

ესენციური ჰიპერტენზიის მართვა  
მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის  
დონეზე

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი (პროტოკოლი)

## შინაარსი

აბრევიატურები .....	3
1 პროტოკოლის სათაური: .....	4
2 პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	4
3 პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია და საფუძველი .....	4
4 პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები .....	6
5 ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	6
6 სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	7
7 განმარტება .....	7
7.1 ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია .....	8
8 რეკომენდაციები .....	9
არტერიული წნევის გაზომვა .....	9
ჰიპერტენზიის სკრინინგი .....	12
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის და სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასება .....	13
ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანება .....	15
ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების კლინიკური შეფასება .....	17
სამედიცინო ისტორია, ფიზიკური გასინჯვა და კლინიკური კვლევები .....	18
რუტინული ლაბორატორიული ტესტები (საწყისი და მიმდინარე შეფასებებისათვის) .....	19
ჰიპერტენზიის განვითარების ან გამწვავების ხელშემწყობი ფაქტორები .....	20
ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის გეგმა - არამედიკამენტური მკურნალობა .....	20
ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების ზღურბლი .....	21
ოფისის სისხლის წნევის სამკურნალო სამიზნეები ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში .....	23
ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობა .....	24
ჰიპერტენზიის მართვა გავრცელებული თანმხლები დაავადებების დროს .....	28
რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მართვა .....	30
სპეციალისტთან რეფერალის ჩვენებები .....	31
ჰიპერტენზიის გადაუდებელი მდგომარეობები .....	32

ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტების მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ .....	35
ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის შემდგომი მეთვალყურეობა .....	36
9 აუდიტის კრიტერიუმები.....	37
10 პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	38
11 პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	38
12 სამუშაო ჯგუფი: .....	40
დანართი №1. ცხრილები.....	41
დანართი №2. ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ჩარევის ზემოქმედება სისტოლური წნევის დონეზე.....	50
დანართი №3 - ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ გამოყენებული ძირითადი მედიკამენტების კლასების მახასიათებლები .....	51
დანართი №4 - ქრონიკული დაავადებების მეთვალყურეობის ფორმა და არტერიული ჰიპერტენზიის მეთვალყურეობის ფლოუმიტი .....	52
დანართი №5 - მოზრდილებში ესენციური ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა.....	56
გამოყენებული ლიტერატურა.....	58

## აბრევიატურები

**ABPM**- Ambulatory Blood Pressure Monitoring - წნევის ამბულატორიული მონიტორინგი

**HBPM** – Home Blood Pressure Monitoring - წნევის ბინაზე მონიტორინგი

**ESC/ESH** – European Society of Cardiology/European Society of Hypertension - ევროპის კარდიოლოგთა/ჰიპერტენზიის საზოგადოებები

**ACC/AHA** - American College of Cardiology and the American Heart Association - ამერიკის კარდიოლოგიის კოლეჯი და ამერიკის გულის ასოციაცია

**HfpEF**- Heart failure with preserved ejection fraction - გულის უკმარისობა შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით

**HfrEF**- Heart failure with reduced ejection fraction - გულის უკმარისობა დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით

**NICE** - National Institute for Clinical Excellence - ბრიტანეთის საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური ინსტიტუტი

**SPC** – Single Pill Combination - ერთაბიანი კომბინირებული პრეპარატი

**eGFR** - გფს - გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარე

TA - აწ - არტერიული წნევა

DBP - დაწ - დიასტოლური არტერიული წნევა

SBP - საწ - სისტოლური არტერიული წნევა

LDL - ქოლესტეროლი- დსლპ-ქოლესტეროლი - დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი

HDL - ქოლესტეროლი- მსლპ-ქოლესტეროლი - მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი

აგფ-ი - ანგიოტენზინგარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი

არბ - ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერი

კაბ - კალციუმის არხების ბლოკერი

თდ - თიაზიდური დიურეტიკი

### 1 პროტოკოლის სათაური:

ესენციური ჰიპერტენზიის მართვა მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

### 2 პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10 კოდი
ესენციური (პირველადი) ჰიპერტენზია	I10
გულის ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	I11
თირკმლების ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	I12
გულისა და თირკმლის ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	I13

### 3 პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია და საფუძველი

წარმოდგენილი ფორმატით, პროტოკოლი შემუშავებულია პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ ჩეხეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით.

პროტოკოლი წარმოადგენს „პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოზრდილებში ესენციური ჰიპერტენზიის მართვის“ 2020 წლის ეროვნული პროტოკოლის<sup>1</sup> განახლებას. დოკუმენტის შექმნას საფუძველად დაედო 2020 წლის შემდეგ ახალი საერთაშორისო წყაროების გამოცემა ჰიპერტენზიის მართვასთან დაკავშირებით,

კერძოდ: ჰიპერტენზიის საერთაშორისო საზოგადოების (ISH) 2020 წლის „ჰიპერტენზიის გლობალური პრაქტიკის გაიდლაინის“<sup>2</sup> და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2021 წლის გაიდლაინის „მოზრდილებში ჰიპერტენზიის ფარმაკოლოგიურ მკურნალობასთან დაკავშირებით“<sup>3</sup>.

პროტოკოლი ეყრდნობა მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლს<sup>4</sup>, ასევე პროტოკოლის შემუშავებისას გამოყენებული იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, ბრიტანეთის საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური ინსტიტუტის (NICE)<sup>5</sup>, ამერიკული<sup>6</sup>(ACC/AHA 2017) და ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების, UpToDate-ს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული წყაროები<sup>7,8,9</sup>. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის.

ითვალისწინებენ რა, ჰიპერტენზიის ადეკვატური მართვის მნიშვნელობას გსდ რისკის შემცირების მიზნით, მსოფლიოს წამყვანი სამედიცინო საზოგადოებები რეგულარულად ანახლებენ მაღალი წნევის მართვის კლინიკურ სახელმძღვანელოებს. თუმცა, ორი ძირითადი მიდგომა, რომელიც დღესდღეობით არსებობს ჰიპერტენზიის მართვაში, ამერიკული (ACC/AHA 2017) და ევროპული (ESC/ESH 2018) გაიდლაინებია. აღსანიშნავია, რომ ჰიპერტენზიის საერთაშორისო საზოგადოების (ISH) 2020 წლის გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის მიერ მოხდა ამ უახლესი სახელმძღვანელოებიდან მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის შეჯერება და ადაპტირება პრაქტიკულ გარემოებებთან, რაც გააადვილებს მის გამოყენებას როგორც ღარიბი, ისე მდიდარი რესურსების ქვეყნებში კლინიციისტების, მედლების და სათემო სამედიცინო პროფესიონალების მიერ. ISH 2020 წლის გაიდლაინში შემოტანილია ჰიპერტენზიის მართვის ოპტიმალური და ესენციური პრაქტიკის მცნებები. კერძოდ, ოპტიმალურ პრაქტიკაში მოიაზრება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევები, რომლებიც განიხილება ჰიპერტენზიის მართვის ხსენებულ ევროპულ და ამერიკულ სახელმძღვანელოებში, ხოლო ესენციური გულისხმობს სამედიცინო სერვისის მინიმალურ მისაღებ დონეს.

მიუხედავად იმისა, რომ როგორც ევროპული, ისე ამერიკული გაიდლაინები შეიცავს ანალოგიურ რეკომენდაციებს ჰიპერტენზიის გამოვლენის, პრევენციისა და მართვის ძირითად საკითხებთან დაკავშირებით, არსებობს სპეციფიკური განსხვავებებიც, რაც კონკრეტულად აისახება დიაგნოსტიკურ და თერაპიულ ასპექტებზე (იხილეთ დანართი N1).

აღსანიშნავია, რომ პროტოკოლის განახლებასთან ერთად, განხორციელდა პირველად ჯანდაცვაში არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის კლინიკური გზამკვლევის შემუშავება, რომელიც წარმოდგენილია პროტოკოლზე დანართის სახით. გზამკვლევის მიზანია პროტოკოლის რეკომენდაციების დანერგვა კლინიკურ პრაქტიკაში, ადგილობრივი ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებების გათვალისწინებით. არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის კლინიკური გზამკვლევი წარმოადგენს პირველად ჯანდაცვაში ჰიპერტენზიის

მულტიდისციპლინური მართვის სტრუქტურირებულ გეგმას, რომელიც დაეხმარება პჯდ პერსონალს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების პრაქტიკულ განხორციელებაში, ჰიპერტენზიის მართვის პროცესის საფეხურების გასწავლვასა და პაციენტისთვის გაწეული სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაციაში, როგორც სტაბილური დაავადების, ისე ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ გაწერილ პაციენტებთან მიმართებაში.

#### 4 პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები

პროტოკოლის მიზანს წარმოადგენს პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული პერსონალისა და პაციენტებისთვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეფექტური რეკომენდაციების მომზადება, 18 წელს ზევით პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიის ადრეული გამოვლენისა და მართვის პრაქტიკის გაუმჯობესების მიზნით, რაც ხელს შეუწყობს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (მაგალითად, მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის და ა. შ.) რისკის შემცირებას.

##### ამოცანები:

- პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის მოზრდილებში ესენციური ჰიპერტენზიის ადრეული გამოვლენისა და ეფექტური მართვის მიზნით, ადაპტირებული რეკომენდაციების შემუშავება, ქვეყანაში არსებული რეალობის გათვალისწინებით.
- სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებს შორის კომუნიკაციის სრულყოფა - დაავადების მართვის, მკურნალობის სარგებელის, რისკებისა და ზიანის შესახებ ინფორმაციის გაცვლის ხელშეწყობის გზით.
- პირველადი ჯანდაცვაში ესენციური ჰიპერტენზიის მართვის პროცესის სტანდარტიზაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინდიკატორების შეკრების, ანალიზის და გაუმჯობესების პროცესის დაგეგმვის გზით.

#### 5 ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

- პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის - ოჯახის ექიმების, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტების, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ნებისმიერი პროფესიონალისათვის, ასევე საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და რეზიდენტებისთვის.
- პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს 18 წელს ზევით პაციენტები, რომლებიც მიმართავენ პირველადი ჯანდაცვას საეჭვო ან დადგენილი

ესენციური ჰიპერტენზიის დიაგნოზით. პროტოკოლი მოიცავს, ასევე, ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიის მართვას; პროტოკოლი არ მოიცავს ჰიპერტენზიის მართვას ორსულებში და სიმპტომური ჰიპერტენზიით, პაციენტებში.

## 6 სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება ნაჩვენებია, ამბულატორიული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში. მისი გამოყენება იწყება დაწესებულებაში ჰიპერტენზიაზე ექვის მიტანიდან ან უკვე დიაგნოსტირებული ჰიპერტენზიის შემთხვევებში.

## 7 განმარტება

ჰიპერტენზია, ზოგადად, განისაზღვრება, როგორც არტერიული წნევის დონე, რომლის დროსაც მკურნალობის სარგებელი (ცხოვრების წესის ცვლილებებით ან მედიკამენტებით) ცალსახად სჭარბობს მკურნალობის რისკებს.

არტერიული წნევის კატეგორია განისაზღვრება მჯდომარე მდგომარეობაში, კლინიკაში გაზომილი არტერიული წნევის (სისტოლური და დიასტოლური) ყველაზე მაღალი მაჩვენებლებით.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია გულისხმობს, მხოლოდ სისტოლური არტერიული წნევის მატებას (საწ  $\geq 140$  მმ ვწყ.სვ. და დაწ  $< 90$  მმ ვწყ.სვ.) და შეიძლება იყოს I, II, ან III ხარისხის, სისტოლური არტერიული წნევის ციფრების მიხედვით. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია საკმაოდ გავრცელებულია ახალგაზრდა და ხანდაზმულ პირებში. ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდა მოზრდილებში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია ესენციური ჰიპერტენზიის ყველაზე ხშირი ფორმაა. ეს მდგომარეობა ასევე, განსაკუთრებით გავრცელებულია ხანდაზმულებში, რაც უკავშირდება მსხვილი არტერიების კედლის გამკვრივებას და ვლინდება პულსური წნევის გაზრდით.

იგივე კლასიფიკაცია გამოიყენება 18 წლის ზემოთ ყველა პაციენტში.

**თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია** — თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია განისაზღვრება, როგორც მდგომარეობა, როდესაც არტერიული წნევა მუდმივად მომატებულია კლინიკაში გაზომვისას, მაგრამ არ აკმაყოფილებს ჰიპერტენზიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს კლინიკის გარეთ (ამბულატორიული ან ბინაზე მონიტორინგისას) ჩატარებული გაზომვების საფუძველზე. ამ პირების გსდ რისკი საშუალოა და ნორმოტენზიურსა და ჰიპერტენზიურს შორის იმყოფება. დიაგნოზის დადასტურება მოითხოვს განმეორებით გაზომვებს კლინიკაში და კლინიკის გარეთ. თუ პაციენტის საერთო გსდ რისკი დაბალია და არ ვლინდება სამიზნე ორგანოების დაზიანება, შესაძლოა არ იყოს მედიკამენტური მკურნალობის საჭიროება, თუმცა აუცილებელია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული ჩარევები, რადგანაც ასეთ პაციენტებს შეიძლება განუვითარდეთ მდგრადი ჰიპერტენზია, რომელიც მოითხოვს მედიკამენტურ მკურნალობას.



**შენიღბული ჰიპერტენზია** — შენიღბული ჰიპერტენზია განისაზღვრება, როგორც მდგომარეობა, როდესაც არტერიული წნევა მუდმივად მომატებულია კლინიკის გარეთ (ამბულატორიული ან ბინაზე მონიტორინგისას) ჩატარებული გაზომვისას, მაგრამ არ აკმაყოფილებს ჰიპერტენზიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს კლინიკაში ჩატარებული გაზომვების საფუძველზე. ამ პაციენტების გსდ რისკი მდგრადი ჰიპერტენზიის მქონე პირების ანალოგიურია. დიაგნოზის დადასტურება მოითხოვს განმეორებით გაზომვებს კლინიკაში და კლინიკის გარეთ. შენიღბული ჰიპერტენზიის დროს, შესაძლოა, საჭირო გახდეს მედიკამენტური თერაპია, რომლის მიზანია კლინიკის გარეთ გაზომილი წნევის მაჩვენებლების ნორმალიზაცია.

## 7.1 ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია

კლინიკურ პრაქტიკაში, მდგომარეობა, როდესაც პაციენტი იტარებს მკურნალობას ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით, ჩვეულებრივ, კლასიფიცირდება, როგორც ჰიპერტენზია, კერძოდ, „ნამკურნალები ჰიპერტენზია“, მიუხედავად წნევის გაზომვის მაჩვენებლებისა. ნამკურნალები ჰიპერტენზია შესაძლებელია იყოს კონტროლირებული, როდესაც წნევის ციფრები სამიზნე მაჩვენებლებს ქვემოთაა და არაკონტროლირებული, როდესაც ეს ციფრები აღემატება სამიზნე მაჩვენებლებს.

ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების, ჰიპერტენზიის საერთაშორისო საზოგადოების და კლინიკური დახელოვნების ნაციონალური ინსტიტუტის (NICE) გაიდლაინები ჰიპერტენზიას განსაზღვრავენ, როგორც კლინიკაში გაზომილ სისტოლურ წნევას  $\geq 140$  მმ ვწყ სვ ან/და დიასტოლურ წნევას  $\geq 90$  მმ ვწყ სვ. ამერიკის კარდიოლოგთა კოლეჯის 2017 წლის გაიდლაინის მიხედვით ჰიპერტენზიად ითვლება სისტოლური წნევა  $\geq 130$  მმ ვწყ სვ ან/და დიასტოლური წნევა  $\geq 80$  მმ ვწყ სვ.

ინდივიდუალური პაციენტის შეფასებისას, ჰიპერტენზიის დიაგნოსტირება კომპლექსური პროცესია და მოითხოვს სისხლის წნევის განმეორებით გაზომვებს ტექნიკურად გამართული მოწყობილობის გამოყენებით, როგორც კლინიკაში, ისე კლინიკის გარეთ.

### ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია (ESC/ESH 2018)

კატეგორია	სისტოლური (მმ ვწყ. სვ.)		დიასტოლური (მმ ვწყ. სვ.)
ოპტიმალური	<120	და	<80
ნორმალური	120 – 129	და/ან	80–84
მაღალი ნორმალური	130 – 139	და/ან	85–89
I ხ. ჰიპერტენზია	140 – 159	და/ან	90–99
II ხ. ჰიპერტენზია	160 – 179	და/ან	100 – 109
III ხ. ჰიპერტენზია	$\geq 180$	და/ან	$\geq 110$



იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია	≥ 140	და	<90
---	-------	----	-----

ახალი ეროვნული პროტოკოლის საფუძველზე პრიორიტეტულად ითვლება (ESC/ESH-2018) კლასიფიკაციის გამოყენება. **ნებისმიერი ალტერნატიული კლასიფიკაციის გამოყენებისას, ექიმმა, რეკომენდებულია მიუთითოს კლასიფიკაციის წყარო (მაგალითად, JNC7 თუ სხვა).**

## 8 რეკომენდაციები

წყარო	არტერიული წნევის გაზომვა
<b>R1</b>	სამედიცინო პერსონალს, რომელიც აწარმოებს წნევის გაზომვას, ესაჭიროება ადეკვატური ტრენინგი და მათი ჩვევების პერიოდული განახლება. (NICE 2019)
<b>R2</b>	მედპერსონალი დარწმუნებული უნდა იყოს იმაში, რომ იყენებს სისხლის წნევის საზომ მოწყობილობას, რომლის ვარგისიანობა, მოვლის წესები და რეგულარული კალიბრირების პირობები დაცულია მწარმოებლის მითითებების შესაბამისად. (NICE 2019)
<b>R3</b>	აწ-ის გაზომვის წინ გამოსაკვლევი პირი ან პაციენტი 5 წუთის განმავლობაში უნდა იჯდეს კომფორტულად, მშვიდ გარემოში (ESC/ESH 2018).
<b>R4</b>	აწ უნდა გაიზომოს 3-ჯერ, 1-2 წუთის ინტერვალით და დამატებითი გაზომვები უნდა ჩატარდეს, თუ პირველი ორი მაჩვენებელი განსხვავდება >10 მმ. ვწყ. სვ. საბოლოო მაჩვენებელი დაფიქსირდება - ბოლო ორი გაზომვის საშუალო მონაცემის სახით (ESC/ESH 2018).
<b>R5</b>	დამატებითი გაზომვა უნდა შესრულდეს იმ პაციენტებში, ვისაც აქვს აწ-ის არასტაბილური მაჩვენებლები რიტმის დარღვევის გამო, მაგალითად პაციენტებში მოციმციმე არითმიით. ამ დროს გამოიყენება აწ-ის გაზომვის აუსკულტაციური მეთოდი, ვინაიდან ავტომატური აპარატების უმრავლესობა არ არის სარწმუნო აწ-ის გასაზომად, პაციენტებში მოციმციმე არითმიით (ESC/ESH 2018).
<b>R6</b>	პაციენტების უმრავლესობაში გამოიყენება სტანდარტული მანჟეტი (12-13 სმ სიგანის და 35 სმ სიგრძის). თუმცა არის დიდი და პატარა ზომის მანჟეტებიც (ESC/ESH 2018).
<b>R7</b>	მანჟეტი უნდა მოთავსდეს გულის დონეზე, ზურგი და მხარი უნდა

	ეყრდნობოდეს საყრდენს, რათა თავიდან ავიცილოთ შესაბამისი კუნთების შეკუმშვა და აღნიშნულთან ასოცირებული წნევის მატება (ESC/ESH 2018).
<b>R8</b>	აუსკულტაციური მეთოდის გამოყენებისას მოისმინება კოროტკოვის I და V ტონები (შესუსტება/გაქრობა) შესაბამისად საწ-ის და დაწ-ის იდენტიფიცირებისთვის (ESC/ESH 2018).
<b>R9</b>	პირველი ვიზიტის დროს იზომება წნევა ორივე მხარზე, რათა განისაზღვროს განსხვავება წნევის მაჩვენებლებს შორის. უნდა ვიხელმძღვანელოთ დაფიქსირებული მაღალი მაჩვენებლით* (ESC/ESH 2018).
<b>R10</b>	პირველი გაზომვის დროს პაციენტს აწ უნდა გაეზომოს მჯდომარე პოზიციიდან წამოდგომისას 1 და 3 წუთის შემდეგ, რათა გამოირიცხოს ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია**. ხანდაზმულ პირებში, ასევე პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით და ჰიპოტენზიით მიმდინარე სხვა დაავადებებით, შემდგომ ვიზიტებზე აწ-ის გაზომვა უნდა ჩატარდეს წოლით და ფეხზე მდგომ პოზიციაში (ESC/ESH 2018).
<b>R11</b>	უნდა დაფიქსირდეს გულისცემის სიხშირე აუსკულტაციურად და შეფასდეს მაჯისცემა პალპატორულად, რიტმის მოშლის გამორიცხვის მიზნით*** (ESC/ESH 2018).
<b>R12</b>	თუ კლინიკაში გაზომილი სისხლის წნევა 140/90-სა და 180/120 მმ ვწყ.სვ-ს შორისაა, ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით რეკომენდებულია შევთავაზოთ წნევის ამბულატორიული მონიტორირება (არტერიული წნევის ვარიაბელობის გამო ერთჯერადი გაზომვის ფონზე ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასმა რეკომენდებული არ არის). (ESC/ESH 2018)
<b>R13</b>	ჰიპერტენზიის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, მიზანშეწონილია დადგინდეს 1-4 კვირის ინტერვალით განხორციელებულ 2-3 ვიზიტზე კლინიკაში. ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასმა პირველ ვიზიტზე შეიძლება იმ შემთხვევაში, როცა სისხლის წნევა $\geq 180/110$ მმ ვწყ სვ და სახეზეა გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ნიშნები (ISH 2020).
<b>R14</b>	ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურებამდე რეკომენდებულია პაციენტს დაენიშნოს გამოკვლევები სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასების მიზნით (იხილეთ ქვემოთ) და შეფასდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10 წლიანი რისკი სტანდარტული რისკის შეფასების ინსტრუმენტით (SCORE, ფრემინგემი და სხვ.) (NICE 2019).
<b>R15</b>	თუ წნევის ამბულატორიული მონიტორირების განხორციელება შეუძლებელია, ან კონკრეტული პაციენტი ვერ იტანს აღნიშნულ პროცედურას, ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით მიზანშეწონილია ბინაზე

	წნევის მონიტორირება (ESC/ESH 2018).
<b>R16</b>	ამბულატორიული მონიტორირების გამოყენებისას მიზანშეწონილია სულ მცირე, საათში 2 გაზომვის დაფიქსირება პაციენტის სიფხიზლის ჩვეულ პერიოდში (მაგალითად, 08:00-დან 22:00-მდე). დიაგნოზის დასმისთვის გამოიყენეთ 14 გაზომვის საშუალო მაჩვენებელი (ESC/ESH 2018).
<b>R17</b>	ბინაზე მონიტორირებისას დარწმუნდით, რომ პაციენტი თითო ჯერზე წნევას იზომავს სულ მცირე ორჯერ, 1-წუთიანი ინტერვალით; დღეში 2-ჯერ, დილას და საღამოს; სულ მცირე 4 და, იდეალურ შემთხვევაში, 7 დღის განმავლობაში (ESC/ESH 2018).
<b>R18</b>	<p>წნევის ბინაზე გაზომვის სიზუსტე დამოკიდებულია იმაზე, რამდენად ასრულებს პაციენტი კლინიკაში გაზომვის დროს რეკომენდებულ ინსტრუქციებს.<sup>10</sup></p> <p>ბინაზე თვითმონიტორინგის დროს ურჩიეთ პაციენტს, წნევის გაზომვისას დაცალოს შარდის ბუშტი, გაზომვამდე 30 წუთით ადრე თავი შეიკავოს ფიზიკური დატვირთვის, კოფეინის მიღებისა და მოწვევისგან. აუცილებელია ჯდომისას ზურგი ეყრდნობოდეს საყრდენს, მხარი იყოს გულის დონეზე და ორივე ტერფი იდოს იატაკზე.</p> <p>აუხსენით, რომ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების მიღება შეიძლება მოქმედებდეს წნევის მაჩვენებლებზე, განსაკუთრებით, თუ პაციენტს წნევის გაზომვამდე 1-2 საათით ადრე მიღებული აქვს ხანმოკლე მოქმედების წნევის დამწვევი პრეპარატი. ამ პრობლემის მინიმუმამდე დაყვანა შესაძლებელია, თუ წნევის გაზომვა მოხდება ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის მიღებამდე 30-60 წუთით ადრე (2023 UpToDate).</p>
<b>R19</b>	<p>იმის მიუხედავად, რა ტიპის მოწყობილობა გამოიყენება წნევის გასაზომად, ანეროიდული თუ ოსცილომეტრული, აპარატი უნდა იყოს ვალიდური<sup>11</sup>, პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გამოყენების სათანადო სწავლება, ხოლო მოწყობილობის სიზუსტის შემოწმება უნდა მოხდეს დაახლოებით წელიწადში ერთხელ<sup>12</sup>.</p> <p>აპარატის სიზუსტის შესამოწმებლად რეკომენდებულია პაციენტს წნევა გაეზომოს მისი პერსონალური აპარატით კლინიკაში, ხოლო მედპერსონალმა ერთდროულად წნევა გაზომოს მეორე ხელზე; მისაღებად ითვლება მაჩვენებლების განსხვავება 5მმ ვწყ სვ ფარგლებში. (2023 UpToDate)</p>
<b>R20</b>	„თეთრი ხალათის“ და შენიღბული ჰიპერტენზიის გამოვლენის მიზნით უპირატესობა ენიჭება წნევის ამბულატორიული (ABPM) ან ბინაზე მონიტორირების (HBPM) მეთოდების გამოყენებას, კლინიკაში წნევის გაზომვასთან შედარებით (ESC/ESH 2018).

\* საწ მნიშვნელოვანი სხვაობა მარჯვენა და მარცხენა მხარს შორის (მაგ.: 15 მმ ვერცხლ სვ და მეტი), ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა გართულებების მომატებულ რისკთან, სავარაუდოდ ათეროსკლეროზული სისხლძარღვოვანი დაავადების გამო. განსხვავებისას >10მმ ვერცხლ სვ, ვირჩევთ მუდმივად გასაზომად მხარს, მომატებული საწ-ით.

\*\* ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია განისაზღვრება როგორც საწ დაქვეითება  $\geq 20$  მმ ვწყ.სვ. ან დაწ დაქვეითება  $\geq 10$  მმ ვწყ. სვ., ფეხზე წამოდგომიდან 3 წუთის განმავლობაში ის ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა გართულებებით სიკვდილობის გაზრდილ რისკთან.

\*\*\* გულისცემის სიხშირე ასევე საჭიროა განისაზღვროს წნევის გაზომვისას, ვინაიდან მისი მაჩვენებელი მოსვენებულ მდგომარეობაში განიხილება როგორც გულ-სისხლძარღვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის დამოუკიდებელი პრედიქტორი.

**ცხრილი N1. ჰიპერტენზიის განმარტება არტერიული წნევის მაჩვენებლების მიხედვით ოფისში, ამბულატორიასა და სახლში (ESC/ESH 2018)**

კატეგორია	საწ (მმ ვწყ. სვ)		დაწ (მმ ვწყ. სვ)
ოფისის აწ	$\geq 140$	და/ან	$\geq 90$
ამბულატორიული აწ			
აწ დღის განმავლობაში (ან გაღვიძებისას)	$\geq 135$	და/ან	$\geq 85$
აწ ღამის განმავლობაში (ან ძილის დროს)	$\geq 120$	და/ან	$\geq 70$
აწ 24 სთ-ის განმავლობაში	$\geq 130$	და/ან	$\geq 80$
სახლის აწ	$\geq 135$	და/ან	$\geq 85$

წყარო	ჰიპერტენზიის სკრინინგი
<b>R21</b>	ჯანმრთელ პირებში, რომელთაც აქვთ ოპტიმალური საოფისე წნევა (<120/80 მმ ვწყ. სვ.), წნევა უნდა გაკონტროლდეს ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ, ხოლო თუ შესაძლებლობაა, უფრო ხშირად (ESC/ESH 2018).
<b>R22</b>	პაციენტებში ნორმალური არტერიული წნევით (120-129/80-84 მმ ვწყ. სვ.) წნევის გადამოწმება რეკომენდებულია სულ მცირე 3 წელიწადში ერთხელ (ESC/ESH 2018).
<b>R23</b>	პაციენტებში მაღალი ნორმალური წნევით (130-139/85-89 მმ ვწყ. სვ.) არტერიული წნევის მაჩვენებლების გაკონტროლება რეკომენდებულია წელიწადში ერთხელ (ESC/ESH 2018).
<b>R24</b>	პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით, რომელთაც არ აქვთ დიაგნოსტირებული არტერიული ჰიპერტენზია ან თირკმლის დაავადება, არტერიული წნევის გაზომვა რეკომენდებულია წელიწადში ერთხელ (ESC/ESH 2018).

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის და სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასება	
<b>R25</b>	ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში უნდა მოხდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის ფორმალური შეფასება, რომლის მიზანია მომატებულ არტერიულ წნევასა და სხვა მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორებთან დაკავშირებული პროგნოზისა და მკურნალობის ალტერნატივების განხილვა პაციენტთან ერთად (ESC/ESH 2018).
<b>R26</b>	<p>ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას იძლევა გსდ რისკი შეფასდეს ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყებამდე ან დაწყების შემდეგ, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც აღნიშნულის განხორციელება მოსახერხებელია და არ გამოიწვევს მკურნალობის დაყოვნებას (WHO-2021).</p> <p>პაციენტთა უმრავლესობა, რომელთა საწ <math>\geq 140</math> ან დაწ <math>\geq 90</math> მმ ვწყ სვ, მიეკუთვნება მაღალი რისკის კატეგორიას და წარმოადგენენ ფარმაკოლოგიური მკურნალობის კანდიდატებს.</p> <p>მედიკამენტურ მკურნალობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად გსდ რისკის შეფასება მნიშვნელოვანია იმ პაციენტებში, რომელთა სისტოლური წნევა მაღალი ნორმის ფარგლებშია (130–139 მმ ვწყ სვ) და, ასევე, იმ პაციენტებში, რომლებიც უკვე დაავადებულნი არიან ჰიპერტენზიით, რადგან სხვა რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და შესაბამისად მკურნალობის მოდიფიცირება ხელს შეუწყობს გსდ საერთო რისკის შემცირებას.</p> <p>გსდ რისკის შეფასებისთვის მრავალი სქემაა მოწოდებული. ადგილობრივ პოპულაციაზე კალიბრირებული სქემების არარსებობისას, შეფასების სქემა უნდა შეირჩეს არსებული რესურსების, მიმღებლობისა და განხორციელების შესაძლებლობის გათვალისწინებით.</p> <p>თუ რისკის შეფასებამ ხელი შეუშალა ჰიპერტენზიის მკურნალობის დროულ დაწყებას ან/და პაციენტის მეთვალყურეობას, რეკომენდებულია მისი გადავადება და ჩართვა მეთვალყურეობის სტრატეგიაში და არა პირველი საფეხურის სახით გამოყენება მკურნალობის ჩვენების განსაზღვრის მიზნით. (WHO-2021).</p>
<b>R27</b>	გულ-სისხლძარღვთა რისკის შეფასება SCORE სისტემით ან სხვა სტანდარტული ინსტრუმენტით (მაგალითად, ფრემინგემის სკალით) რეკომენდებულია ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებისათვის, რომელთაც გსდ 10 წლიანი რისკი არ არის მაღიან მაღალი ისეთი მდგომარეობების გამო, როგორცაა მანიფესტირებული გულ-სისხლძარღვთა და თირკმლის დაავადება ან დიაბეტი, მკვეთრად მომატებული ერთი რისკის ფაქტორი (მაგალითად, ქოლესტეროლი სისხლში) ან მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (ESC/ESH 2018, NICE 2019).
<b>R28</b>	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებისას უნდა გამოყენებულ

	იქნეს კლინიკაში გაზომილი არტერიული წნევის მაჩვენებლები (ESC/ESH 2018).
<b>R29</b>	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შესაფასებლად ჰიპერტენზიულ პაციენტებში ასევე შესაძლებელია ESC/ESH გაიდლაინით რეკომენდებული სქემის გამარტივებული ვერსიის გამოყენება (იხილეთ ცხრილი N2). (ISH 2020)
<b>R30</b>	SCORE რისკის შეფასების სქემის გამოყენებისას მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის <sup>13</sup> , გაითვალისწინეთ გსდ ფატალური და არაფატალური შემთხვევების განვითარების მაღალი 10-წლიანი რისკის შემდეგი მაჩვენებლები: $\geq 7.5\%$ 50 წელს ქვემოთ პაციენტებში და $\geq 10\%$ 50-69 წლის პაციენტებში. (იხილეთ ცხრილი 2.1) (ESC/ESH 2018)
<b>R31</b>	გულ-სისხლძარღვთა რისკის შეფასებისას უნდა იქნეს გათვალისწინებული ჰიპერტენზიის, როგორც კლინიკური მდგომარეობის ზეგავლენა მაღალი არტერიული წნევის ე.წ. სამიზნე ორგანოებზე (ცხრილი N3). (ESC/ESH 2018)
<b>R32</b>	ჩასატარებელი კვლევები: <ul style="list-style-type: none"> <li>- შარდში ცილა ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდების განსაზღვრით და ჰემატურია ტესტ-ჩხირის საშუალებით;</li> <li>- სისხლში გლუკოზა, ელექტროლიტები, კრეატინინი, სავარაუდო გვს, საერთო ქოლესტეროლი და მსლპ-ქოლესტეროლი;</li> <li>- თვალის ფსკერის გამოკვლევა ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის გამოსარიცხად;</li> <li>- 12-განხრიანი ეკგ კვლევა.</li> </ul> <p>სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასება რეკომენდებულია ჩატარდეს ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასმიდან, მაქსიმუმ 1 თვის ვადაში. (ESC/ESH 2018, NICE 2019)</p>
<b>R33</b>	პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებისას რეკომენდებულია შემდეგი ფაქტორების და ლაბორატორიული მაჩვენებლების გათვალისწინება (ESC/ESH 2018): <ul style="list-style-type: none"> <li>- სქესი (კაცები &gt; ქალები)</li> <li>- ასაკი</li> <li>- მწველობა (მიმდინარე ან წარსულში)</li> <li>- საერთო ქოლესტეროლი და მსლპ-ქოლესტეროლი</li> <li>- შარდმჟავა</li> <li>- შაქრიანი დიაბეტი</li> <li>- ჭარბი წონა ან სიმსუქნე</li> <li>- გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ოჯახური ისტორია (მამაკაცებში &lt;55 წ. ქალებში &lt;65 წ. ასაკში)</li> <li>- ადრეული მენოპაუზა</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ცხოვრების მჯდომარე სტილი</li> <li>- ფსიქო-სოციალური და სოციალ-ეკონომიკური ფაქტორები</li> <li>- გულისცემის სიხშირე (მოსვენებით მდგომარეობაში &gt;80/წთ)</li> </ul>
<b>R34</b>	<p>არ არის რეკომენდებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10-წლიანი რისკის შეფასება სტანდარტული ფრემინგემის ან SCORE სქემით, უკვე დადგენილი გულ-სისხლძარღვთა ან თირკმლის დაავადების დროს, ვინაიდან ეს დაავადებები წარმოადგენს ძალიან მაღალი რისკის განმაპირობებელ ფაქტორებს. ასეთებია (ESC/ESH 2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ცერებრო-ვასკულური დაავადება: იშემიური ინსულტი, ცერებრული ჰემორაგია, გარდამავალი იშემიური შეტევა.</li> <li>- კორონარული არტერიების დაავადება: მიოკარდიუმის ინფარქტი, სტენოკარდია, მიოკარდიუმის რევასკულარიზაცია.</li> <li>- ათეროსკლეროზული ფოლაქის არსებობა ნებისმიერ არტერიაში.</li> <li>- გულის უკმარისობა (მ.შ. შენარჩუნებელი განდევნის ფრაქციით HFpEF).</li> <li>- პერიფერიული არტერიების დაავადება.</li> <li>- წინაგულთა ფიბრილაცია.</li> </ul>
<b>ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანება</b>	
<b>R35</b>	<p>ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანება განისაზღვრება, როგორც არტერიული ქსელის ან ორგანოების სტრუქტურული ან ფუნქციური დაზიანება, რაც გამოწვეულია მომატებული სისხლის წნევით. სამიზნე ორგანოები მოიცავს თავის ტვინს, გულს, თირკმელებს, ცენტრალურ და პერიფერიულ არტერიებს და თვალელებს.</p> <p>საერთო გსდ რისკის შეფასება მნიშვნელოვანია ჰიპერტენზიის მართვის კუთხით, მაგრამ ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანების დამატებითი გამოვლენა იმ პაციენტებში, რომელთაც უკვე აღენიშნებათ გსდ მაღალი რისკი (მაგალითად, უკვე დადგენილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, ინსულტი, დიაბეტი, თირკმლის ქრონიკული დაავადება ან ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემია), ნაკლებად ახდენს ზეგავლენას დაავადების მართვაზე, თუმცა, აღნიშნული მნიშვნელოვნად განაპირობებს თერაპიის ტაქტიკას: (1) პაციენტებში დაბალი ან საშუალო ხარისხის საერთო გსდ რისკით, ვისთანაც ხდება რისკის კლასიფიკაციის გადახედვა სამიზნე ორგანოების დაზიანების საფუძველზე, ან (2) უპირატესი მედიკამენტური მკურნალობის შერჩევის თვალსაზრისით დაზიანებულ სამიზნე ორგანოზე სპეციფიკური ზეგავლენის გათვალისწინებით.</p>
<b>R36</b>	<p><b>თავის ტვინი:</b> გარდამავალი იშემიური შეტევა (ტიშ) ან ინსულტი მომატებული არტერიული წნევის გავრცელებული გართულებებია. ადრეული სუბკლინიკური</p>



ცვლილებების აღმოსაჩენად ყველზე მგრძობიარე კვლევა ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიაა (მრტ), რითაც დგინდება ტვინის თეთრი ნივთიერების დაზიანება, ჩუმი მიკროინფარქტები, მიკროსისხლჩაქცევები და თავის ტვინის ატროფია. ფასისა და შეზღუდული ხელმისაწვდომობის გამო თავის ტვინის მრტ არ არის რეკომენდებული რუტინული კვლევის სახით, მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტებში ნევროლოგიური დარღვევებით, კოგნიტური ფუნქციის გაუარესებით და მეხსიერების დაქვეითებით.

**გული:** ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებში რუტინული კვლევის ფარგლებში რეკომენდებულია 12-განხრიანი ეკგ, რის შედეგადაც მარტივი კრიტერიუმების საფუძველზე შესაძლებელია მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამოვლენა (სოკოლოვ-ლაიონის ინდექსი:  $SV1+RV5 \geq 35$  მმ, კორნელის ინდექსი:  $SV3+RaVL > 28$  მმ მამაკაცებში ან  $> 20$  მმ ქალებში და კორნელის ვოლტაჟის ხანგრძლივობა:  $> 2440$  მმ·მწმ). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამოვლენის მიზნით ეკგ-ს მგრძობელობა საკმაოდ შეზღუდულია, რის გამოც ზუსტი დიაგნოსტიკისთვის არჩევის მეთოდს წარმოადგენს ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია (კრიტერიუმი: მარცხენა პარკუჭის მასის ინდექსი [LVMI]: მამაკაცებში  $> 115$  გ/მ<sup>2</sup>; ქალებში  $> 95$  გ/მ<sup>2</sup>) და შესაბამისი პარამეტრები, მათ შორის, მარცხენა პარკუჭის გეომეტრია, სისტოლური და დიასტოლური ფუნქცია და სხვა.

**თირკმელები:** თირკმელების დაზიანება შესაძლებელია იყოს როგორც ჰიპერტენზიის მიზეზი, ისე მისი შედეგი და რუტინულად მისი დადგენის საუკეთესო მეთოდია თირკმლის მარტივი ფუნქციური პარამეტრების შეფასება (კრეატინინი შრატში და eGFR), ალბუმინურიის განსაზღვრასთან ერთად (ტესტ-ჩხირით ან შარდში ალბუმინ-კრეატინინის შეფარდებით [UACR]).

**არტერიები:** ჰიპერტენზიით გამოწვეული არტერიების დაზიანების დასადგენად, ჩვეულებრივ, ფასდება შემდეგი სისხლძარღვები: (1) საძილე არტერიები-ულტრაბგერითი კვლევით, ათეროსკლეროზული ფოლაქის/სტენოზის და ინტიმა მედიის სისქის განსაზღვრისთვის; (2) აორტა -კაროტიდ-ფემორალური პულსური ტალღის სიჩქარის შეფასებით, მსხვილი სისხლძარღვების კედლის რიგიდობის დადგენის მიზნით; და (3) ქვემო კიდურების არტერიები - მხარ-გოჯის ინდექსის (ABI) შეფასების საფუძველზე. მიუხედავად იმისა, რომ არსებული მტკიცებულებები მეტყველებს მითითებული სამივე მეთოდის დამატებით ინფორმატიულობაზე ტრადიციული რისკფაქტორების შეფასების გარდა, მათი რუტინული გამოყენება რეკომენდებული არ არის, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა არსებობს კლინიკური ჩვენება, მაგალითად, პაციენტებში ნევროლოგიური სიმპტომებით, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით ან საექვო პერიფერიული არტერიების დაავადებით.

**თვალეები:** ფუნდოსკოპია მარტივი რუტინული ტესტია ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის გამოვლენის მიზნით, თუმცა ის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია

ჰიპერტენზიული მწვავე და გადაუდებელი მდგომარეობების დროს, რათა დადგინდეს ბადურაში სისხლჩაქცევა, მიკროანევრიზმები და მხედველობის ნერვის დვრილის შემუშება პაციენტებში პროგრესირებადი ან ავთვისებიანი ჰიპერტენზიით. ფუნდოსკოპია აუცილებლად უნდა ჩატარდეს პაციენტებს მე-2 სტადიის ჰიპერტენზიით, სასურველია, გამოცდილი სპეციალისტის მიერ, ან თუ ხელმისაწვდომია, ალტერნატიული ტექნიკით (მაგალითად, ბადურის ციფრული კამერით), რათა მოხდეს თვალის ფსკერის სათანადო ვიზუალიზაცია.

**ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების კლინიკური შეფასება**

**R37** რეკომენდებულია ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების კლინიკური შეფასება, რომლის მიზანია (ESC/ESH 2018):

- ჰიპერტენზიის დიაგნოზის და ხარისხის დადგენა;
- ჰიპერტენზიის შესაძლო მეორადი ფორმების სკრინინგი (მაგ. კონის, სინდრომი, ფეოქრომოციტომა და ა. შ.);
- ჰიპერტენზიის ხელშემწყობი ფაქტორების იდენტიფიკაცია (ქცევითი რისკ-ფაქტორები, ოჯახური ანამნეზი, გარკვეული ჯგუფის მედიკამენტების მიღება, ე.წ. იატროგენული ჰიპერტენზია);
- თანმხლები გულ-სისხლძარღვთა რისკის იდენტიფიცირება;
- კომორბიდული დაავადებების იდენტიფიცირება;
- ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული ორგანოთა დაზიანების ფაქტების გამოვლენა, გულ-სისხლძარღვთა, ცერებროვასკულური და რენალური დაავადებების არსებობის დადგენა.

**ძირითადი ინფორმაცია პერსონალური და ოჯახური სამედიცინო ისტორიისთვის**

**R38** ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებთან რეკომენდებულია შემდეგი რისკ-ფაქტორების შეფასება (ESC/ESH 2018):

- ჰიპერტენზიის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ინსულტის ან თირკმლის დაავადების ოჯახური და პერსონალური ისტორია;
- ასოცირებული რისკ-ფაქტორების (მაგ. ოჯახური ჰიპერქოლესტერინემია) ოჯახური და პერსონალური ისტორია;
- მწველობის ისტორია;
- კვებითი ქცევა, მ.შ. დამოკიდებულება სუფრის მარილის მიმართ;
- ალკოჰოლის მოხმარება;
- ფიზიკური აქტივობის დეფიციტი / ცხოვრების მჯდომარე სტილი (ფიზიკური აქტიურობის სტატუსი);
- ერექციული დისფუნქციის ისტორია;
- ძილის (ძილის დარღვევების), ხვრინვის, ძილის აპნოეს ისტორია, (ინფორმაცია ასევე პარტნიორისგან);

- ორსულობის ჰიპერტენზიის / პრეეკლამფსიის ისტორია.

**სამედიცინო ისტორია, ფიზიკური გასინჯვა და კლინიკური კვლევები**

**R39**

პაციენტებს ჰიპერტენზიით ხშირად არ აღენიშნებათ სიმპტომები, თუმცა, სპეციფიკური სიმპტომები შესაძლოა, მიუთითებდეს მეორადი ჰიპერტენზიის, ან ჰიპერტენზიის გართულებების არსებობაზე, რაც შემდგომ გამოკვლევებს მოითხოვს. რეკომენდებულია შეგროვდეს სრულყოფილი სამედიცინო და ოჯახური ანამნეზი, რაც უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას:

**სისხლის წნევა:** ახლად განვითარებული ჰიპერტენზია, ხანგრძლივობა, წნევის ციფრები, მედიკამენტური მკურნალობა ამჟამად და წარსულში, სხვა მედიკამენტები, რომელთაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ წნევის ციფრებზე, ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების აუტანლობის (გვერდითი ეფექტების) ისტორია, მკურნალობაზე დამყოლობა, ორსულობასთან ან პერორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიის ანამნეზი.

**რისკფაქტორები:** გსდ პერსონალური ისტორია (მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის უკმარისობა, ინსულტი, გარდამავალი იშემიური შეტევა, დიაბეტი, დისლიპიდემია, თირკმლის ქრონიკული დაავადება, მწვევლობის სტატუსი, კვება, ალკოჰოლი, ფიზიკური აქტივობა, ფსიქოსოციალური პრობლემები, დეპრესიის ისტორია), ჰიპერტენზიის, ნაადრევი გსდ-ს, ჰიპერქოლესტეროლემიის, დიაბეტის ოჯახური ანამნეზი.

**საერთო გსდ რისკის შეფასება:** ადგილობრივი გაიდლაინის რეკომენდაციის მიხედვით.

**ჰიპერტენზიის/თანმხლები დაავადების სიმპტომები/ნიშნები:** ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, გულის ფრიალი, ხანგამოშვებითი კოჭლობა, პერიფერიული შეშუპება, თავის ტკივილი, მხედველობის დარღვევა, ნიქტურია, ჰემატურია, თავბრუსხვევა.

**მეორად ჰიპერტენზიაზე საეჭვო სიმპტომები:** კუნთების სისუსტე/კრამპები, არითმია (ჰიპოკალემია/პირველადი ალდოსტერონიზმი), ფილტვის მწვავე შეშუპება (თირკმლის არტერიის სტენოზი), ოფლიანობა, გულის ფრიალი, ხშირი თავის ტკივილი (ფეოქრომოციტომა), ხვრინვა, დღის ძილიანობა (ძილის ობსტრუქციული აპნოე), ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები. (ISH-2020)

**R40**

**ფიზიკური გასინჯვა:**

სრულყოფილი ფიზიკური გასინჯვა გვეხმარება ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურებასა და სამიზნე ორგანოების დაზიანების და/ან მეორადი ჰიპერტენზიის გამოვლენაში. გასინჯვა უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

**სისხლის მიმოქცევის სისტემა და გული:** გულისცემის სიხშირე/რიტმი/ხასიათი, საუღლე ვენების პულსი/წნევა, მწვერვალის სამგერი, გულის შუილი, სველი ხიხინი, პერიფერიული შეშუპება, შუილი (საძილე არტერიაზე, აბდომინალურ აორტაზე, ბარძაყის არტერიაზე), ორივე ხელზე აწ-ის მაჩვენებლების შედარება (ერთხელ მაინც); რადიო-ფემორალური დაყოვნება.

**სხვა ორგანოები/სისტემები:** ნევროლოგიური გასინჯვა, მოტორული და

კოგნიტიური სტატუსი; ფუნდოსკოპიური გამოკვლევა ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის დასადგენად (შესაბამისი შესაძლებლობის შემთხვევაში). თირკმლის ზომაში მომატება, კისრის გარშემოწერილობა >40 სმ (ძილის ობსტრუქციული აპნოე), ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება, ანთროპომეტრიული პარამეტრები: წონა და სიმაღლე გაზომილი კალიბრირებული ხელსაწყოებით, სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გამოთვლა; წელის გარშემოწერილობა, ცხიმოვანი დეპოზიტები და სტრეიები (კუშინგის დაავადება/სინდრომი). (ISH-2020)

**რუტინული ლაბორატორიული ტესტები (საწყისი და მიმდინარე შეფასებებისათვის)**

**R41**

ჰიპერტენზიის საწყისი და მიმდინარე შეფასებისთვის რეკომენდებული რუტინული ლაბორატორიული ტესტები შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად (ჩვენების და არსებული რესურსების მიხედვით) მიხედვით (ISH 2020):

**ესენციური ტესტები:**

**1. სისხლის:**

- ა) ნატრიუმი, კალიუმი სისხლში
- ბ) შრატის კრეატინინი და გლომერულური ფილტრაციის სავარაუდო სიჩქარე (eGFR) (კალკულატორი იხილეთ: <https://ukidney.com/nephrology-resources/egfr-calculator>).
- გ) ლიპიდური პროფილი
- დ) უზმოდ გლუკოზა

**2. შარდის ანალიზი: უროტესტი - ტესტ-ჩხირებით**

**3. 12-განხრიანი ეკგ: მოციმციმე არითმიის, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, გულის იშემიური დაავადების გამოვლენა**

**დამატებითი დიაგნოსტიკური ტესტები**

ჩვენების შემთხვევაში დამატებით გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს საექვო სამიზნე ორგანოების დაზიანების, თანმხლები დაავადების და/ან მეორადი ჰიპერტენზიის შეფასების/დადასტურების მიზნით.

**გამოსახვითი კვლევები:**

- × **ექოკარდიოგრაფია:** მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, სისტოლური/დიასტოლური დისფუნქციის, წინაგულთა ციმციმის, აორტის კოარქტაციის შეფასება.
- × **საძილე არტერიების ულტრასონოგრაფია:** ათეროსკლეროზული ფოლაქების, სტენოზის გამოვლენა.
- × **თირკმელების/თირკმლის არტერიების და თირკმელზედა ჯირკვლების გამოსახვითი კვლევა:** ულტრაბგერითი/თირკმლის არტერიების დუპლექს კვლევა; კტ/მრ ანგიოგრაფია: თირკმლის პარენქიმული დაავადების, თირკმლის არტერიების სტენოზის, თირკმელზედა ჯირკვლების პათოლოგიის, მუცლის ღრუს სხვა პათოლოგიების გამოვლენის მიზნით.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>× ფუნდოსკოპია: ბადურის ცვლილებები, სისხლჩაქცევა, მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება, სისხლძარღვების დაკლანკნილობა, წყვეტა.</li> <li>× თავის ტვინის კტ/მრ კვლევა: ჰიპერტენზიით განპირობებული თავის ტვინის იშემიური ან ჰემორაგიული დაზიანება.</li> </ul> <p><b>ფუნქციური ტესტები და დამატებითი ლაბორატორიული გამოკვლევები:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× გოჯ-მხარის ინდექსი: პერიფერიული (ქვემო კიდურების) არტერიების დაავადება.</li> <li>× შემდგომი კვლევები, თუ არსებობს ეჭვი მეორად ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებით: ალდოსტერონ/რენინის შეფარდება, თავისუფალი მეტანეფრინი პლაზმაში, ღამის კორტიზოლი ნერწყვში ან სხვა სკრინინგული ტესტები კორტიზოლის ჭარბი პროდუქციის გამოვლენის მიზნით.</li> <li>× შარდში ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება</li> <li>× შრატში შარდმჟავას (s-UA) დონე</li> <li>× ღვიძლის ფუნქციური ტესტები.</li> </ul>
--	--

**ჰიპერტენზიის განვითარების ან გამწვავების ხელშემწყობი ფაქტორები**

<b>R42</b>	<p>სხვადასხვა მედიკამენტი და ნივთიერება იწვევს არტერიული წნევის მატებას, ან მოქმედებს კონკრეტული ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის ანტაგონისტურად (იხილეთ ცხრილი N4). გასათვალისწინებელია, რომ ამ ნივთიერებათა ინდივიდუალური ეფექტი არტერიულ წნევაზე საკმაოდ ცვალებადია და ყველაზე მეტად ვლინდება ხანდაზმულებში, წნევის ბაზისური მაღალი ციფრების ან თირკმლის დაავადების დროს. (ISH-2020)</p>
<b>R43</b>	<p>ყველა პაციენტი ჰიპერტენზიით, ან ჰიპერტენზიის რისკით, გამოკითხეთ ნივთიერებათა მოხმარებაზე, რომელთაც ახასიათებთ არტერიული წნევის მომატება ან ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის წნევის დამაქვეითებელი ეფექტის შესუსტება.</p> <p>სადაც შესაძლებელია, შეწყვიტეთ ან შემაცირეთ არტერიულ წნევაზე მოქმედი მედიკამენტის მიღება. თუ ამ პრეპარატების მიღება აუცილებელია, ნებისმიერ შემთხვევაში უმკურნალეთ ჰიპერტენზიას წნევის სამიზნე ციფრების მისაღწევად. (ISH-2020)</p>

**ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის გეგმა - არამედიკამენტური მკურნალობა**

<b>R44</b>	<p>ცხოვრების სტილის შეცვლა რეკომენდებულია მაღალი - ნორმული წნევის და ჰიპერტენზიის მქონე ყველა პაციენტისთვის (ESC/ESH 2018).</p> <p>ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების შესრულების ზეგავლენა წნევის მაჩვენებლებზე მოცემულია დანართ №2-ში.</p>
<b>R45</b>	<p>მაღალი ნორმული და ჰიპერტენზიის მქონე ყველა პაციენტისათვის</p>



	<p>რეკომენდებულია რჩევები არამედიკამენტური მკურნალობის შესახებ (ESC/ESH 2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- მარილის მოხმარების შემცირება დღეში &lt;5 გ;</li> <li>- ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება: <ul style="list-style-type: none"> <li>- მამაკაცებისთვის კვირაში 14 ერთეულზე ნაკლები;</li> <li>- ქალებისთვის კვირაში 8 ერთეულზე ნაკლები.</li> </ul> </li> <li>- ალკოჰოლის მიმართ დამოკიდებულების თავიდან აცილება;</li> <li>- ბოსტნეულის, ახალი ხილის, თევზის, თხილეულის და უჯერი ცხიმოვანი მჟავების (ზეითუნის ზეთი) მოხმარების ზრდა. წითელი ხორცის შემცირება რაციონში და ნაკლებცხიმოვანი რძის პროდუქტების გამოყენება;</li> <li>- ნაჩვენებია სხეულის მასის კონტროლი, რაც შესაძლებელს გახდის სიმსუქნის (სმი &gt;30 კგ/მ<sup>2</sup> ან წელის გარშემოწერილობა &gt;102 სმ მამაკაცებში და &gt;88 სმ ქალებში) თავიდან აცილებას. მიზანს წარმოადგენს ჯანსაღი სხეულის მასის ინდექსი ( 20-25 კგ/მ<sup>2</sup>) და წელის გარშემოწერილობა (&lt;94 სმ მამაკაცებში და &lt;80 სმ ქალებში);</li> <li>- რეგულარული აერობული ვარჯიშები (მაგ.: არა ნაკლებ 30 წთ ზომიერი დინამიური ვარჯიში ან ფეხით სიარული 5-7 დღე კვირაში);</li> <li>- თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა, შემანარჩუნებელი თერაპია და თამბაქოს მოწვევაზე თავის დანებების პროგრამებში რეფერალი.</li> </ul> <p>დეტალურად ცხოვრების ჯანსაღი წესის რეკომენდაციები იხილეთ 18-65 წლის ახალი და ჯანმრთელი პაციენტების მეთვალყურეობის პროტოკოლი.</p>
<p><b>ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების ზღურბლი</b></p>	
<p><b>R46</b></p>	<p>ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებისას რეკომენდებულია გამოყენებულ იქნას კლინიკაში (საოფისე) წნევის გაზომვის მაჩვენებლები (ESC/ESH 2018).</p>
<p><b>R47</b></p>	<p>ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის გადაუდებლად დაწყება რეკომენდებულია II ან III ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა რისკის ნებისმიერი პროფილით, ცხოვრების სტილის შეცვლის პარალელურად (ESC/ESH 2018).</p>
<p><b>R48</b></p>	<p>I ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის შეცვლა, რათა დადგინდეს, ამ რეკომენდაციათა ეფექტურობა წნევის ნორმალიზაციის მიმართულებით (ESC/ESH 2018).</p>
<p><b>R49</b></p>	<p>I ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში, გსდ დაბალი/ზომიერი რისკით და სამიზნე ორგანოების დაზიანების არარსებობით, წნევის დამწვევი წამლებით მკურნალობა ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, თუ ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება</p>

	იყო არაეფექტური 3-6 თვის მანძილზე (ESC/ESH 2018).
<b>R50</b>	I ხარისხის ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში, გულ-სისხლძარღვთა რისკის მაღალი პროფილით ან სამიზნე ორგანოების დაზიანებით, რეკომენდებულია მედიკამენტური მკურნალობა, ცხოვრების სტილის ცვლილებების პარალელურად (ESC/ESH 2018).
<b>R51</b>	ჰიპერტენზიის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში (მაშინაც კი, თუ ასაკი >80 წ), წნევის დამწევი მედიკამენტური მკურნალობა და ცხოვრების სტილის შეცვლა რეკომენდებულია, როდესაც საწ $\geq 160$ მმ.ვწყ.სვ (ESC/ESH 2018).
<b>R52</b>	წნევის დამწევი 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 (ESC/ESH 2018).
<b>R53</b>	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა შესაძლოა ასევე გათვალისწინებული იყოს გაცილებით ხანდაზმულ, დაუძლურებულ პაციენტებშიც, თუ მის მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია. (ESC/ESH 2018)
<b>R54</b>	არ არის რეკომენდებული წნევის დამწევი მედიკამენტით მკურნალობის მოხსნა ასაკის გამო, მაშინაც კი, თუ პაციენტის ასაკი $\geq 80$ წ, თუ მკურნალობის ამტანობა კარგია. (ESC/ESH 2018)
<b>R55</b>	მაღალი-ნორმული წნევის მქონე პაციენტებში (130-139/85-89 მმ.ვწყ.სვ.) რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის შეცვლა; <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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. (ESC/ESH 2018)</li> </ul>

მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების კრიტერიუმები საოფისე სისხლის წნევის ზღურბლის გათვალისწინებით

ასაკობრივი ჯგუფი	საოფისე სისტოლური არტერიული წნევის (საწ) მკურნალობის დაწყების ზღურბლი (მმ.ვწყ.სვ.)					საოფისე დაწ მკურნალობის დაწყების ზღურბლი (მმ.ვწყ.სვ.)
	ჰიპერტენზია	+დიაბეტი	+ თქდ	+კად	+ინსულტი /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	

\*საწ - სისტოლური არტერიული წნევა; დაწ - დიასტოლური არტერიული წნევა; თქდ - თირკმლის ქრონიკული დაავადება; კად - კორონარული არტერიების დაავადება; TIA - გარდამავალი იშემიური შეტევა

N	ოფისის სისხლის წნევის სამკურნალო სამიზნეები ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში
<b>R56</b>	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 (ESC/ESH 2018).
<b>R57</b>	წნევის დამწევ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ <65 წლის ასაკის პაციენტებში რეკომენდებულია სისხლის წნევა დაქვეითება 120-129 მმ.ვწყ.სვ.-მდე პაციენტთა უმრავლესობაში (ESC/ESH 2018).
<b>R58</b>	შედარებით ხანდაზმულ პაციენტებში (≥65), რომლებიც წნევის დამწევ მედიკამენტებს იღებენ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- რეკომენდებულია, რომ საწ დაქვეითებულ იქნეს სამიზნე ნიშნულამდე 130-139 მმ.ვწყ.სვ.</li> <li>- რეკომენდებულია გვერდითი ეფექტების ზუსტი მონიტორინგი;</li> <li>- სისხლის წნევის აღნიშნული სამიზნე რეკომენდებულია ნებისმიერი რისკის პროფილის პაციენტისათვის. (ESC/ESH 2018)</li> </ul>
<b>R59</b>	დაწ სამიზნე <80 მმ.ვწყ.სვ. გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ჰიპერტენზიული პაციენტისთვის, მიუხედავად რისკის პროფილის და თანხმლები დაავადებებისა. (ESC/ESH 2018)

**ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობა**

<p><b>R60</b></p>	<p>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. (ESC/ESH 2018, NICE 2019)</p>
<p><b>R61</b></p>	<p>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. (ESC/ESH 2018)</p>
<p><b>R62</b></p>	<p>აფრო-კარიბული წარმომავლობის პაციენტისთვის, რომელთაც არ აღენიშნებათ დიაბეტი, პირველი რიგის თერაპიის სახით რეკომენდებულია დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი, ხოლო თანმხლები დიაბეტის შემთხვევაში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შერჩევასა აგფ-ინჰიბიტორთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება ანგიოტენზინ-რეცეპტორების ბლოკერს (არბ). (NICE 2019)</p>
<p><b>R63</b></p>	<p>მონოთერაპიის გამოყენება ნაჩვენებია დაბალი რისკის პაციენტებში ჰიპერტენზიის I სტადიით, საწ. &lt;150 მმ ვწყ. სვ., ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში მაღალი ნორმალური წნევით; ძალიან ხანდაზმულ ან დაუძლურებულ პაციენტებში. (ESC/ESH 2018)</p>
<p><b>R64</b></p>	<p>საწყისი მონოთერაპია ასევე გასათვალისწინებელია პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების განვითარების მაღალი რისკი. ასეთებია პაციენტები, რომლებიც იღებენ მარილის ძალიან მცირე რაოდენობას, დაუძლურებულები, პირები წონის დეფიციტით, ორთოსტატული ჰიპოტენზიით, ან მრავლობითი მედიკამენტური ალერგიით. (UpToDate 2023)</p>
<p><b>R65</b></p>	<p>რეკომენდებულია სამი პრეპარატის კომბინაცია – SPC (ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაცია) ანგიოტენზინის რეცეპტორთა ბლოკერით (არბ), კალციუმის არხების ბლოკერით და შარდმდენით, თუ აწ არ არის</p>

	კონტროლირებული ორმედიკამენტური – ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით. (ESC/ESH 2018)
<b>R66</b>	რეკომენდებულია რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობისას სპირონოლაქტონის დამატება, თუ არ არის წინააღმდეგჩვენება. ჰიპერკალემიის რისკის გამო, სპირონოლაქტონის დამატება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის დროს ნაჩვენებია მხოლოდ მაშინ, თუ სავარაუდო გფს $\geq 45$ მლ/წთ და კალიუმი სისხლის პლაზმაში $\leq 4.5$ მმოლ/ლ. (ESC/ESH 2018)
<b>R67</b>	სხვა კლასის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გამოყენება რეკომენდებულია იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც აწ არ კონტროლდება ზემოთ აღნიშნული მკურნალობით. ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია თანმხლები დაავადებებისა და სამიზნე ორგანოების დაზიანების დროს იხილეთ ქვემოთ. (ESC/ESH 2018)
<b>R68</b>	მიუხედავად იმისა, ვიწყებთ მკურნალობას კომბინირებული თუ მონოთერაპიით, პრეპარატის საწყისი დოზა უნდა იყოს დაბალი. აღნიშნულიდან გამონაკლისია ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერები (არბ) <sup>14</sup> , რადგანაც მათ ნაკლებად ახასიათებთ დოზასთან დაკავშირებული მძიმე გვერდითი ეფექტები, ხოლო ამ კლასის მაქსიმალური ანტიჰიპერტენზიული ეფექტი პაციენტთა უმრავლესობაში ზომიერია. ამდენად, გასათვალისწინებელია მკურნალობის დაწყება არბ-ს საშუალო ან მაღალი დოზით, დოზის არასაჭირო ტიტრაციის თავიდან აცილების მიზნით. (UpToDate 2023)
<b>R69</b>	<p>დღეში ერთხელ მისაღები ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის მიღების საუკეთესო დრო - წარსულში ჩატარებული კვლევების ნაწილი მეტყველებდა იმაზე, რომ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის მიღება ღამე ძილის წინ აქვეითებდა ღამის წნევას და აუმჯობესებდა გულ-სისხლძარღვთა გამოსავლებს.</p> <p>× უახლეს ფართომასშტაბურ კვლევაში (TIME)<sup>15</sup>, ჩატარდა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის დილით და ღამე ძილის წინ მიღების ეფექტურობის შედარება. კვლევის 5 წლის განმავლობაში როგორც მკურნალობის ეფექტურობა, ისე გვერდითი ეფექტების სიხშირე ანალოგიური იყო ორივე ჯგუფში.</p> <p>× შესაბამისად, პაციენტმა დღეში ერთჯერადად მისაღები ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი შესაძლებელია მიიღოს მისთვის მოსახერხებელ ნებისმიერ დროს. (UpToDate 2023)</p>

<p><b>R70</b></p>	<p>პაციენტებში, სადაც იღებთ გადაწყვეტილებას მონოთერაპიასთან დაკავშირებით, ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატი უნდა შეირჩეს ქვემოთ მითითებული 4 კლასიდან:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ანგიოტენზინგარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები (აგფ-ი)</li> <li>- ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერები (არბ)</li> <li>- დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერები (კაბ)</li> <li>- თიაზიდური დიურეტიკები</li> </ul> <p>იმ შემთხვევაში, თუ სახეზე არ არის სპეციფიკური კლასის მედიკამენტის შერჩევის ჩვენება, უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის დაწყებას აგფ-ინჰიბიტორებით (ან არბ-ით) ან დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერებით, ვიდრე თიაზიდური დიურეტიკებით. (UpToDate 2023)</p>
<p><b>R71</b></p>	<p>მონოთერაპიის სახით გამოყენებისას, მითითებული 4 კლასის მედიკამენტი ხასიათდება ერთნაირი ეფექტით გულ-სისხლძარღვთა გართულებების საბოლოო წერტილების შემცირების თვალსაზრისით.</p> <p>თუმცა, აგფ-ინჰიბიტორისა და დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერის კომბინაცია შესაძლოა, უკეთესი დამცველობითი ეფექტით ხასიათდებოდეს გსდ შემთხვევებთან მიმართებაში, ვიდრე თიაზიდური დიურეტიკის კომბინაცია იგივე აგფ-ინჰიბიტორთან<sup>16</sup>.</p> <p>იმის გამო, რომ პაციენტთა უმრავლესობა, რომელიც იწყებს მკურნალობას მონოთერაპიით, გარკვეული პერიოდის შემდეგ, ჰიპერტენზიის კონტროლისთვის მაინც საჭიროებს კომბინირებულ თერაპიას, თერაპიის დაწყება იმ მედიკამენტით, რომელიც კომბინირებული პრეპარატის შემადგენლობაში შედის, უფრო მარტივი სტრატეგიაა, ვიდრე, მაგალითად, თიაზიდური დიურეტიკით დაწყება და კომბინირებული მკურნალობის საჭიროებისას თიაზიდის შეწყვეტა და კალციუმის არხების ბლოკერის/აგფ-ინჰიბიტორის (არბ-ს) კომბინაციის დამატება. (UpToDate 2023)</p>
<p><b>R72</b></p>	<p>მონოთერაპიის შემთხვევაში თიაზიდურ დიურეტიკს რეკომენდებულია უპირატესობა მივანიჭოთ აგფ-ი/არბ-სთან, ან კაბ-თან შედარებით, როდესაც სახეზეა შემუშება, ოსტეოპოროზი ან ნეფროლითიაზი ჰიპერკალციურიით. თიაზიდური დიურეტიკის შერჩევისას, ჰიდროქლორთიაზიდთან შედარებით უპირატესია თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკი (მაგალითად, ქლორტალიდონი, ინდაპამიდი)<sup>17</sup>.</p> <p>ქლორტალიდონი და ინდაპამიდი თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკებია,</p>

	რომლებიც ჰიდროქლორთიაზიდის ექვივალენტური დოზებით გამოყენებისას უკეთესი ეფექტურობით ხასიათდება. ამასთანავე, მათი მოქმედების ხანგრძლივობა აღემატება ჰიდროქლორთიაზიდისას (>24 საათზე vs 6-12 საათი). ეს შესაძლოა, არ მოქმედებდეს კლინიკაში გაზომილი წნევის ციფრებზე, როცა პრეპარატი მიიღება დილით, მაგრამ იწვევდეს ღამის წნევის მეტად დაქვეითებას. (UpToDate 2023)
<b>R73</b>	სპეციფიკური ჩვენების შემთხვევაში რეკომენდებულია ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის შერჩევა კონკრეტული კლასიდან (მაგალითად, მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტი პაციენტებში შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით, ბეტა-ბლოკერები პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით და ა. შ.). სპეციფიკური ინდიკატორები იხილეთ ცხრილი N5-ში. (UpToDate 2023)
<b>R74</b>	<p>არ გამოიყენოთ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების არაეფექტური ან სახიფათო კომბინაცია, კერძოდ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ერთდროულად არ უნდა დაინიშნოს აგვ ინჰიბიტორი და არბ, რადგანაც მათი კომბინაცია დაკავშირებულია არასასურველ გართულებებთან გულ-სისხლძარღვთა და თირკმლების მხრივ.</li> <li>- არ დაინიშნოთ რენინის პირდაპირი ინჰიბიტორი (მაგ.: ალისკირენი) აგვ-ინჰიბიტორთან ან არბ-სთან კომბინაციაში.</li> <li>- ბეტა ბლოკერი არ უნდა დაინიშნოს არადიჰიდროპირიდინულ კალციუმის არხების ბლოკერთან (მაგ.: ვერაპამილი, დილთიაზემი) ერთად, რადგანაც პრეპარატების ორივე კლასი ხასიათდება უარყოფითი ინოტროპული და ქრონოტროპული ეფექტით.</li> <li>- მოერიდეთ ალფა-ბლოკერის (მაგ.: პრაზოსინის) და ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორის (მაგ.: კლონიდინის) ერთდროულად დანიშვნას, რადგანაც აღნიშნულმა შესაძლოა გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ორთოსტატური ჰიპოტენზია.</li> <li>- სხვა კომბინაციებისგან განსხვავებით, რომელთაც დამატებითი ანტიჰიპერტენზიული ეფექტი გააჩნიათ, ბეტა ბლოკერის და ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორის (მაგ.: კლონიდინის) ერთდროული დანიშვნა ნაკლებად ეფექტური და სარისკო კომბინაციაა, რის გამოც რეკომენდებულია მისი მორიდება. (UpToDate 2023)</li> </ul>

**ჰიპერტენზიის მართვა გავრცელებული თანმხლები დაავადებების დროს**

<p><b>R75</b></p>	<p><b>კორონარული არტერიების დაავადება (კად)</b> - კად-ის და ჰიპერტენზიის ერთდროული არსებობა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შემთხვევათა დაახლოებით 25-30%-ში გვხვდება (ISH 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება (თამბაქო, დიეტა, ფიზიკური აქტივობა).</li> <li>× წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი <math>\geq 140/90</math> მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის <math>&lt; 130/80</math> მმ ვწყ სვ მიღწევამდე (ხანდაზმულებში შესაძლებელია <math>&lt; 140/80</math> სამიზნის გათვალისწინება).</li> <li>× რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ბლოკერები, ბეტა-ბლოკერები წნევის ციფრების მიუხედავად, კალციუმის არხების ბლოკერებთან ერთად ან მათ გარეშე წარმოადგენენ პირველი არჩევის მკურნალობას.</li> <li>× ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია - დსლ უნდა დაქვეითდეს <math>&lt; 55</math> მგ/დლ (1.4 მმოლ/ლ) სამიზნემდე/</li> <li>× ანტიაგრეგანტული თერაპია ასპირინით რეკომენდებულია რუტინულად.</li> </ul>
<p><b>R76</b></p>	<p><b>ინსულტი</b> - ჰიპერტენზია იშემიური და ჰემორაგიული ინსულტის ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია. ინსულტის პრევენცია შესაძლებელია არტერიული წნევის კონტროლით. წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი <math>\geq 140/90</math> მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის <math>&lt; 130/80</math> მმ ვწყ სვ მიღწევამდე (ხანდაზმულებში შესაძლებელია <math>&lt; 140/80</math> სამიზნის გათვალისწინება). (ISH 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ბლოკერები, კალციუმის არხების ბლოკერები და დიურეტიკები წარმოადგენენ პირველი არჩევის მკურნალობას.</li> <li>× იშემიური ინსულტის დროს აუცილებელია ლიპიდ დამაქვეითებელი თერაპია, რათა დსლ-ქოლესტეროლი დაქვეითდეს <math>&lt; 70</math> მგ/დლ-მდე (1.8 მმოლ/ლ)</li> <li>× ანტიაგრეგანტული თერაპია რუტინულად რეკომენდებულია იშემიური, მაგრამ არა ჰემორაგიული ინსულტის დროს და სიფრთხილით უნდა დაინიშნოს ჰემორაგიული ინსულტის შემთხვევაში, მხოლოდ მყარი ჩვენებების არსებობისას.</li> </ul>
<p><b>R77</b></p>	<p><b>გულის უკმარისობა</b> - ჰიპერტენზია წარმოადგენს გულის უკმარისობის</p>

	<p>განვითარების რისკფაქტორს როგორც დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით (HF<sub>r</sub>EF), ისე შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით (HF<sub>p</sub>EF). გულის უკმარისობისა და ჰიპერტენზიის თანაარსებობისას კლინიკური გამოსავალი უარესდება, ხოლო სიკვდილიანობა მატულობს (ISH 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის ცვლილება (დიეტა და ფიზიკური აქტივობა);</li> <li>× ჰიპერტენზიის მკურნალობა მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს გულის უკმარისობის ინციდენტობასა და მასთან დაკავშირებულ ჰოსპიტალიზაციაზე;</li> <li>× წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი <math>\geq 140/90</math> მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის <math>&lt; 130/80</math> მმ ვწყ სვ, მაგრამ <math>&gt; 120/70</math> მმ ვწყ სვ მიღწევამდე.</li> <li>× რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ბლოკერები, ბეტა-ბლოკერები და მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტები თანაბრად ეფექტურია კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესების კუთხით დადგენილი HF<sub>r</sub>EF-ის დროს, ხოლო რაც შეეხება დიურეტიკებს, მტკიცებულებები შემოიფარგლება მხოლოდ სიმპტომური გაუმჯობესების სასარგებლოდ.</li> <li>× კალციუმის არხების ბლოკერები ნაჩვენებია წნევის ცუდი კონტროლის შემთხვევაში.</li> <li>× ანგიოტენზინის რეცეპტორების-ნეპრილიზინის ინჰიბიტორი (ARNI; საკუბიტრილ-ვალსარტანი) ნაჩვენებია HF<sub>r</sub>EF-ის სამკურნალოდ აგფ ინჰიბიტორების/არბ-ს ალტერნატივის სახით.</li> <li>× მკურნალობის იგივე სტრატეგია განიხილება HF<sub>p</sub>EF-ის დროსაც, მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობის ოპტიმალური სტრატეგია უცნობია.</li> </ul>
<b>R78</b>	<p><b>თირკმლის ქრონიკული დაავადება</b> - ჰიპერტენზია ალბუმინურიის განვითარებისა და პროგრესირების, ასევე თირკმლის ქრონიკული დაავადების ძირითადი რისკფაქტორია (ISH 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× გლომერულური ფილტრაციის დაბალი სიჩქარე (eGFR) ასოცირებულია რეზისტენტულ ჰიპერტენზიასთან, შენიღბულ ჰიპერტენზიასთან და ღამის წნევის მომატებულ მაჩვენებლებთან.</li> <li>× წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი <math>\geq 140/90</math> მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის <math>&lt; 130/80</math> მმ ვწყ სვ მიღწევამდე (ხანდაზმულებში შესაძლებელია <math>&lt; 140/80</math> სამიზნის</li> </ul>



	<p>გათვალისწინება).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ინჰიბიტორები პირველი არჩევის მედიკამენტებია, რადგანაც მათი მეშვეობით ხდება არა მარტო წნევის დაქვეითება, არამედ ალბუმინურიის შემცირებაც.</li> <li>× შესაძლებელია კალციუმის არხების ბლოკერების და დიურეტიკების (მარყუჟოვანი დიურეტიკების, თუ eGFR &lt;30 მლ/წთ/1.73მ<sup>2</sup>) დამატება.</li> <li>× აუცილებელია eGFR-ის, მიკროალბუმინურიისა და სისხლში ელექტროლიტების მონიტორინგი.</li> </ul>
--	--

<b>R79</b>	<p><b>შაქრიანი დიაბეტი</b> - წნევა უნდა დაქვეითდეს, თუ მაჩვენებელი <math>\geq 140/90</math> მმ ვწყ სვ და მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სამიზნე მაჩვენებლის <math>&lt; 130/80</math> მმ ვწყ სვ მიღწევამდე (ხანდაზმულებში შესაძლებელია <math>&lt; 140/80</math> სამიზნის გათვალისწინება). (ISH 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× მკურნალობის სტრატეგია უნდა მოიცავდეს რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ინჰიბიტორებს (აგრეთვე, კალციუმის არხების ბლოკერებს და თიაზიდის მსგავს დიურეტიკებს).</li> <li>× მკურნალობა უნდა მოიცავდეს სტატინს პირველადი პრვენციის სახით, თუ დსლ-ქოლესტეროლი <math>&gt; 70</math> მგ/დლ (1.8 მმოლ/ლ) (სამიზნე ორგანოების დაზიანებისას) ან <math>&gt; 100</math> მგ/დლ (2.6 მმოლ/ლ) (გაურთულებელი დიაბეტის დროს). (ISH-2020)</li> <li>× გლუკოზის დამაქვეითებელი თერაპია იხილეთ დიაბეტის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში.</li> </ul>
------------	--

**რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მართვა**

<b>R80</b>	<p>ჰიპერტენზია განისაზღვრება როგორც მკურნალობისადმი რეზისტენტული, თუ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- შერჩეული თერაპიული სტრატეგიის ოპტიმალური დოზები (ან კარგად გადასატანი დოზები) სამი ან მეტი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტით: დიურეზული საშუალება (თიაზიდი/თიაზიდის ტიპის შარდმდენის, ან მარყუჟის შარდმდენი), აგფ-ინჰიბიტორი ან არ-ბლოკერი და კალციუმის ანტაგონისტი, ვერ აქვეითებს საწ და დაწ-ს <math>&lt; 140</math> და/ან <math>&lt; 90</math> შესაბამისად, და ასევე</li> <li>- აწ-ის არაადეკვატური კონტროლი დადასტურებულია წნევის ამბულატორიული მონიტორირებით ან სახლის მონიტორირებით და ასევე:</li> </ul>
------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- გამოირიცხება ფსევდოჰიპერტენზიის სხვადასხვა მიზეზები, განსაკუთრებით მედიკამენტების მიმართ ცუდი დამყოლობა, და მეორადი ჰიპერტენზია. (ESC/ESH 2018)</li> </ul>
<b>R81</b>	<p>რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ჯანსაღი ცხოვრების წესის რეკომენდაციების გამლიერება, განსაკუთრებით ნატრიუმის შეზღუდვა;</li> <li>- არსებულ მკურნალობაზე სპირონოლაქტონის დაბალი დოზების დამატება თუ სავარაუდო გფს <math>\geq 45</math> მლ/წთ და კალიუმი სისხლის პლაზმაში <math>\leq 4.5</math> მმოლ/ლ.;</li> <li>- ან დამატებითი შარდმდენებით მკურნალობა სპირონოლაქტონის აუტანლობის შემთხვევაში, ეპლერენონის, ამილორიდის ან დიდი დოზით თიაზიდის/თიაზიდის ტიპის შარდმდენის, ან მარყუჟის შარდმდენის დამატება.</li> <li>- ან დამატებით ბისოპროლოლი ან დოქსაზოზინი. ((ESC/ESH 2018))</li> </ul>
<b>სპეციალისტთან რეფერალის ჩვენებები</b>	
<b>R82</b>	<p>რეკომენდებულია პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან იმავე დღეს თუ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- თუ პაციენტს აღენიშნება მძიმე ჰიპერტენზია (კლინიკაში გაზომილი წნევა 180/120 მმ ვწყ სვ ან უფრო მაღალი) და:</li> <li>- ბადურის სისხლჩაქცევის ან მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპების ნიშნები (მხედველობის უეცარი გაუარესება, გაორება), რაც ავთვისებიანი ჰიპერტენზიაზე მიანიშნებს ან</li> <li>- სიცოცხლისთვის საშიში ნიშნები, როგორცაა მწვავედ განვითარებული ცნობიერების დაბინდვა, ტკივილი გულის არეში, გულის უკმარისობის ან თირკმლის მწვავე დაზიანების ნიშნები. (NICE 2019)</li> </ul>
<b>R83</b>	<p>სპეციალისტთან რეფერალი აუცილებელია, თუ ეჭვია მეორად ჰიპერტენზიაზე (მაგალითად ჰიპოკალემია, ჰემატურია, პროტეინურია, ფეოქრომოციტომის ნიშნები და სხვა). (ESC/ESH 2018, NICE 2019)</p>
<b>R84</b>	<p>რეკომენდებულია გაიგზავნოს სპეციალისტთან 40 წელზე ნაკლები ასაკის პირები მეორადი ჰიპერტენზიის გამოირიცხვისა და მკურნალობის სარგებელისა და რისკების გრძელვადიანი ბალანსის დეტალური შეფასების მიზნით. (ESC/ESH 2018)</p>

<b>R85</b>	რეკომენდებულია სპეციალისტის კონსულტაცია დადასტურებული რეზისტენტული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში მეოთხე ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის დამატების მიზნით.
<b>R86</b>	სპეციალისტის კონსულტაცია რეკომენდებულია, თუ წნევის კონტროლის მიღწევა ვერ ხერხდება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის 4 მედიკამენტით მკურნალობის შემთხვევაში. (ESC/ESH 2018)
<b>R87</b>	პაციენტის გაგზავნა საკონსულტაციოდ სპეციალისტთან რეკომენდებულია სპეციფიკური გარემოებების შემთხვევაში, მაგალითად ორსულობის, შესაძლო „თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის“, წნევის ციფრების უჩვეულო ცვალებადობის დროს.(ESC/ESH 2018)
<b>R88</b>	<p>თუ სისტოლური წნევა 20 მმ ვწყ სვ-ით და მეტად ეცემა პაციენტის წამოდგომისას, რეკომენდებულია: (ESC/ESH 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- მედიკამენტური მკურნალობის გადახედვა;</li> <li>- წნევის შემდგომი გაზომვა პაციენტის ფეხზე მდგომ პოზიციაში;</li> <li>- სპეციალისტთან რეფერალის შესაძლებლობის გათვალისწინება პოსტურალური ჰიპოტენზიის სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში.</li> </ul>
<b>ჰიპერტენზიის გადაუდებელი მდგომარეობები</b>	
<b>R89</b>	<p>ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობა განისაზღვრება, როგორც არტერიული წნევის მკვეთრი მატება, რომელიც ასოცირებულია სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანებასთან. სამიზნე ორგანოებია ბადურა, თავის ტვინი, გული, მსხვილი სისხლძარღვები და თირკმელები. ეს მდგომარეობა მოითხოვს სასწრაფო დიაგნოსტიკურ შეფასებას და არტერიული წნევის დაუყოვნებელ დაქვეითებას ორგანოთა პროგრესული დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით. აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და ინტრავენური თერაპია. ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შერჩევა დამოკიდებულია სამიზნე ორგანოს დაზიანების ტიპზე. ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის სპეციფიკური კლინიკური პრეზენტაციებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>ავთვისებიანი ჰიპერტენზია:</b> არტერიული წნევის მძიმე მკვეთრი მატება (ჩვეულებრივ, &gt;200/120 მმ ვწყ სვ), რომელიც ასოცირებულია პროგრესირებად ბილატერალურ რეტინოპათიასთან (სისხლჩაქცევები, მხედველობის დვრილის შეშუპება).</li> <li>→ <b>ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია:</b> არტერიული წნევის ძლიერი მატება,</li> </ul>

	<p>რომელიც ასოცირებულია ლეთარგიასთან, კრუნჩხვებთან, ქერქული სიბრმავის განვითარებასთან და კომასთან, სხვა თვალსაჩინო მიზეზების არარსებობისას.</p> <p>→ <b>ჰიპერტენზიული თრომბოზული მიკროანგიოპათია:</b> არტერიული წნევის ძლიერი მატება, რომელიც ასოცირებულია ჰემოლიზსა და თრომბოციტოპენიასთან სხვა თვალსაჩინო მიზეზის არარსებობისას და უმჯობესდება წნევის დამაქვეითებელი თერაპიის ფონზე.</p> <p>→ <b>ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის სხვა პრეზენტაციები მოიცავს</b> არტერიული წნევის მკვეთრ მატებას, რომელიც ასოცირებულია თავის ტვინში სისხლჩაქცევასთან, მწვავე ინსულტთან, მწვავე კორონარულ სინდრომთან, კარდიოგენურ ფილტვის შეშუპებასთან, აორტის ანევრიზმის განშრევებასთან, მძიმე პრეეკლამფსიასა და ეკლამფსიასთან.</p> <p>ძლიერ მომატებული არტერიული წნევა, რომელიც არ არის ასოცირებული სამიზნე ორგანოების დაზიანებასთან, არ ითვლება გადაუდებელ ჰიპერტენზიულ მდგომარეობად და შესაძლებელია მისი მკურნალობა პერორალური ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით. (ISH-2020)</p>
<p><b>R90</b></p>	<p>ჰიპერტენზიის გადაუდებელი მდგომარეობის კლინიკური სურათი შესაძლოა სხვადასხვაგვარად იყოს წარმოდგენილი და ძირითადად, განპირობებულია დაზიანებული სამიზნე ორგანოს ტიპით. არ არსებობს არტერიული წნევის სპეციფიკური ზღურბლი ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის დეფინიციის კუთხით.</p> <p><b>პაციენტი, შესაძლოა, წარმოადგენდეს შემდეგ სიმპტომებს:</b> თავის ტკივილი, მხედველობის დარღვევა, ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, ნევროლოგიური სიმპტომები, თავბრუსხვევა და სხვა არასპეციფიკური ჩივილები.</p> <p><b>სამედიცინო ანამნეზი:</b> ფონური ჰიპერტენზია, სიმპტომების დაწყება და ხანგრძლივობა, პოტენციური მიზეზები (დამყოლობის არარსებობა მედიკამენტურ დანიშნულებასა და ცხოვრების სტილის ცვლილებაზე, არტერიული წნევის მატების გამომწვევი პრეპარატების პარალელური გამოყენება: ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები, სტეროიდები, იმუნოსუპრესანტები, სიმპატომიმეტიკები, კოკაინი, ანტიანგიოგენეზური თერაპია).(ISH-2020)</p>
<p><b>R91</b></p>	<p><b>სრულყოფილი ფიზიკური გასინჯვა:</b> გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის შეფასება.</p> <p><b>ლაბორატორიული კვლევები:</b> ჰემოგლობინი, თრომბოციტები, კრეატინინი, ნატრიუმი, კალიუმი, ლაქტატდეჰიდროგენაზა (ლდჰ), ჰაპტოგლობინი, შარდში ცილა, შარდის ნალექი.</p> <p><b>გასინჯვა:</b> ფუნდოსკოპია, ეკგ</p> <p><b>დამატებითი გამოკვლევები</b> შესაძლებელია საჭირო გახდეს კლინიკური სურათიდან და გასინჯვის შედეგებიდან გამომდინარე და მოიცავდეს შემდეგ ტესტებს: ტროპონინი (გულის არეში ტკივილს დროს), გულმკერდის</p>

	<p>რენტგენოგრაფია (შეგუბების/სითხის შეკავების დროს), ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია (გულის სტრუქტურისა და ფუნქციის შეფასების მიზნით, თავის ტვინის კტ/მრტ (სისხლჩაქცევის/ინსულტის დასადგენად), გულმკერდის/მუცლის კტ/ანგიოგრაფია (აორტის მწვავე პათოლოგიის გამოსავლენად).</p> <p>ავთვისებიანი ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა დაახლოებით 20-40%-ში შესაძლებელია მეორადი მიზეზების აღმოჩენა და რეკომენდებულია შესაბამისი დიაგნოსტიკური კვლევები საექვო მეორადი ჰიპერტენზიის გამორიცხვის ან დადგენის მიზნით. (ISH-2020)</p>
<p><b>R92</b></p>	<p><b>დიაგნოსტიკური ტესტები და თერაპიული მართვა მწვავე პერიოდში</b> - ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის მქონე პაციენტის მკურნალობის ზოგადი მიზანია არტერიული წნევის კონტროლირებული დაქვეითება უსაფრთხო მაჩვენებლებამდე, სამიზნე ორგანოების შემდგომი დაზიანების პრევენციის ან შემცირების მიზნით, ჰიპოტენზიისა და მასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილების პარალელურად. მართვა უნდა განხორციელდეს ჰოსპიტალში.</p> <p>მაღალი ხარისხის მტკიცებულებები წნევის დაქვეითების სამიზნისა და ტემპის შესახებ არ მოიპოვება და რეკომენდაციების უმეტესობა ეფუძნება ექსპერტულ შეთანხმებას. სამიზნე ორგანოს დაზიანების ტიპი წარმოადგენს მკურნალობის არჩევნის ძირითად განმაპირობებელ ფაქტორს.</p> <p>აწ-ის დაქვეითების ტემპი და სიდიდე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული კლინიკურ კონტექსტზე. მაგალითად, ფილტვის მწვავე შემუშება და აორტის განშრევა მოითხოვს აწ-ის სწრაფ დაქვეითებას, მაშინ, როცა წნევის ციფრები, რომელიც არ აღემატება 220/120 მმ ვწყ სვ-ს, ზოგადად კარგად აიტანება გარკვეული პერიოდის განმავლობაში მწვავე იშემიური ინსულტის დროს.</p> <p>ცხრილი 6-ში წარმოდგენილია წნევის დაქვეითების რეკომენდებული პერიოდები და უპირატესი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები გადაუდებელი ჰიპერტენზიული მდგომარეობის გავრცელებული კლინიკური პრეზენტაციების შემთხვევაში.</p> <p>პრეპარატის შერჩევაზე, სავარაუდოდ, მოქმედებს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა და ცალკეული პრეპარატის გამოყენების ლოკალური გამოცდილება. ლაბეტალოლი და ნიკარდიპინი ზოგადად უსაფრთხო პრეპარატებია ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის ყველა შემთხვევაში და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ხდება ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის მართვა. ნიტროგლიცერინი და ნიტროპრუსიდი უპირატესი მედიკამენტებია გულისა და აორტის დაზიანებით მიმდინარე ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობისას. (ISH-2020)</p>
<p><b>R93</b></p>	<p><b>სპეციფიკური სიტუაციები:</b></p> <p><b>სიმპათიკური ნერვული სისტემის ჰიპერრეატიულობა:</b> ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით (ამფეტამინი, კოკაინი და სხვა) ინტოქსიკაციით გამოწვეული ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის შემთხვევაში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დაწყებამდე რეკომენდებულია</p>



	<p>ბენზოდიაზეპინების გამოყენება. არტერიული წნევის დამატებითი დაქვეითების საჭიროებისას ფენტოლამინი (კონკურენტული ალფა-რეცეპტორების ბლოკერი) და კლონიდინი (ცენტრალური სიმპატოლიტიკი დამატებითი სედაციური თვისებებით) რეკომენდებული პრეპარატებია. ნიკარდიპინი და ნიტროპრუსიდი მისაღები ალტერნატივებია.</p> <p><b>ფეოქრომოციტომა:</b> ფეოქრომოციტომასთან ასოცირებული ჰიპერადრენერგული სტატუსი კარგად ემორჩილება ფენტოლამინით მკურნალობას. ჰიპერტენზიის პროგრესირების პრევენციის მიზნით ბეტა-ბლოკერების გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ ალფა-ბლოკერების შემდეგ. ურაპიდილი და ნიტროპრუსიდი დამატებითი მისაღები ალტერნატივებია. (ISH-2020)</p> <p><b>პრეეკლამფსია/ეკლამფსია:</b> იხილეთ შესაბამისი გაიდლაინი<sup>18</sup>.</p>
<p><b>ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტების მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ</b></p>	
<p><b>R94</b></p>	<p>იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი გამოეწერა საავადმყოფოდან ჰიპერტენზიულ გადაუდებელ მდგომარეობასთან, ან ჰიპერტენზიით გამოწვეულ გართულებასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, მეთვალყურეობის ვიზიტის განხორციელება რეკომენდებულია გაწერიდან 2 კვირის ვადაში (თუ შესაძლებელია და თუ პჯდ პროვაიდერს აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით). (UpToDate 2023)</p>
<p><b>R95</b></p>	<p>მეთვალყურეობის ვიზიტზე პაციენტთან ერთად განიხილეთ შემდეგი საკითხები: ძირითადი დიაგნოზი და თანმხლები პრობლემები, კლინიკური სტატუსი, მკურნალობის გეგმა და სამიზნეები, დანიშნული მედიკამენტები და განსხვავება ჰოსპიტალიზაციამდელი დანიშნულებისგან, საჭირო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, შემდგომი მეთვალყურეობის სიხშირე (დეტალებისთვის იხილეთ ჰიპერტენზიის მართვის კლინიკური გზამკვლევი). (UpToDate 2023)</p>
<p><b>R96</b></p>	<p><b>მეთვალყურეობა ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის შემდეგ -</b> ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის მქონე პაციენტები გულ-სისხლძარღვთა და თირკმლის დაავადების მომატებული რისკის ქვეშ იმყოფებიან.</p> <p>აუცილებელია პოტენციური გამომწვევი მიზეზის და სამიზნე ორგანოების დაზიანების სრულყოფილი შეფასება ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის რეციდივის პრევენციის მიზნით.</p> <p>ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური თერაპიის კორექტირება და გამართივება, ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული რჩევების პარალელურად, ხელს შეუწყობს მკურნალობაზე დამყოლობისა და აწ-ის გრძელვადიანი კონტროლის გაუმჯობესებას.</p>

	რეკომენდებულია რეგულარული და ხშირი (თვეში ერთხელ) მეთვალყურეობა სამიზნე წნევის და იდეალურ შემთხვევაში, სამიზნე ორგანოების დაზიანების რეგრესის მიღწევამდე. (ISH-2020)
<b>ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის შემდგომი მეთვალყურეობა</b>	
<b>R97</b>	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნის შემდეგ რეკომენდებულია პაციენტის მდგომარეობის შეფასება სისხლის წნევის კონტროლის მხრივ და დანიშნული მკურნალობის გვერდითი ეფექტების განხილვა. (ESC/ESH 2018)
<b>R98</b>	რეკომენდებულია პირველადი შეფასების ჩატარება პირველი 2 თვის განმავლობაში, შეფასების სიხშირე დამოკიდებული უნდა იყოს ჰიპერტენზიის სიმძიმის, სამიზნე წნევის, სისხლის წნევის კონტროლის მიღწევის სისწრაფის აუცილებლობასა და პაციენტის თანმხლებ დაავადებებზე.  - SPC – ერთაზიანმა ფიქსირებულმა თერაპიამ უნდა დააქვეითოს სისხლის წნევა 1-2 კვირის განმავლობაში და ეს ეფექტი უნდა გაგრძელდეს მომდევნო 2 თვის განმავლობაში. (ESC/ESH 2018)
	სისხლის წნევის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევის შემდეგ რეკომენდებულია კონსულტაციების ინტერვალის დაგეგმვა იმის მიხედვით, თუ რამდენად საჭიროა თანმხლები დაავადებების მონიტორინგი ან რენალური ფუნქციის შეფასება, ასევე, გრძელვადიანი დამყოლობა, ინტერვალის განისაზღვრება 3-12 თვემდე. (ESC/ESH 2018).  ჰიპერტენზიის მეთვალყურეობის მიზნით გამოიყენეთ ქრონიკული დაავადებების მეთვალყურეობის ფურცელი (ე.წ. ფლოუშიტი) - იხილეთ დანართი №4.

**ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის რუტინული მართვა**

შეაფასეთ	პერიოდულობა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე



წელის გარშემოწერილობა	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან სამ თვეში ერთხელ თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას <sup>ა</sup>
სმი	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან სამ თვეში ერთხელ თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას
გსდ რისკი	დიაგნოსტიკის დროს, შემდეგ წელიწადში ერთხელ <sup>ბ</sup>
გლუკოზა	წელიწადში ერთხელ
სავარაუდო გფს	წელიწადში ერთხელ <sup>ც</sup>
შარდის ანალიზი ტესტ-ჩხირით	წელიწადში ერთხელ თუ ანალიზში განმეორებით აღმოჩნდა სისხლი ან ცილა, მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი. თუ აღმოჩნდა გლუკოზა, ჩაატარეთ სკრინინგი დიაბეტზე
ლიპიდური პროფილი	დიაგნოსტიკის დროს, შემდეგ რისკის მიხედვით.
ეკგ	წელიწადში ერთხელ ან რისკის მიხედვით

## 9 აუდიტის კრიტერიუმები

### სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას ჰიპერტენზიის მართვის პროტოკოლი;
2. აქვთ თუ არა ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს ჩატარებული სწავლება პროტოკოლის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ
3. აქვს თუ არა დაწესებულებას ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის შესაფასებელი მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტი (ელექტრონული სამედიცინო ისტორია, ფლოუშიტი, დაავადების რეესტრი)

### პროცესის აუდიტი

1. კლინიკაში მომართული ჯანმრთელი ან ახალი პაციენტების წილი, რომელთაც წლის მანძილზე გაეზომათ წნევა ჰიპერტენზიის სკრინინგის მიზნით;
2. მაღალი ნორმული (130<საწ<140, ან 80<დაწ<90) წნევის მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც გაეზომათ წნევა წლის განმავლობაში;
3. ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც შეუფასდათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი სტანდარტული ინსტრუმენტით;

<sup>ა</sup> სამიზნე უნდა იყოს <80 სმ ქალებში და <94 სმ მამაკაცებში

<sup>ბ</sup> თუ პაციენტს აქვს გსდ ან დიაბეტი, რისკის შეფასება საჭირო არ არის. იგი ასახავს გულის შეტევის ან ინსულტის განვითარების რისკს მომდევნო 10 წლის განმავლობაში

<sup>ც</sup> გლომერულარული ფილტრაციის სიხშირე ასახავს თირკმლის ფუნქციონირებას. თუ სავარაუდო გფს < 60, მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი.

4. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტთა წილი, რომელთაც წლის განმავლობაში რუტინულად ჩაუტარდათ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები:

- ა) სისხლში გლუკოზა;
- ბ) სისხლში კრეატინინი;
- გ) შარდში ალბუმინი
- დ) სავარაუდო გფს
- ე) ლიპიდური სპექტრი
- ვ) ეკგ
- ზ) ფუნდოსკოპია

5. პაციენტთა წილი, რომელთაც წელიწადში ერთხელ ჩაუტარდათ ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეფასება:

- ა) სმი/წელის გარშემოწერილობა
- ბ) ფიზიკური აქტივობა
- გ) დიეტა/სუფრის მარილი/ალკოჰოლი
- დ) მწეველობა

6. პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსულტირება ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების შესახებ;

7. პაციენტთა წილი, რომელთაც უტარდებათ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა პირველი არჩევის პრეპარატებით: აგფ-ინჰიბიტორები, არბ, კალციუმის არხების ბლოკერები, თიაზიდური დიურეტიკები.

### **გამოსავლის აუდიტი**

1. პაციენტთა წილი, სადაც წლის მანძილზე მიღწეულია არტერიული წნევის კონტროლი: <140/90მმ ვწყ სვ, დიაბეტის დროს <130/80მმვწყ სვ.

## **10 პროტოკოლის გადახედვის ვადები**

სასურველია პროტოკოლი გადაიხედოს და შეივსოს გამოყენებული წყაროების განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

## **11 პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი**

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი, მოცემულია ცხრილში.

ადამიანური		
ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, მიმდინარე მეთვალყურეობა, დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
ექთანი	პაციენტის ანთროპომეტრიული პარამეტრების გაზომვა/დოკუმენტირება. პაციენტის განათლება ქცევითი რისკფაქტორების, მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის, გვერდითი ეფექტების, გართულებების რისკის შესახებ, საექთნო დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
ოფთალმოლოგი	ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის სკრინინგი, შეფასება და მართვა	სავალდებულო
რეგისტრატორი	პაციენტის გამოძახება, ჩაწერის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები		
ეკვ, ოფთალმოსკოპი, ლაბორატორიული კვლევების უზრუნველყოფა (სისხლის საერთო, ელექტროლიტები, კრეატინინი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები,	პროტოკოლით მოცული ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების განხორციელება პაციენტის შეფასებისა და მეთვალყურეობის მიზნით	სავალდებულო

<p>გლუკოზა სისხლში, შარდის საერთო ანალიზი, ცილა შარდში და ჰემატურია, კრეატინინი, ლიპიდური სპექტრი და სხვ.</p>		
<p>პაციენტის ელექტრონული საგანმანათლებლო მასალები</p>	<p>პაციენტის ინფორმირება ჰიპერტენზიის სამიზნე ორგანოების დაზიანებაზე, მედიკამენტური ჩარევის ზღურბლსა და სამიზნე წნევაზე, ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის სქემასა და გვერდით ეფექტებზე, ქცევითი რისკფაქტორების მოდიფიცირებისა და დიეტური რეკომენდაციების დაცვის მნიშვნელობის შესახებ.</p>	<p>სასურველი</p>

## 12 სამუშაო ჯგუფი:

პროტოკოლი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ:

მარინა შიხაშვილი - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის წამყვანი კლინიკური ექსპერტი

ნატო შენგელია - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის კლინიკური ექსპერტი

ირინა ქაროსანიძე - საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის პრეზიდენტი

გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის პრეზიდენტი

თამაზ შაბურიშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კარდიოლოგიის მიმართულების სრული პროფესორი; რეცენზენტი

საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ოჯახის ექიმთა ჯგუფი - რეცენზენტები.

## დანართი №1. ცხრილები

ACC/AHA 2017, ESC/ESH 2018 და ISH-2020 გაიდლაინების ძირითადი მსგავსება და განსხვავება<sup>19</sup>

ძირითადი საკითხები	ACC/AHA 2017	ESC/ESH 2018	ISH 2020
<b>განსხვავებები</b>			
ჰიპერტენზიის განმარტება/კლასიფიკაცია	<p><b>ნორმალური:</b> &lt; 120/80მმ ვწყ სვ</p> <p><b>მომატებული:</b> 120-129/&lt;80მმ ვწყ სვ</p> <p><b>I სტადიის ჰიპერტენზია</b> - 130-139/80-89მმ ვწყ სვ;</p> <p><b>II სტადიის ჰიპერტენზია</b> - <math>\geq 140/90</math> მმ ვწყ სვ.</p>	<p><b>ოპტიმალური:</b> საწ&lt;120 და დაწ&lt;80</p> <p><b>ნორმალური:</b> საწ 120 – 129 და/ან დაწ 80–84</p> <p><b>მაღალი ნორმული:</b> საწ 130 – 139 და/ან დაწ 85–89</p> <p><b>I ბ. ჰიპერტენზია:</b> საწ 140 – 159 და/ან დაწ 90–99</p> <p><b>II ბ. ჰიპერტენზია:</b> საწ 160 – 179 და/ან დაწ 100 – 109</p> <p><b>III ბ. ჰიპერტენზია:</b> საწ <math>\geq 180</math> და/ან დაწ <math>\geq 110</math></p>	<p><b>ნორმალური:</b> საწ&lt;130 და დაწ&lt;85</p> <p><b>მაღალი ნორმული:</b> საწ 130 – 139 და/ან დაწ 85–89</p> <p><b>I ბ. ჰიპერტენზია:</b> საწ 140 – 159 და/ან დაწ 90–99</p> <p><b>II ბ. ჰიპერტენზია:</b> საწ <math>\geq 160</math> და/ან დაწ <math>\geq 100</math></p>
ჩარევის ზღურბლი	>130/80 მმ ვწყ სვ	$\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ	იგივე, რაც ESC-ESH გაიდლაინში <b>ესენციური:</b> ფოკუსი მე-2 ხარისხის და მაღალი რისკის 1-ლი ხარისხის ჰიპერტენზიაზე შეზღუდული რესურსების პირობებში
სამიზნე წნევა	<130/80 მმ ვწყ სვ	სისტოლური წნევა <140 მმ ვწყ სვ და შემდგომი დაქვეითება 130 მმ ვწყ სვ-მდე	<b>ოპტიმალური:</b> <130/80, ინდივიდუალური მიდგომა ხანდაზმულებში უძლურობის გათვალისწინებით <b>ესენციური:</b> აწ დაქვეითება 20/10მმ ვწყ სვ-ით და იდეალურ შემთხვევაში <140/90-მდე, ინდივიდუალური მიდგომით ხანდაზმულებში, დაუძლურების გათვალისწინებით
სამიზნე წნევა თანმხლები დაავადებების დროს			

≥65 წელზე	<130/80 მმ ვწყ სვ	130 -დან <140/70 -79 მმ ვწყ სვ	<130/80 მმ ვწყ სვ, ინდივიდუალური მიდგომით ხანდაზმულებში, დაუძლურების გათვალისწინებით
შაქრიანი დიაბეტი	<130/80 მმ ვწყ სვ	130-მდე (ან მეტად კარგი ამტანობისას)/70 - 79 მმ ვწყ სვ	<130/80 მმ ვწყ სვ (<140/80 ხანდაზმულებში)
კორონარული არტერიების დაავადება	<130/80 მმ ვწყ სვ	130-მდე (ან მეტად კარგი ამტანობისას)/70 - 79 მმ ვწყ სვ	<130/80 მმ ვწყ სვ (<140/80 ხანდაზმულებში)
თირკმლის ქრონიკული დაავადება (eGFR <60 მლ/წთ/1.73მ <sup>2</sup> )	<130/80 მმ ვწყ სვ	130 -დან <140/70 -79 მმ ვწყ სვ	<130/80 მმ ვწყ სვ (<140/80 ხანდაზმულებში)
ინსულტის შემდგომი	<130/80 მმ ვწყ სვ	130-მდე (ან მეტად კარგი ამტანობისას)/70 - 79 მმ ვწყ სვ	<130/80 მმ ვწყ სვ (<140/80 ხანდაზმულებში)
საწყისი კომბინირებული მედიკამენტური თერაპია	საწყისი ერთაბიანი კომბინირებული თერაპია პაციენტებში, რომელთა წნევა აღემატება სამიზნეს >20/10 მმ ვწყ სვ-ით	საწყისი ერთაბიანი კომბინირებული თერაპია პაციენტებში, რომელთა წნევა ≥140/90 მმ ვწყ სვ	<b>ოპტიმალური:</b> იდეალურ შემთხვევაში აფგ-ი/არბ+კაბ ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაცია უმეტესობისთვის, ან კაბ+თდ აფრიკული წარმოშობის პაციენტებში. სხვა მედიკამენტები იგივე, რაც ESC-ESH <b>ესენციური:</b> შეძლებისდაგვარად ისე, როგორც ზემოთ მითითებული, ან ნებისმიერი ხელმისაწვდომი მედიკამენტი აწ-ის დაქვეითების დადასტურებული ეფექტით
<b>მსგავსებები</b>			
ბინაზე წნევის მონიტორინგის (HBPM) მნიშვნელობა	- ბინაზე წნევის გაზომვა დღეში ორჯერ, დილა-საღამოს, 1 კვირის მანძილზე, კლინიკაში ვიზიტამდე  - ბინაზე წნევის საზომი აპარატის ყოველწლიური შემოწმება კალიბრაციაზე		<b>ოპტიმალური:</b> იგივე <b>ესენციური:</b> წნევის გაზომვა კლინიკაში, დადასტურება ABPM-ით ან ბინაზე წნევის მონიტორინგით, <u>თუ შესაძლებელია</u>



მედიკამენტური თერაპია	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ბეტა-ბლოკერების გამოყენება შეზღუდულია სპეციფიკური ჩვენებებით</li> <li>- საწყისი თერაპიის სახით რეკომენდებულია ერთაბიანი კომბინირებული პრეპარატი</li> </ul>	- იგივე
მეთვალყურეობა	<ul style="list-style-type: none"> <li>- არადამაკმაყოფილებელი დამყოლობის იდენტიფიცირება და ფოკუსირება დამყოლობის გაუმჯობესებაზე</li> <li>- წნევის ტელემონიტორინგის და მეთვალყურეობის ციფრული ტექნოლოგიების წახალისება.</li> </ul>	- იგივე

ესენციური ჰიპერტენზიის მართვის ახალ ეროვნულ სტანდარტში, რომელიც ძირითადად ეყრდნობა ევროპულ სახელმძღვანელოს (ESC/ESH 2018), არის მნიშვნელოვანი განსხვავებები 2014 წლის ეროვნული გაიდლაინისგან, რომელთა ასახვაც აუცილებელი გახდა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დასაქმებული პრაქტიკოსი ექიმებისთვის.

ძირითადი განსხვავებები, ახალ ეროვნულ პროტოკოლსა და 2014 წლის გაიდლაინს შორის, შეჯამებულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

ძირითადი საკითხები	ეროვნული გაიდლაინი, 2014	ეროვნული პროტოკოლი, 2020
კლასიფიკაცია <sup>d</sup>	<b>JNC7:</b> <b>ნორმალური:</b> საწ<120 და დაწ <80 <b>პრეჰიპერტენზია:</b> საწ 120-139 და/ან დაწ 80-89 <b>ჰიპერტენზიის I სტადია:</b> საწ 140-159 და/ან დაწ 90-99 <b>ჰიპერტენზიის II სტადია:</b> საწ ≥160 და/ან დაწ ≥100	<b>2018 ESC/ESH:</b> <b>ოპტიმალური:</b> საწ<120 და დაწ<80 <b>ნორმალური:</b> საწ 120 –129 და/ან დაწ 80–84 <b>მაღალი ნორმული:</b> საწ 130 – 139 და/ან დაწ 85–89 <b>I ხ. ჰიპერტენზია:</b> საწ 140 – 159 და/ან დაწ 90–99 <b>II ხ. ჰიპერტენზია:</b> საწ 160 – 179 და/ან დაწ 100 – 109 <b>III ხ. ჰიპერტენზია:</b> საწ ≥ 180 და/ან დაწ ≥ 110
მედიკამენტური	ანტიჰიპერტენზიული	ანტიჰიპერტენზიული

<sup>d</sup> 2017 წლის ACC/AHA ამერიკული გაიდლაინის კლასიფიკაცია კიდევ უფრო დაბლა წევს ჰიპერტენზიის განმარტების ზღვარს. კერძოდ, ნორმალური < 120/80მმ ვწყ სვ, მომატებული 120-129/<80მმ ვწყ სვ, I სტადიის ჰიპერტენზია 130-139/80-89მმ ვწყ სვ; II სტადიის ჰიპერტენზია ≥140/90 მმ ვწყ სვ.

<p><b>მკურნალობის დაწყების ზღურბლი</b></p>	<p>ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია <b>60 წელზე ნაკლები</b> ასაკის პირებისთვის, რომელთა <b>არტერიული წნევა <math>\geq 140/90</math> მმ.ვწყ.სვ.</b></p> <p>ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია <b>60 წლის და მეტი ასაკის</b> პირებისთვის, რომელთა <b>არტერიული წნევა <math>\geq 150/90</math> მმ.ვწყ.სვ.</b></p>	<p>ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია <b>18-79 წლის</b> პირებისთვის, რომელთა <b>არტერიული წნევა <math>\geq 140/90</math> მმ.ვწყ.სვ.</b></p> <p>ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია <b><math>\geq 80</math> წლის</b> პირებისთვის, რომელთა <b>არტერიული წნევა <math>\geq 160/90</math> მმ.ვწყ.სვ.</b></p>
<p><b>ჰიპერტენზიის მკურნალობის სამიზნე</b></p>	<p><b>60 წელზე ნაკლები</b> ასაკის პირებისთვის არტერიული წნევის ოპტიმალურ სამიზნე დონედ რეკომენდებული წნევის მაჩვენებლები <b><math>&lt; 140/90</math> მმ.ვწყ.სვ</b></p> <p><b>60 წლის და მეტი</b> ასაკის პირებისთვის არტერიული წნევის ოპტიმალურ სამიზნე დონედ სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვისას რეკომენდებულია წნევის მაჩვენებლები <b><math>&lt; 150/90</math> მმ.ვწყ.სვ</b></p>	<p><b><math>&lt; 140/90</math> მმ.ვწყ.სვ.-მდე ყველა პაციენტში</b>, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია, წნევის მაჩვენებლები უნდა იქნეს დაქვეითებული <b><math>130/80</math> მმ.ვწყ.სვ.-მდე ან უფრო დაბლა</b>, პაციენტთა უმრავლესობაში.</p> <p>მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ <b><math>&lt; 65</math> წლის</b> ასაკის პაციენტებში რეკომენდებულია სისხლის წნევა დაქვეითება <b><math>120-129</math> მმ.ვწყ.სვ.-მდე</b> პაციენტთა უმრავლესობაში.</p> <p>შედარებით <b>ხანდაზმულ პაციენტებში (<math>\geq 65</math>)</b>, წნევის დამწევ მედიკამენტურ მკურნალობაზე სამიზნე საწ <b><math>130-139</math> მმ.ვწყ.სვ.</b></p> <p><b>დაწ სამიზნე <math>&lt; 80</math> მმ ვწყ სვ</b> ნებისმიერი რისკის პროფილის შემთხვევაში</p>
<p><b>მედიკამენტური</b></p>	<p><b>კომბინირებული</b></p>	<p>უმრავლეს პაციენტებში</p>

<p><b>მკურნალობის სტრატეგია</b></p>	<p>ანტიჰიპერტენზიული თერაპია რეკომენდებული იყო II სტადიის ჰიპერტენზიის დროს</p> <p>I სტადიის ჰიპერტენზიის შემთხვევაში კომბინირებული მედიკამენტური მკურნალობის გათვალისწინება შესაძლებელი იყო მაღალი გსდ რისკის შემთხვევაში</p>	<p>მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია ორი მედიკამენტის ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით (SPC), რათა გაუმჯობესდეს არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა და ეფექტურობა.</p> <p>რეკომენდებულია სამი პრეპარატის კომბინაცია – SPC (1 აბიანი ფიქსირებული კომბინაცია) ანგიოტენზინის რეცეპტორთა ბლოკერით (არბ), კალციუმის არხების ბლოკერით და შარდმდენით, თუ აწ არ არის კონტროლირებული ორმედიკამენტური – ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით.</p>
<p><b>გსდ 10 წლიანი რისკის შეფასება</b></p>	<p>ფრემინგემის რისკის შეფასების სკალა</p>	<p>უპირატესად SCORE რისკის შეფასების სქემა</p> <p>დამატებითი რისკის ფაქტორები:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჰიპერურიკემია</li> </ul> <p>გულისცემის სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში &gt;80/წთ</p>
<p><b>რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობა</b></p>	<p>მინერალკორტიკოიდების ანტაგონისტის (ვეროშპირონის), ამილორიდის ან ალფა-1 ბლოკერის დოქსაზოზინის დამატება მკურნალობაზე უკუჩვენების არარსებობის შემთხვევაში</p>	<p>მკურნალობაზე სპირონოლოაქტონის დამატება, ან თუ სპირონოლოაქტონის მიმართ ვლინდება აუტანლობა, შემდგომი დიურეზული თერაპია ეპლერენონის, ამილორიდის ან დიდი დოზით თიაზიდის/თიაზიდის ტიპის შარდმდენის, ან მარყუჟოვანი შარდმდენის დამატება. ან დამატებით ბისოპროლოლი ან დოქსაზოზინი.</p>

**ცხრილი N2. ჰიპერტენზიის რისკის გამარტივებული კლასიფიკაცია დამატებითი რისკფაქტორების, ჰიპერტენზიით გამოწვეული სამიზნე ორგანოების დაზიანების და დაავადების ანამნეზის გათვალისწინებით \***

სხვა რისკფაქტორები, სამიზნე ორგანოების დაზიანება, ან დაავადება	მაღალი ნორმალური საწ 130–139 დაწ 85–89	პირველი სტადია საწ 140–159 დაწ 90–99	მეორე სტადია + საწ ≥160 დაწ ≥100	
სხვა რისკფაქტორების არარსებობა	დაბალი	დაბალი	ზომიერი	მაღალი
1 ან 2 რისკფაქტორი	დაბალი	ზომიერი	მაღალი	
≥ 3 რისკფაქტორი	დაბალი	ზომიერი	მაღალი	მაღალი
სამიზნე ორგანოების დაზიანება, მე-3 სტადიის თქდ, დიაბეტი, გსდ	მაღალი	მაღალი	მაღალი	

\*მაგალითისთვის გამოყენებულია 60 წლის მამაკაცის რისკი. რისკის კატეგორია შეიძლება ცვალებადობდეს ასაკისა და სქესის მიხედვით

**ცხრილი 2.1 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის კატეგორიები ასაკის მიხედვით SCORE2 და SCORE2-OP-ს საფუძველზე პრაქტიკულად ჯანმრთელ ინდივიდებში**

	<50 წელზე	50–69 წლის	≥70 წელზე*
<b>დაბალიდან საშუალომდე გსდ რისკი:</b> რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად რეკომენდებული არ არის	<2.5%	<5%	<7.5%
<b>გსდ მაღალი რისკი:</b> რისკ ფაქტორების მურნალობა განხილული უნდა იქნას	2.5 - <7.5%	5 - <10%	7.5 - <15%
<b>მაღლიან მაღალი გსდ რისკი:</b> რისკფაქტორების მურნალობა ზოგადად რეკომენდებულია*	≥7.5%	≥10%	≥15%

გსდ=გულ-სისხლძარღვთა დაავადება; a-პრაქტიკულად ჯანმრთელ ≥70 წელზე ინდივიდებში, ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია IIb კლასის რეკომენდაციაა („შესაძლებელია განხილულ იქნას“).

მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს რისკის უნივერსალური ზღურბლი, მკურნალობის ინტენსივობა უნდა გაიზარდოს გსდ რისკის ზრდის პარალელურად. თუმცა, ინდივიდუალურ შემთხვევებში გსდ რისკის დაბალი მაჩვენებელი არ გამორიცხავს რისკფაქტორების მკურნალობის აუცილებლობას. ამის საპირისპიროდ, გსდ საერთო რისკის მაღალი მაჩვენებელიც არ განაპირობებს სავალდებულო მკურნალობას. გსდ რისკის ნებისმიერი მაჩვენებლის შემთხვევაში, ჩარევის დაწყების გადაწყვეტილება ეფუძნება ინდივიდუალური შემთხვევის განხილვას და პაციენტთან გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღებას. ზოგადად, რისკფაქტორების მკურნალობის რეკომენდაციები ეფუძნება გსდ რისკის კატეგორიებს („დაბალიდან-საშუალომდე“, „მაღალი“ და „მაღლიან მაღალი“). რისკის ზღურბლები ამ კატეგორიებისთვის რიცხვობრივად განსხვავებულია სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფისთვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასრულფასოვანი მკურნალობა ახალგაზრდა ასაკში და გადაჭარბებული მკურნალობა ხანდაზმულებში. მიუხედავად იმისა, რომ ასაკი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ძირითადი რისკფაქტორია, სიცოცხლის განმავლობაში რისკფაქტორების მკურნალობის სარგებელი უფრო მაღალია ახალგაზრდებში, ხოლო მკურნალობის ჩარევის ზღურბლი ახალგაზრდებში უფრო დაბალია.

**ცხრილი N3. ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანება**

<p><b>არტერიების რიგიდობა:</b>                  პულსური წნევა (ხანდაზმულ პირებში) <math>\geq 60</math> მმ ვწყ. სვ.                  კაროტიდ-ბარძაყის პულსის ტალღის სიჩქარე <math>&gt; 10</math> მ/წმ.</p>
<p><b>ელექტროკარდიოგრაფიულად მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია:</b> Sv1+Rv5 (სოკოლოგ-ლაიონის ინდექსი <math>&gt; 35</math> მმ) ან R aVL განხრაში <math>\geq 11</math> მმ; კორნელის კრიტერიუმი Sv3 + RaVL <math>&gt; 28</math> მმ კაცებში ან <math>&gt; 20</math> მმ ქალებში.</p>
<p><b>ექოკარდიოგრაფიით მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია:</b> მარცხენა პარკუჭის მასის ინდექსი - მამაკაცებში <math>\geq 50</math> გ/მ<sup>2.7</sup>, ქალებში <math>\geq 47</math> გ/მ<sup>2.7</sup>. სიმაღლე მ<sup>2.7</sup> - სხეულის ზედაპირის ფართობის ინდექსი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ნორმალური წონის პაციენტებში.</p>
<p><b>მარცხენა პარკუჭის მასა/სხეულის ზედაპირის ინდექსი</b> გ/მ<sup>2</sup> <math>&gt; 115</math> (მამაკაცები) და <math>&gt; 95</math> (ქალები)</p>
<p><b>მიკროალბუმინურია</b> (30-300 მგ/24 სთ) ან მომატებული ალბუმინ/კრეატინინის თანაფარდობა 30-300 მგ/გ; 3,4-34 მგ/მმოლ. სასურველია დილის შარდის ნიმუში.</p>
<p><b>თირკმლის ქრონიკული დაავადების</b> ზომიერი ფორმა - სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარე <math>&gt; 30-59</math> მლ/წთ/1,73 მ<sup>2</sup> ან მძიმე ფორმა (სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარე <math>&lt; 30</math> მლ/წთ/1,73 მ<sup>2</sup>).</p>
<p><b>მხარ-გოჯის ინდექსი</b> <math>&lt; 0,9</math>.</p>
<p><b>გამოხატული რეტინოპათია</b> ჰემორაგიით და ან ექსუდაციით, პაპილედემა.</p>

**ცხრილი N4. ჰიპერტენზიის განვითარების ან გამწვავების ხელშემწყობი**

**მედიკამენტები/ნივთიერებები**

<b>მედიკამენტი/ნივთიერება</b>	<b>სპეციფიკური ნივთიერების/მედიკამენტის ეფექტი აწ-ზე*</b>
<p><b>ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები</b></p>	<p>ცელეკოქსიბის შემთხვევაში განსხვავება არ ვლინდება ან მატულობს 3/1 მმ ვწყ სვ-ით                  3/1 მმ ვწყ სვ-ით მატება არასელექციური ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდების შემთხვევაში აწ არ მატულობს ასპირინის ფონზე                  ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები შეიძლება მოქმედებდნენ რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის ინჰიბიტორების და ბეტა-ბლოკერების ანტაგონისტურად</p>
<p><b>კომბინირებული პერორალური კონტრაცეპტივები</b></p>	<p>6/3 მმ ვწყ სვ-ით მატება ესტროგენის მაღალი დოზის დროს (ესტროგენი <math>&gt; 50</math> მკგ და 1-4 მკგ პროგესტინი)</p>
<p><b>ანტიდეპრესანტები</b></p>	<p>2/1 მმ ვწყ სვ-ით მატება SNRI-ის (ნორეპინეფრინისა და სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორის) მიღებისას                  ჰიპერტენზიის შანსების თანაფარდობის 3.19-ით მატება ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების მოხმარებისას</p>

	წნევის მატების არარსებობა SSRI-ის (სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორის) მიღებისას
<b>აცეტამინოფენი</b>	ჰიპერტენზიის შანსების თანაფარდობის 1.34-ით მატება აცეტამინოფენის ყოველდღიური მოხმარებისას
<b>სხვა მედიკამენტები</b>	სტეროიდები ანტირეტროვირუსული თერაპია: კვლეების შედეგები აწ მატების თვალსაზრისით არათანმიმდევრულია სიმპატომიმეტიკები: ფსევდოეფედრინი, კოკაინი, ამფეტამინი შაკივის საწინააღმდეგო სეროტონინერგული პრეპარატები(მაგ.: სუმატრიპტანი) ადამიანის რეკომბინანტული ერიტროპოეტინი კალცინიერონის ინჰიბიტორები (მაგ.: ციკლოსპორინი) ანტიანგიოგენეზური და კინაზის ინჰიბიტორები 11 β-ჰიდროქსისტეროიდ დეჰიდროგენაზა ტიპი 2-ის ინჰიბიტორები (მაგ.: კაბენოქსოლონი)
<b>მცენარეული და სხვა ნივთიერებები</b>	ალკოჰოლი, ეფედრა, ჟენშენი დიდი დოზით, ძირტკბილა, კრაზანა, იოჰიმბინი

\*არტერიული წნევის საშუალო მატება ან ჰიპერტენზიის რისკი. თუცა, ამ მედიკამენტების/ნივთიერებების ეფექტი სხვადასხვა ინდივიდში შესაძლებელია ძალზედ განსხვავებული იყოს.

**ცხრილი N5. ანტიჰიპერტენზიული თერაპიის ინდივიდუალიზაციასთან დაკავშირებული მოსაზრებები**

ჩვენება ან უკუჩვენება	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი
<b>სპეციფიკური ჩვენებები (გამოსავლის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება წნევის ციფრების მიუხედავად)</b>	
გულის უკმარისობა დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით	აფგ-ი, არბ, ბეტა-ბლოკერი, დიურეტიკი, ალდოსტერონის ანტაგონისტი*
მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომი პერიოდი	აფგ-ი, არბ, ბეტა-ბლოკერი, ალდოსტერონის ანტაგონისტი
თირკმლის ქრონიკული დაავადება პროტეინურიით	აფგ ინჰიბიტორი ან არბ
სტენოკარდია	ბეტა-ბლოკერი, კალციუმის არხების ბლოკერი
მოციმციმე არითმიის დროს გულისცემის სიხშირის კონტროლი	ბეტა-ბლოკერი, არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი
წინაგულების თრთოლვის რითმის კონტროლი	ბეტა-ბლოკერი, არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი
<b>სავარაუდო დადებითი ეფექტი თანმხლები დაავადების სიმპტომებზე</b>	
პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია	ალფა ბლოკერი



ესენციური ტრემორი	ბეტა ბლოკერი (არაკარდიოსელექციური)
ჰიპერთირეოზი	ბეტა ბლოკერი
შაკივი	ბეტა ბლოკერი, კალციუმის არხების ბლოკერი
ოსტეოპოროზი	თიაზიდური დიურეტიკი
რეინოს ფენომენი	დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი
<b>უკუჩვენებები</b>	
ანგიონევროზული შეშუპება	არ გამოიყენოთ აგვ-ინჰიბიტორები
ბრონქოსპაზმი	არ გამოიყენოთ არასელექციური ბეტა ბლოკერები
ღვიძლის დაავადება	არ გამოიყენოთ მეთილდოფა
ორსულობა (ან ორსულობის რისკი)	არ გამოიყენოთ აგვ-ინჰიბიტორები, არბ ან რენინის ინჰიბიტორი (მაგ.: ალისკირენი)
მეორე ან მესამე ხარისხის AV ბლოკადა	არ გამოიყენოთ ბეტა ბლოკერი და არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერი, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტი ატარებს რითმის ხელოვნურ წამყვანს.
<b>მედიკამენტები, რომელთაც შეიძლება არასასურველი ეფექტები ჰქონდეთ თანმხლებ დაავადებაზე</b>	
დეპრესია	ზოგადად, მოერიდეთ ბეტა-ბლოკერებს, ცენტრალურ ალფა-აგონისტებს
პოდაგრა	ზოგადად, მოერიდეთ მარყუჟოვან ან თიაზიდურ დიურეტიკებს
ჰიპერკალიემია	ზოგადად, მოერიდეთ ალდოსტერონის ანტაგონისტებს, აგვ-ინჰიბიტორებს, არბ-ს, რენინის ინჰიბიტორებს
ჰიპონატრიემია	ზოგადად, მოერიდეთ თიაზიდურ დიურეტიკებს
რენოვასკულური დაავადება	ზოგადად, მოერიდეთ აგვ-ინჰიბიტორებს, არბ-ს და რენინის ინჰიბიტორებს

**აგვ:** ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტი; **არბ:** ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერი.

\* ალდოსტერონის ანტაგონისტების სარგებელი გამოხატულია NYHA III-IV კლასის გულის უკმარისობის, ან მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომ დაქვეითებული განდევნის ფრაქციის შემთხვევაში.

**ცხრილი N6. ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობები, რომლებიც მოითხოვენ არტერიული წნევის სასწრაფო დაქვეითებას (ISH-2020)**

კლინიკური პრეზენტაცია	დრო წნევის დაქვეითებისთვის და სამიზნე წნევა	პირველი რიგის თერაპია	ალტერნატივა
ავთვისებიანი ჰიპერტენზია თრომბოზული მიკროანგიოპათიით, თირკმლის მწვავე უკმარისობით ან მის გარეშე	რამდენიმე საათის განმავლობაში საშუალო არტერიული წნევის (MAP) დაქვეითება 20%-25%-ით	ლაბეტალოლი ნიკარდიპინი	ნიტროპრუსიდი ურაპიდილი
ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია	დაუყოვნებლივ საშუალო არტერიული წნევის (MAP) დაქვეითება 20%-25%-ით	ლაბეტალოლი ნიკარდიპინი	ნიტროპრუსიდი

	ით		
მწვავე იშემიური ინსულტი და საწ >220 მმ ვწყ სვ ან დაწ >120 მმ ვწყ სვ	1 საათის განმავლობაში საშუალო არტერიული წნევის (MAP) დაქვეითება 15%-ით	ლაბეტალოლი ნიკარდიპინი	ნიტროპრუსიდი
მწვავე იშემიური ინსულტი თრომბოლიზური თერაპიის ჩვენებით და საწ >185 მმ ვწყ სვ ან დაწ >110 მმ ვწყ სვ	1 საათის განმავლობაში საშუალო არტერიული წნევის (MAP) დაქვეითება 15%-ით	ლაბეტალოლი ნიკარდიპინი	ნიტროპრუსიდი
მწვავე ჰემორაგიული ინსულტი და საწ >180 მმ ვწყ სვ	დაუყოვნებლივ, 130<საწ<180 მმ ვწყ სვ	ლაბეტალოლი ნიკარდიპინი	ურაპიდილი
მწვავე კორონარული შემთხვევა	დაუყოვნებლივ, საწ <140 მმ ვწყ სვ	ნიტროგლიცერინი ლაბეტალოლი	ურაპიდილი
მწვავე კარდიოგენური ფილტვის შეშუპება	დაუყოვნებლივ, საწ <140 მმ ვწყ სვ	ნიტროპრუსიდი ან ნიტროგლიცერინი (მარყუჟოვან შარდმდენთან ერთად)	ურაპიდილი (მარყუჟოვან შარდმდენთან ერთად)
აორტის მწვავე დაავადება	დაუყოვნებლივ, საწ<120 მმ ვწყ სვ და გულისცემის სიხშირე <60/წთ	ესმოლოლი და ნიტროპრუსიდი ან ნიტროგლიცერინი ან ნიკარდიპინი	ლაბეტალოლი ან მეტოპროლოლი
ეკლამფსია და მძიმე პრეეკლამფსია/HELLP	დაუყოვნებლივ, საწ <160 მმ ვწყ სვ და დაწ <105 მმ ვწყ სვ	ლაბეტალოლი ან ნიკარდიპინი და მაგნეზიის სულფატი	

**დანართი №2. 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 <sup>2</sup> )	5-20მ ვწყ სვ/10კგ
DASH* დიეტური კვების გეგმა	ხილით, ბოსტნეულით და დაბალცხიმოვანი რძის პროდუქტებით მდიდარი საკვების მოხმარება, რომელშიც შემცირებულია ნაჯერი და საერთო ცხიმის შემცველობა	8-14 მმ ვწყ სვ
ნატრიუმის მოხმარების შემცირება	ა. დღეში არა უმეტეს 2400 მგ ნატრიუმის მოხმარება ბ. ნატრიუმის მოხმარების შემდგომი შემცირება დღეში 1500მგ-მდე, რადგანაც ეს ასოცირებულია სისხლის წნევის უფრო მეტად დაქვეითებასთან გ. ნატრიუმის მოხმარების შემცირება სულ მცირე	2-8 მმ ვწყ სვ

	1000მგ-ით დღეში, რადგანაც აღნიშნულის საშუალებით შესაძლებელია წნევის დაქვეითება იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ნატრიუმის დღიური მოხმარების სასურველი დონე მიღწეული არ არის	
<b>ფიზიკური აქტიურობა</b>	რეგულარული აერობული ფიზიკური აქტივობა, როგორცაა მაგალითად სწრაფი ტემპით სიარული (სულ მცირე, დღეში 30 წუთი, კვირის უმეტესი დღეების განმავლობაში)	4-9 მმ ვწყ სვ
<b>ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარება</b>	ალკოჰოლის მოხმარების შეზღუდვა დღეში ორ სტანდარტულ ერთეულამდე (მაგალითად, 710 მლ ლუდი, 300 მლ ღვინო ან 90 მლ ვისკი) მამაკაცების უმრავლესობისთვის, ხოლო ქალებისა და დაბალი წონის პირებისთვის - ერთ სტანდარტულ ერთეულამდე დღეში.	2-4 მმ ვწყ სვ

**დანართი №3 - ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ გამოყენებული ძირითადი მედიკამენტების კლასების მახასიათებლები**

მედიკამენტების კლასი	გვერდითი ეფექტი	უკუჩვენება	მედიკამენტური ურთიერთქმედება
აგფ-ინჰიბიტორები	მშრალი ხველა, ჰიპერკალიემია, თირკმლის უკმარისობის გაუარესება, ანგიოედემა, 1-ლი დოზის ჰიპოტენზია, გამონაყარი, ნეიტროპენია	ჰიპერმგრძობელობა აგფ-ი-ს მიმართ, ორსულობა, თირკმლის უკმარისობა, ჰიპერკალიემია	K+ შემნახველ დიურეზულელებთან ერთად ჰიპერკალიემიის რისკი↑ ლითიუმთან ერთად ლითიუმის ექსკრეცია↓ ციკლოსპორინთან - ჰიპერკალიემიის რისკი↑
არ-ბლოკერები	ჰიპერკალიემია, ანგიოედემა, სიმპტომური ჰიპოტენზია	ორსულობა, ღვიძლის დაზიანება ზოგიერთი მედიკამენტისთვის	იგივე რაც აგფ-ი-ს შემთხვევაში; ტელმისარტანი ზრდის სისხლში დიგოქსინის კონცენტრაციას

კალციუმის არხების ბლოკერები	წამოხურება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ქვემო კიდურების შეშუპება	ტაქიარითმია, გულის უკმარისობა (HFrEF, კლასი III ან IV) ქვემო კიდურების არსებული მძიმე შეშუპება ვერაპამილის ტიპისთვის - მაღალი ხარისხის AV ბლოკი, ბრადიკარდია <60წთ	↑თეოფილინის, ციკლოსპორინის და დიგოქსინის პლაზმური კონცენტრაცია, სოკოს საწინააღმდეგო მედიკამენტების და გრეიფრუტის წვენი ↑ დიჰიდროპირიდინების კონცენტრაციას
თიაზიდური დიურეზიკები	ჰიპოკალიემია, პოსტურალური ჰიპოტენზია, იმპოტენცია, მსუბუქი გასტროინტესტინური მოვლენები	პოდაგრა გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა და მეტაბოლური სინდრომი (შედარებით)	გლიკოზიდებთან ერთად იზრდება კარდიოტოქსიკურობა, ციკლოსპორინთან ერთად იზრდება ნეფროტოქსიკურობა
ბეტა-ბლოკერები	ბრადიკარდია, ჰაერის უკმარისობა, ქვემო კიდურების გაციება, ცნს-ის ეფექტები ცხიმში ხსნადი პრეპარატებისთვის (პროპრანოლოლი), იმპოტენცია	ასთმა, მაღალი ხარისხის სინოატრიალური ბლოკადა, ბრადიკარდია <60წთ; შედარებითი: მეტაბოლური სინდრომი, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა, ათლეტები და ფიზიკურად ძლიერ აქტიური პაციენტები	ვერაპამილის ტიპის კალციუმის ბლოკერებთან ერთად მატულობს ბრადიკარდიის რისკი

**დანართი №4 - ქრონიკული დაავადებების მეთვალყურეობის ფორმა და არტერიული ჰიპერტენზიის მეთვალყურეობის ფლოუშიტი**

პაციენტის გვარი, სახელი \_\_\_\_\_ დაბადების თარიღი \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ პაციენტის ID \_\_\_\_\_

გახსნის თარიღი \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ექიმი \_\_\_\_\_ ექთანი \_\_\_\_\_

ქრონიკული დაავადება	ასაკი (დადგენის თარიღი)	ქრონიკული დაავადების გართულება	თარიღი
ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი (დიაგნოზი)	თარიღი		



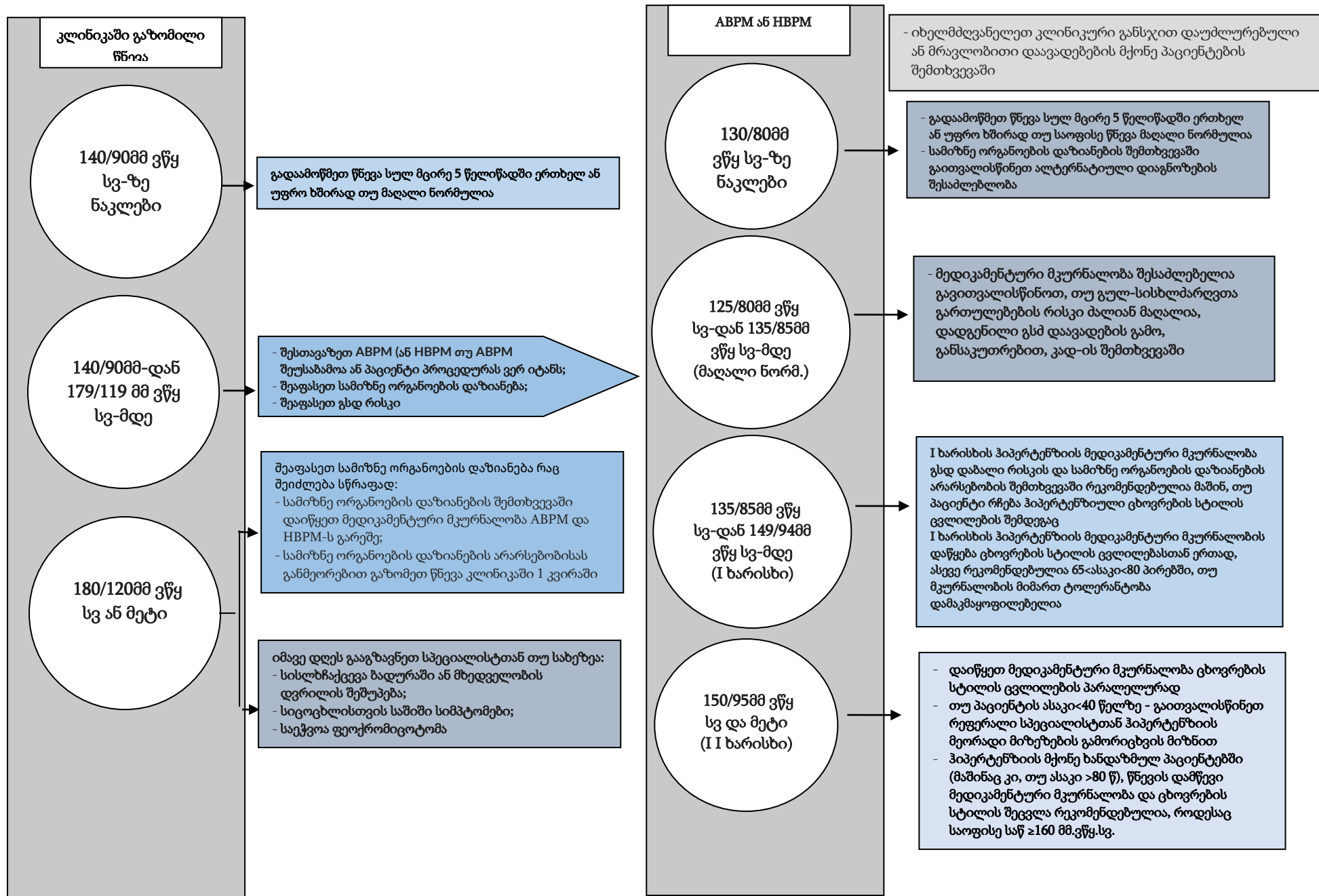
	<input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება <input type="checkbox"/> მწვეელი <input type="checkbox"/> წამლის ბოროტად გამოყენება <input type="checkbox"/> სიმსუქნე <input type="checkbox"/> არითმია/მოციმციმე არითმია <input type="checkbox"/> სხვა არითმია <input type="checkbox"/> ართრიტი <input type="checkbox"/> პოდაგრა <input type="checkbox"/> გულის უკმარისობა <input type="checkbox"/> შაქრიანი დიაბეტი	<input type="checkbox"/> კარდიომიოპათია <input type="checkbox"/> ავთვისებიანი სიმსივნე <input type="checkbox"/> ფქოდ <input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ალერგია	<input type="checkbox"/> თირკმლის დაავადება <input type="checkbox"/> გულის სარქლოვანი დ-ბა <input type="checkbox"/> პერიფ. არტ. დ-ბა
სქესი			
<input type="checkbox"/> მდ <input type="checkbox"/> მამრ			
არტერიული ჰიპერტენზია, სტადია: კლინიკური დიაგნოზი, ICD10:			
დიაგნოზის დადგენის თარიღი			
<b>მეთვალყურეობის ამოცანები</b>			
			<b>თარიღი ახალი მონაცემი</b>
რისკ-ფაქტორები და კო- მორბივადი მდგომარეობები <input type="checkbox"/> სიმსუქნე (სმი-ს და წელის გარშემოწერილობა)	წონა (კგ)		
	სმი (ნორმა: 18,5-24,9 ჭარბი წონა: 25-30 სიმსუქნე: $\geq 30$ სამიზნე (კგ/მ2)		
	წელის გარშემოწერილობა (მამაკაცი (სმ): ევროპული - $\leq 94$ სმ; აზიური - $\leq 90$ სმ ქალი (სმ): ევროპული - $\leq 80$ სმ; აზიური - $\leq 80$ სმ)		
<b>ვიზიტები</b>			
წნევის კონტ როლი	ა/წ (სამიზნე წნევა $< 140/80$ ; $< 130/80$ დიაბეტის დროს )		
<input type="checkbox"/> ნეფროპათიაზე ყოველწლიურად /ან ჩვენების მიხედვით	ალბუმინი შარდში ( $< 300$ მგ/დლ)		
	კრეატინინი (მამაკაცი - 0.6-1.2მგ/დლ, ქალი - 0.5-1.1მგ/დლ)		
	ალბუმინ/კრეატინინი (ACR) (სამიზნე: მამაკაცები $< 2,0$ ; ქალები $< 2,8$ )		
	გფს (სამიზნე $> 60$ )		
ლიპიდური პროფილი	LDL-C ( $< 2.0$ მმოლ/ლ)		
	HDL-C ( $\geq 1$ მმოლ/ლ)		
	TC ( $< 5.2$ მმოლ/ლ)		
	TG ( $< 1.7$ მმოლ/ლ)		
	Non-HDL ( $< 2.6$ მმოლ/ლ)		
რეგულარული მეთვალყურეობა	<b>გლუკოზის სკრინინგი (უზმოდ):</b> კაპილარული ( $< 5,6$ მმოლ/ლ) პლაზმური ( $< 7$ მმოლ/ლ)		
	<b>გულის ჰიპერტენზიული დაავადების სკრინინგი:</b> ეკგ		



	<p><b>ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის სკრინინგი:</b> ფუნდოსკოპია ყოველწლიურად</p>	
	<p><b>ვაქცინაცია:</b> <u>ყოველწლიურად გრიპი</u> <u>პნევმონია თუ მაღალი რისკი ან &gt;65 წელზე</u></p>	<p><input type="checkbox"/> დიახ  <input type="checkbox"/> არა</p>
	<p><b>ჰიპერტენზიის სამკურნალო მედიკამენტები:</b>  <input type="checkbox"/> აფ-ინჰიბიტორი  <input type="checkbox"/> არ-ბლოკერი  <input type="checkbox"/> თიაზიდური დიურეტიკი  <input type="checkbox"/> კალციუმის არხების ბლოკერი  <input type="checkbox"/> სხვა  ალერგია, გვერდითი ეფექტები, უკუჩვენებები  გაითვალისწინეთ მცირე დოზით ასპირინი ჩვენების მიხედვით</p>	
<p>თვით-მართვა/არამედიკამენტური მკურნალობა (განიხილეთ პაციენტთან)</p>	<p><input type="checkbox"/> ჰიპერტენზიის შედეგების ახსნა  <input type="checkbox"/> მედიკამენტების 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 _____</p>	

## დანართი №5 - მოზრდილებში ესენციური ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

შესთავაზეთ ცხოვრების სტილის ცვლილება და პერიოდულად გააგრძელებთ ჯანსაღი ცხოვრების წესთან დაკავშირებული რჩევები



# ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური თერაპიის ალგორითმი: პაციენტები სპეციფიკური ჩვენების გარეშე<sup>20</sup>

## ჩანართი 1

მიზეზები, როდესაც მკურნალობაში უნდა ჩაირთოს სხვა პრეპარატები უფრო ადრეულ ეტაპზე, შემდეგია:

- \* თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკი სასარგებლოა პაციენტებში შემუშებით, ოსტეოპოროზით, ნეფროლითიაზით ჰიპერკალციურიასთან ერთად;
- \* ბეტა-ბლოკერები საწყისი თერაპიის სახით უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით;
- \* მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტი მიზანშეწონილია გულის უკმარისობისას, შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით

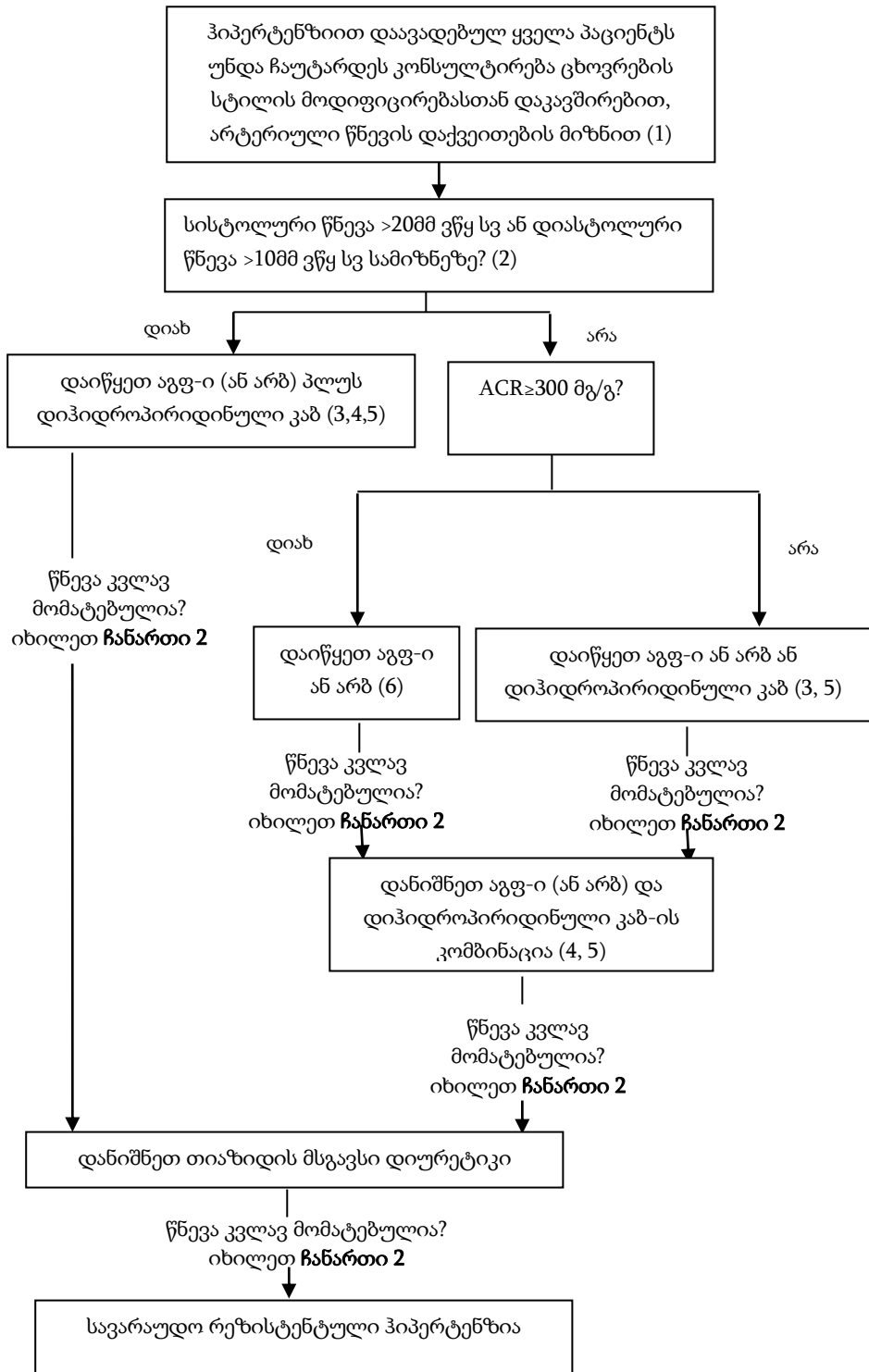
## ჩანართი 2

\* წნევის კონტროლი უნდა შეფასდეს მკურნალობის დაწყებიდან ან ტიტრაციიდან დაახლოებით 2-4 კვირაში. მედიკამენტის ცვლილებამდე ან დამატებამდე რეკომენდებულია ტიტრაციის 1-2 საფეხური (რადგანაც მედიკამენტის დოზის ტიტრაცია მაქსიმალურამდე ზრდის გვერდითი ეფექტების რისკს და ამავე დროს, მცირდება არტერიული წნევის კონტროლის ეფექტი) (7).

\* ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებზე თერაპიული პასუხის არარსებობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია:

1. მედიკამენტებზე დამყოლობის არარსებობა
2. თეთრი ხალათის ეფექტი
3. წნევის არასწორი გაზომვა

\* ამდენად, როცა მედიკამენტური მკურნალობა არაეფექტურია, კლინიცისტმა უნდა გაითვალისწინოს დამყოლობის პრობლემა და დარწმუნდეს, რომ წნევის გაზომვა სწორად ხდება.



1. პაციენტებში პირველი სტადიის ჰიპერტენზიით (ე.ი. აწ 140-159/90-99 მმ ვწყ სვ) და გსდ მაღალი რისკის გარეშე, სამიზნე წნევის მიღწევა მხოლოდ ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებით შესაძლებელია განხორციელდეს 3-6 თვის განმავლობაში. თუ აღნიშნული არაეფექტურია სამიზნე წნევის მისაღწევად, უნდა დაიწყო მედიკამენტური თერაპია.
2. საერთაშორისო გაიდლაინების უმრავლესობა რეკომენდაციას უწევს ანტიჰიპერტენზიული კომბინირებული მედიკამენტური თერაპიის დაწყებას, როდესაც სისტოლური წნევა >20 მმ ვწყ სვ, ხოლო დიასტოლური წნევა >10 მმ ვწყ სვ-ით აღემატება სამიზნეს. თუმცა, ექსპერტების ნაწილი რეკომენდაციას უწევს კომბინირებული თერაპიის დაწყებას სამიზნეზე >10 მმ ვწყ სვ-ით მაღალი წნევის დროს. ორივე მიდგომა მისაღებია.
3. დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერებია ამლოდიპინი, გახანგრძლივებული მოქმედების ნიფედიპინი, ნიტრენდიპინი და ლევამლოდიპინი.
4. ფიქსირებული კომბინირებული აბის გამოყენება უპირატესია 2 აბის გამოყენებასთან შედარებით, რადგანაც აღნიშნული აუმჯობესებს მკურნალობაზე დამყოლობას და კონტროლს.
5. თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკის (მაგ.: ქლორტალიდონის, ინდაპამიდის) გამოყენება მიზანშეწონილი ალტერნატივაა მონოთერაპიის ან აგფ-ინჰიბიტორთან/არბ-სთან კომბინაციის სახით (დიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერების ნაცვლად). ამასთანავე, თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკები უპირატესია გარკვეულ პაციენტებში (იხილეთ ჩანართი 1). თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ჰიდროქლორთიაზიდი, ამასთანავე, ისინი მეტად ამცირებენ არასასრულეულ გულ-სისხლძარღვთა გამოსავლებს.
6. აგფ-ინჰიბიტორებს და არბ-ს შეუძლიათ თირკმლის ქრონიკული დაავადების პრევენცია და თირკმლის უკმარისობის ბოლო სტადიის რისკის შემცირება პაციენტებში, რომელთა ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება (ACR)  $\geq 300$  მგ/გ.
7. პაციენტები მძიმე ასიმპტომური ჰიპერტენზიით (მაგ.: სისტოლური წნევა  $\geq 180$  მმ ვწყ სვ და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 110$  მმ ვწყ სვ სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანების ნიშნების გარეშე) მედიკამენტური თერაპიის ტიტრაციის მიზნით უნდა შეფასდნენ 1 კვირის ვადაში.

## გამოყენებული ლიტერატურა

- <sup>1</sup> ესენციური ჰიპერტენზიის მართვა მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), 2020: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2021/08/27/1d6aa6722914eebd2e7dfaa974970a3c.pdf>
- <sup>2</sup> 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- <sup>3</sup> Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- <sup>4</sup> მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვა; კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), დამტკიცებული საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 3 ივლისის №01-313/ო ბრძანებით: <https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>
- <sup>5</sup> Hypertension in adults: diagnosis and management; NICE guideline. Published: 28 August 2019: [www.nice.org.uk/guidance/ng136](http://www.nice.org.uk/guidance/ng136)
- <sup>6</sup> ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, 2017
- <sup>7</sup> 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension;
- <sup>8</sup> The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)
- <sup>9</sup> Overview of hypertension in adults, 2023: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hypertension%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hypertension%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

- 
- <sup>10</sup> Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement from the American Heart Association. Hypertension, 2019; PMID [30827125](#)
- <sup>11</sup> History and Justification of a National Blood Pressure Measurement Validated Device Listing. Hypertension, 2019; AD: [30580681](#)
- <sup>12</sup> Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: executive summary: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society Of Hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association. Hypertension. 2008;52(1):1. Epub 2008 May 22. PMID [18497371](#)
- <sup>13</sup> SCORE2 charts for estimation of CVD risk in four European risk regions: [https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content\\_public/Journal/eurheartj/42/25/10.1093\\_eurheartj\\_ehab309/8/ehab309f3.jpeg?Expires=1683122110&Signature=ZgK9~ULfa8JtAqFpGN-1HajvDIzmzN7k2-~2zgTVM9w9lgMWlJKj00vXx3dI2N2s2fOxrVtZAJqbBIKryb3~SvvN-Vt3oIS3LWs2IrtBdm4BLY-eTQbMqZN4eqV9J7z6L7MxEKMCFAbWloyPn4HHfW3Fy3aAJH1JTubJTfAZFhsY2szWLqGX43Fe6OtT5kCer8GZ417mBB6eslf92C~Lkv4lITGmawHRMCFSWnVO1PpzS2gioEM83c1ET~GDUmlYKau0ZSvlrBO4GUdO3XiyN2hlzkZDAe5Q76Mz3tB6bFXa8X6o-i14QM25MKvTPywlfNKnCNd9wh63HY9DKflGaw\\_&Key-Pair-Id=APKAIE5G5CRDK6RD3PGA](https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/eurheartj/42/25/10.1093_eurheartj_ehab309/8/ehab309f3.jpeg?Expires=1683122110&Signature=ZgK9~ULfa8JtAqFpGN-1HajvDIzmzN7k2-~2zgTVM9w9lgMWlJKj00vXx3dI2N2s2fOxrVtZAJqbBIKryb3~SvvN-Vt3oIS3LWs2IrtBdm4BLY-eTQbMqZN4eqV9J7z6L7MxEKMCFAbWloyPn4HHfW3Fy3aAJH1JTubJTfAZFhsY2szWLqGX43Fe6OtT5kCer8GZ417mBB6eslf92C~Lkv4lITGmawHRMCFSWnVO1PpzS2gioEM83c1ET~GDUmlYKau0ZSvlrBO4GUdO3XiyN2hlzkZDAe5Q76Mz3tB6bFXa8X6o-i14QM25MKvTPywlfNKnCNd9wh63HY9DKflGaw_&Key-Pair-Id=APKAIE5G5CRDK6RD3PGA)
- <sup>14</sup> Dose-response efficacy of valsartan, a new angiotensin II receptor blocker. J Hum Hypertens. 1999;13(4):275. PMID [10333347](#)
- <sup>15</sup> Cardiovascular outcomes in adults with hypertension with evening versus morning dosing of usual antihypertensives in the UK (TIME study): a prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint clinical trial. Lancet. 2022;400(10361):1417. Epub 2022 Oct 11. PMID [36240838](#)
- <sup>16</sup> Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med. 2008;359(23):2417. PMID [19052124](#)
- <sup>17</sup> Chlorthalidone vs. Hydrochlorothiazide for Hypertension-Cardiovascular Events. N Engl J Med. 2022;387(26):2401. Epub 2022 Dec 14. PMID [36516076](#)
- <sup>18</sup> პრეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვა, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი/პროტოკოლი, 2012: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/2f83cd0035d7bab2b27d6d8b1115d342.pdf>
- <sup>19</sup> Alejandro de la Sierra, New American and European Hypertension Guidelines, Reconciling the Differences; Cardiol Ther. 2019 Dec; 8(2): 157–166: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6828883/>
- <sup>20</sup> Graphic 131906 Version 2.0; © 2023 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved