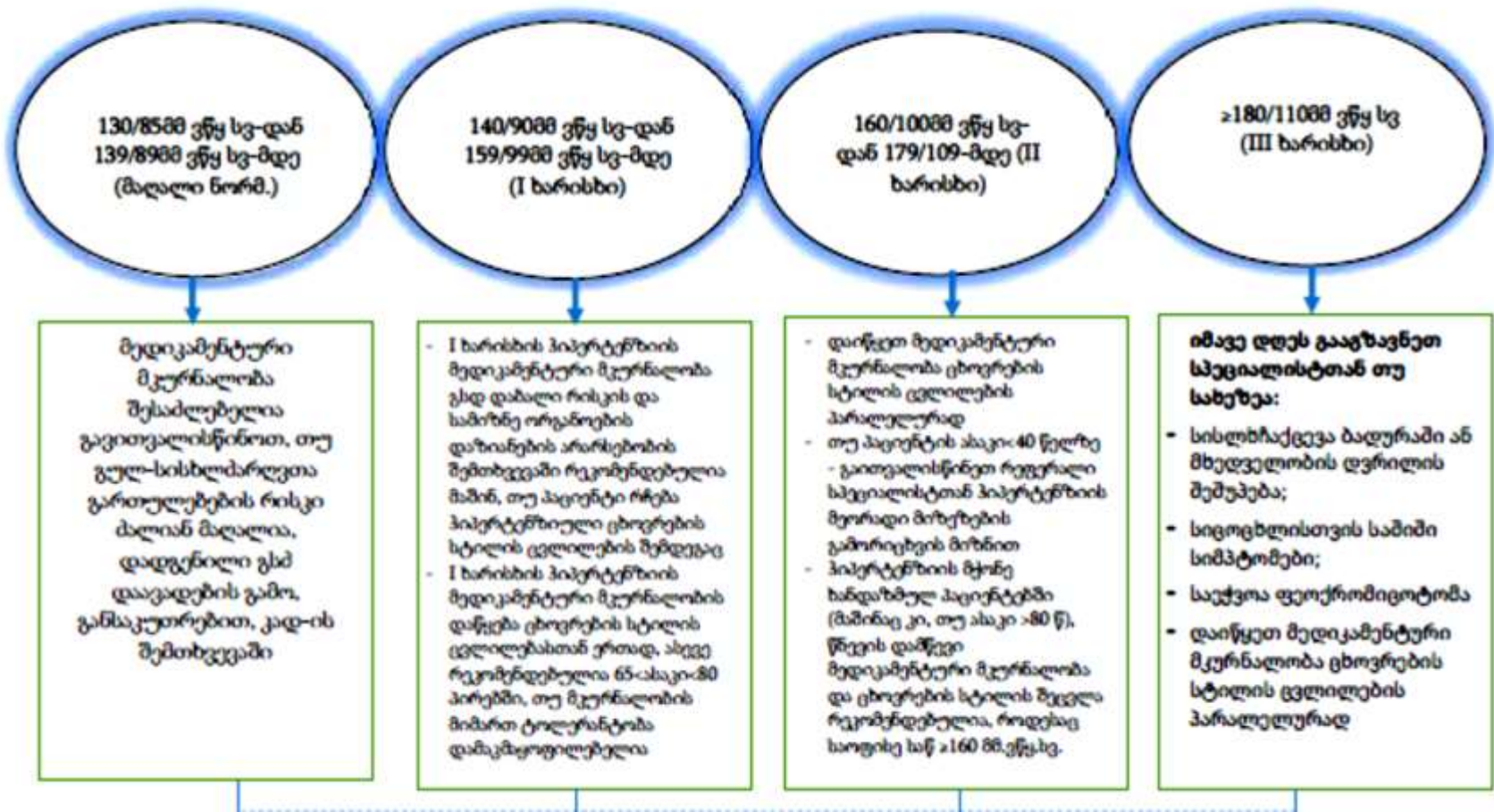
საკვების ჯგუფი	ნატრიუმი (მგ)
მარცვლეული და მარცვლეულის პროდუქტები	
– ½ ჭიქა უმარილო მოხარშული ზურღული, ბრინჯი, მაკარონი	0–5
– 1 ჭიქა მზა ფაფა	100–360
– 1 ნაჭერი პური	110–175
ბოსტნეული	
– ½ ჭიქა უმარილო ნედლი ან გაყინული, მოხარშული	1–70
– ½ ჭიქა კონსერვირებული ან გაყინული, სოუსით	140–460
– ¾ ჭიქა კონსერვირებული პომიდვრის წვენი	820
ხილი	
– ½ ჭიქა ნედლი, გაყინული, კონსერვირებული	0–5
დაბალცხიმოვანი ან უცხიმო რძის პროდუქტები	
– 1 ჭიქა რძე	120
– 240გ იოგურტი	160
– 45 გ ნატურალური ყველი	110–450
– 45 გ დამუშავებული ყველი	600
თხილი, მზესუმზირა და მშრალი ბარდული	
– 1/3 ჭიქა მარილიანი არაქისი	120
– 1/3 ჭიქა უმარილო მიწისთხილი	0–5
– ½ ჭიქა უმარილო გაყინული ან მშრალი ბარდით მომზადებული ულუფა	0–5
– ½ ჭიქა კონსერვირებული ბარდა	400
საქონლის, ფრინველის ხორცი და თევზი	
– 180გ ნედლი საქონლის, ფრინველის ხორცი ან თევზი	30–90
– 180გ უმარილო კონსერვირებული თინუსი	35–45
– 180გ კონსერვირებული თინუსი	250–350
– 180გ უცხიმო შემწვარი ლორი	1,020

რჩევები ნატრიუმის შესამცირებლად

- მოიხმარეთ დაბალნატრიუმის ან ნატრიუმის გარეშე პროდუქტები.
- იყიდეთ ნედლი, მარტივად გაყინული ან კონსერვირებული ბოსტნეული მარილის დამატების გარეშე.
- კონსერვირებული, შებოლილი ან გადამუშავებული ხორცის ნაცვლად მოიხმარეთ ახალი ფრინველის, უცხიმო საქონლის ხორცი ან თევზი.
- შეარჩიეთ მარცვლეულის მზა საუზმე, რომელშიც დაბალია ნატრიუმის შემცველობა.
- შეზღუდეთ დამუშავებული საკვები (როგორცაა ბეკონი და ლორი), მარილწყალში კონსერვირებული პროდუქტები (მაგალითად, ბოსტნეულის მწნილი, ზეთისხილი, კომბოსტოს მწნილი) და საწებლები (მაგალითად მონოსოდიუმ გლუტამატი, მდოგვი, კეტჩუპი და ბარბეკიუს სოუსი). შეზღუდეთ სოიოს სოუსის დაბალნატრიუმის ვარიანტიც და ტერიაკის სოუსი - ეს საწებლები განიხილეთ როგორც სუფრის მარილი.
- მარილის ნაცვლად გამოიყენეთ სუნელები. საკვების მომზადებისას და სუფრაზე კერძები შეკმაზეთ სუნელებით, ლიმნის წვენი, ძმრით ან უმარილო სანლებლების ნარევით. დაიწყეთ მარილის შეზღუდვა რაოდენობის განახევრებით.
- ბრინჯი, მაკარონი და ბურღულეული მოამზადეთ მარილის გარეშე. შეზღუდეთ სწრაფად ხსნადი ან შეკმაზეული ბრინჯი, მაკარონი და ბურღულეულის ნაკრები, რომელთაც ჩვეულებრივ დამატებული აქვთ მარილი.
- შეზღუდეთ გაყინული ნახევარფაბრიკატები, როგორცაა პიცა, კონსერვირებული სუპები და ბულიონები, სასალათე სოუსები, რომლებიც დიდი რაოდენობით შეიცავენ ნატრიუმს.
- ნატრიუმის გარკვეული ოდენობის მოსაცილებლად გარეცხეთ კონსერვირებული საკვები, როგორცაა მაგალითად თინუსი.

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების ზღურბლი და მკურნალობის სამიზნეები





ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა

- ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებისას რეკომენდებულია გამოყენებულ იქნას კლინიკაში (საოფისე) წნევის გაზომვის მაჩვენებლები.
- ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის გადაუდებლად დაწყება რეკომენდებულია II ან III ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა რისკის ნებისმიერი პროფილით, ცხოვრების სტილის შეცვლის პარალელურად.
- I ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის შეცვლა, რათა დადგინდეს, ამ რეკომენდაციათა ეფექტურობა წნევის ნორმალიზაციის მიმართულებით.
- I ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში, გსდ დაბალი/ზომიერი რისკით და სამიზნე ორგანოების დაზიანების არარსებობით, წნევის დამწევი წამლებით მკურნალობა ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, თუ ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება იყო არაეფექტური 3-6 თვის მანძილზე.

ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა (გაგრძელება)

- I ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში, გულ-სისხლძარღვთა რისკის მაღალი პროფილით ან სამიზნე ორგანოების დაზიანებით, რეკომენდებულია მედიკამენტური მკურნალობა, ცხოვრების სტილის ცვლილებების პარალელურად.
- ჰიპერტენზიის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში (მაშინაც კი, თუ ასაკი >80 წ), წნევის დამწვევი მედიკამენტური მკურნალობა და ცხოვრების სტილის შეცვლა რეკომენდებულია, როდესაც საწ ≥ 160 მმ.ვწყ.სვ.
- წნევის დამწვევი მედიკამენტური მკურნალობა და ცხოვრების სტილის შეცვლა რეკომენდებულია ხანდაზმულ პაციენტებში (65<ასაკი<80 წლის), როდესაც საწ I ხარისხისაა (140-159 მმ.ვწყ.სვ.) და მკურნალობის ამტანობა კარგია.
- ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა შესაძლოა ასევე გათვალისწინებული იყოს გაცილებით ხანდაზმულ, დაუძლურებულ პაციენტებშიც, თუ მის მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია.
- არ არის რეკომენდებული წნევის დამწვევი მედიკამენტით მკურნალობის მოხსნა ასაკის გამო, მაშინაც კი, თუ პაციენტის ასაკი ≥ 80 წ, თუ მკურნალობის ამტანობა კარგია.
- მაღალი-ნორმული წნევის მქონე პაციენტებში (130-139/85-89 მმ.ვწყ.სვ.) რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის შეცვლა;
- მედიკამენტური მკურნალობა შესაძლოა გათვალისწინებული იყოს, როდესაც მათი გულ-სისხლძარღვთა რისკის პროფილი ძალიან მაღალია ან საქმე გავქვს მანიფესტირებულ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებასთან, განსაკუთრებით გულის კორონარული დაავადების შემთხვევაში.

მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების კრიტერიუმები საოფისე სისხლის წნევის ზღურბლის გათვალისწინებით

ასაკობრივი ჯგუფი	საოფისე სისტოლური არტერიული წნევის (საწ) მკურნალობის დაწყების ზღურბლი (მმ.ვწყ.სვ.)					საოფისე დაწ მკურ- ნალობის დაწყების ზღურბლი (მმ.ვწყ.სვ.)
	ჰიპერ- ტენზია	+დიაბეტი	+ თქდ	+კად	+ინსულტ ი /TIA	
18-65 წელი	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65-79 წელი	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥ 80 წელი	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
საოფისე დაწ მკურნალობის ზღურბლი (მმ.ვწყ.სვ.)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	





კლინიკური შემთხვევა

მერი 81 წლის არამწვეველი ქალბატონია. 1 თვის წინ მას თქვენი კოლეგის მიერ დაესვა მე-2 სტადიის ჰიპერტენზიის დიაგნოზი. კლინიკაში გაზომილი წნევის მაჩვენებელი იყო 174/100 მმ ვწყ სვ, ხოლო ABPM-ს საშუალო შედეგი - 170/95 მმ ვწყ სვ. პაციენტს არ დაუდგინდა „თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია“.

ამჟამად ის დაბარებულია თქვენი კოლეგის მიერ მეთვალყურეობის ვიზიტზე. რა იქნება მომდევნო ნაბიჯი?

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობა

- უმრავლეს პაციენტებში მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია ორი მედიკამენტის ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით (SPC), რათა გაუმჯობესდეს არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა და ეფექტურობა.
- ნებისმიერი ასაკის დაუძლურებულ პაციენტებში ან მრავლობითი კომორბიდული პათოლოგიებით, რეკომენდებულია მედიკამენტური თერაპიის დაწყება კლინიკური განსჯის საფუძველზე.
- ორი პრეპარატის სასურველი კომბინაციაა რენინ-ანგიოტენზინ სისტემის ბლოკერი (აგფ) - კალციუმის არხების ბლოკერთან ან შარდმდენთან. თუ არის ბეტა-ბლოკერისთვის კონკრეტული ჩვენება, მაგ. სტენოკარდია, მიოკარდიუმის გადატანილი ინფარქტი, გულის უკმარისობა ან მისაღწევია გულისცემის სიხშირის კონტროლი, მაშინ ალტერნატიული კომბინაციაა ბეტა ბლოკერი შარდმდენთან ან სხვა ჯგუფის მედიკამენტთან.
- აფრო-კარიბული წარმომავლობის პაციენტისთვის, რომელთაც არ აღენიშნებათ დიაბეტი, პირველი რიგის თერაპიის სახით რეკომენდებულია დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი, ხოლო თანმხლები დიაბეტის შემთხვევაში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შერჩევისას აგფ-ინჰიბიტორთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება ანგიოტენზინ-რეცეპტორების ბლოკერს (არბ).
- მონოთერაპიის გამოყენება ნაჩვენებია დაბალი რისკის პაციენტებში ჰიპერტენზიის I სტადიით, საწ. <150 მმ ვწყ. სვ., ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში მაღალი ნორმალური წნევით; ძალიან ხანდაზმულ ან დაუძლურებულ პაციენტებში.

ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე მოქმედი ფაქტორები

- თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკების შედარება თიაზიდურ დიურეტიკებთან — ქლორტალიდონი და ინდაპამიდი მიეკუთვნება ყველაზე ხშირად გამოყენებად თიაზიდის მსგავს დიურეტიკებს.
- კვლევებმა აჩვენა მათი მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი პოტენციური წნევის დაქვეითების თვალსაზრისით ჰიდროქლორთიაზიდთან (ყველაზე გავრცელებული თიაზიდური დიურეტიკი) შედარებით.
- 14 კვლევის მეტა-ანალიზში, სადაც ერთმანეთს დარდებოდა წნევის შემცირება თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკების და ჰიდროქლორთიაზიდის გამოყენების ფონზე სამი სხვადასხვა დოზით (დაბალი, საშუალო და მაღალი), **სისტოლური წნევის შემცირება მეტად გამოხატული იყო ქლორტალიდონისა და ინდაპამიდის ფონზე (3.6 და 5,1 მმ ვწყ სვ-ით შესაბამისად) ჰიდროქლორთიაზიდთან შედარებით.**

ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე მოქმედი ფაქტორები

ჩვენება ან უკუჩვენება	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი
სარწმუნო მაჩვენებლები (გამოსავლის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება წნევის ციფრებისგან დამოუკიდებლად)	
გულის უკმარისობა შემცირებული განდევნის ფრაქციით	ACE ინჰიბიტორი ან ARB, ბეტა ბლოკერი, დიურეტიკი, ალდოსტერონის ანტაგონისტი*
მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომი მდგომარეობა	ACE ინჰიბიტორი ან ARB, ბეტა ბლოკერი, ალდოსტერონის ანტაგონისტი
თირკმლის ქრონიკული დაავადება პროტეინურიით	ACE ინჰიბიტორი ან ARB
სტენოკარდია	ბეტა ბლოკერი, კალციუმის არხების ბლოკერი
მოციმციმე არითმიის რითმის კონტროლი	ბეტა ბლოკერი, არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი
წინაგულების თრთოლვის რიტმის კონტროლი	ბეტა ბლოკერი, არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი

* ალდოსტერონის ანტაგონისტების სარგებელი თვალსაჩინოა NYHA III-IV კლასის გულის უკმარისობის ან მარცხენა პარკუჭის დაქვეითებული განდევნის ფრაქციის შემთხვევაში მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ

ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე მოქმედი ფაქტორები

სასარგებლო ეფექტები კომორბიდული მდგომარეობების არსებობისას	
პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია	ალფა ბლოკერი
ესენციური ტრემორი	ბეტა ბლოკერი (არაკარდიოსელექციური)
ჰიპერთირეოზი	ბეტა ბლოკერი
შაკიკი	ბეტა ბლოკერი, კალციუმი არხების ბლოკერი
ოსტეოპოროზი	თიაზიდური დიურეტიკი
რეინოს ფენომენი	დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი
უკუჩვენებები	
ანგიონევროზული შეშუპება	არ არის რეკომენდებული ACE ინჰიბიტორების გამოყენება
ბრონქოსპაზმი	არ არის რეკომენდებული არასელექტიური ბეტა-ბლოკერის გამოყენება
ღვიძლის დაავადება	არ არის რეკომენდებული მეთილდოფას გამოყენება
ორსულობა (ან დაორსულების შანსი)	არ არის რეკომენდებული ACE ინჰიბიტორის, ARB, ან რენინის ინჰიბიტორების (მაგ.: ალისკერინის) გამოყენება
გულის მეორე ან მესამე ხარისხის ბლოკადა	არ არის რეკომენდებული ბეტა ბლოკერის, არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის ანტაგონისტის გამოყენება, თუ პაციენტს არ აქვს იმპლანტირებული ხელოვნური რითმის რეგულატორი

ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ თერაპიაზე მოქმედი ფაქტორები

მედიკამენტების კლასები პოტენციური გვერდითი ეფექტებით კომორბიდულ მდგომარეობებზე

დეპრესია	ზოგადად მოერიდეთ ბეტა ბლოკერებს და ცენტრალური მოქმედების ალფა-აგონისტებს
პოდაგრა	ზოგადად მოერიდეთ თიაზიდურ დიურეტიკებს
ჰიპერკალიემია	ზოგადად მოერიდეთ ალდოსტერონის ანტაგონისტებს, ACE ინჰიბიტორებს, ARB, რენინის ინჰიბიტორებს
ჰიპონატრემია	ზოგადად მოერიდეთ თიაზიდურ დიურეტიკებს
რენოვასკულური დაავადება	ზოგადად მოერიდეთ ACE ინჰიბიტორებს, ARB, რენინის ინჰიბიტორებს

არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

მედიკამენტური მკურნალობის ალგორითმი გაურთულებელი ჰიპერტენზიის დროს



1 აბი
საწყისი თერაპია -
ორმაგი კომბინაცია

აფ-ინჰიბიტორი ან არბ + CCB
ან დიურეტიკი

გაითვალისწინეთ
მონოთერაპია I ხარისხის
ჰიპერტენზიის (საწ<150) დროს
დაბალი რისკის შემთხვევაში
ან ძლიერ ხანდაზმულ და
დაუძლურებულ პაციენტებში

1 აბი
მე-2 საფეხური
სამმაგი კომბინაცია

აფ-ინჰიბიტორი ან არბ + CCB +
დიურეტიკი

გაითვალისწინეთ რეფერალი
სპეციალისტთან შემდგომი
გამოკვლევის მიზნით

2 აბი
მე-3 საფეხური
სამმაგი
კომბინაცია +
სპირონოლაქტონი
ან სხვა
მედიკამენტი

რენისტეტული ჰიპერტენზია
დაამატეთ სპირონოლაქტონი
25-50მგ ან სხვა დიურეტიკი,
ალფა-ბლოკერი ან ბეტა-
ბლოკერი

ბეტა-ბლოკერები
გაითვალისწინეთ ბეტა-ბლოკერები მკურნალობის ნებისმიერ საფეხურზე, თუ
სახეზეა მათი გამოყენების ჩვენება, მაგალითად, გულის უკმარისობა,
სტენოკარდია, პოსტინფარქტული მდგომარეობა, წინაგულთა ციმციმი,
ახალგაზრდა ორსული ქალები, ან ისინი ვინც გეგმავს ორსულობას.

- მკურნალობის მონიტორინგისთვის გამოიყენეთ კლინიკაში გაზომილი სისხლის წნევა;
- შენიღბული ან თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის დროს კლინიკის წნევასთან ერთად გაითვალისწინეთ ABPM ან HBPM;
- სამიზნე წნევა <140/90 მმ.ვწყ.-მდე ყველა პაციენტში, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობა კარგად გადაიტანება, < 130/80 მმ.ვწყ.-მდე ან უფრო დაბლა, პაციენტთა უმრავლესობაში.
- <65 წლის ასაკის პაციენტებში სამიზნე 120-129 მმ.ვწყ.-მდე;
- შედარებით ხანდაზმულ პაციენტებში (>65), სამიზნე საწ 130-139 მმ.ვწყ.;
- დაწ სამიზნე <80 მმ.ვწყ. ყველა ჰიპერტენზიული პაციენტისთვის, მიუხედავად რისკის პროფილის და თანხმობის დაავადებებისა.

არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია ჰიპერტენზიისა და კორონარული არტერიების დაავადების თანაარსებობისას



საწყისი თერაპია
ორმაგი კომბინაცია

აგფ ან არბ + ბეტაბლოკ. ან Ca ანტ
ან Ca ანტ. + შარდმდენი ან ბეტა-
ბლოკერი; ან ბეტაბლოკ. + შარდ.

რეკომენდებულია მონოთერაპია
დაბალი რისკის I ხარისხის
ჰიპერტენზიის მქონე (სისტოლუ-
რი აწ < 150 mmHg) ან ძალიან
ხანდაზმულ (≥ 80 წლის) ან
დასუსტებულ პაციენტებში



ნაბიჯი 2
სამმაგი კომბინაცია

ზემოთ აღნიშნული სამმაგი
კომბინაცია

რეკომენდებულია თერაპიის
დაწყება, როდესაც სისტოლური
წნევა არის
≥ 130 მმ.ვწყ.ვსვ. ესდ ძალიან
მაღალი რისკის პაციენტებში
დადგენილი დაავადებებით



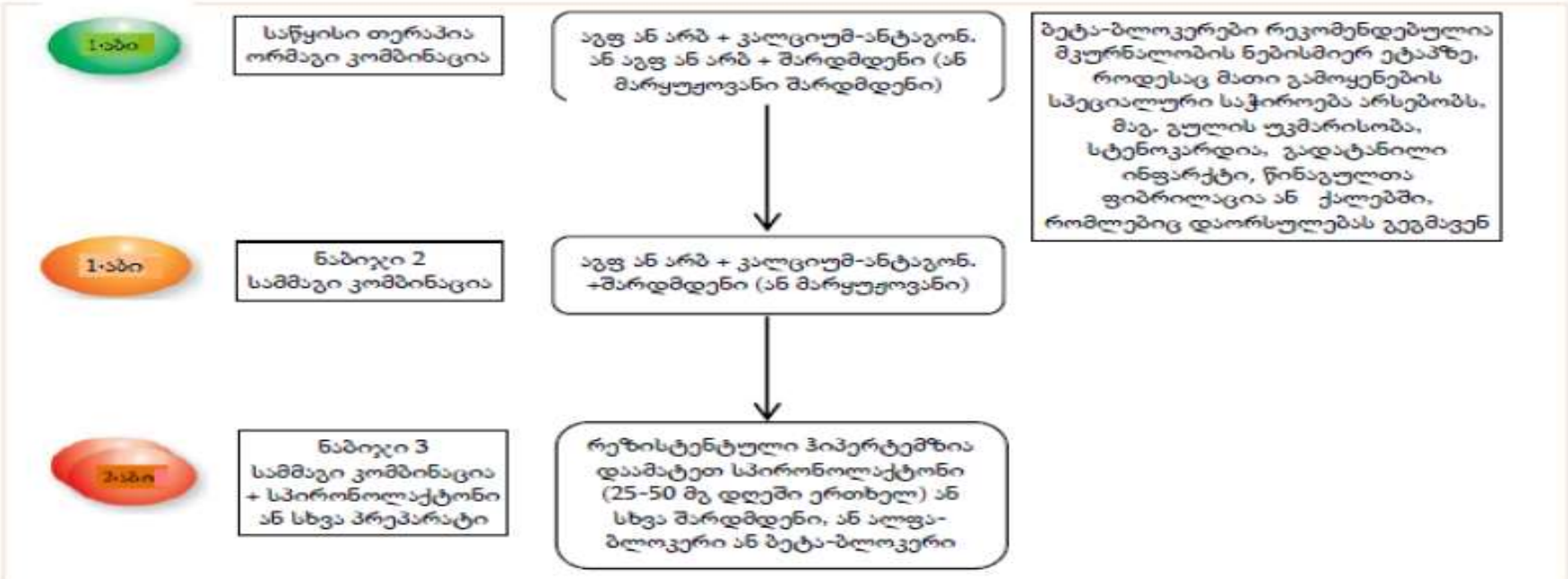
ნაბიჯი 3
სამმაგი კომბინაცია
+ სპირონოლაქტონი
ან სხვა პრეპარატი

რეზისტენტული ჰიპერტენზია
დამატებით სპირონოლაქტონი
(25-50 მგ დღეში ერთხელ) ან
სხვა შარდმდენი ან ალფა-
ბლოკერი ან ბეტა-ბლოკერი

რეკომენდებულია რეფერალი
სპეციალიზებული ცენტრში
შემდგომი კვლევის მიზნით

არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია ჰიპერტენზიისა და თირკმლის ქრონიკული დაავადების თანაარსებობისას



თუ თირკმლის ქრონიკული დაავადებისას სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაცია <60 მლ/წთ/1,72მ2, ამ დროს თიაზიდო/თიაზიდის მსგავსი შარდმდენი საშუალებები - ნაკლებად ეფექტურია. გაფრთხილება: გაითვალისწინეთ ჰიპერკალემიის რისკი სპირონოლაქტონის შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გორგლოვანი ფილტრაცია <45 მლ/წთ/1.72მ2 ან პლაზმაში K+ ≥ 4.5 მმოლ/ლ.

კლინიკური შემთხვევა - 2

- 55 წლის თეთრკანიან მამაკაცს ანამნეზში აღენიშნება ცუდად კონტროლირებადი ჰიპერტენზია არტერიული წნევის მაჩვენებლებით 165/105 მმ ვწყ სვ. პაციენტი ამჟამად ღებულობს 20მგ ლიზინოპრილს დღეში ორჯერ. სისხლის ანალიზში ვლინდება შარდოვანას აზოტი 40 მგ/დლ, კრეატინინი შრატში 2.1 მგ/დლ, ხოლო შრატის კალიუმი 5.1 mEq/L. რომელი ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატის დამატება იქნება ყველაზე ეფექტური არსებულ მედიკამენტურ თერაპიაზე?

კლინიკური შემთხვევა - 2 - განმარტება

- ამ მამაკაცის მონაცემებიდან გამომდინარე, მისი თირკმლის ფუნქცია დაქვეითებულია და $eGFR=34\text{მლ/წთ}/1.73\text{მ}^2$, რაც შეესაბამება თირკმლის ქრონიკული დაავადების მე-3B სტადიას. (კალკულატორი იხილეთ: <https://ukidney.com/nephrology-resources/egfr-calculator>)
- წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი $\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის $< 130/80$ მმ ვწყ სვ მიღწევამდე (ხანდაზმულებში შესაძლებელია $< 140/80$ სამიზნის გათვალისწინება).
- რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ინჰიბიტორები პირველი არჩევის მედიკამენტებია, რადგანაც მათი მეშვეობით ხდება არა მარტო წნევის დაქვეითება, არამედ ალბუმინურიის შემცირებაც.
- შესაძლებელია კალციუმის არხების ბლოკერების და დიურეტიკების (მარყუჟოვანი დიურეტიკების, თუ $eGFR < 30$ მლ/წთ/1.73მ²) დამატება.
- აუცილებელია $eGFR$ -ის, მიკროალბუმინურიისა და სისხლში ელექტროლიტების მონიტორინგი.

კლინიკური შემთხვევა - 3

- გურამი 56 წლის მამაკაცია, რომელიც მოგმართავთ ჩივილით, რომ ყოველთვის, წამოდგომისას აღნიშნავს თავბრუსხვევას.
- ანამნეზიდან აღსანიშნავია, რომ გურამს დიაგნოსტირებული აქვს შაკიკი და ლებულობს ყოველდღე ნელა გამოთავისუფლებად პროპრანოლოლს 160 მგ-ს, რის ფონზეც თავის ტკივილის შეტევების სიხშირე შემცირდა.
- გურამი ჩართულია წონის დაკლების პროგრამაში, რომლის ფარგლებშიც 12 თვის მანძილზე დაიკლო 20 კგ.
- გასინჯვისას ეკგ ნორმის ფარგლებშია, ხოლო არტერიული წნევა 126/82 მმ ვწყ სვ.

კითხვა: რა იქნება თქვენი შემდგომი ნაბიჯი გურამის თავბრუსხვევის მიზეზის დადგენის მიზნით?

კლინიკური შემთხვევა - 3 - განმარტება

- სავარაუდოდ, პაციენტს აღენიშნება ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია. პაციენტს აწ უნდა გაეზომოს მჯდომარე პოზიციიდან წამოდგომისას 1 და 3 წუთის შემდეგ, რათა გამოირიცხოს ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია. ეს მდგომარეობა გავრცელებულია ხანდაზმულ პირებში, ასევე პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით და ჰიპოტენზიით მიმდინარე სხვა დაავადებებით.
- ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია განისაზღვრება როგორც საწ დაქვეითება ≥ 20 მმ ვწყ.სვ. ან დაწ დაქვეითება ≥ 10 მმ ვწყ. სვ., ფეხზე წამოდგომიდან 3 წუთის განმავლობაში ის ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა გართულებებით სიკვდილობის გაზრდილ რისკთან.
- ასეთ პაციენტებში გასათვალისწინებელია საწყისი მონოთერაპია, რადგანაც მათ აღენიშნებათ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების განვითარების მაღლი რისკი.
- მოერიდეთ ალფა-ბლოკერის (მაგ.: პრაზოსინის) და ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორის (მაგ.: კლონიდინის) ერთდროულად დანიშვნას, რადგანაც აღნიშნულმა შესაძლოა გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია.

კლინიკური შემთხვევა -4

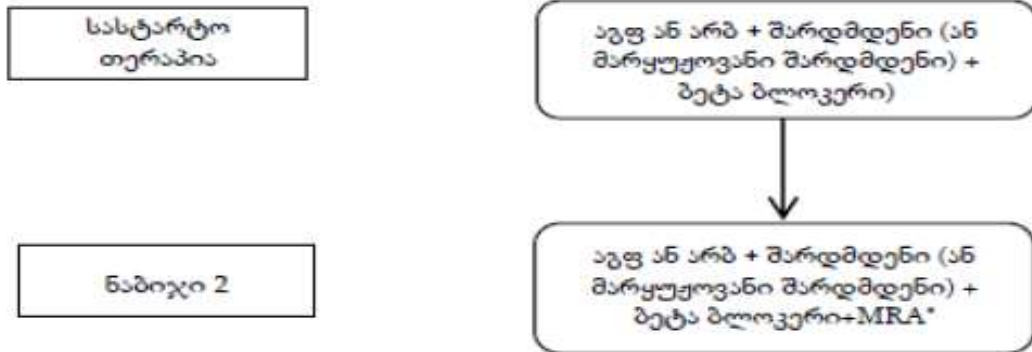
- 79 წლის ქალბატონს ანამნეზში არტერიული ჰიპერტენზიით, 10 თვის წინ, ფიზიკურ დატვირთვაზე განვითარებული სუნთქვის უკმარისობის გამო დაესვა გულის უკმარისობის დიაგნოზი შემცირებული განდევნის ფრაქციით.
- დიაგნოზის დასმისას ექოკარდიოგრაფიულად მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია შეადგენდა 30%-ს. პაციენტი იტარებს კარდიოლოგის მიერ დანიშნულ მკურნალობას მარყუჟოვანი დიურეტიკით, ბეტა ბლოკერით, აგფ-ინჰიბიტორითა და სპირონოლაქტონის მცირე დოზით. მედიკამენტური მკურნალობის ბოლო გადახედვა განხორციელდა 4 თვის წინ კარდიოლოგის მიერ. პაციენტი ამჟამადაც აღნიშნავს ქოშინს ფიზიკურ დატვირთვაზე, კერძოდ კიბეებზე ასვლისას. დათვალაიერებით შემუშავდა არ ვლინდება, აუსკულტაციით ფილტვებში შეგუბება არ აღინიშნება.

კლინიკური შემთხვევა -4 - განმარტება

- ჰიპერტენზიის მკურნალობა მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს გულის უკმარისობის ინციდენტობასა და მასთან დაკავშირებულ ჰოსპიტალიზაციაზე;
- წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი $\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის $< 130/80$ მმ ვწყ სვ, მაგრამ $> 120/70$ მმ ვწყ სვ მიღწევამდე.
- რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ბლოკერები, ბეტა-ბლოკერები და მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტები თანაბრად ეფექტურია კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესების კუთხით დადგენილი HfrEF-ის დროს, ხოლო რაც შეეხება დიურეტიკებს, მტკიცებულებები შემოიფარგლება მხოლოდ სიმპტომური გაუმჯობესების სასარგებლოდ.
- კალციუმის არხების ბლოკერები ნაჩვენებია წნევის ცუდი კონტროლის შემთხვევაში.
- ანგიოტენზინის რეცეპტორების-ნეპრილიზინის ინჰიბიტორი (ARNI; საკუბიტრილ-ვალსარტანი) ნაჩვენებია HfrEF-ის სამკურნალოდ აგფ ინჰიბიტორების/არბ-ს ალტერნატივის სახით.
- მკურნალობის იგივე სტრატეგია განიხილება HfpEF-ის დროსაც, მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობის ოპტიმალური სტრატეგია უცნობია.

არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

ჰიპერტენზიისა და დაბალი განდევნის ფრაქციით გულის უკმარისობის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია. არ გამოიყენოთ არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის ანტაგონისტები (მაგ. ვერაპამილი ან დილთიაზემი)



როდესაც ანტიჰიპერტენზიული თერაპია არ არის საჭირო, გულის უკმარისობის არსებობისას, მკურნალობა უნდა იყოს დანიშნული გულის უკმარისობის გაიდლაინის მიხედვით

*MRA - მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტი

სპეციალისტთან რეფერალის ჩვენებები

1. რეკომენდებულია პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან იმავე დღეს თუ:
 - თუ პაციენტს აღენიშნება მძიმე ჰიპერტენზია (კლინიკაში გაზომილი წნევა 180/120 მმ ვწყ სვ ან უფრო მაღალი) და:
 - ბადურის სისხლჩაქცევის ან მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპების ნიშნები (მხედველობის უეცარი გაუარესება, გაორება), რაც ავთვისებიანი ჰიპერტენზიაზე მიანიშნებს ან
 - სიცოცხლისთვის საშიში ნიშნები, როგორცაა მწვავედ განვითარებული ცნობიერების დაბინდვა, ტკივილი გულის არეში, გულის უკმარისობის ან თირკმლის მწვავე დაზიანების ნიშნები.
2. სპეციალისტთან რეფერალი აუცილებელია, თუ ეჭვია მეორად ჰიპერტენზიაზე (მაგალითად ჰიპოკალემია, ჰემატურია, პროტეინურია, ფეოქრომოციტომის ნიშნები და სხვა).
3. რეკომენდებულია გაიგზავნოს სპეციალისტთან 40 წელზე ნაკლები ასაკის პირები მეორადი ჰიპერტენზიის გამორიცხვისა და მკურნალობის სარგებელისა და რისკების გრძელვადიანი ბალანსის დეტალური შეფასების მიზნით.

სპეციალისტთან რეფერალის ჩვენებები (გაგრძელება)

1. რეკომენდებულია სპეციალისტის კონსულტაცია დადასტურებული რეზისტენტული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში მეოთხე ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის დამატების მიზნით.
2. სპეციალისტის კონსულტაცია რეკომენდებულია, თუ წნევის კონტროლის მიღწევა ვერ ხერხდება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის 4 მედიკამენტით მკურნალობის შემთხვევაში.
3. პაციენტის გაგზავნა საკონსულტაციოდ სპეციალისტთან რეკომენდებულია სპეციფიკური გარემოებების შემთხვევაში, მაგალითად ორსულობის, შესაძლო „თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის“, წნევის ციფრების უჩვეულო ცვალებადობის დროს.
4. თუ სისტოლური წნევა 20 მმ ვწყ სვ-ით და მეტად ეცემა პაციენტის წამოდგომისას, რეკომენდებულია:
 - მედიკამენტური მკურნალობის გადახედვა;
 - წნევის შემდგომი გაზომვა პაციენტის ფეხზე მდგომ პოზიციაში;
 - სპეციალისტთან რეფერალის შესაძლებლობის გათვალისწინება პოსტურალური ჰიპოტენზიის სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში.

არტერიული ჰიპერტენზიის მეტვალყურეობის ფორმა

პაციენტის გვარი, სახელი		ანამნეზი	
სქესი		<input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება <input type="checkbox"/> კარდიომიოპათია <input type="checkbox"/> თირკმლის დაავადება <input type="checkbox"/> მწეველი <input type="checkbox"/> ავთვისებიანი სიმსივნე <input type="checkbox"/> გულის სარქლოვანი დ-ბა <input type="checkbox"/> წამლის ბოროტად გამოყენება <input type="checkbox"/> ფქოდ <input type="checkbox"/> პერიფ. არტ. დ-ბა <input type="checkbox"/> სიმსუქნე <input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ალერგია <input type="checkbox"/> არითმია/მოციმციმე არითმია <input type="checkbox"/> სხვა არითმია <input type="checkbox"/> ართრიტი <input type="checkbox"/> პოდაგრა <input type="checkbox"/> გულის უკმარისობა <input type="checkbox"/> შაქრიანი დიაბეტი	
<input type="checkbox"/> მდ <input type="checkbox"/> მამრ			
არტერიული ჰიპერტენზია, სტადია: კლინიკური დიაგნოზი, ICD10:			
დიაგნოზის დადგენის თარიღი			
მეტვალყურეობის ამოცანები			
			თარიღი ახალი მონაცემი
რისკ-ფაქტორები და კომორბიდული მდგომარეობები <input type="checkbox"/> სიმსუქნე (სმ-ს და წელს გარშემოწოდება)	წონა (კგ)		
	სმი (ნორმა: 18.5-24.9 ჭარბი წონა: 25-30 სიმსუქნე: ≥30) სამიზნე (კგ/მმ)		
	წელის გარშემოწერილობა (მამაკაცი (სმ): ევროპული - ≤94სმ; აზიური - ≤90სმ ქალი (სმ): ევროპული - ≤80სმ; აზიური - ≤80სმ)		

არტერიული ჰიპერტენზიის მეთევალყურეობის ფორმა

წყის კონტროლი	ა/წ (სამიზნე წნევა < 140/80; < 130/80 დიაბეტის დროს)	
ინფარქტის რისკის მიხედვით	ალბუმინი შარდში (< 300მგ/დღ)	
	კრეტატინინი (მმაკაცი - 0.6-1.2მგ/დღ, ქალი - 0.5-1.1მგ/დღ) ალბუმინ/კრეტატინინი (ACR) (სამიზნე მმაკაცი < 2.0; ქალები < 2.8) გფს (სამიზნე > 60)	
ლპდური პროფილი	LDL-C (< 2.0 მმოლ/ლ)	
	HDL-C (≥ 1 მმოლ/ლ)	
	TC (< 5.2 მმოლ/ლ)	
	TG (< 1.7 მმოლ/ლ)	
	Non-HDL (< 2.6 მმოლ/ლ)	
რეკლარული მეთევალყურეობა	გლუკოზის სკრინინგი (უზმოდ): კაპილარული (< 5.6 მმოლ/ლ) პლაზმური (< 7.0 მმოლ/ლ)	
	გულის ჰიპერტენზიული დაავადების სკრინინგი: ეკგ	
	ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის სკრინინგი: ფუნდოსკოპია ყოველწლიურად	<input type="checkbox"/> დიაბ
	ვატინაცია: ყოველწლიურად გრძობი	
	მნემონია თუ მალალი რისკი ან > 65 წელზე	<input type="checkbox"/> არა
თვით-მართვა/არაშეფარტებული მკურნალობა (ანბნოლუთ პაციენტთან)	ჰიპერტენზიის სამკურნალო მეთევალყურეობები: <input type="checkbox"/> ატე-ინჰიბიტორი <input type="checkbox"/> არ-ბლოკერი <input type="checkbox"/> თიაზიდური დიურეტიკი <input type="checkbox"/> კალციუმის არხების ბლოკერი <input type="checkbox"/> სხვა ალერგია, გვერდითი ეფექტები, უკუშეგნებები გაითვალისწინეთ მკორე დროით აპაირონი რეგნების მიხედვით	
	<input type="checkbox"/> ჰიპერტენზიის შედეგების ახსნა <input type="checkbox"/> მეთევალყურეობის გვერდითი ეფექტები <input type="checkbox"/> თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტირება <input type="checkbox"/> წონის დაკლება და ფიზიკური აქტივობა <input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ჭარბი ოდენობის მორიდება <input type="checkbox"/> დიეტა და მარილის შემცირება <input type="checkbox"/> სხვა	

ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის შესაფასებელი განსახილველი ინდიკატორები

1. კლინიკაში მომართული ჯანმრთელი ან ახალი პაციენტების წილი, რომელთაც წლის მანძილზე გაეზომათ წნევა ჰიპერტენზიის სკრინინგის მიზნით;
2. ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც შეუფასდათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი სტანდარტული ინსტრუმენტით;
3. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტთა წილი, რომელთაც წლის განმავლობაში რუტინულად ჩაუტარდათ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები:
 - სისხლში გლუკოზა; სისხლში კრეატინინი;
 - შარდში ალბუმინი, ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება, სავარაუდო გფს
 - ლიპიდური სპექტრი
 - ეკგ
 - ფუნდოსკოპია
4. პაციენტთა წილი, რომელთაც წელიწადში ერთხელ ჩაუტარდათ ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეფასება:
 - სმი/წელის გარშემოწერილობა
 - ფიზიკური აქტივობა
 - დიეტა/სუფრის მარილი/ალკოჰოლი
 - მწვევლობა
5. პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსულტირება ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების შესახებ;
6. პაციენტთა წილი, რომელთაც უტარდებათ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა პირველი არჩევის პრეპარატებით: აგფ-ინჰიბიტორები, არბ, კალციუმის არხების ბლოკერები, თიაზიდური დიურეტიკები.
7. პაციენტთა წილი, სადაც წლის მანძილზე მიღწეულია არტერიული წნევის კონტროლი: <140/90მმ ვწყ სვ, დიაბეტის დროს <130/80მმვწყ სვ.

გმადლობთ!