

არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკისა და მართვის პროტოკოლი

1. განმარტება

არტერიულ ჰიპერტენზიად ითვლება სისტოლური წნევა ვწყ. სვ-ის 140 მმ და ან მეტი ან დიასტოლური წნევა ვწყ. სვ-ის 90 მმ და მეტი.

ესენციური ჰიპერტენზია-არტერიული წნევის მატება, რომლის მიზეზი არ ვლინდება მეორადი ჰიპერტენზია- არტერიული ჰიპერტენზია განვითარებული მეორადად ამა თუ იმ დაავადების ფონზე (თირკმლების, ენდოკრინული პათოლოგია და სხვ)

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

დიაგნოსტიკა ხდება:

1. არტერიული წნევის გაზომვისა და შეფასების
2. ანამნეზური მონაცემების
3. ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე

არტერიული წნევის შეფასება

1. არტერიული წნევის გაზომვისას იხელმძღვანელეთ არტერიული წნევის გაზომვის პროტოკოლით.
2. შეაფასეთ არტერიული წნევის მაჩვენებლები შემდეგი კლასიფიკაციის საფუძველზე

არტერიული ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია

კატეგორია	საწ მმ/ვწყ.სვ	და	დაწ მმ/ვწყ.სვ
ნორმალური	<120		< 80
პრეჰიპერტენზია	120-139	ან	80-89
ჰიპერტენზია, I სტადია	140-159	ან	90-99
ჰიპერტენზია, II სტადია	≥160	ან	≥100

საწ – სისტოლური წნევა

დაწ– დიასტოლური წნევა

თუ არტერიული წნევა ნორმას აღემატება საჭიროა

- შეფასდეს ძირითადი კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორები
- განისაზღვროს ჰიპერტენზიის გამომწვევი ყველა შესაძლო მიზეზი
- შეფასდეს სამიზნე ორგანოების დაზიანების არსებობა
- მოინახოს კავშირი ანამნეზსა და ფიზიკალურ კვლევებს შორის
- ჩატარდეს ლაბორატორიული გამოკვლევები როგორცაა: შარდის ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, საერთო ქოლესტერინი, კრეატინინი, ელექტროკარდიოგრაფია

სასურველია: კალციუმი. ჰემატოკრიტი და ლიპიდური სპექტრი, კალიუმის კონცენტრაცია, შარდის ალბუმინისა და კრეატინინის შეფარდება.

ძირითადი კარდიოვასკულური რისკ ფაქტორების შეფასება

კარდიოვასკულური ავადობის რისკის განსაზღვრისთვის შეაფასეთ;

- ასაკი (> 55 მამაკაცებისათვის, > 65 ქალებისათვის)
- კარდიოვასკულური დაავადების ოჯახური ანამნეზი
- ჰიპერტენზიის დონე
- სხეულის მასის ინდექსი (სიმსუქნე=სმი \geq 30კგ/მ²)
- საერთო ქოლესტერინის დონე და, თუ შესაძლებელია, ლიპიდების სპექტრი
- დიაბეტის რისკი
- სიგარეტის მოწევა
- ფიზიკური აქტივობის დონე

ჰიპერტენზიის იდენტიფიცირებადი მიზეზების შეფასება

გაითვალისწინეთ, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობები შესაძლოა არტერიული წნევის მომატების მიზეზი გახდეს:

- ძილის აპნოე
- მედიკამენტით გამოწვეული/მედიკამენტთან დაკავშირებული
- თირკმლის ქრონიკული დაავადება
- პირველადი ალდოსტერონიზმი
- რენოვასკულური დაავადება
- კუშინგის სინდრომი ან სტეროიდული თერაპია
- ფეოქრომოციტომა
- აორტის კოარქტაცია
- ფარისებრი/ ფარისებრაზლო ჯირკვლის დაავადება

შეკრიბეთ შესაფერისი ანამნეზი, გაამახვილეთ ყურადღება სპეციფიკურ კლინიკურ სიმპტომებსა და ნიშნებზე, რაც მეორადი ჰიპერტენზიაზე ეჭვის საფუძველს მოგცემთ.

მეორად ჰიპერტენზიაზე საეჭვო შემთხვევებში მიმართეთ პაციენტი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

3. სიმპტომები და ნიშნები

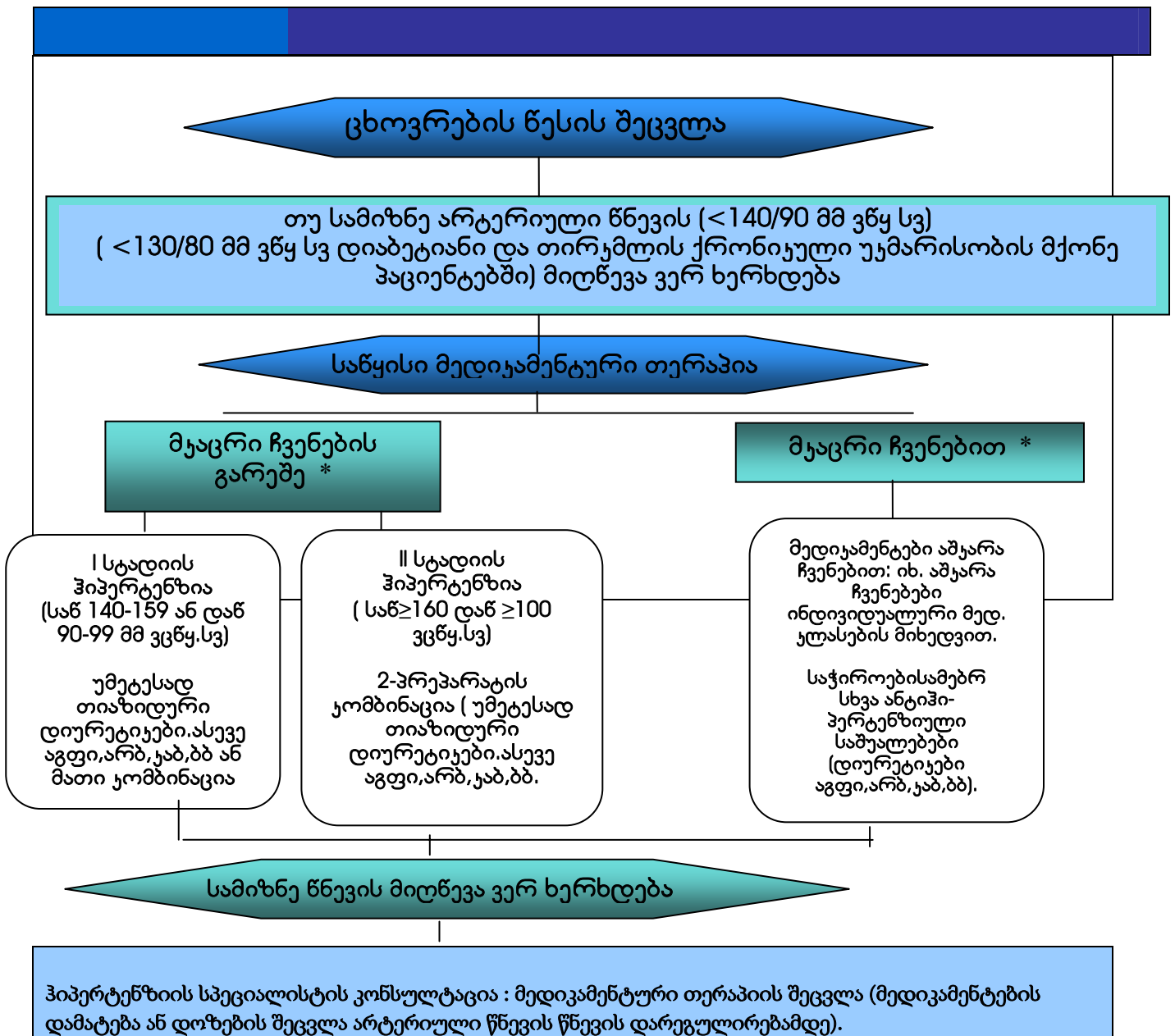
- უხშირესად გაურთულებელი ჰიპერტენზია მიმდინარეობს ასიმპტომურად.
- სიმპტომები რომლებიც შეიძლება ჰიპერტენზიას თან ახლდეს შემდეგია: თავის ტკივილი, ხმაური ყურებში, თავბრუსხვევა , საერთო სისუსტე, გულის ფრიალი, მაგრამ ეს სიმპტომები იგივე სიხშირით გვხვდება ნორმოტენზიულ პოპულაციაშიც და ამდენად მათი დიაგნოსტიკური ღირებულება მცირეა.
- ბევრი სიმტომი, რომელიც თან ახლავს ჰიპერტენზიას თავის წარმოშობით არის ფსიქოგენურია.
- თავის ტკივილიც კი, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში განიხილებოდა როგორც ჰიპერტენზიის ყველაზე ხშირი სიმპტომი, სუსტ კორელაციაშია არტერიული წნევის სიდიდესთან.

4. არტერიული ჰიპერტენზიის მკურნალობა

ჰიპერტენზიის მკურნალობის პრინციპები

- მიზანი : აწ <140/90 ან პაციენტებში დიაბეტით ან ქრონიკული თირკმლის დაავადებით აწ <130/80 მმ/ვწყ.სვ
- პაციენტთა უმრავლესობა მიზნის მისაღწევად საჭიროებს მკურნალობას ორი ჯგუფის მედიკამენტით.

ჰიპერტენზიის მკურნალობის ალგორითმი



ცხოვრების წესის მოდიფიკაცია

- დაეხმარეთ პაციენტს დანერგოს ცხოვრების ჯანსაღი წესი
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ შესაფერისი რჩევა სჭირდება ყველა პაციენტს ვისაც აქვს პრეჰიპერტენზიული მდგომარეობა
- ცხოვრების წესის მოდიფიკაცია გულისხმობს: წონის შემცირებას, DASH დიეტას, საკვებში სუფრის მარილის შეზღუდვას, ფიზიკური აქტივობას(სპორტი), ალკოჰოლის მიღების მოდიფიცირებას.

ცხოვრების წესის მოდიფიკაცია

მოდიფიცირება	რეკომენდაცია	საწ-ს შემცირების საშუალო მაჩვენებელი
წონის შემცირება	ნორმალური წონის შენარჩუნება (სმი -18,5-24,9 კგ/მ ²)	5-20 მმ ვწყ.სვ/10 კგ
DASH დიეტა	დიეტა მდიდარი ხილით, ბოსტნეულით. ცხიმებით ღარიბი საკვები	8-14 მმვწყ.სვ
საკვებში სუფრის მარილის შეზღუდვა,	საკვებში სუფრის მარილის შეზღუდვა ≤100 მმოლ/დღიურად	2-8 მმვწყ.სვ
ფიზიკური აქტივობა (სპორტი),	რომელიც გულისხმობს სწრაფ სიარულს სასურველია ყოველ დღე 30 წუთის მანძილზე	4-9 მმვწყ.სვ

ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა პაციენტებში სხვადასხვა თანხლები დაავადებებით

უდავო ჩვენებები

საწყისი თერაპია

- | | |
|---|--------------------------------|
| ➤ გულის უკმარისობა | THIAZ, BB, ACEI, ARB, ALDO ANT |
| ➤ გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი | BB, ACEI, ALDO ANT |
| ➤ კორონარული არტერიების დაავადების მაღალი რისკი | THIAZ, BB, ACEI, CCB |
| ➤ დიაბეტი | THIAZ, BB, ACEI, CCB, ARB |
| ➤ თირკმლის ქრონიკული დაავადება | ACEI, ARB |
| ➤ განმეორებითი ინსულტის პრევენცია | THIAZ, ACEI |

THIAZ –თიაზიდური დიურეტიკი

BB –ბეტა ბლოკატორი

ACEI- ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი,

ARB – ანგიოტენზინის რეცეპტორის ბლოკერი
 ALDO ANT – ალდოსტერონი ანტაგონისტი

5. მიმდინარე მეთვალყურეობა

მკურნალობის ეფექტიანობის შეფასებისთვის აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობაზე მიმდინარე მეთვალყურეობა და არტერიული წნევის რეგულარული კონტროლი:

მეთოდი	შენიშვნები
ამბულატორული კონტროლი	ორი გასინჯვა 5 წუთიანი შუალედით, სკამზე მჯდომარე მდგომარეობაში. გადაამოწმე თუ მომატებულია მეორე მკლავზე.
ამბულატორული მონიტორინგი	აუცილებელია ე.წ. “თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის” იდენტიფიცირებისათვის. არტერიული წნევის 10-20%-ზე ნაკლები კლება ძილის დროს მიუთითებს მომატებულ კარდიო-ვასკულურ რისკს.
პაციენტთა თვითკონტროლი	გვამღევს ინფორმაციას თერაპიის შედეგზე. იძლევა საშუალებას თერაპიის ოპტიმიზირებისა და ე.წ. “თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის” შეფასების.

თუ მედიკამენტური მკურნალობის დანებების მიუხედავად სამიზნე დონის მიღწევა ვერ ხერდება, გაითვალისწინე მდგრადი ჰიპერტენზიის მიზეზები

- სუფრის მარილის გადაჭარბებით მიღება
- მედიკამენტები
 - არაადეკვატური დოზირება
 - მედიკამენტების ურთიერთქმედება(მაგ. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები), აკრძალული პრეპარატები, სიმპათომიმეტიკები, ორალური კონტრაცეპტივები)
 - ზოგიერთი მცენარეული წარმოშობის პრეპარატი
- ალკოჰოლის გადაჭარბებით მოხმარება
- ჰიპერტენზიის ამოცნობადი მიზეზები (იხ.სქემა)

მედიკამენტური მკურნალობის შედეგიანობის გაუმჯობესების სტრატეგია

- კლინიკური ეფექტიანობა იზრდება პაციენტის ნდობასთან, მოტივაციასა და თერაპიის თანმიმდევრულობასთან ერთად.
- გაითვალისწინეთ პაციენტის კულტურული და ინდივიდუალური თავისებურებები

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

არტერიული ჰიპერტენზია, ნაციონალური გაიდლაინი, სრული ვერსია მომზადებულია საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და ჯანმრთელობის სერვისების კვლევების ცენტრის მიერ. 2006 წელი

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი, პრაქტიკის (უბნის) ექთანი, რეგისტრატორი

მატერიალური: სასწორი, სიმალის მზომი, სფიგმომანომეტრი, ოფთალმოსკოპი, ტესტ-ჩხირები შარდის ანალიზისათვის (სულ მცირე, პროტეინი), გლუკომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფი.

სისხლის ბიოქიმიური გამოკვლევებისათვის პაციენტი ან შესასწავლო მასალა გაიგზავნება შესაფერისი შესაძლებლობის ლაბორატორიაში. ლაბორატორიული აღჭურვილობა.

დროის რესურსები:

ოჯახის ექიმთან/უბნის თერაპევტთან ვიზიტის ხანგრძლივობა:

- ოჯახის ექიმთან ახალდიაგნოსტირებული ან პრაქტიკაში ახალრეგისტრირებული ესენციური ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა_20 წუთი;
- ოჯახის ექიმთან პაციენტის განმეორებით ვიზიტს დაეთმობა_15 წუთი.

პრაქტიკის ექთანთან ვიზიტის ხანგრძლივობა:

- პრაქტიკის/უბნის ექთანთან პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა_20 წუთი;
- ახალდიაგნოსტირებული ან პრაქტიკაში ახალრეგისტრირებული ესენციური ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლების მიზნით მოწყობილ ვიზიტს დაეთმობა_30 წუთი.