

# მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვა

## გაიდლაინის შეჯამება

წინამდებარე გაიდლაინის ძირითადი განმასხვავებელი ასპექტები აქამდე არსებულისგან მოკლედ შეჯამებულია ქვემოთ:

- (1) არტერიული წნევის ბინაზე მონიტორირების (HBPM) მნიშვნელობისა და როლის ხაზგასმა, როგორც წნევის ამბულატორიული მონიტორირების (ABPM) შემდეგ ყველაზე პრიორიტეტული მეთოდისა ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკასა და მართვაში.
- (2) მტკიცებულებების განახლება ღამის წნევის, თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის და შენიღბული ჰიპერტენზიის პროგნოზული ღირებულების შესახებ.
- (3) მტკიცებულებების განახლება არტერიული წნევის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (გსდ) რისკის, სამიზნე ორგანოების ასიმპტომური დაზიანებისა და კლინიკური გართულებების ინტეგრირების თაობაზე გსდ საერთო რისკის შეფასების მიზნით.
- (4) სამიზნე ორგანოების, მათ შორის გულის, სისხლძარღვების, თირკმელების, თვალებისა და ტვინის ასიმპტომური დაზიანების პროგნოზული მნიშვნელობის გადახედვა.
- (5) სამიზნე სისხლის წნევის მნიშვნელობა: უფრო მეტი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კრიტერიუმები გაჩნდა უნიფიცირებული სამიზნე სისტოლური წნევის (<140 მმ ვწყ სვ) სასარგებლოდ როგორც დაბალი, ისე მაღალი გსდ რისკის მქონე პაციენტებში.
- (6) ორი მედიკამენტის კომბინაციის გადახედილი რეკომენდაციები (მაგ: აგფ ინჰიბიტორისა და არბ-ს კომბინაციის გამოყენების უკუჩვენება, ბეტა ბლოკერისა და თიაზიდური დიურეტიკის ნაკლები უპირატესობა აგფ ინჰიბიტორისა და კალციუმის ანტაგონისტის კომბინაციასთან შედარებით).
- (7) ახალი თერაპიული ალგორითმები სამიზნე წნევის მისაღწევად.
- (8) ხანდაზმულებში ჰიპერტენზიის მკურნალობის განახლებული რეკომენდაციები.
- (9) ყურადღების გამახვილება რეზისტენტულ ჰიპერტენზიასა და მკურნალობის ახალ მიდგომებზე.
- (10) ყურადღების გამახვილება სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასებასა და მათ პრევენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაზე.
- (11) განახლებული მიდგომა ჰიპერტენზიის, როგორც ქრონიკული დაავადების მართვის მიმართ.

# რეკომენდაციების სრული ნუსხა

## არტერიული წნევის გაზომვა და ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა

1.	NICE IIa, C	სამედიცინო პერსონალს, რომელიც აწარმოებს წნევის გაზომვას, ესაჭიროება ადეკვატური ტრენინგი და მათი ჩვევების პერიოდული განახლება.
2.	NICE I, B	იმის გამო, რომ ავტომატური მოწყობილობებით შეიძლება სწორად ვერ გაიზომოს წნევა არარეგულარული პულსის შემთხვევაში (მაგალითად, მოციმციმე არითმიის დროს), წნევის გაზომვის წინ რეკომენდებულია პულსის გასინჯვა მხრის ან სხივის არტერიაზე. თუ სახეზეა არითმიული პულსი, მაშინ წნევის გასაზომად რეკომენდებულია მანუალური მეთოდის გამოყენება, მხრის არტერიის პირდაპირი აუსკულტაციის საშუალებით.
3.	NICE IIa, C	მედპერსონალი დარწმუნებული უნდა იყოს იმაში, რომ სისხლის წნევის საზომი მოწყობილობების შემთხვევაში დაცულია მათი ვარგისიანობის, მოვლის წესების და რეგულარული კალიბრირების პირობები, მწარმოებლის მითითებების შესაბამისად.
4.	NICE IIa, C	წნევის სამედიცინო დაწესებულებაში ან ბინის პირობებში გაზომვისას რეკომენდებულია გარემო პირობების სტანდარტიზაცია, მშვიდი და უხმაურო ადგილის გამოყოფა, სადაც პაციენტი იქნება მჯდომარე პოზიციაში, ხოლო მისი მხარი იქნება გაშლილი და დაეყრდნობა საყრდენს.
5.	NICE IIa, C	სისხლის წნევის საზომი ავტომატური აპარატის გამოყენებისას აუცილებელია იმაში დარწმუნება რომ ხელსაწყო ვარგისიანია და გამოიყენება მანუალურად, რომლის ზომაც შეესაბამება პაციენტის მხრის ზომას.
6.	NICE IIa, C	პაციენტებში პოსტურალური ჰიპოტენზიის სიმპტომებით (დაცემა ან თავბრუსხვევა წამოდგომისას), რეკომენდებულია: <ul style="list-style-type: none"> <li>წნევის გაზომვა პაციენტის მწოლიარე ან მჯდომარე პოზიციაში.</li> <li>წნევის განმეორებითი გაზომვა პაციენტის ვერტიკალურ პოზიციაში გაზომვამდე სულ მცირე, 1 წთ-ის განმავლობაში ფეხზე დგომის შემდეგ.</li> </ul>
7.	NICE IIa, C	თუ სისტოლური წნევა 20 მმ ვწყ სვ-ით და მეტად ეცემა პაციენტის წამოდგომისას, რეკომენდებულია: <ul style="list-style-type: none"> <li>მედიკამენტური მკურნალობის გადახედვა</li> <li>წნევის შემდგომი გაზომვა პაციენტის ვერტიკალური პოზიციაში</li> <li>პოსტურალური ჰიპოტენზიის სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში სპეციალისტთან რეფერალის შესაძლებლობის გათვალისწინება.</li> </ul>
8.	I, B <sup>1</sup>	ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის მიზნით პაციენტისთვის სისხლის წნევის გაზომვა რეკომენდებულია სამედიცინო დაწესებულებაში ყველა შესაბამის ვიზიტზე.
9.	NICE ESC/ESH IIa, C	თუ სამედიცინო დაწესებულებაში წნევის გაზომვისას სისხლის წნევა არის 140/90 მმ ვწყ სვ ან მეტი, დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა სისხლის წნევის ამბულატორიული მონიტორირების (ABPM) განხორციელება.
10.	NICE ESC/ESH IIa, C	თუ პირს ვერ უტარდება ამბულატორიული მონიტორირება, მაშინ შესაბამისი ალტერნატივაა ბინაზე გაზომვებით (HBPM) დადასტურდეს ჰიპერტენზიის დიაგნოზი.
11.	NICE IIa, C	თუ ჰიპერტენზიის დიაგნოზი არ დადასტურდა, რეკომენდებულია წნევის გაზომვა სულ მცირე, 5 წლის შემდეგ. ხოლო თუ სამედიცინო დაწესებულებაში წნევის გაზომვისას პაციენტის სისხლის წნევა უახლოვდება 140/90 მმ ვწყ სვ-ს, რეკომენდებულია წნევის უფრო ხშირი გაზომვა.
12.	NICE IIa, C	ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის შემთხვევაში რეკომენდებულია წნევის გაზომვა ყველა სამედიცინო ვიზიტზე მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისა და მონიტორირების მიზნით.
13.	NICE IIa, B	გულ-სისხლძარღვთა გართულებების პროგნოზის განსაზღვრის მიზნით რეკომენდებულია სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვისას მიღებული სისხლის წნევის მაჩვენებლის გამოყენება.
14.	NICE ESC/ESH IIb, C	ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასადასტურებლად სამედიცინო დაწესებულების გარეთ წნევის გაზომვის მიზნით ჩვენებიდან, ხელმისაწვდომობიდან, სიმარტივიდან, ფასიდან და პაციენტის პრიორიტეტებიდან გამომდინარე შესაძლებელია განხილული იქნეს როგორც ABPM, ისე HBPM მეთოდი.
15.	NICE ESC/ESH I, B	ჰიპერტენზიის მკურნალობის საკითხის - ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატებით მკურნალობა თუ მხოლოდ ცხოვრების სტილის ცვლილებები - გადასაწყვეტად გამოყენებული უნდა იქნეს სისხლის წნევის მონიტორირება სამედიცინო დაწესებულებაში, <b>CBPM</b> .
16.	NICE IIa, B	ჰიპერტენზიის მკურნალობაზე პასუხის მონიტორინგის მიზნით გამოყენებული უნდა იქნეს სისხლის წნევის მონიტორირება სამედიცინო დაწესებულებაში, <b>CBPM</b> .
17.	NICE IIa, B	„თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის“ მქონე პირებისათვის მკურნალობის ტიპის - ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატებით მკურნალობა თუ მხოლოდ ცხოვრების წესის ცვლილება - გადასაწყვეტად რეკომენდებულია სისხლის წნევის ბინაზე ან ამბულატორიული მონიტორირება (ABPM ან HBPM).
18.	NICE IIa, C	„თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის“ მქონე პირებში, არტერიული წნევის ამბულატორიული ან ბინაზე გაზომვის მეთოდი განიხილება დამატებით საშუალებად, არტერიული წნევის სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვის მეთოდთან ერთად იმისათვის, რათა შეფასდეს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობასა და ცხოვრების წესის ინტერვენციებზე პასუხი.
19.	NICE IIa, C	ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკის დროს სისხლის წნევა იზომება ორივე მხარზე: <ul style="list-style-type: none"> <li>თუ სხვაობა სხვადასხვა მხარზე 20 მმ ვწყ სვ-ზე მეტია, რეკომენდებულია წნევის განმეორებითი გაზომვა.</li> <li>თუ მეორე გაზომვისასაც სხვაობა 20 მმ ვწყ სვ-ზე მეტია, შემდგომი გაზომვა უნდა განხორციელდეს იმ მხარზე, რომელზეც სისხლის წნევის მაჩვენებელი მეტია.</li> </ul>

20.	NICE IIa, C	სისხლის წნევის ამბულატორიული მონიტორირების დროს, საათში მინიმუმ ორი გაზომვა უნდა განხორციელდეს პირის სიფხიზლის პერიოდში (მაგალითად, 08:00-სა და 22:00-ს შორის). ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასადგენად საშუალო მაჩვენებლის გამოთვლა ხდება პირის ფხიზელ მდგომარეობაში შესრულებული არანაკლებ 14 გაზომვიდან.
21.	NICE IIa, C	წნევის ბინის პირობებში გაზომვის შემთხვევაში იმ პირებს, რომლებიც ატარებენ გაზომვებს, სჭირდებათ შესაბამისი საწყისი განათლება და მათი ჩვევების პერიოდული გადახედვა.
22.	NICE IIa, C	ბინის პირობებში წნევის გაზომვისას აუცილებელია სისხლის წნევის გასაზომი მოწყობილობების შემოწმება გამოყენების ინსტრუქციის შესაბამისად.
23.	NICE IIa, C	ბინის პირობებში წნევის გაზომვისას უნდა მოწესრიგდეს გარემო პირობები, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს პაციენტის მშვიდად, მორგებულად ჯდომა და მკლავის გაშლილ მდგომარეობაში დაჭერა. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ სისხლის წნევის თითოეული გაზომვისას, 2 მომდევნო გაზომვა უნდა შესრულდეს არანაკლებ 1 წუთის შუალედით, მჯდომარე მდგომარეობაში.</li> <li>✓ სისხლის წნევის გაზომვა რეკომენდებულია 2-ჯერ დღეში, იდეალურია დილით და საღამოს გაზომვა.</li> <li>✓ სისხლის წნევის გაზომვა და მაჩვენებლების ჩანიშვნა განხორციელდეს არანაკლებ 4 დღის განმავლობაში, უმჯობესია 7 დღე.</li> <li>✓ ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასადასტურებლად ყურადღება არ ექცევა პირველი დღის სისხლის წნევის მაჩვენებლებს. საშუალო მაჩვენებელი გამოითვლება დანარჩენი დღეების მონაცემებიდან.</li> </ul>
24.	NICE ESC/ESH (I, B)	არტერიული წნევის გაზომვა სამედიცინო დაწესებულებაში გამოიყენება ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე და ცხოვრების წესის ინტერვენციებზე პასუხის მონიტორირების მიზნით.
25.	NICE ESC/ESH JNC-8 I, A – 30+ I, C – 18- 29 წწ	არტერიული წნევის ამბულატორიული ან ბინაზე გაზომვის მეთოდით (მაგ.: "თეთრი ხალათის ეფექტით" იდენტიფიცირებულ პირებში), საშუალო სამიზნე წნევა ჩვეულებრივი სიფხიზლის საათებში არის: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 135/85-მმ.ვწყ.სვ-ის ქვევით 60 წლამდე ასაკის პირებში</li> <li>• 145/85მმ.ვწყ.სვ-ის ქვევით 60 წლისა და მეტი ასაკის პირებში</li> </ul>

### გსმ გართულებების რისკის შეფასება და რეკომენდებული გამოკვლევები

26.	NICE ESC/ESH I, B	არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებთან პროგნოზისა და სამედიცინო დახმარების ალტერნატივების განხილვის მიზნით, რეკომენდებულია, გსდ რისკის ფორმალური შეფასების გამოყენება, როგორც მომატებული სისხლის წნევასთან, ისე სხვა მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში.
27.	ESH/ESC I, B	ყველა პაციენტს საეჭვო ჰიპერტენზიით უნდა ჩაუტარდეს რუტინული კლინიკური შეფასება სამიზნე ორგანოების დაზიანების, გულ-სისხლძარღვთა დაავადების, შაქრიანი დიაბეტის ან თირკმლის ქრონიკული დაავადების დადგენის მიზნით და შეუფასდეს გსდ 10-წლიანი რისკი.
28.	NICE II, B	რეკომენდებულია ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ყველა იმ ფაქტორის გადახედვა, რომელთაც შეუძლიათ წვლილი შეიტანონ ჰიპერტენზიის განვითარებაში და/ან გაზარდონ პაციენტის გსდ რისკი.
29.	NICE II, B	ახალგაზრდა პაციენტების შემთხვევაში, ანუ ვისი ასაკიც <40 წელზე, გადაწყვეტილების მიღებამდე, არ იქნეს დაწყებული მკურნალობა 1-ლი სტადიის ჰიპერტენზიის დროს, აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება მეორეული ჰიპერტენზიის შესაძლებლობაზე, სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასებასა და სპეციალისტის აზრის მოძიებაზე. თუ ასეთ პაციენტებს არ ენიშნებათ მედიკამენტური თერაპია, რეკომენდებულია მათთვის ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული რჩევების მიცემა და ყოველწლიური მეთვალყურეობის შეთავაზება.
30.	სამუშაო ჯგუფია	გსდ რისკის შეფასება რეკომენდებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და მართვის ეროვნული პროტოკოლის მიხედვით
31.	NICE ESC/ESH I, B	ჰიპერტენზიით დაავადებული ყველა პაციენტისთვის დიაგნოზის დადგენის შემდეგ რეკომენდებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი კვლევების ჩატარება: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჰემოგლობინი და/ან ჰემატოკრიტი;</li> <li>• შარდის ანალიზი: შარდში ცილა ტესტ-ჩხირების საშუალებით, ტესტირება ჰემატურიაზე რეაგენტების გამოყენებით, ტესტირება მიკროალბუმინურიაზე;</li> <li>• სისხლის ნიმუშების აღება პლაზმაში გლუკოზის, შრატში ელექტროლიტების, კრეატინინის, გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარის, საერთო ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდების, LDL და HDL ქოლესტეროლის განსაზღვრის მიზნით;</li> <li>• თვალის ფსკერის გამოკვლევა ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის არსებობის დადგენის მიზნით;</li> <li>• 12-განხრანი ელექტროკარდიოგრაფია.</li> </ul>
32.	ESC/ESH I, B	40 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით გსდ შემთხვევის განვითარების რისკისა და ამ რისკზე თერაპიული ჩარევის ზემოქმედების შეფასების მიზნით რეკომენდებულია შეფარდებითი რისკის გამოსათვლელი სქემების გამოყენება
33.	ESC/ESH I, B	40 წელზე ნაკლები ასაკის პირებში ჰიპერტენზიით სამკურნალო გადაწყვეტილების შესახებ ინფორმირებისა და მედიკამენტური თერაპიის უფრო ადრეული დაწყების ხარჯთ-ეფექტურობის შეფასების მიზნით რეკომენდებულია, სიცოცხლის მანძილზე მოსალოდნელი გსდ რისკის შეფასება.
34.	ESC/ESH IB	ეკგ რეკომენდებულია ჰიპერტენზიით დაავადებულ ყველა პაციენტში მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, მარცხენა წინაგულის დილატაციის, არითმიის ან თანმხლები გულის დაავადების დადგენის მიზნით.

35.	ESC/ESH IIaC	ყველა პაციენტისთვის, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ან ფიზიკური გამოკვლევის შედეგად არსებობს ეჭვი ართიმის არსებობაზე, რეკომენდებულია, გრძელვადიანი ეკგ-მონიტორინგი, ხოლო ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეულ ართიმიაზე ეჭვის შემთხვევაში - აუცილებელია დატვირთვის სტრეს-ეკგ-ს საკითხის განხილვა.
36.	ESC/ESH IIaB	ექოკარდიოგრაფიული კვლევის საკითხის განხილვა რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის დაზუსტება, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, მარცხენა წინა გულის დილატაციის ან საეჭვო თანმხლები გულის დაავადების ელექტრო კარდიოგრაფიული დიაგნოზის დადასტურება.
37.	ESC/ESH IC	როდესაც ანამნეზის საფუძველზე საეჭვო ამოკარდიუმის იშემია, რეკომენდებულია სტრეს-ეკგ კვლევის ჩატარება, ხოლო მისი დადებითი ან ორპარკიანი შედეგის შემთხვევაში - რეკომენდებულია გამოსახვითი სტრეს-ტესტი (სტრეს-ექოკარდიოგრაფია, გულის სტრეს-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა ან ბირთვულის ცინტიგრაფია).
38.	ESC/ESH IIaB	საძილე არტერიების ულტრაბგერითი გამოკვლევის საკითხის განხილვა რეკომენდებულია სისხლძარღვთა ჰიპერტროფიის ან ასიმპტომური ათეროსკლეროზის დადგენის მიზნით, განსაკუთრებით ხანდაზმულ პაციენტებში.
39.	IIaB ESC/ESH	საძილე-ბარძაყის არტერიის პულსური ტალღის სიჩქარის განსაზღვრის საკითხის განხილვა რეკომენდებულია მსხვილი არტერიების კედლის გასქელების დადგენის მიზნით, შესაბამისი ჩვენებით.
40.	IIaB ESC/ESH	მუხლქვეშა-ბრაქიალური ინდექსის განსაზღვრა რეკომენდებულია პერიფერიული არტერიების დაავადების დადგენის მიზნით.
41.	ESC/ESH IB	ჰიპერტენზიით დაავადებული ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია შრატში კრეატინინის დონისა და GFR -ის განსაზღვრა.
42.	ESC/ESH IB	ჰიპერტენზიით დაავადებული ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია შარდში ცილის განსაზღვრა ტესტ-ჩხირების საშუალებით.
43.	ESC/ESH IB	მიკრო ალბუმინურიის შეფასება რეკომენდებულია შარდის წვეთში და შარდში კრეატინინის ექსკრეციის შესაბამისად.
44.	ESC/ESH IIaC	თვალის ფსკერის გამოკვლევის საკითხი განხილული უნდა იქნეს რთულად კონტროლირებადი ან რეზისტენტული ჰიპერტენზიის ყველა შემთხვევაში სისხლჩაქცევების, ექსუდატების და მხედველობის ნერვის დვრილის შემუშების დადგენის მიზნით, რაც ასოცირებულია მომატებულ გსდ რისკთან.
45.	ESC/ESH, 2013 IIIC	თვალის ფსკერის გამოკვლევა არ არის რეკომენდებული მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტებისთვის თანმხლები დიაბეტის გარეშე იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც პაციენტი ახალგაზრდა ასაკისაა.
46.	ESC/ESH IIbC	კოგნიტიური ფუნქციების დარღვევის მქონე ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებში რეკომენდებულია თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვითი კვლევის ან კომპიუტერული ტომოგრაფიის საკითხის განხილვა ტვინის ჩუმი ინფარქტების, ლაკუნური ინფარქტების, მიკრო სისხლჩაქცევების და ტვინის თეთრი ნივთიერების დაზიანების დადგენის მიზნით.

## მეორეული ჰიპერტენზიის მიზეზები და დიაგნოსტიკა

47.	ESH/ESC IIa C	ჰიპერტენზიის მქონე ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს მარტივი სკრინინგი მეორეულ ჰიპერტენზიაზე (ანამნეზი, გასინჯვა და რუტინული ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული ტესტები)
48.	JNC-7 II, B	ჰიპერტენზიის გამომწვევი მიზეზის დასადგენად მიზანშეწონილია დამატებითი დიაგნოსტიკური პროცედურების ჩატარება, როდესაც: <ul style="list-style-type: none"> <li>- პაციენტის ასაკი, დაავადების ისტორია, ფიზიკალური გამოკვლევა, ჰიპერტენზიის სიმძიმე, ან საწყისი ლაბორატორიული კვლევები სავარაუდოს ხდის ასეთი მიზეზის არსებობას;</li> <li>- ჰიპერტენზია ცუდად ემორჩილება მედიკამენტურ მკურნალობას;</li> <li>- კარგად კონტროლირებადი ჰიპერტენზიის ფონზე არტერიული წნევა გაურკვეველი მიზეზით იწყებს ზრდას;</li> <li>- ჰიპერტენზია იწყება უეცრად;</li> </ul>
49.	ESH/ESC II, B	ფიზიკალური გასინჯვის ნიშნები, რომლის დროსაც ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი მეორეულ ჰიპერტენზიაზე, შემდეგია: <ul style="list-style-type: none"> <li>- კუშინგის სინდრომის დამახასიათებელი ნიშნები;</li> <li>- კანის ნეოფიბრომატოზული წარმონაქმნები (ფეოქრომოციტომა);</li> <li>- პალპაციით გამოვლენილი გადიდებული თირკმელი (თირკმლის პოლიკისტოზი);</li> <li>- აბდომინალური შუილი (რენოვასკულური ჰიპერტენზია);</li> <li>- აუსკულტაციით პრეკარდიული ან გულმკერდის შუილი (აორტის კოარქტაცია, აორტის დაავადებები, ზედა კიდურის არტერიის დაავადებები);</li> <li>- დაგვიანებული და შესუსტებული პულსაცია ბარძაყის არტერიაზე, დაბალი არტერიული წნევა ქვემო კიდურებზე - მხრის არტერიასთან შედარებით (აორტის კოარქტაცია, აორტის დაავადებები, ქვედა კიდურის არტერიის დაავადებები);</li> <li>- არტერიული წნევის განსხვავებული ციფრები მარჯვენა და მარცხენა მხარეზე (აორტის კოარქტაცია, ლავიწქვეშა არტერიის სტენოზი).</li> </ul>
50.	NICE II, B	კლინიკური ნიშნების და სიმპტომების საფუძველზე, მეორეულ ჰიპერტენზიაზე დასაბუთებული ეჭვის შემთხვევაში, უნდა განხორციელდეს რეფერალი სპეციალისტთან.
51.	NICE IIa, C	დადასტურებული ან სავარაუდო რენოვასკულური დაავადების დროს არ არის სასურველი აფგ ინჰიბიტორებითა და ანგიოტენზინის რეგულატორის ინჰიბიტორებით რუტინული მკურნალობა.
52.	NICE II, B	ფეოქრომოციტომის ნიშნების და სიმპტომების მქონე პაციენტებისათვის, სერიოზული გართულებების რისკიდან გამომდინარე, აუცილებელია სასწრაფო რეფერალი სპეციალისტთან.

**ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების ზღურბლი,  
სამიზნე წნევა და პაციენტზე მეთვალყურეობა**

53.	JNC-8 I, A	ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია 60 წლის და მეტი ასაკის პირებისთვის, რომელთა არტერიული წნევა $\geq 150/90$ მმ.ვწყ.სვ.
54.	JNC-8 I, A	ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია 60 წელზე ნაკლები ასაკის პირებისთვის, რომელთა არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.
55.	JNC-7 ESC/ESH I, A	მე-2 სტადიის ჰიპერტენზიის მქონე ( $\geq 160/100$ ) პაციენტებისთვის ნებისმიერ ასაკში რეკომენდებულია ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური თერაპია.
56.	JNC-8 I, C	ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია 18 წელს გადაცილებულ პირებისთვის თირკმლების ქრონიკული დაავადებით, რომელთა არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.
57.	JNC-8 I, C	ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეთავაზება რეკომენდებულია 18 წელს გადაცილებულ დიაბეტის მქონე პირებისთვის, რომელთა არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.
58.	ESC/ESH III, A	არ არის რეკომენდებული ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყება, როცა არტერიული წნევის ციფრები 130–139/85–89 მმ.ვწყ.სვ.–ის ფარგლებშია, თუ არ არსებობს აუცილებელი მტკიცებულებები, რომლებიც მკურნალობის ჩატარების საჭიროებაზე მიუთითებს.
59.	ESC/ESH III, A	არ არის რეკომენდებული ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყება ახალგაზრდებში იზოლირებული სისტოლური ბრახიალური ჰიპერტენზიით; ამასთან, აუცილებელია პაციენტის ჯანმრთელობაზე გულმოდგინე დაკვირვება ცხოვრების წესის შეცვლასთან ერთად.
60.	JNC-8 I, A	ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობისას 60 წლის და მეტი ასაკის პირებისთვის არტერიული წნევის ოპტიმალურ სამიზნე დონედ სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვისას რეკომენდებულია წნევის მაჩვენებლები $< 150/90$ მმ.ვწყ.სვ.
61.	JNC-8 I, C	თუ ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შედეგად 60 წლის და მეტი ასაკის პირებს არტერიული წნევა უკვე მოწესრიგებული აქვთ 140/90 მმ. ვწყ.–ზე უფრო დაბალ ფარგლებში, პაციენტი კარგად იტანს მკურნალობას და არ აღნიშნება მკურნალობის უარყოფითი ზეგავლენა ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხზე, წნევის ციფრების სამიზნე დონის შეცვლა საჭირო არ არის.
62.	JNC-8 I, A –30+ I, C – 18- 29 წწ	ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობისას 60 წელზე ნაკლები ასაკის პირებისთვის არტერიული წნევის ოპტიმალურ სამიზნე დონედ სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვისას რეკომენდებულია წნევის მაჩვენებლები $< 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.
63.	JNC-8 I, C	თირკმლების ქრონიკული დაავადების მქონე 18 წელს გადაცილებული პირების ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობისას არტერიული წნევის ოპტიმალურ სამიზნე დონედ სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვისას რეკომენდებულია $< 140/90$ მმ.ვწყ.სვ მაჩვენებლის დასახვა.
64.	JNC-8 I, C	დიაბეტის მქონე 18 წელს გადაცილებული პირების ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობისას არტერიული წნევის ოპტიმალურ სამიზნე დონედ სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომვისას რეკომენდებულია $< 140/90$ მმ.ვწყ.სვ მაჩვენებლის დასახვა.
65.	Ila, B	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დაწყების შემდეგ სამიზნე წნევის მიღწევამდე პაციენტთან შეხვედრებს შორის ინტერვალი უნდა იყოს 2–4 კვირა. აღნიშნულ ფარგლებში უფრო ხშირი შეხვედრები საჭიროა მაშინ, როცა პაციენტი სახლში ვერ იზომავს წნევას და/ან II სტადიის ჰიპერტენზიის დროს და/ან თანმხლები დაავადებ(ებ)ის არსებობისას.
66.	Ila, B	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დაწყების შემდეგ სამიზნე წნევის მიღწევამდე პაციენტთან შეხვედრებს შორის ინტერვალი შეიძლება იყოს 2 კვირა ან ნაკლები, როცა პაციენტი დიაბეტით არის დაავადებული.
67.	Ila, C	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შედეგად სამიზნე წნევის მიღწევის შემდეგ პაციენტთან შეხვედრებს შორის ინტერვალი უნდა იყოს 3–6 თვე. აღნიშნულ ფარგლებში უფრო ხშირი შეხვედრები საჭიროა მაშინ, როცა პაციენტი სახლში ვერ იზომავს წნევას.
68.	Ila, C	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შედეგად სამიზნე წნევის მიღწევის შემდეგ პაციენტთან შეხვედრებს შორის ინტერვალი 1–6 თვე უნდა იყოს, თუ: <ul style="list-style-type: none"> <li>o პაციენტს აქვს თირკმლების ქრონიკული დაავადება და/ან გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე დაქვეითებულია;</li> <li>o და/ან გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე პროგრესულად ეცემა;</li> <li>o და/ან დიაბეტის არსებობისას;</li> <li>o და/ან გულის უკმარისობის არსებობისას;</li> <li>o და/ან ლაბორატორიული გამოკვლევების ხშირი შემოწმების საჭიროებისას.</li> </ul>
69.	Ila, C	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შედეგად სამიზნე წნევის მიღწევის შემდეგ პაციენტთან შეხვედრებს შორის ინტერვალი შეიძლება 6 თვეზე მეტი იყოს, თუ: პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, სამიზნე წნევა სტაბილურად არის მიღწეული და პაციენტი წარმატებით იყენებს არტერიული წნევის შინ გაზომვას და კომუნიკაციის ელექტრონული საშუალებებს ექიმთან ურთიერთობისათვის.
70.	Ila, C	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შედეგად სამიზნე წნევის მიღწევის შემდეგ პაციენტთან შეხვედრებს შორის ინტერვალი შეიძლება შემცირდეს, თუ იცვლება მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი, მათ შორის, როცა მცირდება მედიკამენტის დოზა ან საერთოდ წყდება მისი მიღება.
71.	Ila, C	ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების რისკფაქტორები და ორგანოების ასიმპტომური დაზიანება განმეორებით უნდა შეფასდეს ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ.

72.	NICE IIa, B	მედიკამენტური თერაპიის დანიშნისას ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული რჩევების მიცემა (იხილეთ მე-10 თავი).
73.	ESC I, A	პაციენტებისთვის მომატებული რისკით, კერძოდ, მათთვის, ვისაც აღნიშნება სამიზნე ორგანოების დაზიანება, დადგენილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, დიაბეტი, თირკმლის ქრონიკული დაავადება ან გსდ 10-წლიანი რისკი $\geq$ 20%, თუ ჯერ არ არის დაწყებული, რეკომენდებულია დამატებითი მედიკამენტური თერაპია გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის შემცირების მიზნით (მაგალითად, სტატინები და ანტიაგრეგანტული თერაპია) (იხილეთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პრევენციისა და მართვის პროტოკოლი).
74.	ESH/ESC JNC-8 I, A –I, C	როდესაც პაციენტს ენიშნება მედიკამენტური თერაპია, მკურნალობაზე პასუხის მონიტორირების მიზნით რეკომენდებულია წნევის გაზომვა სამედიცინო დაწესებულებაში, სამიზნე წნევა კი < 60 წელზე ასაკის პაციენტებში უნდა იყოს <140/90მმ ვწყ სვ, ხოლო $\geq$ 60 წელზე პირებში <150/90მმ ვწყ სვ.

## ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

75.	ESH/ESC NICE I, A	პაციენტებს, რომელთაც უტარდებათ შეფასება და მკურნალობა ჰიპერტენზიის გამო, უნდა მიეცეთ ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული რჩევები საწყისი შეფასებისას და შემდგომ გარკვეული პერიოდულად.
76.	ESH/ESC NICE I, A	რეკომენდებულია პაციენტის კვებითი ჩვევებისა და ფიზიკური აქტიურობის სტატუსის გამოკითხვა, რადგანაც ჯანსაღი კვებისა და რეგულარული ვარჯიშის საშუალებით შესაძლებელია სისხლის წნევის დაქვეითება. ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული ღონისძიებების ხელშეწყობის მიზნით რეკომენდებულია შესაბამისი სახელმძღვანელო და აუდიო-ვიზუალური მასალის შეთავაზება.
77.	NICE II, B	რელაქსაციური თერაპიის საშუალებით შესაძლებელია არტერიული წნევის შემცირება და პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს მისი, როგორც მკურნალობის შემადგენელი ნაწილის გამოყენების სურვილი. თუმცა, ამჟამად პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ რელაქსაციური თერაპიის შესახებ რჩევის რუტინული მიწოდება რეკომენდებული არ არის.
78.	ESH/ESC NICE I, A	რეკომენდებულია პაციენტის გამოკითხვა ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ და ჭარბი მოხმარების შემთხვევაში რჩევა მისი შემცირების თაობაზე (არა უმეტეს 20–30 გრამი ეთანოლისა დღეში მამაკაცებისთვის და 10-20 გრამისა ქალებისთვის), რადგანაც აღნიშნულის მეშვეობით შესაძლებელია სისხლის წნევის დაქვეითება და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფრო მრავალმხრივი სარგებელის მიღწევა.
79.	NICE II, B	რეკომენდებულია რჩევა-დარიგება ყავისა და კოფეინის შემცველი სხვა პროდუქტების მოხმარების შემცირების შესახებ.
80.	ESH/ESC NICE I, A	რეკომენდებულია რჩევა-დარიგების მიცემა პაციენტებისთვის სუფრის მარილის შეზღუდვის შესახებ (5-6-მდე დღეში) მარილის რაოდენობის შემცირების ან მისი ჩანაცვლების გზით.
81.	NICE II, B	არ არის რეკომენდებული კალციუმის, მაგნიუმის ან კალიუმის დანამატების შეთავაზება სისხლის წნევის დაქვეითების მიზნით.
82.	ESH/ESC NICE I, A	რეკომენდებულია ყველა მწვევლს მიეცეს რჩევა-დარიგება თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ და გაეწიოს შესაბამისი დახმარება.
83.	ESH/ESC NICE I, A	რეკომენდებულია ხილის, ბოსტნეულისა და ცხიმის დაბალი შემცველობის მქონე რძის პროდუქტების მოხმარება.
84.	ESH/ESC NICE I, A	უკუჩვენების არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია სხეულის მასის შემცირება სმი-ს 25 კგ/მ <sup>2</sup> -მდე, ხოლო წელის გარშემოწერილობის <102სმ მამაკაცებისთვის და <88 სმ ქალებისთვის.
85.	ESH/ESC NICE I, A	რეკომენდებულია რეგულარული ვარჯიში, კერძოდ, სულ მცირე 30 წუთიანი ზომიერი ინტენსიობის ფიზიკური დატვირთვა კვირაში 5-7 დღის განმავლობაში.
86.	NICE II, C	ცხოვრების სტილის ცვლილების მოტივირებასთან დაკავშირებული კვლევების გავრცელებული ასპექტი ჯგუფური მუშაობის მეთოდია. რეკომენდებულია პაციენტთა ინფორმირება ადგილობრივი ინიციატივების, მაგალითად, ჯანდაცვის გუნდების ან პაციენტთა ორგანიზაციების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობენ ცხოვრების ჯანსაღ წესთან დაკავშირებულ ცვლილებებს.

## ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის ალტერნატივები

87.	ESH/ESC NICE IIB	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის მიზნით, სადაც შესაძლებელია, რეკომენდებულია დღეში ერთჯერადად მისაღები მედიკამენტების გამოყენება.
88.	NICE IIa, B	მედიკამენტების გამოწერა, სადაც შესაძლებელია, რეკომენდებულია გენერიკული ფორმით, რადგანაც ეს ამცირებს ფინანსურ დანახარჯებს.
89.	JNC-8 (II, B)	ზოგად პოპულაციაში, მ.შ. დიაბეტის მქონე პირებში, ინიციალური ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა უნდა მოიცავდეს თიაზიდური ტიპის დიურეზულ საშუალებას, კალციუმის არხების ბლოკერს, აგფ ინჰიბიტორს ან არბ
90.	NICE II, A	55 წელს ქვემოთ ასაკის პაციენტებისთვის 1-ლი საფეხურის ანტიჰიპერტენზიული თერაპიის სახით რეკომენდებულია აგფ-ინჰიბიტორი ან დაბალფასიანი ანგიოტენზინ- II რეცეპტორების ბლოკერი (არბ). თუ პაციენტს დანიშნული აქვს აგფ-ინჰიბიტორი და ვლინდება მისი აუტანლობა, მაგალითად ხველის გამო, რეკომენდებულია

		პრეპარატის ჩანაცვლება დაბალი ღირებულების არბ-თი.
91.	ESH/ESC NICEIII,A	ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზნით არ არის რეკომენდებული აფგ-ინჰიბიტორისა და არბ-ს კომბინირება.
92.	NICE II, A	55 წელს ზევით ასაკის პირებისთვის ან ნებისმიერი ასაკის აფრო-კარიბული წარმოშობის პაციენტებისთვის 1-ლი რიგის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური თერაპიის მიზნით რეკომენდებულია კალციუმის არხების ბლოკერები. თუ კალციუმის არხების ბლოკერების მიღება ვერ ხერხდება, მაგალითად, შემუშავების ან აუტანლობის განვითარების გამო, ან თუ სახეზეა გულის უკმარისობა ან გულის უკმარისობის მაღალი რისკი, რეკომენდებულია თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებების გამოყენება.
93.	ESH/ESC NICE I, A	ბეტა ბლოკერები რეკომენდებულია როგორც საწყისი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი, აფგინჰიბიტორის და არბ-ს მიმართ აუტანლობის ან უკუჩვენების შემთხვევაში, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში და ახალგაზრდა პირებში სიმპატიკური ნერვული სისტემის გაზრდილი ტონუსით.
94.	ESH/ESC NICE IIb, C	მიუხედავად დიურეზული საშუალებების პოტენციური უარყოფითი მეტაბოლური ეფექტებისა, თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებები განიხილება როგორც ეფექტური და შედარებით უსაფრთხო მედიკამენტები არტერიული ჰიპერტენზიის მართვაში.
95.	ESC/EH IIb, C	მტკიცებულებათა ბაზაზე დაყრდნობით, რანდომიზებული და ფართომასშტაბიანი კვლევების მომცველი მეტა-ანალიზის არ არსებობის გამო, დღეისათვის შეუძლებელია რეკომენდაციის გაცემა რომელიმე კონკრეტული დიურეზული საშუალების სასარგებლოდ ანტიჰიპერტენზიული მოქმედების ეფექტურობისა და გართულებათა პრევენციის კუთხით.
96.	NICE IIa, A	დაბალი დოზის თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებები, ინდაპამიდი (1.5მგ SR ან 2.5მგ დღეში) და ქლორთალიდონი 12.5-25მგ დღეში), ეფექტურია კლინიკური გამოსავალის გაუმჯობესების მხრივ.
97.	NICE IIb, C	იმ პაციენტებში, სადაც არტერიული წნევა კონტროლირებულია ბენდროფლუმეთიაზიდის ან ჰიდროქლორთიაზიდის დაბალი დოზებით, არ არის რეკომენდებული მკურნალობის ჩანაცვლება ქლორთალიდონით ან ინდაპამიდით.
98.	NICE I, A	პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ გულის უკმარისობის განვითარების მაღალი და შაქრიანი დიაბეტის განვითარების დაბალი რისკი, ყველაზე ეფექტურ და ხარჯთ-ეფექტიან ანტიჰიპერტენზიულ სამკურნალო საშუალებებად თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებები განიხილება.
99.	NICE IIa, B	პაციენტებში, რომელთა ასაკი $\geq 80$ წელზე, თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებები განიხილება კლინიკურად ყველაზე ეფექტურ და ხარჯთ-ეფექტიან პირველი რიგის მედიკამენტებად.
100.	NICE IIb, C	პაციენტებში, რომლებშიც ნაჩვენებია კალციუმის ანტაგონისტებით თერაპია და ვლინდება შემუშავება, შესაძლებელია თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებებით ჩანაცვლება.
101.	NICE IIa, B	თუ პაციენტი იმყოფება ბეტა-ბლოკერებით თერაპიაზე და მეორე მედიკამენტის ჩართვის აუცილებლობაა, დიაბეტის განვითარების სავარაუდო რისკის შემცირების მიზნითსასურველია თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალების ნაცვლად უპირატესობა კალციუმის ანტაგონისტს მიენიჭოს.
102.	ESH/ESC I, A	მე-2 რიგის მკურნალობის მიზნით მიზანშეწონილია დიურეზული საშუალებების (თიაზიდური, ქლორთალიდონი და ინდაპამიდი), ბეტა-ბლოკერების, კალციუმის ანტაგონისტების, აფგ-ინჰიბიტორების და ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერების _ ერთმანეთთან გარკვეული კომბინაციების სახით გამოყენება.
103.	ESH/ESC IIa, C	კომბინირებული სქემის არჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს კონკრეტული კლინიკური სიტუაციიდან გამომდინარე საჭიროებები.
104.	ESH/ESC IIa, C	მკურნალობის შერჩევისას უპირატესობა უნდა მიენიჭოს მტკიცებულებათა საფუძველზე რეკომენდებულ მედიკამენტურ კომბინაციებს.
105.	NICE IIb, C	მე-3 რიგის მკურნალობის დაგეგმვამდე საჭიროა დავრწმუნდეთ ტარდება, თუ არა, მე-2 საფეხურის თერაპია ოპტიმალური ან მაქსიმალურად ასატანი დოზებით.
106.	NICE IIb, C	თუ საჭიროა სამი მედიკამენტით მკურნალობა მიზანშეწონილია სხვადასხვა კლასის ფარმაკოლოგიური საშუალებების (აფგ-ის ინჰიბიტორი ან არბ, კალციუმის ანტაგონისტი, ბეტა-ბლოკერი და თიაზიდური დიურეტიკი) კომბინირებული გამოყენება.
107.	ESH/ESC III, A	არ არის რეკომენდირებული რაას-ის ორი ბლოკერის ერთდროული გამოყენება.

## რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობა

108.	NICE IIb, C	რეზისტენტულ ჰიპერტენზიად ითვლება არტერიული ჰიპერტენზია, როდესაც არტერიული წნევა რჩება 140/90 მმ ვწყ სვ და მეტი, მიუხედავად აფგ ინჰიბიტორის ან არბ + კალციუმის ანტაგონისტის + დიურეზული საშუალების ოპტიმალური დოზით მკურნალობისა და განიხილება მეოთხე მედიკამენტის დამატების და/ან ექსპერტის კონსულტაციის საკითხი.
109.	NICE IIb, C	მეოთხე რიგის პრეპარატად შესაძლებელია განიხილებოდეს ალფა- ან ბეტა- ბლოკერი, დანიშნული მკურნალობის არაეფექტურობის და ამ პრეპარატებისადმი უკუჩვენების არარსებობის შემთხვევაში.
110.	ESH/ESC NICE I, C	პაციენტებში რეზისტენტული ჰიპერტენზიით, ექიმმა უნდა შეაფასოს სამკურნალო სქემაში ჩართული ყველა მედიკამენტის ანტიჰიპერტენზიული ეფექტი და მინიმალური ეფექტის ან მისი არარსებობის შემთხვევაში მოხსნას ეს პრეპარატი.

111.	NICE IIa, B	რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზნით მე-4 საფეხურის სახით რეკომენდებულია: - დიურეზული თერაპიის სახით სპირონოლაქტონის დაბალი დოზის (25მგ დღეში ერთხელ) დამატება, თუ სისხლში კალიუმის დონე $\leq 4.5$ მმოლ/ლ. განსაკუთრებული სიფრთხილის ზომებია მისაღები პაციენტებში დადგენილი გლომერულური ფილტრაციის დაბალი სიჩქარით, რადგანაც მათ ჰიპერკალიემიის განვითარების მაღალი რისკი აღენიშნებათ. - თუ სისხლში კალიუმის დონე $>4.5$ მმოლ/ლ, რეკომენდებულია მკურნალობა თიაზიდური ტიპის დიურეზული საშუალებების მაღალი დოზით.
112.	NICE IIb, C	როდესაც რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზნით გამოიყენება გაძლიერებული დიურეზული თერაპია, რეკომენდებულია სისხლში ნატრიუმისა და კალიუმის, აგრეთვე თირკმლის ფუნქციების მონიტორირება მკურნალობის დაწყებიდან 1 თვეში და შემდგომ გამეორება საჭიროებისამებრ.
113.	NICE IIa, B	იმ შემთხვევაში თუ რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მე-4 საფეხურის სახით პაციენტი ვერ იტანს გაძლიერებულ დიურეზულ თერაპიას, ის უკუნაჩვენები ან არაეფექტურია, რეკომენდებულია ალფა- ან ბეტა-ბლოკერების გამოყენების გათვალისწინება.
114.	NICE IIb, C	თუ ოთხი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის ოპტიმალური ან მაქსიმალური ასატანი დოზების გამოყენების შემდეგ სისხლის წნევა კვლავ არაკონტროლირებადი რჩება, რეკომენდებულია ექსპერტის აზრის მოძიება, თუ ეს ქმედება ჯერ არ განხორციელებულა.
115.	NICE I, C	მედიკამენტური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკისა და მეთვალყურეობის მაღალ ტექნოლოგიურ, შესაბამისი გამოცდილების მქონე სამედიცინო პერსონალით აღჭურვილ ცენტრებში განიხილავენ რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობის ინვაზიურ პროცედურებს.

### ჰიპერტენზიის მკურნალობის თავისებურებები ხანდაზმულ პაციენტებში

116.	ESH/ESC I, A	ხანდაზმულ პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ყველა ჯგუფის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი. ამასთან, დიურეზულ საშუალებებსა და კალციუმის ანტაგონისტებს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს.
117.	NICE IIa, B	ხანდაზმულ პაციენტთა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა აბსოლუტურად შეესაბამება საერთო პოპულაციისთვის გაცემულ ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის რეკომენდაციებს; შესაბამისად, მედიკამენტთა და მათი კომბინაციის შერჩევასას ასაკს წამყვანი მნიშვნელობა არ ენიჭება.
118.	NICE IIa, C	ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შერჩევასას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული სხვა რისკ-ფაქტორების, სამიზნე ორგანოთა დაზიანების და ასოცირებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების თანაარსებობა.
119.	ESH/ESC, 2013 JNC-8 I, A	ზოგადი პოპულაციის მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში, ინიციალური ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა ნაჩვენებია სისტოლური არტერიული წნევის 150 მმ ვწყ სვ და მეტი, ხოლო დიასტოლური წნევის 90 მმ ვწყ სვ და მეტი შემთხვევებში.
120.	ESH/ESC NICE I, C	დასუსტებულ ხანდაზმულ პაციენტებში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილება მკურნალმა ექიმმა უნდა მიიღოს მკურნალობის კლინიკური ეფექტების, მოსალოდნელი სარგებელისა და სავარაუდო რისკის გათვალისწინებით.
121.	ESH/ESC NICE IIa, C	პაციენტებისათვის, რომელნიც იმყოფებოდნენ კარგი ამტანობის პროფილის მქონე და ეფექტურ ანტიჰიპერტენზიულ თერაპიაზე, 80 წლის ასაკის მიღწევის შემდეგაც რეკომენდებულია დანიშნული მკურნალობის გაგრძელება.

### ჰიპერტენზიის მკურნალობის თავისებურებები თანმხლები სპეციფიკური მდგომარეობების და იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს

122.	ESH/ESC NICE I, A	თირკმლის ქრონიკული დაავადების დროს, კლინიკურად ყველაზე ეფექტური და ყველაზე ხარჯთ-ეფექტიანი პირველი რიგის ანტიჰიპერტენზიული აგენტი არის გენერული აფგ ინჰიბიტორი.
123.	NICE I, A	თუ პაციენტებს არ აქვთ ამტანობა აფგ ინჰიბიტორის მიმართ, უნდა დაინიშნოს დაბალფასიანი ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერი.
124.	NICE I, A	შაქრიანი დიაბეტით პაციენტებისათვის, კლინიკურად ყველაზე ეფექტური და ყველაზე ხარჯთ-ეფექტიანი პირველი რიგის ანტიჰიპერტენზიული თერაპია არის გენერული აფგ ინჰიბიტორი.
125.	NICE I, A	თუ პაციენტებს არ აქვთ ამტანობა აფგ ინჰიბიტორის მიმართ, უნდა დაინიშნოს დაბალფასიანი ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერი.
126.	ESH/ESC I, A	კორონარული დაავადების მაღალი რისკის დროს შესაძლებელია, დიურეტიკის, ბეტა-ბლოკერის, აფგ ინჰიბიტორის და კალციუმის არხების ბლოკერის დანიშვნა.
127.	ESH/ESC I, A	სტენოკარდიის დროს უპირატესობა ენიჭება ბეტა ბლოკერის და ხანგრძლივი მოქმედების კალციუმის არხების ბლოკერის დანიშვნას.
128.	ESH/ESC I, A	პაციენტებში მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ, სარგებლობის მომტანია ბეტა-ბლოკერის, აფგ ინჰიბიტორის, ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერის, ალდოსტერონის ანტაგონისტის დანიშვნა.



129.	ESH/ESC JNC-7 I, A	პაციენტებისათვის გულის უკმარისობით უპირატესობა უნდა მიენიჭოს დიურეტიკის, ბეტა-ბლოკერის, აგე ინჰიბიტორის, ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერის და ალდოსტერონის ანტაგონისტის დანიშვნას.
130.	ESH/ESC JNC-7 I, A	განმეორებითი ინსულტის პრევენციისათვის კლინიკურად ეფექტურია რეკომენდებული მედიკამენტების ნებისმიერი რეჟიმის გამოყენება, უმთავრესია წნევის ეფექტური დაქვეითების მიღწევა.
131.	ESH/ESC JNC-7 I, A	პაციენტებში პერიფერიული არტერიების დაავადებით, ანტიჰიპერტენზიული ჯგუფის არჩევანი უფრო ნაკლებად მნიშვნელოვანია, ვიდრე არტერიული წნევის რეალური კონტროლი.
132.	ESH/ESC JNC-7I, C	ანტიჰიპერტენზიული ჯგუფის არჩევანი უნდა გაკეთდეს სხვა თანმხლები მდგომარეობების არსებობის მიხედვით.
133.	ESH/ESC I, A	პაციენტებში იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით მიღწეული უნდა იყოს სისტოლური წნევის სამიზნე დონე. აღნიშნული მიზნით შესაძლებელია გამოყენებული იყოს იგივე თერაპიული სქემები, რაც პაციენტებში, რომელთაც აღნიშნებათ როგორც სისტოლური, ასევე დიასტოლური წნევის მატება.
134.	ESH/ESC IIB, C	გამონაკლისს წარმოადგენს ახალგაზრდა ინდივიდთა პოპულაცია იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიით. აღნიშნულ კონტინგენტს უნდა მიეწოდოს რეკომენდაციები ცხოვრების წესთან დაკავშირებით, ამავე დროს საჭიროა მათზე რეგულარული დინამიური დაკვირვება.

### ჰიპერტენზიული მწვავე მდგომარეობების მართვა

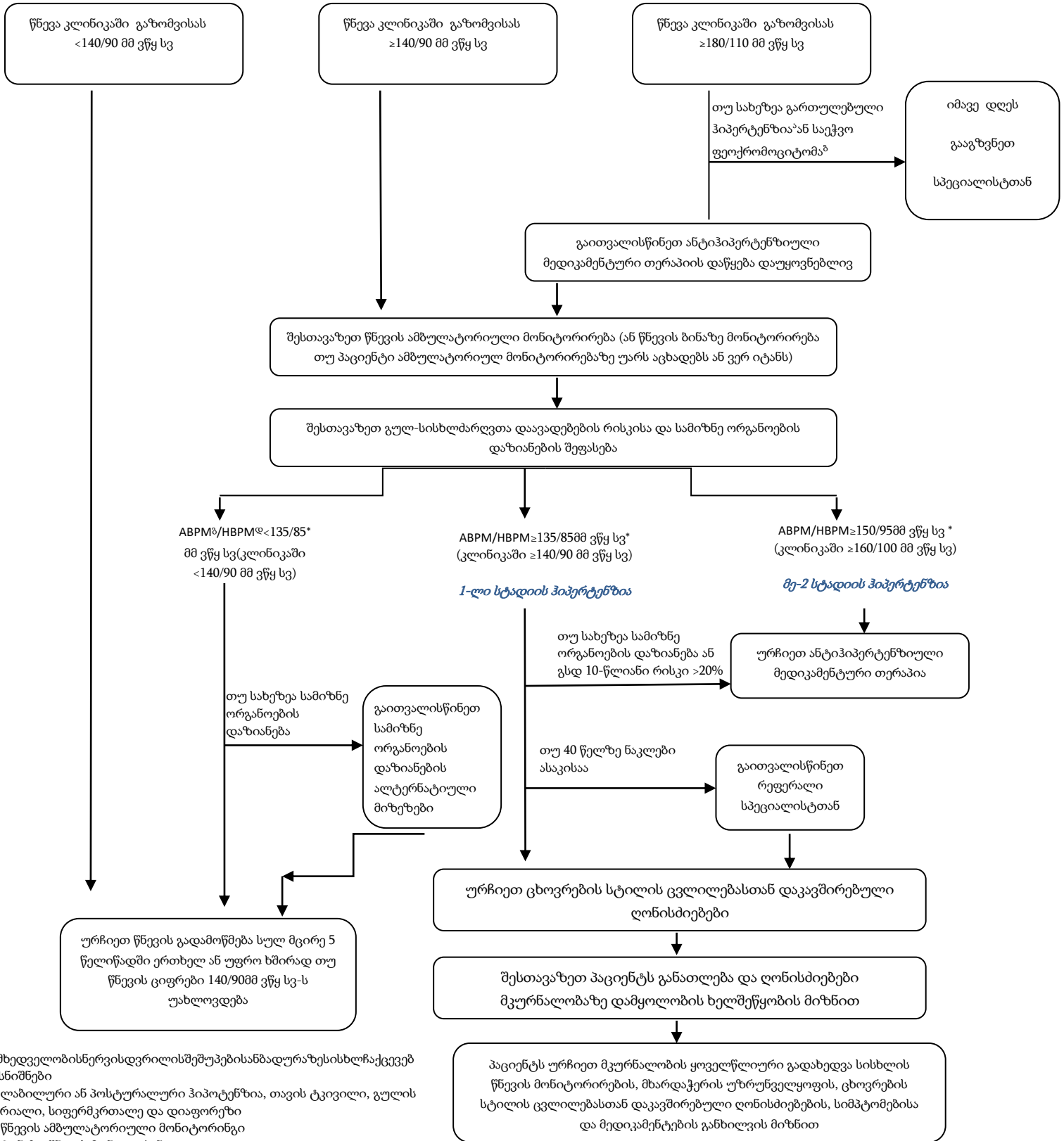
135.	JNC-7 IIB, C	ჰიპერტენზიული კრიზის შემთხვევები (არტერიული წნევის მატება $\geq 180/120$ მმ ვწყ.სვ), სამიზნე ორგანოების მოსალოდნელი ან პროგრესირებადი დისფუნქციით, საჭიროებენ წნევის დაუყოვნებლივ დაქვეითებას (არ არის აუცილებელი ნორმალურ მაჩვენებლებამდე), სამიზნე ორგანოების დაზიანების ლიმიტირების ან პრევენციის მიზნით.
136.	JNC-7 IIB, C	ჰიპერტენზიული კრიზის შემთხვევების მკურნალობის საწყისი მიზანია არტერიული წნევის დაქვეითება არაუმეტეს 25%-ით (რამოდენიმე წუთიდან ერთი საათის განმავლობაში) და თუ ის სტაბილურად არის 160/110–100 მმ ვწყ. სვ-სა შემდგომი 2–6 საათის განმავლობაში.
137.	JNC-7 IIB, C	ზოგადი რეკომენდაცია არის წნევის შემდგომი დაქვეითება 24–48 საათის განმავლობაში, გარდა აორტის განშრევების შემთხვევებისა, როდესაც სისტოლური წნევა სასურველია დაქვეითდეს $<100$ მმ ვწყ.სვ-ს (პაციენტის მიერ კარგი ამტანობისას) და პაციენტებისა, სადაც წნევის დაქვეითება შესაძლებელია თრომბოლიზური საშუალებებით მკურნალობის ჩატარების მიზნით.
138.	JNC-7 IIB, C	არ არის რეკომენდებული არტერიული წნევის ინტრავენური მედიკამენტებით დაქვეითება მწვავე ინსულტის დროს, პირველი კვირის განმავლობაში, მიუხედავად წნევის ციფრებისა. თუმცა, კლინიკური გადაწყვეტილება უნდა შეიცვალოს სისტოლური არტერიული წნევის ძალიან მაღალი ციფრების შემთხვევაში.
139.	JNC-7 IIB, C	პირველადი ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევისას, მკურნალობა უნდა იქნეს დაწყებული არტერიული წნევისას $>180/105$ მმ ვწყ. სვ.
140.	JNC-7 IIB, C	არტერიული წნევის იზოლირებული მატებისას, სამიზნე ორგანოთა დაზიანების გარეშე (ჰიპერტენზიის ურგენტული შემთხვევები), პირველ რიგში უნდა შეფასდეს ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა (წყვეტილობა მკურნალობაში, დამყოლობის დეფექტები და ა.შ.) ასევე პაციენტის შფოთვის სიმპტომატიკა და მიღებულ იქნეს ადეკვატური გადაწყვეტილებები.
141.	ESH IIB, C	პაციენტებში მწვავე კორონარული სინდრომით, ინტრავენური ვაზოდილატატორები (ნიტროგლიცერინი, ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი), ითვლება პირველი რიგის არჩევის პრეპარატებად, ბეტა-ბლოკერებთან კომბინაციაში.
142.	JNC-7 IIB, C	პაციენტები ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევებით, უნდა მოთავსდნენ ინტენსიური თერაპიის პალატაში ხანგრძლივი დაკვირვებისა და შესაბამისი ანტიჰიპერტენზიული აგენტების პარენტერალური შეყვანის მიზნით.
143.	JNC-7 IIB, C	პაციენტებში აორტის განშრევებითა და ჰიპერტენზიით, ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა უნდა იქნეს დაწყებული დაუყოვნებლივ, რათა სისტოლური არტერიული წნევა დაქვეითდეს 100 მმ ვწყ.სვ ქვევით. იდეალური ვარიანტია, ამასთან ერთად გულისცემის სიხშირისა და მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება, რაც შესაძლებელია მიღწეულ იქნეს ბეტა-ბლოკერის, ვაზოდილატატორისა და ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის კომბინაციით.
144.	ESH IIB, C	ფეოქრომოციტომის დროს განვითარებული ჰიპერტონული კრიზისისას, რეკომენდებულია ინტრავენური ალფა-ბლოკერი ბეტა-ბლოკერთან კომბინაციაში. კრიზისი სამკურნალოდ ასევე შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ლაბეტოლოლი მონოთერაპიის სახით.
145.	ESH IIB, C	პაციენტებში იშემიური ინსულტით არტერიული წნევის დაქვეითებამ, შესაძლოა კიდევ უფრო გააუარესოს პერფუზია და გამოიწვიოს ინფარქტის ზონის გაზრდა. ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა რეკომენდებულია როცა არტერიული წნევის ციფრები $>220/120$ მმ ვწყ.სვ (ან საშუალო წნევისას $>140$ მმ ვწყ. სვ). აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილია წნევის დაქვეითება 10–15%-ით, სასტარტო თერაპია ლაბეტალოლით ან ნიტროგლიცერინით ან ნატრიუმის ნიტროპრუსიდით.
146.	JNC-7 III, A	ხანმოკლე მოქმედების ნიფედიპინი არ არის რეკომენდებული ჰიპერტენზიული კრიზისისა და ჰიპერტენზიის ურგენტული შემთხვევების მართვისას.

147.	ESH IIb, C	ჰიპერტენზიის ურგენტული შემთხვევებისას შესაძლოა ეფექტური აღმოჩნდეს პერორალური მოქმედების მედიკამენტები, როგორცაა ვაპტოპრილი, ლაბეტალოლი ან კლონიდინი.
------	---------------	--

## პაციენტისგანათლება და მკურნალობაზე დამყოლობა

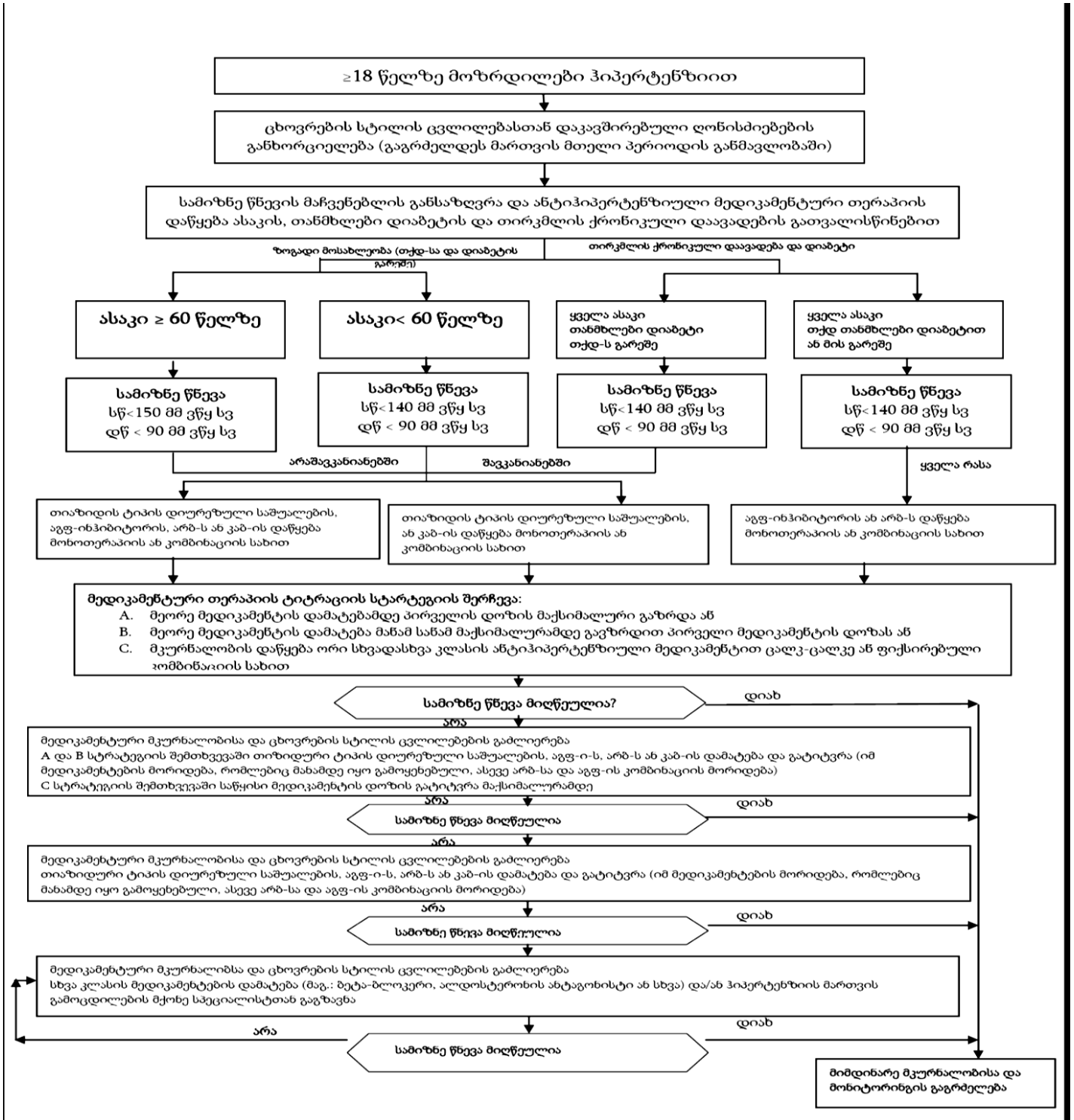
148.	NICE IIa, C	რეკომენდებულია პაციენტზე (მომხმარებელზე) ორიენტირებული სახელმძღვანელო და საგანმანათლებლო მასალების შემუშავება ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გამოყენების სარგებელის და მათი შესაძლო არასასურველი ეფექტების შესახებ. მათი საშუალებით პაციენტს უადვილდება ინფორმირებული არჩევნის გაკეთება.
149.	NICE IIa, C	პაციენტები განსხვავდებიან თავისი დამოკიდებულებით ჰიპერტენზიის პრობლემისადმი და მათი მკურნალობის გამოცდილებით. რეკომენდებულია პაციენტის მდგომარეობის მართვის ორგანიზაციის დეტალების ჩამოყალიბება და სპეციალური ფორუმების შექმნა სხვადასხვა ხედვების და საჭირო ინფორმაციის გაცვლის მიზნით.
150.	NICE IIa, C	სისხლის წნევის მონიტორირების მიზნით რეკომენდებულია სამედიცინო დახმარების ყოველწლიური გადახედვა, პაციენტებისთვის მხარდაჭერის უზრუნველყოფა, მათი ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული საკითხების, სიმპტომებისა და მედიკამენტების განხილვა.
151.	NICE IIa, C	იმის გამო, რომ პაციენტის მკურნალობისადმი დამყოლობის გაზრდასთან დაკავშირებული მტკიცებულებები არაა დამაჯერებელია, სპეციფიკური საჭიროების შემთხვევაში რეკომენდებულია მხოლოდ იმ ჩარევების გამოყენება, რომელთა საშუალებითაც მოხერხდება დამყოლობასთან დაკავშირებული სპეციფიკური პრობლემ(ებ)ის დაძლევა. ჩარევა გამიზნულად უნდა იყოს მიმართული საჭიროებისადმი. ჩარევები შესაძლოა მოიცავდეს შემდეგს: <ul style="list-style-type: none"> <li>- პაციენტის მიერ საკუთარი მედიკამენტების მიღების წერილობითი აღრიცხვა;</li> <li>- პაციენტის წახალისება საკუთარი მდგომარეობის მონიტორირებისთვის;</li> <li>- დოზირების რეჟიმის გამარტივება;</li> <li>- მედიკამენტების ალტერნატიული შეფუთვისა და მრავალგანყოფილებიანი მედიკამენტის გამანაწილებლების გამოყენება.</li> </ul>

## ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა



<sup>ა</sup>მხედველობისნერვისდერლისშეშუპებისანზადურაზისსხლკეცევი ისნიშნები  
<sup>ბ</sup> ლაბილური ან პოსტურალური ჰიპოტენზია, თავის ტკივილი, გულის ფრიალი, სიფერმკრთალე და დიაფორეზი  
<sup>ა</sup> წნევის ამბულატორიული მონიტორინგი  
<sup>ბ</sup> ბინაზე წნევის მონიტორინგი  
 • ABPM-ით სულ მცირე, 14 გაზომვის ანბინაზემონიტორირების (სულ მცირე, 1 კვირის მანძილზე დილა-საღამოს გაზომვა) შედეგებით

ჰიპერტენზიის მართვის ალგორითმი სპეციფიკური ჩვენებების არარსებობისას



**არტერიული წნევის კლასიფიკაცია 18 წლის და უფროსი ასაკის მოზრდილებისთვის (სამედიცინო დაწესებულებაში გაზომილი წნევის მაჩვენებლების საფუძველზე)**

არტერიული წნევის კატეგორია	სისტოლური წნევა (მმ ვწყ სვ)	და/ან	დიასტოლური წნევა (მმ ვწყ სვ)
ნორმალური	<120	და/ან	<80
პრეჰიპერტენზია	120-139	და/ან	80-89
<b>ჰიპერტენზია</b>			
	140-159	და/ან	90-99
	≥160	და/ან	≥100

**სხვადასხვა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გამოყენება ორსულებში**

მეთილდოფა		- უპირატესობა ეფუძნება ხანგრძლივი დაკვირვების კვლევებს, რომლის დროსაც დადასტურებულია უსაფრთხოება ; - ზომიერი ჰიპოტენზია ჩვილების სიცოცხლის პირველ ორ დღეს; - არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან
ბეტა-ბლოკერი	ლაბეტალოლი <sup>1</sup>	- ბოლო დროს ანიჭებენ უპირატესობას შედარებით შემცირებული გვერდითი ეფექტების გამო; - იშვიათად ზომიერი ჰიპოტენზია ჩვილების სიცოცხლის პირველ 24 საათში; - ძალზე იშვიათად ჰიპოგლიკემია - არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან.
	ატენოლოლი	- მონაცემები საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხებაზე <b>Error! Bookmark not defined.</b> - მონაცემები დაბადებისას ნაყოფის და პლაცენტის მცირე წონის შესახებ; - აღწერილია ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შემცირება; - ზოგადად უსაფრთხოა - არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან.
	მეტოპროლოლი, ოქსპრენოლოლი, პინდოლოლი	- არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან.
ალფა-ბლოკერები (პრაზოზინი)		- არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან
კლონიდინი		- არსებობს მხოლოდ შეზღუდული მონაცემები
კალციუმის ანტაგონისტები	ნიფედიპინი	- არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან.
	ამლოდიპინი	- არ არის მონაცემები.
	ვერაპამილი	- არ გამოვლინდა თვალსაჩინო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან.
შარდმდენები	ქლოროთიაზიდი	- არა როგორც პირველი რიგის მედიკამენტი; - შესაძლო ასოციაცია თანდაყოლილ ანომალიებთან; - შესაძლო ნეონატალური თრომბოციტოპენია; - შესაძლო ნეონატალური ჰიპოგლიკემია / ჰიპოვოლემია; - შესაძლო ელექტროლიტების მატერნალურ / ფეტალური დისბალანსი.
	ბენდროფლუმეთიაზიდი	- არ გამოვლინდა გვერდითი ეფექტები ნაყოფზე; - მატერნალური ჰიპოვოლემია.
აფგ ინჰიბიტორები, ანგიოტენზინის რეცეპტორის ანტაგონისტები		- წინააღმდეგაჩვენებია; - დაფიქსირებულია ნაყოფზე ტოქსიკური ზემოქმედება და სიკვდილი.

**ჰიპერტენზიის ურგენტული შემთხვევების სამკურნალო პრეპარატები**

პრეპარატი	დოზა	მოქმედების პიკი	ნახევარდაშლის პერიოდი	გვერდითი ეფექტები
კაპტოპრილი	12,5–25მგ per os	15–60 წთ	1,9სთ	თირკმლის უკმარისობა პაციენტებში თირკმლის არტერიის სტენოზით
ლაბეტალოლი	200–400მგ per os	20–120წთ	2,5–8სთ	ბრონქოსპაზმი, მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება, ავ ბლოკადა, გულისრევა, ღვიძლის ენზიმების მომატება
ფუროსემიდი	25–50მგ per os	1–2 სთ	0,5–1 სთ	მოცულობითი გამოფიტვა
ამლოდიპინი	5–10მგ per os	0,5–1 სთ	30–50სთ	თავის ტკივილი, ტაქიკარდია, სიწითლე, პერიფერიული შეშუპება
ისრადიპინი	5–10 მგ per os	1–1,5სთ	8–16 სთ	თავის ტკივილი, ტაქიკარდია, სიწითლე, პერიფერიული შეშუპება
პრაზოზინი	1–2მგ	1–2სთ	2–4სთ	სინკოპე (პირველი დოზა), გულის ფრიალი, ტაქიკარდია, ორთოსტატიული ჰიპოტენზია

**ჰიპერტენზიული კრიზის სამკურნალო პრეპარატები**

მედიკამენტი	დოზა	მოქმედება (წთ)	ხანგრძლივობა (წთ)	არასასურველი ეფექტები	სპეციფიკური ჩვენებები
ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი	0,25-10მგ/კგ/წთ ინტრავენური ინფუზია, საჭიროებს ინფუზიის სპეციალურ სისტემას	დაუყოვნებელი	1-2	გულისრევა, პირღებინება, კუნთების დაჭიმულობა, ოფლიანობა თიოცანატი და ციანიდით ინტოქსიკაცია	ჰიპერტენზიის კრიტიკული შემთხვევების უმეტესობა; საჭიროებს სიფრთხილეს ინტრაკრანიული ჰემორაგიის და თირკმლის უკმარისობის დროს
ნიკარდიპინი	5-15მგ/სთ ინტრავენურად	5-10	15-30, შესაძლებელია აღმატებულად 240-ს	ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, ლოკალური ფლებიტი	ჰიპერტენზიის კრიტიკული შემთხვევების უმეტესობა; გარდა გულის უკმარისობისა; საჭიროებს სიფრთხილეს მიოკარდიუმის იშემიის დროს
ფენოლ დოპამი	0,1-0,3მგ/კგ/წთ ინტრავენური ინფუზია	<5	30	ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, გულისრევა,	ჰიპერტენზიის კრიტიკული შემთხვევების უმეტესობა; საჭიროებს სიფრთხილეს გლაუკომის დროს
ნიტროგლიცერინი	5-100მგ/წთ ინტრავენური ინფუზია	2-5	5-10	ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება, მეტ-ჰემოგლობინემია, ტოლერანტობა	მიოკარდიუმის იშემია
ჰიდრალაზინი	12-20 მგ ინტრავენურად 10-50 მგ კურნოში	10-20 20-30	60-240 240-360	ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება, სტენოკარდიის აგრავაცია	ეკლამპსია
ლაბეტალოლი	20-80 მგ ბოლუსი ყოველ 10 წუთში; 0,5-2,0მგ/წთ ინტრავენური ინფუზია	5-10	180-360	გულისრევა, პირღებინება, ბრონქოკონსტრიქცია, გულის ბლოკი, ორთოსტატიული ჰიპოტენზია, თავბრუსხვევა	ჰიპერტენზიის კრიტიკული შემთხვევების უმეტესობა; გარდა გულის უკმარისობისა;

<b>ესმოლოლი</b>	250-500მკგ/კგ/წთ ინტრავენური ინფუზია; შემდეგ 50-100მკგ/კგ/წთ ინტრავენური ინფუზია 5 წუთში; ან დოზის გაზრდა 300მკგ/წთ-ში	1-2	10-20	გულისრევა, პირღებინება, ასთმა, გულის ბლოკი, გულის უკმარისობა თავბრუხვევა	აორტის დისექცია, პერიოპერაციული მდგომარეობები
-----------------	--	-----	-------	---	---

აშშ თირკმლების ნაციონალური ფონდის რეკომენდაციები ჰიპერტენზიით დაავადებული პირების მეთვალყურეობის სიხშირის თაობაზე

კლინიკური მონაცემები	ინტერვალები ვიზიტებს შორის	
<b>მკურნალობის დაწყების შემდეგ</b>		
ინტერვალები ვიზიტებს შორის	<b>4-12 კვირა</b>	<b>&lt; 4 კვირა</b>
სისტოლური არტ. წნევა (მმ.ვწყ.სვ)	120-139	≥140 ან <120
გლომერულური ფილტრაცია ( მლ/წთ/1.73 მ²)	≥60	<60
გფ-ის ადრეული დაქვეითება (70)	<15	≥15
კალიუმი შრატში (მკეკვ/ლ)	>4.5 (შარდმდენი) ან ≤4.5 (ACEI)	≤4.5 (შარდმდენი) ან >4.5 (ACEI)
<b>სამიზნე წნევის მიღწევის და მკურნალობის რეჟიმის დასტაბილურების შემდეგ</b>		
ინტერვალები ვიზიტებს შორის	<b>6-12 თვე</b>	<b>1-6 თვე</b>
გლომერულური ფილტრაცია (მლ/წთ/1.73 მ²)	≥60	<60
გფ-ის ადრეული დაქვეითება (წლიური)	<4(წელი)	≥4(სწრაფი)
თირკმლის დაავადების სწრაფი პროგრესირების რისკფაქტორები	არა	კი
გფ-ის მწვავე დაქვეითების რისკფაქტორები	არა	კი
კომორბიდობა	არა	კი

პერორალური ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები ძირითადი კლასების მიხედვით

ჯგუფი	მედიკამენტი	დოზირება მგ/დღეში	დღიური ჯერადობა
<b>თიაზიდური დიურეზული საშუალებები</b>	ჰიდროქლორთიაზიდი	12,5-50	1
	ქლორთიაზიდი	125-500	1-2
	პოლითიაზიდი	2-4	1
	ბენდროფლუმეთიაზიდი	2,5-10	1
	მეტოლაზონი	0,5-1	1
	ქლორტალიდონი	12,5-25	1
	ინდაპამიდი	1,25-1,5	1
<b>მარყუჟოვანი დიურეზული საშუალებები</b>	ბუმეტანიდი	0,5-2	2
	ფუროსემიდი	20-80	2
	ტორსემიდი	2,5-10	1
<b>კალიუმშემნახველი დიურეზული საშუალება</b>	ამილორიდი	5-10	1-2
	ტრიამტერენი	50-100	1-2
<b>ალდოსტერონის რეცეპტორების ბლოკერი</b>	ეპლერენონი	50-100	1
	სპირონოლაქტონი	25-50	1
<b>აგფ-ინჰიბიტორები</b>	ბენაზეპრილი	10-40	1
	კაპტოპრილი	25-100	1
	ენალაპრილი	5-40	1-2
	ფოზინოპრილი	10-40	1
	ლიზინოპრილი	10-40	1
	პერინდოპრილი	4-8	1
	მოექსიპრილი	7,5-30	1
	ქვინაპრილი	10-80	1
	რამიპრილი	2,5-20	1
ტრანდოლაპრილი	1-4	1	
<b>ანგიოტენზინ</b>	კანდესარტანი	8-32	1

რეცეპტორების ბლოკერები	ეპროსარტანი	400-800	1-2
	ირბესარტანი	150-300	1
	ლოსარტანი	25-100	1-2
	ოლმესარტანი	20-40	1
	ტელმისარტანი	20-80	1
	ვალსარტანი	80-320	1-2
კალციუმის არხების ბლოკერები (არადიჰიდროპირიდინების ჯგუფის)	დილთიაზემი (ხანგრძლივი მოქმედების)	180-420	1
	ვერაპამილი (ხანმოკლე მოქმედების)	80-320	2
	ვერაპამილი (ხანგრძლივი მოქმედების)	120-480	1-2
კალციუმის არხების ბლოკერები (დიჰიდროპირიდინების ჯგუფის)	ამლოდიპინი	2,5-10	1
	ფელოდიპინი	2,5-20	1
	ისრადიპინი	2,5-10	2
	ნიკარდიპინი	60-120	2
	ნიფედიპინი (ხანგრძლივი მოქმედების)	30-60	1
	ნისოლდიპინი	10-40	1
ბეტა-ბლოკერები	ატენოლოლი	25-100	1
	ბისოპროლოლი	2,5-10	1
	მეტოპროლოლი	50-100	1-2
	ნადოლოლი	40-120	1
	პროპრანოლოლი	40-160	2
	გახანგრძლივებული მოქმედების პროპრანოლოლი	60-180	1
	ნებივოლოლი	5-40	1-2
	თიმოლოლი	20-40	2
კომბინირებული ალფა და ბეტა-ბლოკერები	კარვედილოლი	12,5-50	2
	ლაბეტალოლი	200-800	2
ბეტა-ბლოკერები სიმპატომიმეტიური აქტივობით	აცებუტოლოლი	200-800	2
	პინდოლოლი	10-40	2
ალფა1-ბლოკერები	დოქსაზოზინი	1-16	1
	პრაზოზინი	2-20	2-3
	ტერაზოზინი	1-20	1-2
ცენტრალური მოქმედების α2-აგონისტები	კლონიდინი	0,1-0,8	2
	კლონიდინის პლასტირი	0,1-0,3	კვირაში1-ჯერ
	მეთილდოფა	250-100	2
	რეზერპინი	0,1-0,25	1
	გუანფაცინი	0,5-2,0	1
პირდაპირი მოქმედების ვაზოდილატორები	ჰიდრალაზინი	25-100	2
	მინოქსიდილი	2,5-80	1-2
რენინის ინჰიბიტორები	ალისკირენი	150-300	1