

არტერიული ჰიპერტენზია

ნაციონალური გაიდლაინი
სრული ვერსია

ნაციონალური გაიდლაინი მომზადებულია შემდეგი ორგანიზაციების მიერ:
საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს
კარდიოლოგთა კოლეჯი და ჯანმრთელობის სერვისის კვლევების ცენტრი.

ავტორები

პროფ. ბეჟან წინამძღვრიშვილი – აკად. მ. წინამძღვრიშვილის სახ. კარდიოლოგიის
ინსტიტუტის დირექტორი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი
საზოგადოებრივი პრეზიდენტი, ევროპის ჰიპერტენზიის საზოგადოების კლინიკური
ჰიპერტენზიის სპეციალისტის პროგრამის ნაციონალური სელექტიური კომიტეტის
თავმჯდომარე.

ლევან ყურაშვილი - საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის ვიცეპრეზიდენტი, ჯოინის სამედიცინო ცენტრი

დალი ტრაპაძე - კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების არტერიული უღი ჰიპერტენზიის კონტროლის სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი.

ვახტანგ ბარბაქაძე - ჯანმრთელობის სერვისის კვლევების ცენტრი, თერაპიის ეროვნული ცენტრი, მედიცინა.

გიორგი კაჭარავა - საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის პრეზიდენტი, ჯოინის სამედიცინო ცენტრი

ზაზა მგალობლიძე - საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი, ჯოინის სამედიცინო ცენტრი

ნათია ახალაძე - საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი, ჯოინის სამედიცინო ცენტრი

ნატა გონჯილაშვილი - საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი, ჯოინის სამედიცინო ცენტრი

რევაზ თათარაძე - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამა "CINDI"-ს დირექტორი საქართველოში, საქართველოს საზოგადოებების კარდიოვასკულური პრევენციის გაერთიანებული კომიტეტის თავმჯდომარე, ევროპის ჰიპერტენზიის საზოგადოების კლინიკური ჰიპერტენზიის სპეციალისტის პროგრამის ნაციონალური სელექტიური კომიტეტის წევრი. მედიცინა.

დოდო კახახიძე - კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების ვიცე-პრეზიდენტი, მედიცინა, ევროპის ჰიპერტენზიის საზოგადოების კლინიკური ჰიპერტენზიის სპეციალისტი.

თამარ აბესაძე - კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების არტერიული უღი ჰიპერტენზიის კონტროლის სამუშაო ჯგუფი, ევროპის ჰიპერტენზიის საზოგადოების კლინიკური ჰიპერტენზიის სპეციალისტი.

ანა რეხვიაშვილი - საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების არტერიული უღი ჰიპერტენზიის კონტროლის სამუშაო ჯგუფი.

ნინო ლოლაძე - კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების არტერიული უღი წნევის ამბულატორიული მონიტორინგის სამუშაო ჯგუფი, მედიცინა.

გიორგი პაპიაშვილი - საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი, ჯოინის სამედიცინო ცენტრი

კონსტანტინე ლილუაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, თერაპიის ეროვნული ცენტრი,

ჯანმრთელობის სერვისის კვლევების ცენტრი (CHSR)

ლევან ქობლიანიძე, თერაპიის ეროვნული ცენტრი ჯანმრთელობის სერვისის კვლევების ცენტრი (CHSR).

წინასიტყვაობა.....	5
მეთოდოლოგია.....	7
დეფინიცია, სინონიმები, ტერმინოლოგია.....	7
ეპიდემიოლოგია.....	7
ეტიოპათოგენეზი.....	8
კლინიკური სიმტომატიკა.....	10
არტერიული წნევის კლასიფიკაცია.....	10
მმეორადი ჰიპერტენზიის მიზეზები. (იდენტიფიცირებადი მიზეზები).....	11
მკაცრი ჩვენებები.....	12
არტერიული წნევის გაზომვა.....	14
არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორინგი.....	15
არტერიული წნევის თვითკონტროლი.....	15
პაციენტთა შეფასება.....	16
ლაბორატორიული ანალიზები და სხვა დიაგნოსტიკური პროცედურები.....	17
მკურნალობა.....	17
ცხოვრების წესის შეცვლა.....	17
მედიკამენტური მკურნალობა.....	18
არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა პაციენტებში.....	22
შემდგომი მონიტორინგი და მეთვალყურეობა.....	22
ჰიპერტენზიის მართვა განსაკუთრებულ შემთხვევებში.....	23
გულის იშემიური დაავადება	23
სტაბილური სტენოკარდია და მუხჯი იშემია.....	23
.....	23
გულის უკმარისობა.....	24
ღიაბეტი და ჰიპერტენზია.....	25
თირკმლის ქრონიკული დაავადება	26
პაციენტები ცერებროვასკულური დაავადებებით.....	26
სიმსუქნე და მეტაბოლური სინდრომი.....	27
მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია. (“V3”).....	27
პერიფერიული არტერიების დაავადება	28
ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია.....	33
ჰიპერტენზია ქალებში.....	33
არაორსულ ქალებში.....	33
.....	33
მენოპაუზა და არტერიული წნევა.....	33
ორალური კონტრაცეფცია და არტერიული წნევა.....	34
ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შერჩევის პრინციპები ქალებში.....	34
ჰიპერტენზია ბავშვებსა და მოზარდებში.....	38
Labetalol.....	41
Enalaprilat.....	42
Furosemide.....	42
Fenoldopam.....	42
Nicardipine.....	42
Hydralazine.....	42
Phentolamine.....	42
Captopril.....	42
Amlodipine.....	42
Felodipine.....	42
Isradipine.....	42

Prazosin.....	42
დამატებითი მოსაზრებები ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების არჩევის შესახებ.....	43
ჰიპერტენზიის კონტროლის გაუმჯობესება.....	44

წინასიტყვაობა

არტერიული ჰიპერტენზია წარმოადგენს გულის, თავის ტვინის და თირკმელების სისხლძარღვოვანი დაავადებების განვითარების უმთავრეს რისკ-ფაქტორს ორივე სქესის, სხვადასხვა ასაკის და რასობრივი ჯგუფებისათვის. სწორედ ეს დაავადებები გვევლინებიან სიკვდილის ძირითად მიზეზად საერთო სიკვდილობის სტრუქტურაში. ამავე დროს, შთამბეჭდავია არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების მასშტაბი მსოფლიოში. იგი არის უდიდესი არაინფექციური პანდემია კაცობრიობის ისტორიაში.

ფართომასშტაბიანი მულტიცენტრული კვლევებით დადასტურებულია, რომ არტერიული ჰიპერტენზიის ადექვატური კონტროლი (არტერიული წნევის სამიზნე დონის მიღწევა) ამცირებს პოპულაციურ დონეზე თავის ტვინის ინსულტისა და გულის კორონარული დაავადების განვითარებას და ამ დაავადებათა მიზეზით განპირობებული სიკვდილობის რისკს. ჰიპერტენზიის ეფექტური კონტროლი უზრუნველყოფს სიცოცხლის ხანგრძლივობის რეალურ ზრდას დასავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და აშშ-ში. კონტროლის ეს სისტემა წარმოადგენს აღნიშნული მიზნების მისაღწევად ყველაზე უფრო ხარჯ-ეფექტური მკურნალობის სტრატეგიას.

საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზიის პრობლემის შესწავლას გააჩნია ხანგრძლივი ისტორია, მდიდარი ტრადიცია და გამოცდილება. გასული საუკუნის 40-იან წლებში აკად. მიხეილ წინამძღვრიშვილის მიერ შემუშავდა “ჰიპერტონიული დაავადების” კლასიფიკაცია. აღნიშნული კლასიფიკაცია გულისხმობდა დაავადების მიმდინარეობის ვარიანტების (პრეჰიპერტონია და რევერსიბელური) ანალიზს და ე.წ. “შეუღლებული” ანუ თანმხლები დაავადებების კლინიკურ მნიშვნელობას. საყურადღებოა, რომ წინამძღვრიშვილმა შემოიღო ტერმინი “პრეჰიპერტონია” და დაავადების ეს ფარული პრემორბიდული მდგომარეობა ასახა კლასიფიკაციურ სტრუქტურაში. აღნიშნული, უკვე მაშინ იძლეოდა დაავადების რისკის განსაზღვრის შესაძლებლობას და მკურნალობის ჩვენებების გამომუშავებას. პრეჰიპერტონია (პრეჰიპერტენზია), რომელიც 50-იან წლებში დიდი დებატებისა და კრიტიკის საგანი გახლდათ, დღეს გათვალისწინებულია აშშ-ის JNC-7-ის კლასიფიკაციის სტრუქტურაში. ისევე, როგორც JNC-7-ში, მიხეილ წინამძღვრიშვილიც 60 წლის წინ ამტკიცებდა ამ მდგომარეობის მქონე პაციენტების ხანგრძლივი მეთვალყურეობის აუცილებლობას. დღეს უკვე ცნობილია, რომ დაწყებული 115/75

მმ.ვწყ.სვ.-დან არტერიული წნევის მატება ყოველი 20/10 მმ.ვწყ.სვ.-ით, აორმაგებს კარდიოვასკულური გართულებების განვითარების რისკს.

ძირითადი პრინციპი, რომლითაც უნდა იხელმძღვანელოს პრაქტიკოსმა ექიმმა, მდგომარეობს მომატებული არტერიული წნევის დაქვეითებაში ოპტიმალურ სამიზნე დონემდე. სწორედ ამ სტრატეგიამ ძირეულად უნდა გამოასწოროს ჰიპერტენზიის კონტროლთან დაკავშირებული სიტუაცია.

განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის დამყარების აუცილებლობა, იგი არ უნდა დარჩეს მხოლოდ მცდელობად. იდეალური დანიშნულებებიც კი, პაციენტების მიერ შესრულებული მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი შეძლებს აამაღლოს პაციენტის მოტივაცია მკურნალობისადმი. ეს ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორი გახლავთ ჰიპერტენზიის ეფექტური კონტროლისა.

წინამდებარე გაიდლაინი წარმოადგენს ჰიპერტენზიის სფეროში დღეისათვის ყველაზე ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების რეკომენდაციების ადაპტირებულ ვერსიას (JNC 7, ESH-ESC-2003 და ESH updates). მან მნიშვნელოვნად უნდა შეუწყოს ხელი არტერიული ჰიპერტენზიის კონტროლის სისტემის შექმნას და გააუმჯობესოს პირველადი ჯანდაცვის რგოლების, სასწრაფო დახმარების სამსახურის, სადაზღვევო მედიცინის და შრომის ექსპერტიზის სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

პროფესორი ბეჟან წინამძღვრიშვილი
აკად. მ.

წინამძღვრიშვილის სახ.

კარდიოლოგიის ინსტიტუტის დირექტორი
საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების
პრეზიდენტი

მეთოდოლოგია

წინამდებარე გაილდინი წარმოადგენს ადაპტირებულ გაილდინს. “გაილდინების მიღების ხერხი/წყარო” არის “სხვადასხვა გაილდინების შეჯერება და ადაპტაცია”.

ძირითად წყაროს წარმოადგენს “აშშ მაღალი არტერიული წნევის პრევენციის, გამოვლენის, შეფასებისა და მკურნალობის გაერთიანებული ნაციონალური კომიტეტის მე-7 მოხ სენება”. გამოყენებულია ასევე:

“აშშ მაღალი არტერიული წნევის პრევენციის, გამოვლენის, შეფასებისა და მკურნალობის გაერთიანებული ნაციონალური კომიტეტის მე-6 მოხ სენება”;

ESH-ESC-2003 da ESH updates
Manual of Cardiovascular Medicine (second Edition) editors BRIAN P. GRIFFIN.
ERIC J. TOPOL.
HEART DISEASE (A textbook of cardiovascular medicine) BRAUNWALD ZIPES LIBBY. 6th Edition.

დეფინიციის, სინონიმები, ტერმინოლოგია

არტერიულ ჰიპერტენზ იად ითვლება სისტოლური წნევა 140 მმ.ვწყ.სვ. და მეტი ან დიასტოლური წნევა 90 მმ.ვწყ.სვ. და მეტი.

არტერიული ჰიპერტენზ იის შემთხვევათა უმეტესობაში (90-95%-ზე მეტი) ვერ ვლინდება ჰიპერტენზ იის გამომწვევი მიზეზი და ამას პირველადი, ესენციური ან იდიოპათიური ჰიპერტენზ ია ეწოდება. ადრე ჩვენში მას ჰიპერტონიულ დაავადებას უწოდებდნენ. როდესაც არტერიული ჰიპერტენზ ია ვითარდება რაიმე სპეციფიური გამომწვევი მიზეზის შედეგად, მას მეორადი ანუ სიმპტომური ჰიპერტენზ ია ეწოდება.

ეპიდემიოლოგია

არტერ იული ჰიპერტენზ ია წარმოადგენს ყველაზე უფროდ გავრცელებულ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებას და ამავდროულად, იგი სხვა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების უმთავრესი რისკის ფაქტორია. არტერიული წნევის და კარდიოვასკულური უმთავრესი განვითარების რისკის შორის დამოკიდებულება არის მკაფიო, უწყვეტი და სხვა რისკის ფაქტორებთან ერთად დამოუკიდებელი.

ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების მოზრდილ მოსახლეობაში მისი გამოვლენის სიხშირე დაახლოებით 20%-ია. ჰიპერტენზ ია არის ყველაზე ხშირი პირველადი დიაგნოზის მსოფლიოს ბევრი ქვეყნისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით (WHO 2002), მთელი მსოფლიოს მასშტაბით არტერიული ჰიპერტენზ ია დაახლოებით 1 მილიარდ ადამიანს აღენიშნება და ყოველწლიურად მასთან დაკავშირებული დაახლოებით 7 მილიონი სიკვდილი ზემოთ [252].

საქართველოში უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემები ადასტურებენ, რომ არტერიული ჰიპერტენზ ია წარმოადგენს ყველაზე მეტად გავრცელებულ დაავადებას ქართულ პოპულაციაში.

აკად. მ. წინამძღვრიშვილის სახ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტის გაანხილული შენაკადების არტერიული ჰიპერტენზ იის გავრცელების 60 წლიანი დინამიკის შეფასების მიზნით მსოფლიო მოსახლეობის (18 წლის ზემოთ) რეპრეზენტულ ჯგუფებში (1950წ. არაორგანიზებული პოპულაცია 7,2%, ორგანიზებული პოპულაცია 10,5%; 1980წ. 16,6% და 25,1%; 1999წ. 37,2% და 32,7% ; 2005 წ. 43,2% და 45,7%).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2005წ. რეპორტში (The European Health Report. 2005), 2002 წლის მონაცემებით, საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზ იის ხვედრითი წილი სიკვდილობის მიზეზთა შორის არის 48,8%. ქვეყნის ოფიციალური

სტატისტიკური მონაცემებით, ჰიპერტონული დაავადების გავრცელების დინამიკა 1998-2004 წწ. ნეგატიურია (დაავადებ იანობა შესაბამისად 1628,8 და 3108,2; ავადობა 446,3 – 801,9 ; ჯანმრთელობის დაცვა 2003,20 04).

1996წ. ჰიპერტენზიის რესპუბლიკური ცენტრისა და აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ერთობლივი კვლევით აჭარაში (ხელმძღვანელი ბ. წინამძღვარი შვილი და ს. მიუზიკი) არტერიული უღიპერტენზიის გავრცელება მოხრდილ მოსახლეობაში (18 წლის ზემოთ) – ბათუმი, ქედა, ხულო – 26,9%. 2001 წ. 5 წლიანი დინამიკა იგივე კონტიგენტში (კარდიოლოგის ინსტიტუტის პროფილაქტიკური კარდიოლოგის განყოფილება) – 49,8%. (ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი 1996წ. ნოემბერ-დეკემბერი; 2004).

არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების შესწავლის მიზნით, ვისკონსინის სამედიცინო კოლეჯის (აშშ), მილუოკის ჯანმრთელობის ტრენინგის საერთაშორისო ცენტრისა (აშშ) და ექსპერიმენტული და კლინიკური თერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის (ხელმძღვანელი აკად. ნ. ყიფშიძე) მიერ 1996 წელს ჩატარებული ერთობლივი კვლევითი ქალაქის პოპულაციაში (ქ. თბილისის დიდუბის რაიონი), არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება 40-70წ. ასაკის ინდივიდებში 59,9% (ქალები 59,1% და მამაკაცები 62,0%) და სოფლის პოპულაციაში (დუშეთის რაიონი) 40,5% (ქალები 42,0% და მამაკაცები 37,5%) იყო.

The Republic of Georgia High Blood Pressure Control Program. Ethnicity and Disease, 2006; 16[suppl 2]:S2-62-66). Barbakadze V., Koblianidze L., Kipshidze N., Grim CE, Grim CM, Tavill F.

საქართველოში ამჟამად ჰიპერტენზიის გავრცელების სხვა მონაცემები არ არსებობს.

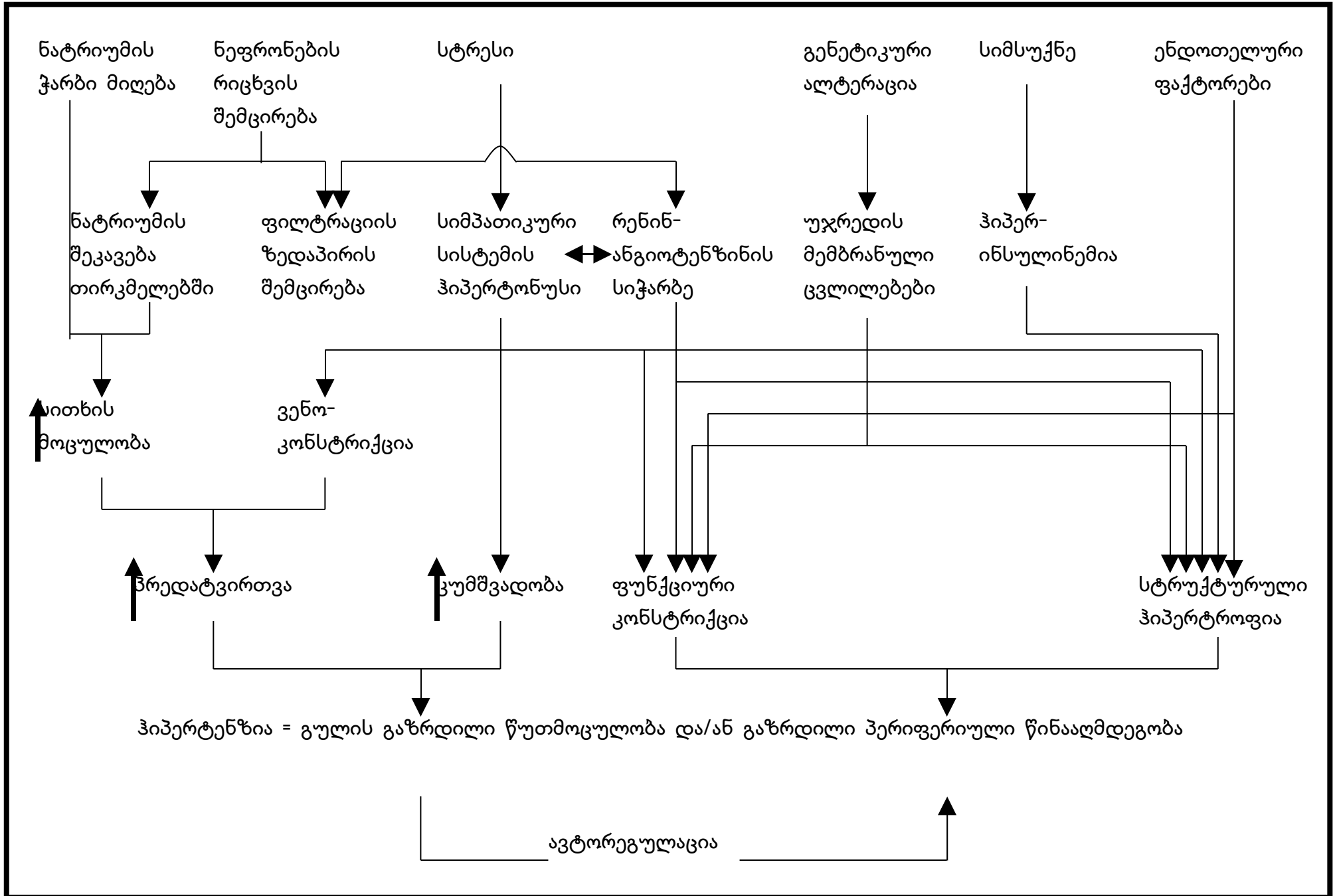
ბოლო წლებში საერთაშორისო სტანდარტებით ჩატარებული კვლევების

საფუძველზე შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ ქვეყნის მასშტაბით არტერიული

ჰიპერტენზია აღენიშნება 600 000 პირზე მეტს.

ეტიოპათოგენეზი

ესენციური ჰიპერტენზიის ეტიოპათოგენეზი მულტიფაქტორულია და მას საფუძველად უდევს არტერიული წნევის რეგულაციის დარღვევა, რომელშიც ჩართულია ერთმანეთთან დაკავშირებული ნეიროჰუმორალური და უჯრედულ-მოლეკულური ფაქტორები. ფიზიოლოგიურად არტერიული წნევის სიდიდეს განაპირობებს ორი ფაქტორი, გულის წუმოცულობა და სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობა (უპირატესად რეზისტული დონეზე), ცხრილ 1-ში მოცემულია იმ დარღვევათა ერთობლიობა, რომლებიც გავლენას ახდენს ამ ძირითად კომპონენტებზე და ერთმანეთთან ურთიერთქმედებით იწვევს ჰიპერტენზიას. ცალკეული პაციენტებ ისათვის ამ დარღვევათა ტიპი და სიმძიმე განსხვავებულია.



კლინიკური სიმტომატიკა

უხშირესად გაურთულებელი ჰიპერტენზია მიმდინარეობს ასიმპტომურად. პაციენტს არა აქვს გათვითცნობიერებული მოსალოდნელი კარდიოვასკულური რისკის შესახებ. სიმპტომები რომლებიც თანახმად ჰიპერტენზიას შეეძლება: თავის ტკივილი, ხმაური ყურებში, თავბრუსხვევა, საერთო სისუსტე, გულის ფრიალი. მაგრამ ზემოთ აღნიშნული სიმპტომები შეიძლება შეგუბდეს იგივე სინშირი თნორმოტენზიულ პოპულაციაში იც. უფრო მეტიც ბევრი სიმტომი, რომელიც თანახმად ჰიპერტენზიას თავის წარმოშობით არის ფსიქოგენური. თავის ტკივილიც კი, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში განიხილვებოდა როგორც ჰიპერტენზიის ყველაზე ხშირი სიმტომი, სუსტ კორელაციაშია არტერიული წნევის სიდიდესთან.

არტერიული წნევის კლასიფიკაცია

განიხილება არტერიული წნევის 3 კატეგორია: ნორმული, პრეჰიპერტენზია და ჰიპერტენზია, ხოლო ჰიპერტენზიის სულ ორი სტადია გამოიყოფა (I სტადია და II სტადია).

ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დანიშვნის საბაზისო კრიტერიუმად წნევის მატების ხარისხი განიხილება და მოწოდებულია ყველა ჰიპერტენზიული პირის (I და II სტადიის) მკურნალობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ პრეჰიპერტენზია არ არის დაავადების კატეგორია. ის მოიცავს იმ ინდივიდებს, რომლებიც არიან არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ და შესაბამისად საჭიროებენ ცხოვრების წესის შეცვლას. მეტიც, თუ პრეჰიპერტენზიის მქონე პირებს აქვთ დიაბეტი ან თირკმლის ქრონიკული დაავადებები და ცხოვრების წესის წარმატებული შეცვლა ვერ უზრუნველყოფს წნევის 130/80 მმ.ვწყ.სვ.-ზე ქვემოთ დაქვეითებას, უნდა ჩატარდეს მედიკამენტური მკურნალობა. წნევის ამ კატეგორიის მქონე პირებში ცხოვრების ჯანსაღი წესის ადრეულ დანერგვას შეუძლია წნევის შემცირება, ასაკთან ერთად წნევის ჰიპერტენზიულ დონემდე პროგრესირების შეწყობა ან ჰიპერტენზიის თავიდან აცილება.

არტერიული წნევის კლასიფიკაცია 18 წლის და უფროსი ასაკის მოზრდილებისათვის:

არტერიული წნევის კატეგორია	სისტოლური წნევა (მმ.ვწყ.სვ.)	და/ან	დიასტოლური წნევა (მმ.ვწყ.სვ.)
ნორმალური	< 120	და	< 80
პრეჰიპერტენზია	120-139	ან	80-89
ჰიპერტენზია:			
ჰიპერტენზიის I სტადია	140-159	ან	90-99
ჰიპერტენზიის II სტადია	≥ 160	ან	≥ 100

** დამყარებულია ოფისში ორი ან მეტი ვიზიტის დროს დადასტურებულ წნევის მაღალ ციფრებზე. თითო ვიზიტის დროს მხედველობაში მიიღება ორი ან მეტი გაზომვის საშუალო.

*** როდესაც სისტოლური და დიასტოლური წნევები სხვადასხვა კატეგორიებში ხვდება, მხედველობაში მიიღება უფრო მაღალი კატეგორია (მაგ, თუ არტერიული

წნევის ციფრები არის 162/94 მმ.ვწყ.სვ., ამ შემთხვევაში პირი მიეკუთვნება ჰიპერტენზიის II სტადიას).

***** მდგომარეობა, როცა სისტოლური წნევა 140 მმ.ვწყ.სვ. და მეტია, ხოლო დიასტოლური წნევა ნაკლებია 90 მმ.ვწყ.სვ.-ზე, ითვლება იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიად. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის დროს სტადიის მიკუთვნება ხდება სისტოლური წნევის დონის მიხედვით. მაგ, არტერიული წნევის ციფრების 170/82 მმ.ვწყ.სვ. შემთხვევაში, პირი მიეკუთვნება ჰიპერტენზიის II სტადიას.**

მეორადი ჰიპერტენზიის მიზეზები. (იდენტიფიცირებადი მიზეზები)

ჰიპერტენზიის გამომწვევი მიზეზების დასადგენად შესაძლოა საჭირო გახდეს დამატებითი სადიაგნოსტიკო ღონისძიებები. იმ შემთხვევაში როდესაც:

1. პაციენტის ასაკი, ფიზიკალური გამოკვლევა, ჰიპერტენზიის სიმძიმე და/ან საწყისი ლაბორატორიული მონაცემები მიგვანიშნებს ჰიპერტენზიის მიზეზებზე.
2. არტერიული ჰიპერტენზია ცუდად ექვემდებარება მედიკამენტურ მკურნალობას
3. კარგად კონტროლირებული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში არტერიული წნევა გაურკვეველი მიზეზით იზრდება.
4. ჰიპერტენზია უეცრად იწყება.

ცხრილი №8 მეორადი ჰიპერტენზიის სადიაგნოსტიკო ტესტები.

დიაგნოზი	დიაგნოსტიკური ტესტები
თირკმლის ქრონიკული დაავადება	GFR-ის შეფასება
აორტის კოარქტაცია	CT ანგიოგრაფია
კუშინგის სინდრომი და სხვა მდგომარეობებით გამოწვეული გლუკოკორტიკოიდების სიჭარბე, ქრონიკული სტეროიდული თერაპია	ანამნეზი, დექსამეტაზონის სუპრესიის ტესტი
მედიკამენტური (იხ. ცხრილი №18)	ანამნეზი, მედიკამენტური სკრინინგი
ფეოქრომოციტომა	24სთ-იან შარდში მეტანეფრინისა და ნორმეტანეფრინის განსაზღვრა
პირველადი ალდოსტერონიზმი და სხვა მიზეზით გამოწვეული მინერალკორტიკოიდების სიჭარბე	24სთ-იან შარდში ალდოსტერონის დონის ან სხვა მინერალკორტიკოიდების დონის განსაზღვრა.
რენოვასკულური ჰიპერტენზია	დოპლერ ექოკარდიოგრაფია, მაგნიტო რეზონანსული ანგიოგრაფია
ძილის აპნეა	ძილის დროს სატურაციის განსაზღვრა
თირკმლის/პარათირკმლის დიაგნოზი	TSH და შარდის PTH-ის განსაზღვრა

GFR-გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე
 CT- კომპიუტერული ტომოგრაფია
 TSH-თირკმლის სტიმულირებადი ჰორმონი
 PTH-პარათირკმლის ჰორმონი

ფეოქრომოციტომა უნდა ვივარაუდოთ იმ პაციენტებში, ვისაც აღენიშნება ლაბილური, ან პაროქსიზმული სახის ჰიპერტენზია, რასაც თან ახლავს თავის ტკივილი, გულისცევის შეგრძობა, სიფერმკრთალება, ოფლიანობა.

აორტის კოარქტაცია ახასიათებს არტერიული წნევის შემცირება ქვემო კიდურებზე და გვიან ებუღი პულსაცია ბარძაყის არტერიაზე. სიმსუქნე ტორსის მიდამოში, ტოლერანტობა გლუკოზის მიმართ და სტრები მიუთითებს კუში ნვის სინდრომზე.

ლაბორატორიული კვლევებიდან საყურადღებოა არაპროფოცირებადი ჰიპოკალემია (პირველადი ალდოსტერონიზმი); ჰიპერკალემია (ჰიპერპარათირეოიდიზმი), მაღალი კრეატინინი ან შარდის შეცვლილი ანალიზი (თირკმლის პარენქიული დაზიანება).

თირკმლის პარენქიული დაზიანება, ასოცირებული ჰიპერტენზიასთან უმეტესწილად გამოწვეულია ქრონიკული გლომერულოზის ეფრიტებით, პოლიკისტოზით და ჰიპერტენზიული ნეფროსკლეროზით. ეს მიზეზები შეიძლება დადგინდეს კლინიკური და დამატებითი ლაბორატორიული კვლევებით. მაგალითად: თირკმლის ექოსკოპირებით შესაძლებელია პოლიკისტოზის დადგენა. თირკმლის არტერიების სტენოზი და შესაბამისად რენოვასკულარული ჰიპერტენზია უნდა გივარაუდოთ შემდეგ შემთხვევებში:

1. ჰიპერტენზიის გამოვლენა 30 წლის ასაკამდე, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს არ აღენიშნება დატვირთული ოჯახური ანამნეზი ან მნიშვნელოვანი ჰიპერტენზია ვითარდება 55 წლის შემდგომ.
2. აბდომინური შუილი.
3. მზარდი ჰიპერტენზია.
4. წარსულში კონტროლირებული ჰიპერტენზია, მაგრამ ამჟამად რეზისტული ჰიპერტენზია.
5. განმეორებითი ფილტვების შეშუპება.
6. გაურკვეველი ეტიოლოგიის თირკმლის უკმარისობა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში თუ არ არის პროტეინურია ან შარდში არ აღინიშნება პათოლოგიური ური ნალექი.
7. თირკმლის მწვავე უკმარისობა, განვითარებული აგფ ინჰიბიტორებით და ა.რ. ბლოკერებით მკურნალობით, თირკმლის არტერიის ორმხრივი სტენოზის ან ჰიპოვოლემიის პირობებში.

პაციენტებში, რომელთაც შესაძლებელია ჰქონდეთ, რენოვასკულარული გენეზის ჰიპერტენზია, არაინვაზიური გამოკვლევების მეთოდები მოიცავს აგფ ინჰიბიტორებით გაძლიერებულ თირკმლის სკანირებას, დოპლერული კვლევას, მაგნიტურ-რეზონანსულ ანგიოგრაფიას.

მიუხედავად იმისა რომ თირკმლის არტერიების ანგიოგრაფია აღიარებულია, როგორც ოქროს სტანდარტი თირკმლის არტერიების ანატომიის შესწავლისათვის, დიაგნოსტიკისათვის მაინც არ არის რეკომენდირებული მხოლოდ მისი გამოყენება, პროცედურასთან ასოცირებული დიდი რისკის გამო. ინტერვენციის დროს ანგიოგრაფია უნდა განხორციელდეს კონტრასტის შეზღუდული რაოდენობით, რათა დადგინდეს სტენოზის არსებობა და თირკმლის არტერიების ანატომია.

მკაცრი ჩვენებები

ჰიპერტენზია შესაძლებელია სხვადასხვა კლინიკურ მდგომარეობებთან იყოს ასოცირებული. ასეთი მდგომარეობებია: გულის უკმარისობა, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, განმეორებითი ინსულტები, გულის იშემიური დაავადება, ლიბეტისათვის შემთხვევებში მკურნალობა წარმატებული უნდა იყოს ორივე მიმართულ შემთხვევაში: როგორც სისხლის წნევის დაქვეითების, ასევე ასოცირებული კლინიკური მდგომარეობების მიმართ.

Progress (პერინდოპრილით დაცვა განმეორებითი ინსულტებისაგან) კვლევის მიხედვით განმეორებითი ინსულტის სისხირო შემცირებულ იქნა თიაზიდის დამატებით აგფ ინჰიბიტორებით ბაზალურ თერაპიაზე.

ცხრილი №1.
არტერიული წნევის კლასიფიკაცია და მენეჯმენტი მოზრდილებში.

არტერიული წნევის კლასიფიკაცია (BP)	სისტოლური არტერიული წნევა (SBP) (მმ/ვ წყ.სვ)	დიასტოლური არტერიული წნევა (DBP) (მმ/ვ წყ.სვ)	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	საწიის მკურნალობა	მედიკამენტური მკაცრი ჩვენებები
ნორმალური	<120	<80	მიზანშეწონილია		არსაჭიროებს
პრეჰიპერტენზია	120—139	ან 80-89	ღიახ	არსაჭიროებს ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობას	საჭიროებს მკურნალობას
ჰიპერტენზიის I სტადია	140-159	ან 90-99	ღიახ	უმეტესად თიაზიდური დიურეტიკები ან აფგი.არბ.ბ.ბ., კა.ბ. ან მათი კომბინაცია	მედიკამენტები მკაცრი ჩვენებებისას ანტიჰიპერტენზიული წამლები: (დიურეტიკები,
ჰიპერტენზიის II სტადია	≥160	≥100	ღიახ	ორი მედიკამენტის კომბინაცია (თიაზიდური დიურეტიკი და აფგი,არბ.ბ.ბ., კა.ბ.)	აფგი,არბ.ბ.ბ. საჭიროების შემთხვევაში

ცხრილი №12.

კლინიკური კვლევებზე და გაიდლაინებზე დამყარებული სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტების გამოყენება მკაცრი/ჩვენებებისას დამყარებულია გაიდლაინზე და კლინიკური კვლევებზე.

მკაცრი ჩვენებები	რეკომენდებული მედიკამენტები					კლინიკური კვლევები
	დიურეტიკი	ბ.ბ.	აფგი	არბ.კა.ბ.	ალდოსტერ	
გულის უკმარისობა	+	+	+	+	+	ACC/AHA გულის უკმარისობის გაიდლაინი.
მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომი პერიოდი		+	+		+	ACC/AHA – Post MI გაიდლაინი

კორო ნარეული დაავადებების მალარიის რისკი	+	+	+	+	ALLHAT,HOPE, ANBP, LIFE CONVINCENCE
დიაბეტი	+	+	+	+	NKF-ADA გაიდლაინი
თირკმლის ქრონიკული დაავადება			+	+	NFK გაიდლაინი , RENAAL,IDNT,REIN,AASK
განმეორებითი ინსულტის პრევენცია	+		+		PROGRESS

არტერიული წნევის გაზომვა

არტერიული წნევის გაზომვის ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს კათეტერის საშუალებით პირდაპირი ინტრაარტერიული გაზომვა, რომელიც კლინიკურ პრაქტიკაში იშვიათად გამოიყენება. არტერიული წნევის კონტროლის ძირითად მეთოდს წნევის გაზომვის არაპირდაპირი, აუსკულტაციური მეთოდი წარმოადგენს. იგი ადვილად შესრულდება გამოფართოდ გამოიყენება როგორც სამედიცინო პერსონალის, ასევე მოსახლეობის მიერ.

არტერიული წნევის გაზომვა მედიცინაში იყველაზე ხშირად გამოყენებული პროცედურაა. საკმარისია აღინიშნოს, რომ ექიმს თავისი სამედიცინო კარიერის მანძილზე რამდენიმე ათაჯერ მოუწევს არტერიული წნევის გაზომვა და ამის საფუძველზე გადაწყვეტილების მიღება. წნევის მხოლოდ ზუსტი და სარწმუნო გაზომვა წარმოადგენს არტერიული წნევის სათანადო კონტროლის საფუძველს. პაციენტს და მთლიანად საზოგადოებას მხოლოდ მაშინ შეუძლია მიიღოს სარგებელი და მნიშვნელოვნად შემცირდეს არტერიული ჰიპერტენზიით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა, თუ არტერიული წნევის გაზომვა კლინიკურ პრაქტიკაში მაქსიმალური სიზუსტით მოხდება.

არტერიული წნევის გაზომვა აუსკულტაციური მეთოდით უნდა მოხდეს ტექნიკურად გამართული ინსტრუმენტით, სულ ცოტა ორჯერ თითო ვიზიტისას. პაციენტი გაზომვამდე არანაკლებ 5 წთ-ის განმავლობაში უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში. სისტოლური არტერიული წნევა შეესაბამება კოროტკოვის I ფაზას და განისაზღვრება როგორც ორი რეგულარული დარტყმიდან პირველი. დიასტოლურ არტერიულ წნევას შეესაბამება კოროტკოვის V ფაზის დასაწყისი, როცა აღინიშნება ტონების სრული გაქრობა. არტერიული წნევის დაფიქსირება ხდება 2 მმ.ვწყ. სვ. ინტერვალებით და ჩანაწერიც შესაბამისი კეთდება. ექიმმა პაციენტს სიტყვიერად უნდა აცნობოს და დაუწეროს კიდევაც გაზომილი წნევის ციფრები და სამიზნე წნევა.

პერიოდულად ნაჩვენებია პაციენტის წნევის გაზომვა ფეხზე მდგომ მდგომარეობაში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტს აქვს ორთოსტატიკური ჰიპოტენზიის განვითარების რისკი (ხანში შესული პირები, ახალი მედიკამენტის დანიშვნა ან წამლის დოზის ცვლილებები, პაციენტის მიერ ფეხზე ადგომისას შესაბამისი სიმპტომების აღნიშვნა).

დაწვრილებით არტერიული წნევის სწორად გაზომვის შესახებ იხილეთ პროტოკოლში.

არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორინგი

არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორინგი (ABPM) გვაძლევს ინფორმაციას არტერიული წნევის ცვალებადობის შესახებ ძილის დროს და დღის განმავლობაში. იგი მნიშვნელოვანია:

- სამიზნე ორგანოების დაზიანების არარსებობისას “თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის” გამოვლენის მიზნით;
- სხვადასხვა მედიკამენტის მიმართ რეზისტენტობის განვითარების აღმოჩენის მიზნით;
- ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით განპირობებული ჰიპოტენზიის სიმპტომების, ეპიზოდური ჰიპოტენზიისა და ავტონომიური დისფუნქციების აღმოჩენის მიზნით.

ჩვეულებრივ არტერიული წნევა ღამის განმავლობაში მცირდება 10-20%-ით. იმ პირებს, რომელთაც წნევის ეს ფიზიოლოგიური შემცირება არ აღენიშნებათ, კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარების უფრო მაღალი რისკი აღენიშნებათ.

არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორინგით მიღებული მონაცემებით, არაჰიპერტენზიულად არის მიჩნეული წნევის დონე სიფხიზლეში ნაკლები 135/85 მმ.ვწყ.სვ.-ზე და ძილის დროს ნაკლები 120/75 მმ.ვწყ.სვ.-ზე.

არტერიული წნევის თვითკონტროლი

არტერიული წნევის თვითკონტროლს (პაციენტის ან მისი ახლობლების მიერ არტერიული წნევის სახლში ან სამსახურში გაზომვას) აქვს მთელი რიგი დადებითი მომენტები:

- თავისუფალია სიტუაციური მატებისგან - ე.წ. “თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია”, ანუ როცა პაციენტის წნევა მაღალია მხოლოდ მაშინ, როდესაც ის სამედიცინო პერსონალი ს მიერ ან მათი თანდასწრებით იზომება;
- პაციენტს წარმოადგენს უქმნის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის ადექვატური მოქმედების შესახებ;
- ცვლის პაციენტის განწყობას მკურნალობის მიმართ, კერძოდ აუმჯობესებს პაციენტის მკურნალობისადმი ერთგულებას (პაციენტები ი ნაკლებად ანებებენ თავს მკურნალობას);

➤ პოტენციურად ამცირებს მკურნალობის ღირებულებას. თუმცა, პაციენტისთვის, ან მისი ოჯახის წევრებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია არტერიული წნევის ზუსტად და სწორად გაზომვის სწავლება, საზომი აპარატების სიზუსტის რეგულარულად შემოწმება და ექიმთან მუდმივი კონტაქტის შენარჩუნება.

სახლში გაზომვის პირობებში წნევის ციფრები მეტი ან ტოლი 135/85 მმ.ვწყ.სვ.-ზე მიჩნეულია ჰიპერტენზიულად.

პაციენტთა შეფასება.

ჰიპერტე ნზიულ პაციენტთა შეფასებას აქვს 3 მიზანი:

1. შეფასდეს ცხოვრების წესი და გამოვლინდეს სხვა კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორები და თანმხლები დარღვევები, რომელთაც შეუძლიათ დაამძიმონ პროგნოზი და შეცვალონ მკურნალთა ტაქტიკა (ცხრილი №3).
2. მაღალი რისკის მქონე პაციენტების გამოვლინება მიზეზების იდენტიფიცირება.
3. სამიზნე ორგანოების დაზიანების და სხვა კარდიოვასკულური დაავადებების არსებობის აღბათობის განსაზღვრა.

პაციენტის შეფასება ხდება შემდეგი მონაცემებით: სამედიცინო ანამნეზი, ფიზიკალური გამოკვლევები, რუტინული ლაბორატორიული კვლევები და სხვა დიაგნოსტიკური პროცედურები. ფიზიკალური გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს არტერიული წნევის სათანადო კონტროლს ორივე ზემო კიდურზე, თვალის ფსკერის შემოწმებას, სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლას (BMI) (აგრეთვე სასურველია წელის გარშემოწერილობის განსაზღვრა), კაროტიდების, მუცლის აორტის და პარააორტის არტერიის აუსკულტაცია, ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციას; ფილტვებისა და გულის სრულ გამოკვლევას; აბდომინური გასინჯვას, თირკმელების გადიდების და აორტის პათოლოგიური პულსაციის აღმოჩენის მიზნით. ქვემოთ კიდურების პალპაციას შეუძლია და პულსაციის შეფასების მიზნით, აგრეთვე ნევროლოგიური შეფასება.

ცხრილი №3.

კარდიოვასკულური რისკის ფაქტორები.

მიზეზები

მთავარი/დიდი რისკფაქტორები

- ჰიპერტენზია
- სიგარეტის მოწევა
- სიმსუქნე (სხეულის მასის ინდექსი ≥ 30 კგ/მ²)
- ფიზიკური აქტიუობა
- დისლიპიდემია
- შაქრიანი დიაბეტი
- მიკროალბუმინურია ან გლომერულოპათია
- ლურონიკული ფილტვანობის სიმკვრივე < 60 მლ/წთ
- ასაკი (> 55 მამაკაცი, > 65 ქალი)
- ლჯახური ისტორია, ანამნეზში კარდიოვასკულური დაავადება (მამაკაცი < 55 წელზე და ქალი < 65)

სამიზნე ორგანოების დაზიანება.

გული

- მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია
- სტენოკარდია ან გადატანული მიოკარდიუმის ინფარქტი
- გადატანული კორონარული რევასკულარიზაცია
- გულის უკმარისობა

თავის ტვინი

- ინსულტი ან თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის გარდამავალი მოშლა
- დემენცია

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
პერიფერიული არტერიების დაავადება
რეტინოპათია

ცხრილი №4
მეორადი პიპერტენზიის მიზეზები:

- ძილის აპნოე
- მედიკამენტოზური გამწვანებული სრული ან ნაწილობრივი მიზეზები.
- ქრონიკული თირკმლის უკმარისობა
- პირველადი ალდოსტერონული ნივთიერების
- თირკმლის სისხლძარღვოვანი პათოლოგია
- ქრონიკული სტეროიდული თერაპია და კუჭის ნების სინდრომი
- ფეოქრომატომა
- აორტის კოარქტაცია
- ფარისებრი და პარათირეოიდული დაავადებები.
- ობსტრუქციული უროპათია

ლაბორატორიული ანალიზები და სხვა დიაგნოსტიკური პროცედურები

ანტიპიპერტენზიული მეურნეობის დაწყებამდე რეკომენდებულია რუტინული ლაბორატორიული ანალიზების ჩატარება, რომელიც მოიცავს ეკგ-ს, შარდის საერთო ანალიზს, სისხლში გლუკოზისა და ჰემატოკრიტის, შრატის კალიუმის, კრეატინინის (ან შესაბამისი გლობულინური ფილტრაციის სიხშირის (GFR)), კალციუმის ლიპიდური სპექტრის (კვებთან 9-12სთ-ის შემდგომ), რომელიც მოიცავს მს. ლ., მს. ლ., ტრიგლიცერიდების განსაზღვრას. დამატებითი ანალიზები მოიცავს შარდში ალბუმინისა და ალბუმინი/კრეატინინის შეფარდების განსაზღვრას.

დამატებითი ტესტირების გამოყენება არ არის ნაჩვენებია თუ წნევის კონტროლი მიღწეულია.

ტესტირების ჩვენებით რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ წნევის კონტროლი მიღწევა ვერ ხერხდება და რუტინული ტესტები მიგვანიშნებს მეორადი პიპერტენზიაზე.

მეურნეობა სამიზნე წნევა

ანტიპიპერტენზიული მეურნეობის მიზანია კარდიოვასკულური და თირკმლის დაავადებებით გამწვანებული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება.

პიპერტენზიული პირებში განსაკუთრებით 50 წელს ზევით, პირველი რიგის ამოცანაა სისტოლური წნევის კონტროლი მიღწევა.

სამიზნე არტერიული წნევა მიზნულია <140/90 მმ.ვწყ.სვ-ზე, რადგან ამ შემთხვევაში მცირდება კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარების ალბათობა.

პაციენტებში რომელთაც აქვთ შაქრიანი დიაბეტი ან თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა სამიზნე წნევა <130/80 მმ.ვწყ.სვ-ზე.

ცხოვრების წესის შეცვლა.

ჯანსაღი ცხოვრების წესი ყველა ადამიანისთვის არის პიპერტენზიის მნიშვნელოვანი პრევენცია, მას ასევე განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პიპერტენზიულ პირების მკურნალობაში. ცხოვრების ჯანსაღი წესი მოიცავს: 1. წონის შემცირებას მათში ვისაც ჭარბი წონა აქვს 2. რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშის (სწრაფი სიარული სუფთა ჰაერზე მინიმუმ 30 წუთი კვირის შემტეხ დღეებში) 3. დიეტურ იკვებებას ანუ კალიუმით და კალციუმით მდიდარ (ხილი, ბოსტნეული, დაბალ ცხიმოვანი რძის პროდუქტები) და ნატრიუმით დაბალ საკვებას. ნატრიუმის დღიური მიღება უნდა შემცირდეს 100 მმოლამდე (2,4 გრამი ნატრიუმის რაც შეესაბამება 4 გრამ სუფრის მარილს). 4. ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებას 30 მილილიტრამდე დღეში ეთანოლზე გადაანგარიშებ ითმამა კაცებში და 15 მილილიტრამდე ქალებსა და დაბალი წონის პირებში.

დიეტის პრინციპები მოცემულია №5 ცხრილში რომელიც შეიქმნა კვლევა DASH-ის (დიეტის პრინციპები პიპერტენზიის პრევენციის და მკურნალობისთვის)

ჯანსაღი ცხოვრების წესი ამცირებს არტერიულ წნევას, ახდენს პიპერტენზიის პრევენციას ან ანელებს მის განვითარებას, ასევე აძლიერებს ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების ეფექტურობას და ამცირებს კარდიოვასკულარული დაავადებების განვითარების რისკს: მაგალითად DASH-ის მიხედვით გარკვეულ პირებში, საკვებში ნატრიუმის შემცირებას 1600 მგ-მდე (66 მმოლი რაც შეესაბამება 4გ სუფრის მარილს) აქვს იგივე ეფექტი, რაც ერთი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტით მკურნალობას. ჯანსაღი ცხოვრების წესის ორი ან მეტი დონის მიღება კომბინაციაში ითმამა შესაძლებელია საუკეთესო შედეგების მიღება.

მედიკამენტური მკურნალობა

პიპერტენზიის სამკურნალოდ გამოიყენება სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტები. ცხრილი № 6 და 7 მოიცავს ყველაზე ხშირად გამოყენებად ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებს.

პიპერტენზიული პირთა დაახლოებით ორ მესამედში სამიზნე არტერიული წნევის მიღწევა ხერხდება ორი ან მეტი ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატის საშუალებით, პაციენტთა მხოლოდ ერთ მესამედშია შესაძლებელი ეფექტური მკურნალობა ერთი მედიკამენტის საშუალებით. მაგალითად კვლევა (ALLHAT)-ის მიხედვით პაციენტების მხოლოდ 30% ჰქონდათ არტერიული წნევა კარგად გაკონტროლებული ერთი ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატით. დანარჩენ პაციენტებს ჭირდებოდათ ორი ან მეტი მედიკამენტი. 1967 წლიდან კვლევებით აღიარებულა თიაზიდური დიურეტიკები როგორც ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის ბაზისი. დიურეტიკები მნიშვნელოვნად ამცირებენ პიპერტენზიით გამოწვეულ კარდიოვასკულურ გართულებების სიხშირეს. დიურეტიკები მრავალ მედიკამენტთან კომბინაციაში აძლიერებენ ანტიჰიპერტენზიულ ეფექტს და გამოიჩინებენ სიიფიციენტს სხვა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებთან შედარებით. მიუხედავად ამ მონაცემებისა მათ ჯერ კიდევ ვერ პოვნენ ჯეროვანი გამოყენება.

ბევრი კვლევით დადასტურებულია რომ მაღალი წნევის მკურნალობა (აფიინი იტორებით, ა.რ. ბლოკებით, ბეტა ბლოკებით, კალციუმის არხების ანტაგონისტებით)-ით ასევე ამცირებს პიპერტენზიის ბარტოშელის სიხშირეს. პიპერტენზიული პაციენტთა უმრავლესობაში თიაზიდური ტიპის დიურეტიკები უნდა იქნას გამოყენებული მკურნალობის საწყის სტადიაზე მარტო ან კომბინაციაში სხვა ((აფიინი იტორებით, ა.რ. ბლოკებით, ბეტა ბლოკებით, კალციუმის არხების ანტაგონისტებით) მედიკამენტებთან ერთად. სხვა ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების გამოყენების ჩვენება მოცემულია მე-12 ცხრილში. მედიკამენტის აუტანლობის ან უკუჩვენების შემთხვევაში სხვა ჯგუფის პრეპარატები.

ცხრილი №5.

ცხოვრების წესის სრულყოფილი პიპერტენზიის მკურნალობის მიზნით.

მოლიფიკაცია	რეკომენდაციები	სისტოლური არტერიული წნევის მანვენებლები
წონის შემცირება	სხეულის მასის ნორმალიზაცია (სხეულის მასის ინდექსი 18,5-24,5 კგ/მ ²)	5-20 მმ/ვწყ.სგ წონის შემცირებისას

კეე ბა DASH-ის დიეტის მიხედვით	გულისხ მობს ხილით , ბოსტნ ეულით მდიდარ და ნაჯერი ცხიმე ბით ღარიბ დიეტას	8-14 მმ/ვწყსე .
საკეე ბში სუფურის მარილ ის რაოდენო ბის შეზღ უღვა	100 მმოლა მდე დღეში , რაც შეესა ბამ ება 6 გრამ სუფურის მარილს	2-8 მმ/ვწყსე .
ფიზიკ ური აქტივობა	რეგუ ლარული აერობ იკული ფიზიკური აქტიურიობა , როგორც არის სწრაფი სიარული (30წთ მაინც დღეში , კვირ ის უმეტეს დღეებ ში)	4-6 მმ/ვწყსე.
ალკოჰოლის მიღებ ის შეზღ უღვა	ალკოჰოლის შეზღუდვა არაუმ ეტეს 2-ჯერ მიღებ ისა (1 oz ან 30 მლ ეთანოლი , 24 oz ლუდი , 10 oz ღვინო , 3 oz ვისკი). ყოველ დღე მამაკა ცთა უმრა ვლე სობაში და არაუ მეტეს ერთ ი მიღებ ისა ქალე ბში და მცირ ე წონის პირებში .	2-4 მმ/ვწყსე.

DASH – დიეტური მიღობა ჰ იპერტონიის მკურნალობის სათვის.
 OZ – 37 მილილიტრი

ცხრილი №6.

პერორალ ური ანტიბიო ერტენიული მედიკა მენტები

ჯგუფი	მედიკამენტები	დოზირება მგ/დღეში	დღიური ჯერადობა
თიაზიდური შარდმდე ნები	ქლორთიაზიდოლი ქლორტალიდონი ჰიდროქლორთიაზიდოლი პოლითიაზიდოლი ინდაპამიდი მეტოლალზონი	125-500 12,5- 25 12,5- 50 2-4 1,25- 2,5 0,5- 1.0	1-2 1 1 1 1 1
მარყუჟე მოქმედი შარდმდენი	ბუმეტანიდი ფუროსემიდი ტორსემიდი	0,5- 2 20- 80 2,5- 10	2 2 1
კალიუ მშენებელი შარდმდენი	ამილორიდი ტრიამტერიდი	5-10 50-100	1-2 1-2
აღდოსტერონის რეცეპტორის ბლოკერები	ეპლე რენონი სპირონოლაქტონი	50-100 25-50	1 1
ბეტა-ბლოკერები	ატენოლოლი ბისოპროლოლი მეტაპროლოლი ნალოქსოლი პროპრანოლოლი განგრანოლი მომეტოპროლოლი პროპრანოლოლი თიმოლოლი	25-100 2,5- 10 50-100 40-120 40-160 60-180 20- 40	1 1 1-2 1 2 1 2
ბეტა-ბლოკატო რები+სი მპა-ტომი მეტიკები	აკეპუტოლოლი პინდოლოლი	200- 800 10-40	2 2
კომბინირული აღფა და ბეტა ბლოკერები	კარვედილოლი ლაბეტალი	12,5- 50 200- 800	2 2

აგფ ინჰი ბიტორები	ბენაზ ეპრილი კაპტოპრილი ენალაპრილი ფოზინოპრილი ლიზინ ეპრილი პერინდოპრილი მოქესიპრილი ქვინაპრილი რამიპრილი ტრანდოლაპრილი	10-40 25-100 5-40 10-40 10-40 4-8 7,5- 30 10-80 2,5- 20 1-4	1 1 1-2 1 1 1 1 1 1 1
ანგიოტენზინ რეცეპტორების ბლოკერები	კანვესა რტანი ეპროსარტანი ირბესარტანი ლოსარტანი ოლმესარტანი ტელმისარტანი ვალსარტანი	8-32 400- 800 150-300 25-100 20- 40 20- 80 80-320	1 1-2 1 1-2 1 1 1-2
კალციუმი არხების ბლოკერები (არადიჰიდრატის რიპი რიდი ნის ჯგუფის)	დილთიაზემი (ხანგრძლივი მოქმედების) ვერაპამილი (ხანმოკლე მოქმედების) ვერაპამილი (ხანგრძლივი მოქმედების) ვერაპამილი	180-420 80-320 120- 480 120- 360	1 2 1-2 1
კალციუმი არხების ბლოკერები (დიჰიდრატის რიპი რიდი ნის ჯგუფის)	ამლოდიპინი ფელლოდიპინი ისრადიპინი ნიკარდიპინი ნიფედინი (ხანგრძლივი მოქმედების) ნისოლდიპინი	2,5- 10 2,5- 20 2,5- 10 60-120 30-60 10-40	1 1 2 2 1 1
ალფა1 ბლოკერები	დოქსაზოზინი პრაზოზინი ტერაზოზინი	1-16 2-20 1-20	1 2-3 1-2
ცენტრალური მოქმედების ალფა 2-ის აგონისტები და სხვა ცენტრალური მოქმედების მედიკამენტები	კლონიდინი კლონიდინის პლასტიკი მეთილდოფამინი რეზეპინი გუანფაცინი	0,1- 0,8 0,1- 0,3 250-100 0,1- 0,25 0,5- 2,0	2 1- ხელკვრავი 2 1 1
პირდაპირი მოქმედების ვაზოდilatატორები	ჰიდრალაზინი მინოქსიდილი	25-100 2,5- 80	2 1-2

ცხრილი №7.

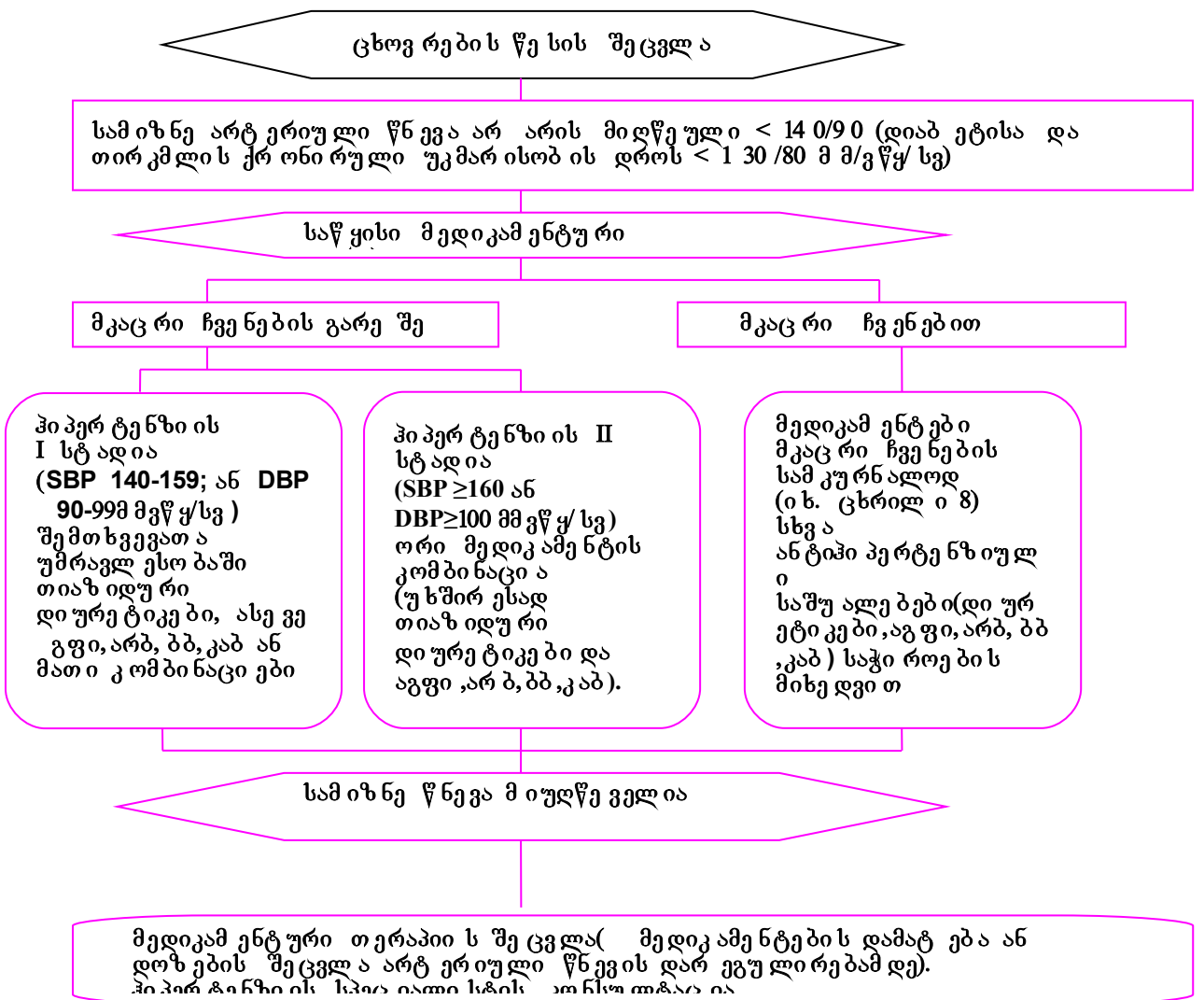
ჰიპერტენზიის სამკურნალო კომბინირებული მედიკამენტები.

კომბინაციის ტიპები	შერეული დოზების კომბინაცია, მგ-ში
--------------------	-----------------------------------

<p>აგფი და კაბ</p>	<p>ამლოდიპი ნი-ბენაზ ეპრ ილი ენალაპრი ლი-ფენოდიპი ნი ტრანდოლაპრი ლი-ვერაპამ ილი</p>	<p>????</p>
<p>აგფი და შარდმდენ ი</p>	<p>ბენა ზეპ რილი ი-ჰიდროქელ ორთია ზიდი კაპტოპრილი-ჰიდროქელორ თიაზიდი ი ენალაპრი ლ-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი ფოსინოპრი ლ-ჰიდროქელ ორთია ზიდი ლიზინოპ რილი-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი მოექს იპრი ლ-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი ქვინაპრი ლ-ჰიდროქელ ორთია ზიდი</p>	
<p>არბ და შარდმდენ ნი</p>	<p>კანდერზა ტან-ჰიდროქელორ თიაზიდი ი ეპროსარტან -ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი ირბესარ ტან-ჰიდროქელორ თიაზიდი ი ლოსარტან-ჰიდროქელ ორთია ზიდი ოლმესარ ტან-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ი ტელმ ისარტან-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი ვალსარტან-ჰიდროქელორ თია ზიდი</p>	
<p>ბბ და შარდმდენ ნი</p>	<p>ატენოლ ოლ-ქლორტალ იდონ ი ბისოპროლ ოლ-ჰიდროქელორ თია ზიდი მეტოპრ ოლ ოლ-ჰიდროქელ ორტიაზიდი ილი პროპრანოლოლ ლ(ხანგრძლივი მოქმედება ის)- ჰიდროქელორ თია ზიდი თიმო ლოლ-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი</p>	
<p>ცენტრა ლური მოქმედება ის მედიკამენტები და შარდმდენები</p>	<p>მეთილდოპა-ჰიდროქელორ თიაზიდი ი რეზერპინ-ქლორტალ იდონ ი რეზერპინ-ქლორთიაზიდი ილი რეზერპინ-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი</p>	
<p>შარდმდენ ი და შარდმდენ ი</p>	<p>ამილ ორიდი -ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი სპირინოლა ქტო ნი-ჰიდროქელორ თიაზიდი ილი ტრიაამტ ერენ-ჰიდროქელ ორთიაზიდი ილი</p>	

არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა პაციენტებში.

ჰიპერტენზიული პაციენტთა უმრავლესობას ესაჭიროება ორი ან მეტი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი სამიზნე არტერიული წნევის მისაღწევად. როდესაც ერთი პრეპარატის აღქვავტური დოზის მიღების შედეგად ვერ ხერხდება წნევის კონტროლი, მაშინ საჭიროა სხვა ჯგუფის მედიკამენტის დამატება. თუ არტერიული წნევა სამიზნე აღქვავტურა 20/10მმ ვწყ.სვ.-ით, მაშინ სასურველია მკურნალობის გაგრძელება ერთდროულად ორი პრეპარატით, რომლითაც მიღწევა არტერიული წნევის უკეთესი კონტროლი. გარკვეულ შემთხვევებში საჭიროა სიფრთხილის გამოჩენა სანდაზმულ, დიაბეტიკ და ავადმყოფულ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ აუტონომიური დისფუნქცია - შესაძლოა ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის განვითარების გამო. გენერული მედიკამენტების ან მათი კომბინაციების გამოყენება მკვეთრად ამცირებს მკურნალობის ღირებულებას.



შემდგომი მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

პაციენტთა უმრავლესობამ ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დაწყებებიდან, ერთი თვის ინტერვალით ან სამიზნე არტერიული წნევის მიღწევამდე უნდა გაიაროს შემდგომი შემოწმება. მეორე სტადიის ჰიპერტენზიისა და თანამხლებელი დაავადების

მქონე პაციენტებისათვის საჭიროა უფრო ხშირი ვიზიტები. პლაზმის კალიუმის და კრეატინინის კონტროლი უნდა განხორციელდეს არანაკლებ ორჯერ წელიწადში ი. სამიზნე ეწვევის მიღწევის შემდეგ მომდევნო ვიზიტები შეიძლება განხორციელდეს 3 – 6 თვის ინტერვალით. თანმხლები დაავადებების, მაგალითად გულის უკმარისობის და ღიაბეტის დროს აუცილებელი ვიზიტების სიხშირე იზრდება. პარალელურად უნდა მიმდინარეობდეს სხვა კარდიოვასკულური რისკ ფაქტორების კორექცია. ასპირინის დაბალი დოზით მკურნალობა ნაჩვენებია სამიზნე წნევის მიღწევის შემდეგ. რადგანაც არაკონტროლირებადი ჰიპერტენზიის დროს არსებობს ჰემორაგიული ინსულტის განვითარების რისკი.

ჰიპერტენზიის მართვა განსაკუთრებულ შემთხვევებში.

გულის იშემიური დაავადება

პაციენტები არტერიული ჰიპერტენზიით, იმყოფებიან მზარდი რისკის ჯგუფში მიოკარდიუმის ინფარქტის ან სხვა კორონარული პათოლოგიის განვითარების თვალსაზრისით. ასევე უფრო მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი მის ინფარქტით გამოწვეული სიკვდილით თვალსაზრისით. ჰიპერტენზიით დაავადებულ შემთხვევებში მიოკარდიუმის ჟანგბადით მომარაგება შეიძლება შეზღუდული იყოს თანმხლები კ.ა.დ.-ის გამო, მაშინ როცა ჟანგბადზე მოთხოვნილება გაზრდილია, ერთის მხრივ გაზრდილი პერიფერიული წინააღმდეგობა და მეორეს მხრივ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამო. პაციენტებში კ.ა.დ.-ით როგორც სისტოლური ასევე დიასტოლური წნევის შემცირებით მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილება და შესაბამისად კარდიოვასკულური გართულებების რისკი ქვეითდება მჯგუფის პაციენტებში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის ერთერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი არის კორონარული რისკის ზრდა დაბალი დიასტოლური წნევის პირობებში. მაგალითად: SHEP კვლევაში დიასტოლური წნევის შემცირება 55-60 მმ/ვ წყ.სვ-ის ქვეით ასოციირებული იყო მზარდი კარდიოვასკულური გართულებებთან, მათ შორის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტთან, თუმცა იგივე კავშირი არ იყო დადგენილი დიასტოლური წნევის აგრესიული დაქვეითების შემთხვევაში. და ბოლოს ჰიპერტენზიის აგრესიული მკურნალობით, გაცილებით მეტი გართულებების თავიდან აცილება შეიძლება, ვიდრე წარმოქმნა.

სტაბილური სტენოკარდია და მუნჯი იშემია.

ამ პაციენტებში მკურნალობის მიზანია მიოკარდიუმის ინფარქტის და სიკვდილის პრევენცია, ასევე სტენოკარდიის სიმპტომების შემცირება. ბეტა ბლოკერები, როგორც საწყისი თერაპია გამოიყენება ყველა შემთხვევაში თუ არ არის უკუჩვენება. ბეტა ბლოკერები ამცირებენ არტერიულ წნევას, სტენოკარდიის სიმპტომებს, სიკვდილიანობას, გულის წუთმოცულობას და გულის შეკუმშვათა სიხშირეს. შემცილებული ინოტროპიზმი და შეკუმშვათა სიხშირე ამცირებს მიოკარდიუმის მოთხოვნილებას ჟანგბადზე. მკურნალობა ასევე მოიცავს: გლუკოზის კონტროლს, ლიპიდების დონის დაქვეითებას, ანტიაგრეგაციას, ვარჯიშს, წონის შემცირებას ჭარბწონიან პაციენტებში და თამბაქოს მოწევის შეწყვეტას. თუ კი არტერიული წნევისა და სტენოკარდიის სიმპტომების კონტროლი ვერ ხერხდება მხოლოდ ბეტა ბლოკერით, ან თუ ბეტა ბლოკერი უკუჩვენებულია, მაგალითად ისეთ შემთხვევებში, როგორც არის სასუნთქი გზების მძიმე ობსტრუქციული პათოლოგია, პერიფერიული არტერიების დაავადება, მაღალი ხარისხის ატრიოვენტრიკულარი ული ბლოკადა, სინუსის კვანძის სისუსტის სინდრომი მიზანშეწონილია ხანგრძლივი მოქმედი დიჰიდროპირიდინების ან არადიჰიდროპირიდინის ტიპის კალციუმის არხების ბლოკერების გამოყენება. კალციუმის არხების ბლოკერები ამცირებენ პერიფერიულ წინააღმდეგობას, რაც თავის მხრივ ამცირებს მარცხენა პარკუჭის კედლის დაჭიმულობას. კალციუმის არხების ბლოკერები ასევე ამცირებენ წინაარმდეგობას კორონარულ არტერიებში და შესაბამისად აუმჯობესებენ პოსტსტენოზური კორონარული პერფუზიას. არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერები ასევე ამცირებენ გულის შეკუმშვათა სიხშირეს, ბეტა ბლოკერებთან კომბინაციაში შეუძლია თ გამოიწვიონ მძიმე ბრადიკარდია ან მაღალი ხარისხის ბლოკადა, იმ შემთხვევაში თუ სტენოკარდია ან არტერიული წნევა ვერ კონტროლირდება ამ ორკომპონენტური რეჟიმით, შესაძლებელია დაემატოს ნიტრატის, მაგრამ აუცილებელია დიდი

სიფრთხილ ის გამოჩენა იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ფოსფორი ესთერასას 5-ის ინჰიბიტორებს (სილდენაფილს - ვიაგრა). პაციენტებში არტერ იული ჰიპერტენზიით და სტაბილური სტენოკარდიით არ გამოიყენება ხანმოკლე მოქმედების კალციუმის არხების ბლოკერები (მაგ. ნიფედინი), რადგან ისინი ზრდიან სიკვდილიანობას.

გულის უკმარისობა

გულის უკმარისობის სინდრომი, გვინდობა იმ შემთხვევაში, როდესაც გული ვერ უზრუნველყოფს პერიფერიული ქსოვილები პერფუზიას და მეტაბოლური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად ადეკვატური სისხლის ნაკადის მიწოდებას. გულის უკმარისობით პაციენტების 40-50%-ს შეიძლება ჰქონდეთ შენარჩუნებული სისტოლური ფუნქცია. ასეთ პაციენტებს მეტად სავარაუდოა ჰქონდეთ ჰიპერტენზია, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და იზოლირებული დიასტოლური დისფუნქცია, ამ ჯგუფს უფრო ხშირად განეკუთვნებიან ქალები.

სხვადასხვა ნეირომუსკულური სისტემები, განსაკუთრებით რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონისა და სიმპათიკური ნერვული სისტემა შეიძლება გააქტიურდეს მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციისას, მაგრამ ასეთ აქტივაციას შეიძლება მოჰყვებოდეს პათოლოგიური რემოდელირება, შემდგომში მარცხენა პარკუჭის დილატაცია და დაქვეითებული კუმულაციური ფუნქცია. მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის პროგრესირება შეიძლება შენელებულ იქნას აფიბრირებით და დიურეტიკებით. ჰიპერტენზია წინ უსწრებს გულის უკმარისობის განვითარებას დაახლოებით 90% პაციენტებში და 2-3-ჯერ ზრდის გულის უკმარისობის განვითარების რისკს. ამერიკის შეერთებული შტატებში, შემთხვევათა 2/3-ში გულის უკმარისობის მიზეზს წარმოადგენს კორონარული არტერიების დაავადება. უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში გულის უკმარისობის სიხშირე არ შეცვლილა მამაკაცებში, ხოლო ქალებში იგი მჩნევად კლებს ტენდენციად, გულის უკმარისობით ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე თითქმის გაორმაგდა ბოლო 20 წელიწადში. ამის მიზეზს წარმოადგენს მკურნალობის გაუმჯობესება და სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა. გულის უკმარისობის გამო ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები სავარაუდოდ გაიზარდება ჩვენ თანაც მომავალშიც და ეს ტენდენცია დაკავშირებულია სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდასთან.

ACC/AHA გაიდლაინები ხელსაყრელია გულის უკმარისობის მართვისთვის.

A სტადიის ჯგუფში, ეს არის I (NYHA), მათთვის ვისაც აქვთ გულის უკმარისობის განვითარების მაღალი რისკი, მაგრამ მარცხენა პარკუჭის კუმულაციური დაქვეითება არ აღენიშნება, მკურნალობა გულის მობს რისკ-ფაქტორების მართვას: არტერიული წნევის, ჰიპერტენზიის, ჰიპერტროფიის, ჰიპერტროფიის კონტროლს. ამ სტადიაზე მაღალი კარდიოვასკულური რისკის მქონე პაციენტებში მიზანშეწონილია აგვი ინჰიბიტორების გამოყენება. **ALHHAAT**-ის საფუძველზე გამოითქვამება ვარაუდი, თიაზიდური ჯგუფის დიურეტიკების მიზანშეწონილობა და დაავადების პროგრესის შესაჩერებლად.

B სტადია გულის უკმარისობა (NYHA) - I; მარცხენა პარკუჭის კუმულაციური ფუნქციის დაქვეითება $EF < 40\%$ -ზე, სხვა მხრივ უსიმპტომო პაციენტებში, მათთვის რეკომენდირებულია აგვი ინჰიბიტორები და ბეტა-ბლოკერები.

C სტადია გულის უკმარისობა II-III (NYHA); მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის თანაარსებობა და მანიფესტირებული სიმპტომები. ასეთი პაციენტებისათვის ნაჩვენებია აგვი ინჰიბიტორის ბეტა-ბლოკერების გამოყენება, ალდოსტერონის ანტაგონისტებიც, შეიძლება ღირებულ იყოს ამ სიტუაციაში, მარყუჟოვანი შარდმდენები აუცილებელია ზედმეტი მოცულობის საკონტროლოდ, თუმცა არ არსებობს იმის მტკიცება, რომ დიურეტიკებს შეუძლიათ დაავადების პროგრესის პრევენცია და ამასთანავე ჭარბი გამოყენებისას იწვევენ კრეატინინის დონის მატებას.

D სტადია, გულის უკმარისობა IV (NYHA); პაციენტები საჭიროებენ იგივე მკურნალობას რასაც **C** სტადიის დროს პლუს მკურნალობას ინტროპებიტით, იმპლანტირებული დეფიბრირებადი კარდიოვერტიკული პეისმეკეიტით, მექანიკური "ასისტ-დევისით" ან გულის ტრანსპლანტაციით.

პაციენტებში, რომლებშიც აგვი ინჰიბიტორების გამოყენება ვერ ხერხდება შესაძლებელია არ.ბ.-ის გამოყენება, გულის უკმარისობის დროს ბეტა-ბლოკერების გამოყენებაც რეკომენდირებულია, რადგანაც კლინიკურმა კვლევებმა აჩვენა მათი გამოყენების შემთხვევაში ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება, აგრეთვე გულის უკმარისობის სიმპტომების გაუმჯობესება. (იხ. ცხრილი №12).

მარცხენა პარკუჭოვანი მიმდებარე დისფუნქციის დროს სტადია **C** -ზე (NYHA III-IV) მკურნალობაში ალდოსტერონის ანტაგონისტების დამატება ეფექტურია. კვლევა **(RALES)**-ის მიხედვით სპირონოლონი დაბალი დოზით (12,5-25მგ/დღეში) დამატებული სტანდარტულ თერაპიაზე ამცირებს სიკვდილიანობას 34%-ით, მათში

ვისაც EF<40%-ზე და 90%-ს აღენიშნებათ გულის უკმარისობის სიმპტომატიკა. აღდოსტეროლის ანტაგონისტი გამოყენებისას ჰიპერკალემიის(რადგანაც პაციენტების უმრავლესობა ღებულობს აგფ ინჰიბიტორს ან ა.რ. ბლოკერს) თავიდან აცილებების მიზნით მათი მიღება უნდა შეიზღუდოს იმ პაციენტებში რომელთაც კრეატინინი >2,5მგ/დლ. მათი ხმარების პარალელურად უნდა ხდებოდეს სისხლში კალიუმის დონის კონტროლი.

პაციენტებში გულის უკმარისობით არტერიული წნევის სასურველი დონე არ არის მკაცრად განსაზღვრული, თუმცა სისტოლური არტერიული წნევის შემცირება ყოველთვის დადებითად მოქმედებს ამ სიტუაციებში, არის კვლევები რომელთა მიხედვით პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით და გულის უკმარისობით სისტოლური წნევის შემცირება სასურველია <100 მმვცხ/სვ-ისა.

მიუხედავად დაბალსარწმუნო კვლევებისა დიგოქსინი კვლავ გამოიყენება პაციენტებში გულის უკმარისობით. კვლევაში Dig დიგოქსინი არ ამცირებდა სიკვდილ იანობას NYHA II-III პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ აგფ ინჰიბიტორებს და დიურეტიკებს, მაგრამ შეამცირა გულის უკმარისობის სიმპტომები და ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე.

ღიაბეტი და ჰიპერტენზია

პაციენტებს არტერიული ჰიპერტენზიით და ღიაბეტიით აქვთ მაღალი რისკი განუვითარდეთ კარდიოვასკულური გართულებები, ინსულტი, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, ღიაბეტიით ნეფროპათია. კვლევა (UKPDS) აჩვენა, რომ სისტოლური წნევის ყოველი 10-ით შემცირება იწვევს ღიაბეტის მოკიდებულ გართულებების 13%-ით, მიოკარდიუმის ინფარქტის 11%-ით, ნეფროპათიის რეტინოპათიის მიკროვასკულური უკმარისობის 13%-ით შემცირებას. შემდეგმა კვლევებმა:

(UKPDS, HOT, SHEP, LIFE, ALLHAT, HOPE study ცხადდა აჩვენა, რომ წნევის აღქმად უკონტროლი აუმიჯობს ესებს კარდიოვასკულური გართულებების გამოსავალს, განსაკუთრებით ინსულტის გამოსავალს. ღიაბეტიან პაციენტებში თირკმლის ქრონიკული პათოლოგია ითვლება დიაგნოსტიკურ ბულად თუ პაციენტს აღენიშნება მძიმე ალბუმინურია (> 300მგ/დღე ში ან კრეატინინი შარდში >200 მგ/გრ.) ან თირკმლის უკმარისობა (გლუმერული ფილტრაციის სიჩქარე < 60მლ/წუთში რაც შეესაბამება მეტაბოლურ ნაწილში კრეატინინის >1.5მგ/დლ კაცებში და >1.3 მგ/დლ ქალებში)

JNC7-ის რეკომენდაციები შეესაბამება, ამერიკის ღიაბეტის ასოციაციის გაიდლაინს, რომლის მიხედვითაც არტერიული წნევა ღიაბეტიან პაციენტებში არ უნდა აღემატებოდეს 130/80 mm/Hg-ს. კვლევებით დადგენილია, რომ პაციენტებში I ან II ტიპის ღიაბეტიით და არტერიული ჰიპერტენზიით ეფექტურია შემდეგი ჯგუფის მედიკამენტები: თიაზიდური ტიპის შარდმდენები, ბეტა ბლოკერები, კალცი ანტაგონისტები, აგფ ინჰიბიტორები, ა.რ. ბლოკერები. პაციენტებში ღიაბეტიით და არტერიული ჰიპერტენზიით სამიზნე წნევის მისაღწევად როგორც წესი საჭიროა ორი ან მეტი მედიკამენტის კომბინაცია.

პაციენტებში ღიაბეტიით და არტერიული ჰიპერტენზიით ეფექტურია თიაზიდური ტიპის შარდმდენების გამოყენება მარტო ან კომბინაციაში. კვლევაში ALLHAT აჩვენა, რომ ამ პაციენტებში დაწყებული მკურნალობამ ქლორთალიდონით, გულის კორონარული დაავადების და მიოკარდიუმის ინფარქტის ფატალური გამოსავალი შეამცირა იმავე ხარისხით, როგორც მკურნალობამ ლიზინოპრილით და ამლოდიპინით. ყურადღების საგანს წარმოადგენს ის ტენდენცია, რომ შარდმდენები აუარესებენ ჰიპერტენზიის მკურნალებს, მაგრამ ეს ეფექტი მცირეა და არ იწვევს უფრო მეტ კარდიოვასკულარულ გართულებებს ვიდრე სხვა კლასის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები.

აგფ ინჰიბიტორები ასევე მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს ღიაბეტიით და არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტების მკურნალობის სქემაში. ეს ჯგუფი შეიძლება გამოყენებული იქნას მარტო, მაგრამ უფრო ეფექტურია თიაზიდებთან კომბინაციაში. ADA რეკომენდაციას უწევს აგფ ინჰიბიტორებს ღიაბეტის მქონე >55 წელზე ასაკის მაღალი კარდიოვასკულური რისკის პაციენტებში და ბეტა ბლოკერებს დიაგნოსტიკურული კორონარული არტერიების დაავადებების შემთხვევაში.

ბეტა ბლოკერები განსაკუთრებით ბეტა-1 სელექტიური ეფექტურია ღიაბეტიით დაავადებულ პაციენტებში როგორც ნაწილი მულტიკომპონენტური თერაპიის, მაგრამ მათი გამოყენება როგორც მონოთერაპია დღემდე დავის საგანს წარმოადგენს.

კვლევა LIFE-ის მიხედვით ბეტა ბლოკერები ა.რ. ბლოკერებთან შედარებით ნაკლებ ეფექტურია ინსულტის პრევენციის მიზნით. ბეტა ბლოკერებმა შეიძლება გამოიწვიოს ინსულინის დამატებითი მგრძობი ელობის გაუარესება და ჰიპოგლიკემიის ეპინეფრი ნეგატიული სიმპტომების შენიღბვა, ეს პრობლემა შეიძლება იყოს უფლებრივ

ადვილად კორეგი რდება და არ არის ბეტა ბლოკერების დანიშნის აბსოლუტური უკუჩვენება.

კალციუმის არხების ბლოკერები ასევე შეიძლება გამოყენებულ იყოს დიაბეტიან პაციენტებში, როგორც კომბინირებული თერაპიის ნაწილი. კვლევებით დადგინდა, რომ ისინი ამცირებენ კარდიოვასკულურ გართულებებს დიაბეტიკთა დაავადებულ პაციენტებში. კვლევა ALHAT-ის მიხედვით ამლოდიპინი იყო ისეთივე ეფექტური როგორც ქლორთაიდონი, გარდა გულის უკმარისობის ქვეჯგუფის სადაც ქლორთაიდონის უპირატესობა იყო აშკარა.

თირკმლის ქრონიკული დაავადება

სიცოცხლის მესამე - მეოთხე დეკადიდან თირკმლის ექსკრეტორული ფუნქცია იწყებს გაუარესებას და მეექვსე დეკადისთვის გლუმიერული ფილტრაციის სიჩქარე მცირდება 1-2მლ/წთ ყოველწლიურად. ასაკდამოკიდებული თირკმლის ფუნქციის გაუარესება პირდაპირპროპორციულ კავშირშია არტერიული წნევის სიდიდესთან. მაგალითად ცუდად გაკონტროლებული არტერიული წნევის შემთხვევაში გაუარესება მიმდინარეობს ოთხჯერ უფრო სწრაფად გაუარესების ტემპით შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი ხარისხის თირკმლის უკმარისობა, რომ აუცილებელი გახდეს დიალიზის ან ტრანსპლანტაცია

თირკმლის ქრონიკული დაავადება გულისხმობს:

1. ექსკრეტორული ფუნქცია იის შემცირებას - გლობერული ფილტრაცია იის სიჩქარე (GFR) <60მლ/წთ/ყოველ 1,73მ² -ზე (რომელიც დაახლოებით შეესაბამება კრეატინინს > 1,5მგ/დლ კაცებში და >1,3 მგ/დლ ქალებში). ან
 2. ალბუმინურიას (>300 მგ/დღეში)
- კარდიოვასკულური დაავადებები არის სიკვდილის უზუირესი მიზეზი ასეთ პაციენტებში, თავის მხრივ თირკმლის ქრონიკული დაავადება არის კარდიოვასკულური პათოლოგიის განვითარების დამოუკიდებელი რისკ ფაქტორი. მაგალითად თუ გლობერული ფილტრაცია იის სიჩქარე არის <60 მლ/წთ-ში კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის რისკი არის 16%-ით მეტი. თუ გლობერული ფილტრაცია იის სიჩქარე <30 მლ/წთ-ში სიკვდილიანობა არის 30%-ით მეტი. პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით და თირკმლის ქრონიკული დაავადებით სამიზნე არტერიული წნევაა <130/80 მმ/ვწყს. ამ მიზნის მისაღწევად როგორც წესი საჭიროა ორი ან მეტი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი. მეურნალობაში არჩევის პრეპარატები აგფ ნიბიტოლები და არ.ბლოკერები შარდმდენებთან კომბინაციაში უმეტესწილად უპირატესობა ეძლევა მარყუჟზე მოქმედ შარდმდენებს. აგფ ინჰიბიტორებით და არ.ბლოკერებით მეურნალობისას დასაშვებია საწყისი კრეატინინის დონის მატება 35%-ით და ეს არ წარმოადგენს ამ პრეპარატების შეწყვეტის ჩვენებას.

პაციენტები ცერებროვასკულური დაავადებებით

მწვავე ინსულტების დროს არტერიული წნევის მკვეთრი დაქვეითებით რისკი და გამოსავალი არის ცუდი, არტერიული წნევის კონტროლი საშუალო ფარგლებში (დაახლოებით 160/110მმ/ვწყს.) მიზანშეწონილია მანამ სანამ მდგომარეობის სტაბილიზაცია და გაუმჯობესება არ მოხდება. განმეორებითი ინსულტების სიხშირე მცირდება აგფ ინჰიბიტორებისა და თიაზიდური ტიპის შარდმდენების გამოყენებით. კლინიკური გართულებების რისკი ცერებროვასკულური დაავადებებისას, მოიცავს: იშემიური ინსულტის, ჰემორაგიული ინსულტის და დემენციის. ყველაზე ხშირად იშემიური ინსულტი ვითარდება პრეჰიპერტენზიული ან ჰიპერტენზიის პირველი სტადიის პაციენტებში. იშემიური და ჰემორაგიული ინსულტის სიხშირე მკვეთრად კლებულობს არტერიული წნევის კარგი კონტროლის შემთხვევაში. დღესდღეობით არ არის გამოვლენილი რომელიმე მედიკამენტის მკაფიო უპირატესობა ინსულტის პრევენციისთვის. კვლევა LIFE-ის მიხედვით ლოსარტანი უფრო ეფექტურია ვიდრე ატნოლოლი ინსულტის პრევენციისთვის. კვლევა ALLHAT-ის მიხედვით თიაზიდური ტიპის შარდმდენები და დიჰიდროპი რიდინული ტიპის კალციუმის არხების ბლოკერები უფრო ეფექტურია ვიდრე აგფ ინჰიბიტორები ინსულტის პრევენციისთვის. ამავე კვლევის მიხედვით ქლორთაიდონი და ამლოდიპინი გაცილებით ეფექტურად ამცირებენ არტერიული წნევას ვიდრე ლოსარტანი. კვლევა PROGRESS-ის მიხედვით ინდაპამიდის და პერინდოპრილის კომბინაცია გამოიწვია ინსულტის სიხშირის 43%-ით შემცირება.

არტერიული უღლი წნევის მართვა მწვავე ინსულტის დროს დღემდე კამათის საგანს წარმოადგენს. მწვავე ინსულტის დროს ხშირია მკვეთრად მომატებული არტერიული უღლი წნევა, რაც რიგი ავტორები აზრით ფიზიოლოგიური კომპენსატორული პასუხია თავის ტვინში იშემიური უბნების პერფუზიის გასაუმჯობესებლად. კლინიკური მდგომარეობის სტაბილიზაცია მდე არ არის რეკომენდებული არტერიული უღლი წნევის სწრაფი დაქვეითება. ამერიკის ინსულტის ასოციაციის მიხედვით; პაციენტებს ინსულტით და სისტოლური უღლი წნევით >220მმ/ვწს ან დიასტოლური უღლი წნევით 120-140 მმ/ვწს, უღლი წნევის დაქვეითება უნდა განხორციელდეს ფრთხილად არაუმეტეს 10-15 %-ით. პაციენტებში ინსულტით და დიასტოლური უღლი წნევით >140- მმ/ვწს ვახვებ უნდა დაწყებულ იქნას ნატრიუმი ნიტროპრუსიდის ინფუზია უღლი წნევის 10-15 %-ით შესამცირებლად.

იშემიური ინსულტის დროს თრომბოლიზის ჩატარების უკუჩვენება - სისტოლური არტერიული უღლი წნევა > 185 მმ/ვწს. სე-ზე ან დიასტოლური არტერიული უღლი წნევა > 110 მმ/ვწს. სე-ზე. თრომბოლიზური თერაპიის დაწყების შემდეგ საჭიროა არტერიული უღლი წნევის მკაცრი მონიტორინგი განსაკუთრებით პირველი 24 საათის განმავლობაში. სისტოლური არტერიული უღლი წნევა >180 მმ/ვწს ვ. -ზე და დიასტოლური > 105 მმ/ვწს. სე-ზე საჭიროებს აგრესიულ ინტრავენურ მკურნალობას ინტრაცეპტორული სისხლდენების თავიდან აცილების მიზნით.

სიმსუქნე და მეტაბოლური სინდრომი.

მეტაბოლური სინდრომი წარმოადგენს შემდეგ კარდიოვასკულურ რისკფაქტორთა ერთობლიობას: ჰიპერტენზია, აბდომინალური სიმსუქნე, დისლიპიდემია და ინსულტის მიმართ რეზისტენტობა. მეტაბოლური სინდრომის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელია სამი ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილი რისკფაქტორების თანხვედრა:

1. ცხიმოვანი ქსოვილის ჭარბი განვითარება მუცლის მიდამოში (გარშემოწერილობა >102სმ მამაკაცებში; ან > 88სმ ქალებში)
2. არტერიული უღლი წნევა $\geq 130/85$ მმ/ვწს ვ
3. გლუკოზის უზმოდ ≥ 110 მგ/დლ
4. ტრიგლიცერიდები ≥ 150 მგ/დლ
5. მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი <40 მგ/დლ კაცებში და <50 მგ/დლ ქალებში.

მამაკაცებში მეტაბოლური სინდრომით რისკი ფატალური კორონარული პათოლოგიის იზრდება ოთხჯერ, რისკი კარდიოვასკულური გართულებების და ზოგადად სიკვდილის იზრდება ორჯერ და რისკი დიაბეტის განვითარების იზრდება 5-9 ჯერ.

მკურნალობის მიზანს შემდეგ ძირითად მომენტებს: წონის შემცირება, არტერიული ჰიპერტენზიის კარგი კონტროლი, ლიპიდური სპექტრის გამოსწორება, ცხოვრების წესის შეცვლა- ჯანსაღი კვება და ფიზიკური ვარჯიში.

სიმსუქნე ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ სხეულის მასის ინდექსი $BMI = \text{წონა [კილოგრამი მეტრი] / (სიმაღლე [მეტრი მეტრი])}^2$) არის რისკ-ფაქტორი ჰიპერტენზიისა და კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარების. სხეულის მასის ინდექსის შეცვლა (დაბრუნება ნორმალურ) უნდა მოხდეს შემდეგი ღონისძიებებით: მაქსიმალურად ჩანაცვლდეს ცხოვრების ჯდომითი წესი ფიზიკური აქტივობით (სიარული, ველოსიპედი, სეირნობა, ტენისი, ფეხბურთი და სხვა). უნდა შემცირდეს: საკვების უღლიწეობის ზომა, მაღალკალორიული სასმელების მოხმარება.

მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია. (LVH).

მარცხენა პარკუჭის მასის ზრდა დამახასიათებელია მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ყველა ტიპისთვის. ათლეტებში განვითარებული მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიისთვის (V) დამახასიათებელია ნორმალური ან გაზრდილი სისტოლური უღლიწეობა, გაზრდილი საბოლოო დისტოლური მოცულობა და ელვონგი რეპული მიოფიბრების. ჰიპერტროფიის ამ ტიპს უწოდებენ ექსცენტრულ

ჰიპერტრფოფიას . არტერიული ჰიპერტენზიის შედეგად ვითარდება კონცენტრული ჰიპერტრფოფია , რომლის თვისაც დამახასიათებელია მიოფიბრილების ცირკულაციული მდებარეობის ცირკულირების ნორმალური ან გაზრდილი კონტრაქტილობა , კედლის სისქის გაზრდა, ნორმალური ან შემცირებული საბოლოო დიასტოლური მოცულობა და გაზარდული რეგულაციის უქონლობა . უმკურნალებელი ან ცუდად ნამკურნალები პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია არის მთავარი რისკფაქტორი დილატაციური კარდიომიოპათიის და გულის უკმარისობის განვითარების მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის დიაგნოსტიკის ყველაზე სენსიტიური მეთოდებია: ეკგ . და ექოკარდიოსკოპია . განსაკუთრებით სენსიტიური მეთოდია ექოკარდიოსკოპია , რადგან ეკგ კრიტერიუმების მიხედვით ხშირია ცრუ დადებითი დიაგნოზი . პაციენტებს მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით აქვთ ორჯერ მაღალი რისკი კარდიოვასკულური გართულებების და სიკვდილის . კვლევებით დადასტურებულია რომ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის რეგრესიამ ცირკულაციულ კარდიოვასკულურ გართულებების რისკს . მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის რეგრესიამ მიღწევა შემდეგი ღონისძიებებით: წონის შემცირება, სუფრის მარილის მოხმარების შემცირება, არტერიული წნევის კარგი კონტროლი . ამ მიზნით გამოიყენება ყველა ძირითადი ჯგუფის ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატი .

პერიფერიული არტერიების დაავადება

არტერიული ჰიპერტენზია, დიაბეტი და თამბაქო არიან მთავარი რისკფაქტორები პერიფერიული არტერიების დაავადების განვითარებისთვის . სიმპტომური პერიფერიული არტერიების დაავადება ასოცირებულია კარდიოვასკულური გართულებების მაღალ რისკთან . ამ ჯგუფის პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ყველა ძირითადი ანტიჰიპერტენზიული ჯგუფის პრეპარატი მათ შორის ბეტა ბლოკერებიც, რადგან კვლევებმა აჩვენა რომ ისინი მცირედით აუარესებენ ხანგამოშვებით კოჭლობას , შესაბამისად მათი გამოყენება შესაძლებელია იმ პაციენტებში, ვისაც აქვთ პერიფერიული არტერიების დაავადება , განსაკუთრებით, თუ მათ აღენიშნებათ კორონარული არტერიების დაავადება და/ან გულის უკმარისობა. უნდა აღინიშნოს, რომ მხოლოდ ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა არ არის საკმარისი პერიფერიული არტერიების დაავადებით გამოწვეული სიმპტომების გასაქრობად. უცილებელია შემდეგი ღონისძიებები: თამბაქოს მოწყვების შეწყვეტა, იდეალური წონის მიღწევა, დატვირთვის სპეციალური პროგრამის გამოყენება, სამიზნე არტერიული წნევის მიღწევა, ლიპიდური პროფილის გამოსწორება (დ.ს.ლ . <100 მგ/დლ), დაბტის პრევენცია ან კონტროლი, ანტიანგიოტენზიული მკურნალობა (ასპირინი კლოპიდოგრელი ან თრომბოციტი ინჰიბიტორები ცილოსტაზოლის გამოყენების აუცილებლობა თუ მხოლოდ დატვირთვა არ არის საკმარისი .

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია

JNC-VI- ისა და WHO/ISH მიხედვით, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია განსაზღვრება, როგორც: სისტოლური სისხლის წნევა ≥ 140 მმ ვწყ სვ და დიასტოლური სისხლის წნევა < 90 მმ ვწყ სვ. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის (ISH) სხვადასხვა ხარისხები განსაზღვრება შემდეგნაირად:

I ხარისხი:	სისტოლური არტერიული წნევა < 160 მმ ვწყ სვ.
II ხარისხი:	სისტოლური არტერიული წნევა < 150 მმ ვწყ სვ.
III ხარისხი	სისტოლური არტერიული წნევა < 180 მმ ვწყ სვ.
	სისტოლური არტერიული წნევა \geq

ასაკთან დაკავშირებულ ბულის სისხლძარღვოვანი და ნეიროპათოლოგიური ცვლილებები მნიშვნელოვანი ფაქტორებია, რომელთაც მივყავართ თაქვირტენზიის და კერძოდ, იზოლირებული სისტოლური ტაქვირტენზიის განვითარებას. ასაკთან ერთად იზრდება კოლაგენის, უჯრედგარე მატრიქსის ცილეზის, ძირითადი ნივთიერების და ელასტიკური რაოდენობა, რაც კავშირშია სისხლძარღვთა სტრუქტურულ და ფუნქციურ ცვლილებებთან, შესაბამისად უარესდება არტერიული დამყოფლობაც. ეს ცვლილებები იწვევს სისხლძარღვთა ინტიმისა და მედიის სტრუქტურულ და მექანიკურ ცვლილებებს. კალციუმი უკავშირდება ელასტიკური, შედეგად მედიის არადიფერენცირებულ კუნთოვანი უჯრედების განიცდიან პროლიფერაციას და ელასტიკური მემბრანის გავლით მიგრირებენ ინტიმისში. შუბა ერთეული ქსოვილის პროლიფერაცია იწვევს ინტიმის გასქელებასა და ფიბროზს, იზრდება სისხლძარღვთა რიგიდულიობა კუმში ვადობის მნიშვნელოვანი შემცირებით. შესაბამისად მცირდება არტერიული დამყოფლობა და იკლავს მსხვილი არტერიების ე.წ. “windkessel function”. სისტოლური არტერიული წნევის არაპროპორციული ზრდა იწვევს პულსური წნევისა და პულსური ტალღის სიჩქარის ზრდას, რაც განპირობებულია პერიფერიული წნევის ტალღის ადრეული არეკვლით. შესაბამისად, 60 წელს გადაშორებული პირებში სისხლის სისტოლური წნევა იმატებს, მაშინ, როცა დიასტოლური წნევა უცვლელია ან შემცირებული. იზოლირებული სისტოლური ტაქვირტენზიის დროს აღინიშნება გულის წუთმოცულობის, დარტყმითი მოცულობის, სისხლძარღვშიდა მოცულობის, თირკმლის სისხლის მიმოქცევისა და პლაზმის რენინის აქტივობის შემცირება, მარცხენა პარკუჭის მასის, მოცირკულირებელი კატეპოლამინების (კერძოდ, ნორადრენალინი), და საერთო პერიფერიული სისხლძარღვოვანი რეზისტანციის ზრდის ფონზე. ასევე მცირდება ბარორეცეპტორების მგრძობიანობა სისხლის წნევის ცვლილებების მიმართ, რაც განპირობებულია სისხლის წნევის მაღალი ვარიაციებიანობით.

იზოლირებული სისტოლური ტაქვირტენზიის უკანასკნელ განსაზღვრებაზე დაყრდნობით ($\geq 140 / < 90$ მმ ვწყ სვ), არსებობს მწირი ინფორმაცია იზოლირებული სისტოლური ტაქვირტენზიის გავრცელების შესახებ. ასაკთან ერთად აღინიშნება იზოლირებული სისტოლური ტაქვირტენზიის (ძველი განსაზღვრება) გავრცელების

ზრდა (ტაბულა 2). ის წარმოადგენს წიპერტენზიის ყველაზე მეტად გავრცელებულ ტიპს ასაკოვანთა შორის. 60 წელს გადაშორებულ, არანამკურნალები წიპერტენზიის მქონე პირებს შორის, იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზია წარმოადგენს წიპერტენზიის ყველაზე მეტად გავრცელებულ ფორმას.

ტაბულა 2

იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზიის გავრცელება (ძველი განსაზღვრება, $\geq 160 / < 90$ მმ.ვწყ.სკ)

ასაკი	(%)
50	0.8
60	5.0
70	8-12.6
80+	23- 25

Framingham Study –ის (ასევე ძველი განსაზღვრების გამოყენებით) 24-წლიან კომულაციურ მონაცემებზე დაყრდნობით, იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზიის არსებობა მაღალია როგორც 65 წელს გადაშორებულ ქალებში (533/1000), ისე მამაკაცებში (418/1000). 65 წელს გადაშორებულთა შორის, იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზია დიაგნოსტირდა, როგორც წიპერტენზიის ყველაზე მეტად გავრცელებული ტიპი (57.4%- კაცებში, 65.1%- ქალებში). ზოგიერთმა კვლევამ გამოავლინა კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარებისა და სიკვდილობის გაზრდილი რისკი პაციენტებში იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზიით. იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზია ორჯერ და მეტად ზრდის კარდიოვასკულურ ავადობასა და ყველა მიზეზით განპირობებულ სიკვდილობას, ხოლო კარდიოვასკულური სიკვდილობას – სამჯერ. RFIIT კვლევაში, რომელშიც ჩართული იყო 316 099 მამაკაცი, გამოვლინდა სისტოლური წნეგის უკეთესი პრედიქტორული მნიშვნელობა დიასტოლურთან შედარებით. იზოლირებული სისტოლური წიპერტენზიის მქონე არანამკურნალები პაციენტებში გამოვლინდა კონცენტრაციული რეზისტენტების ტიპის მარცხენა პარკუჭის წიპერტენზიის ფართო გავრცელება, რაც ცუდი კარდიოვასკულური პროგნოზის მიმანიშნებელია.

ჩატარებულ იქნა რანდომიზებული კლინიკური კვლევა ავლენს იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიის მკურნალობის მნიშვნელოვან საარსებო ნობას. Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) კვლევა იყო პირველი, რომელიც 4716 პაციენტის მაგალითზე გამოავლინდა ქლორტალიდონით (საჭიროების შემთხვევაში ატენოლთან და რეზერპინის დამატებით) ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დადებითი გავლენა კარდიოვასკულურ ავადობასა და სიკვდილობაზე. არაფატალური ინსულტის შემთხვევათა რაოდენობა შემცირდა 37%-ით, არაფატალური მიოკარდიუმის ინფარქტის – 33%-ით და მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის – 54%-ით. აღინიშნა მკვეთრი ტენდენცია ტრანზიტორული იშემიური შეტევების (25%-ით), საერთო სიკვდილობის (13%-ით), კარდიოვასკულური (20%-ით), ცერებრლ ვასკულური (29%-ით) და კორონარული (20%-ით) სიკვდილობის შემცირების მხრივ. კვლევის ფარგლებში ასევე გამოვლინდა შარდმუცხას დამოუკიდებელი პრედიქტორული მნიშვნელობა იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებისათვის. პაციენტებში შარდმუცხას მაღალი შემცველობით, დიურეტიკებზე დამყარებული მკურნალობა ისეთივე ეფექტური იყო, როგორც პაციენტებში შარდმუცხას დაბალი დონით. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) იყო პირველი უდიდესი კვლევა (რომელიც ჩართული იყო იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიის მქონე 4695 პაციენტში), რომელიც მიემდგინა განხარგრძლივებული მოქმედების კალციუმის ანტაგონისტის, ნიტრენდიპინის (საჭიროების შემთხვევაში ენალაპრილის და/ან ჰიდროქლითიაზიდის დამატებით) ეფექტურობის შესწავლას ავადობასა და სიკვდილობის რისკზე. შესტურ კვლევაში გამოვლინდა ინსულტების საერთო რაოდენობის 42%-იანი და სისხლძარღვოვანი დემენციის განვითარების 50%-იანი შემცირება, რაც არ აღინიშნა ქლორტალიდონის მიღებაზე დამყარებული SHEP კვლევის დროს, თუმცა გამოთქმული იქნა მოსაზრება დიჰიდროპირიდინული ჯგუფის კალციუმის ანტაგონისტის, ნიტრენდიპინის ნეიროპროტექტორული ეფექტის არსებობის შესახებ. შესტ-ჩინა კვლევამ განამტკიცა შეხედულება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებზე ნიტრენდიპინის დადებითი გავლენის არსებობის შესახებ, რამეთუ კვლევის პროცესში გამოვლინდა ინსულტის საერთო რაოდენობის 38%-იანი, ინსულტით ავადობის 58%-იანი, ყველა სახის სიკვდილობის 39%-იანი, კარდიოვასკულური სიკვდილობის 39%-იანი, ფატალური და არაფატალური კარდიოვასკულური მოვლენების 37%-იანი შემცირება. INSIGHT კვლევის ჯგუფშიდა ანალიზმა გამოავლინა, რომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მქონე

პაციენტები ჩვეულებრივ ჰიპერტენზიასთან შედარებით უკეთეს ექვემდებარებოდნენ განხარკძლი ვებული მოქმედების ნიფედიპინით მკურნალობას და მნიშვნელოვნად ნაკლები რაოდენობით პაციენტის საჭიროებდა მეორე პრეპარატის დამატებას.

Staessen-ის მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ აქტიური მკურნალობა ამცირებს საერთო სიკვდილობას 13%-ით, კარდიოვასკულური სიკვდილობას 18%-ით, ყველა სახის კარდიოვასკულური გართულებების განვითარებას 26%-ით, ინსულტების განვითარებას 30%-ით და კორონარული მოვლენების განვითარებას 23%-ით. აბსოლუტური ურის სარგებელი გამოვლინდა უპირატესად მამაკაცებში, 70 წელს გადაშორებულ პაციენტებში, გადატანილი კარდიოვასკულური გართულებებისა და ფართო პულსური წნევის მქონე ინდივიდებში. აღნიშნული მკურნალობის პრევენციული ეფექტი კორონარული მოვლენებთან შედარებით უფრო ძლიერად ინსულტთან მიმართებაში გამოვლინდა.

სისხლის წნევის შემცირებისა და კარდიოვასკულური გართულებების პრევენციის თვალსაზრისით ჩატარებულმა, მედიკამენტოზური ეფექტურობის შესაფასებელმა კვლევებმა გამოავლინა ბეტა-ბლოკერებთან შედარებით თიაზიდ-დამოკიდებული მკურნალობის უპირატესობა. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებზე ჩატარებულმა ბოლო დროის კვლევებმა, რომელთაც მოიცავდა აგფინიბი ტორელებსა და ანგიოტენზინ AT1 რეცეპტორების ანტაგონისტებს, ასევე გამოავლინა არტერიული წნევის უკეთესი კონტროლის საშუალება.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებისათვის პირველი დონის მკურნალობა არის ცხოვრების სტილის შეცვლა (ფიზიკური აქტიუობა, მარილის მოხმარების შეზღუდვა, ჭარბი წონის მქონე პაციენტებში სხეულის მასის შემცირება, მწველლობის შეწყვეტა). რეკომენდირებული სისტოლური წნევის შენარჩუნება სამიზნე დონეზე კერძოდ ≤ 140 მმ ვწყ სვ (გარკვეული პერიოდის განმავლობაში შესაძლებელია 160 მმ ვწყ სვ-ზე ნაკლები ციფრების შენარჩუნებაც). თუ ცხოვრების სტილის შეცვლა არ იძლევა სისტოლური წნევის სამიზნე დონის მიღწევას საშუალებას, სისხლის წნევის კონტროლის მისაღწევად რეკომენდირებულია მედიკამენტური მკურნალობა. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებისათვის, დიურეტიკები და განხარკძლივებული მოქმედების დიჰიდროპირიდინული ტიპის კალციუმის ანტაგონისტები მიჩნეულია მკურნალობის პირველი რიგის მედიკამენტებად. გარდა აღნიშნული მედიკამენტებისა, იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ

არანაკლებ 2 ეფექტურ მედიკამენტებად ითვლება აგფ-ინჰიბიტორები და ანგიოტენზინ AT1 რეცეპტორების ანტაგონისტები. ზოგიერთი მიმდინარე კვლევა იძლევა იმედს, რომ გამოვლენილი მედიკამენტების შესაძლო ახალი დამატებითი ეფექტები და ახალი მედიკამენტები პრობლემის გადაჭრის მიზნით.

ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია

ნორმაში ფეხზე დგომისას სისტოლური არტერიული წნევა მცირედით კლებს და დიასტოლური წნევა მცირედით მატულობს. ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია დიაგნოსტიკურად ება თუ წამოვლილი სისტოლური არტერიული წნევა ქვედა > 20 მმ/ვწყ.ს.გ. ან დიასტოლური წნევა ქვედა > 10 მმ/ვწყ.ს.გ. ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია განსაკუთრებით ხშირია ხანშიშესულ, დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში. არსებობს პირდაპირი კორელაცია ორთოსტატიკური ჰიპოტენზიის სიმძიმესა და სიკვდილობის შორის. ორთოსტატიკური ჰიპოტენზიის მიზეზები: ჰიპოვოლემია, ბარორეცეპტორების დისფუნქცია, ავტონომიური დისფუნქცია, სხვადასხვა ვენოდილატაციები (ალფა-ბლოკერები, ბეტა-ალფა-ბლოკერები) ნიტრატებმა და დიურეტიკებმა შეიძლება გააძლიერონ ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია. ხანშიშესულ პაციენტთა მკურნალობისას კლინიციკებს ყოველთვის უნდა ახსოვდეთ ორთოსტატიკური ჰიპოტენზიის განვითარების რისკის შესახებ და არ გამოეპაროთ მისი სიმპტომები (წამოვლილი თაგბრუსხვევა, წონასწორობის კარგვა, სისუსტე). შესაბამისად აუცილებელია პერიოდულად წნევის გაზომვა წოლისას და დგომისას ყველა პაციენტში 50 წლის ზემოთ.

ჰიპერტენზია ქალებში

არაორსულ ქალებში.

არსებობს არტერიული წნევის სექსუალური დიმორფიზმი, რომელიც გამოიხატება დაბალ არტერიულ წნევაში მოზარდი ასაკის ქალებში, შედარებით მამაკაცებთან და პირიქით სიცოცხლის მეექვსე დეკადიდან ქალებს უფრო მაღალი სისტოლური არტერიული წნევა აღენიშნებათ ვიდრე მამაკაცებს. დიასტოლური არტერიული წნევა ქალებში უფრო დაბალია ვიდრე მამაკაცებში მიუხედავად ასაკისა. შესაბამისად ადრეულ მოზარდ ასაკში ჰიპერტენზია ნაკლებად ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. თუმცა სიცოცხლის მეხუთე დეკადიდან ქალებში არტერიული ჰიპერტენზია გვხვდება იგივე ან უფრო მეტი სიხშირით ვიდრე მამაკაცებში.

მენოპაუზა და არტერიული წნევა.

მენოპაუზის გავლენა არტერიული წნევაზე დამოკიდებულია საგანს წარმოადგენს. ერთმა ნაწილმა კვლევებისა ვერ დაადასტურა ახდენს თუ არა გავლენა მენოპაუზა არტერიული წნევაზე, მაშინ როდესაც კვლევების მეორე ნაწილმა აჩვენა არტერიული წნევის მნიშვნელოვანი ზრდა პოსტმენოპაუზურ ქალებში.

ორალური კონტრაცეფცია და არტერიული წნევა.

ქალებს ის უმრავლესობას, რომლებიც იყენებენ ორალურ კონტრაცეფციას აღენიშნებათ არტერიული წნევის მცირე და, მაგრამ შესაძენ ევად მატება, ხოლო მათ მცირე პროცენტს კი ეწყებათ მნიშვნელოვანი ჰიპერტენზია. ერთერთი კვლევის მიხედვით ქალები, რომლებიც ხშირად იყენებენ კონტრაცეპტივებს იმყოფებიან უფრო მაღალ რისკჯგუფში არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარების, ვიდრე ქალები, რომლებიც ორალურ კონტრაცეპტივებს არ ხმარობენ. სხვადასხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ ორალური კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ არტერიული წნევა 3 თვეში უბრუნდება საწყის დონეს.

კონტრაცეპტივებით თერაპიისას რეკომენდირებულია არტერიული წნევის რეგულარული მონიტორინგი. კონტრაცეპტივის მიღების ხანგრძლივობა უნდა შეიზღუდოს ექვს თვემდე, რათა მოხდეს მდგომარეობის ხელახალი შეფასება. კონტრაცეპტივებით გამოწვეული ჰიპერტენზიის დროს უნდა შეწყდეს ამ პრეპარატების მიღება. გამონაკლის შემთხვევებში (თუ სხვა კონტრაცეპტიული მეთოდები არ არის ხელსაყრელი) კომბინირებული უნდა იყოს ანტიჰიპერტენზიული თერაპიისთან.

ანტიჰიპერტენზიული მეურნეობის შერჩევის პრინციპები ქალებში.

ანტიჰიპერტენზიული მეურნეობის დანიშნვისას ქალებში უნდა გავითვალისწინოთ, რამდენიმე სპეციფიკური საკითხი.

ACEI, ARB უკუნაჩვენებია იმ პირებში, ვინც შეიძლება იყვნენ ან უკვე ფეხმძი მდარია, ნაყოფის ანომალიების განვითარების თავიდან ასაცილებლად. რამდენიმე ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი სპეციფიკურია სქესის მიმართ. მაგალითად: კვლევა **TOMHS**-ის, მიხედვით, ქალებს ორჯერ მეტი გვერდითი თევქები აღენიშნებათ, ვიდრე მამაკაცებს. ქალებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ დიურეტიკებით გამოწვეული ჰიპონატრემია, ხოლო მამაკაცებს პოდაგრია. ჰიპოკალემია უფრო ხშირია ქალებში, რომლებიც მეურნეობენ დიურეტიკებით. აფინიტიტიტით გამოწვეული ხველა ორჯერ უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. ქალებში უფრო ხშირია კალციუმი არსების ბლოკირებით გამოწვეული პერიფერიული შეშუპება და მინერალის დეფიციტით გამოწვეული პირსუტ იზმია.

ორსულთა ჰიპერტენზია

ორსულთა ჰიპერტენზია დედის, ნაყოფის და ნეონატალური ავადობისა და სიკვდილოების მნიშვნელოვანი მიზეზია, როგორც განვითარებად, ასევე განვითარებული ულ ქვეყნებში. ორსულთა მეთექვსმეტე ადინიშნება არტერიული წნევის ფიზიოლოგიური დაქვეითება და შესაბამისად, არტერიული წნევა დაახლოებით 15 მმ.ვწყ.სვ.-ით (საშუალოდ) ნაკლებია ორსულთა ბამდე დონესთან შედარებით. მესამე ტრიმესტრში არტერიული წნევა უბრუნდება ორსულთა მდე დონეს და შეიძლება გადააჭარბოს მას.

დღეისათვის არ არსებობს ორსულთა ჰიპერტენზიის უნიფიცირებული განსაზღვრება. ძველი განსაზღვრება ეყრდნობოდა მეთექვსმეტე ტრიმესტრში არტერიული წნევის მატების სიდიდეს პირველი ტრიმესტრის საბაზისო მაჩვენებლებთან ან ორსულობა მდე დონესთან შედარებით; დღეისათვის უპირატესობა არტერიული წნევის აბსოლუტურ დონეზე (სისტოლური არტერიული წნევა (საწ) > 140 მმ ვწყ სვ ან/და დიასტოლური არტერიული წნევა (დაწ) ≥90 მმ ვწყ სვ) დამყარებულია განსაზღვრებას ენიჭება.

ორსულთა ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია:

ორსულთა ჰიპერტენზია მოიცავს შემდეგ ფორმებს:

- ორსულთა ბამდე არსებული ჰიპერტენზია ართულებს ორსულთა 1-5%-ს და განისაზღვრება, როგორც არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ. რომელიც წინ უსწრებს ორსულთა ან ვითარდება ორსულთა მყოფი კვირამდე; ჩვეულებრივ რჩება მშობიარობის შემდეგ 42 დღეზე მეტ ხანს და შეიძლება თანახმდეს პროტინურია.
- გესტაციური ჰიპერტენზია განისაზღვრება, როგორც ორსულთა ბამდე მოწვეული ჰიპერტენზია პროტეინურიის გარეშე. გესტაციური ჰიპერტენზიას მნიშვნელოვან პროტეინურიასთან ერთად (>300 მგ/ლ ან >500 მგ/24 სთ ან $+2$ და მეტი ტესტის ჩხირზე) პრეეკლამფიკაცია ეწოდება. გესტაციური ჰიპერტენზია ვითარდება ოცი კვირის ორსულთა შემდეგ და ხასიათდება ორგანოების პერფუზიის გაუარესებით.
- გესტაციური ჰიპერტენზია და პროტეინურიით გართულებული ორსულთა ბამდე არსებული ჰიპერტენზია. აღნიშნული შეესაბამება ადრე არსებულ ტერმინს - "პრეეკლამფიკაციით გართულებული ქრონიკული ჰიპერტენზია". იგი ხასიათდება ორსულთა მყოფი კვირის შემდეგ პროტეინურიით თანხლებული არტერიული წნევის მკვეთრი ზრდით (ცილის ექსკრეციასთან ≥ 3 გ/დღეში 24 საათიან შარდში).
- ანტენატალურად არაკლასიფიცირებული ჰიპერტენზია განისაზღვრება, როგორც ორსულთა მყოფი კვირის შემდეგ პირველად გამოვლენილი ჰიპერტენზია სისტემური გამოვლინებებით ან მათ გარეშე. განმეორებითი შეფასება აუცილებელია მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ. თუ ამ დროისათვის ჰიპერტენზია აღარ აღინიშნება, მდგომარეობა შეფასდება როგორც გესტაციური ჰიპერტენზია (პროტეინურიით ან მის გარეშე). თუ ჰიპერტენზია რჩება, მდგომარეობა შეფასდება როგორც ორსულთა ბამდე არსებული ჰიპერტენზია.

რეკომენდირებული ლაბორატორიული გამოკვლევები:

ორსულთა სისხლს განვითარებულმა ჰიპერტენზიამ და მასთან ასოცირებული ჰემოდინამიკური დაზიანებებმა, კერძოდ გესტაციური ჰიპერტენზიამ პროტეინურიით ან მის გარეშე, შეიძლება გამოიწვიოს ჰემატოლოგიური, თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციური მაჩვენებლების ცვლილებები და უარყოფითი გავლენა მოახდინოს დედისა და ნაყოფის გამოსავალზე. ორსულთა სისხლს ჰიპერტენზიული პაციენტების მონიტორინგისათვის რეკომენდირებული პირითადად ილაბორატორიული გამოკვლევები მოცემულია ცხრილი 1-ში.

ცხრილი 1. ორსულთა ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების მონიტორინგისათვის რეკომენდირებული პირითადად ლაბორატორიული გამოკვლევები.

ჰემოგლობინი და ჰემატოკრიტი	ჰემოკონცენტრაცია (პროტეინურიით ან მის გარეშე) მდგომარეობის სიმძიმეზე შეიძლება განვიხილოთ.	გესტაციური ქრონიკული ან მის გარეშე) პალპაციის მიმდებარე დაბალი	ჰიპერტენზიის საფუძველია და მიუთითებს შიშველ ვაგენებში იყოს, რაც	დიაგნოზის დასადასტურებლად ადინიშნული ჰემოლიზისა
----------------------------	---	--	---	---

თრო მბოცი ტები	ადინიშნ ებ ა თრომ ბოცი იტოპ ენია < 100.000 X 10 ⁹ /ლ, რაც შესაძლ ებ ელი ა მცირ ე სისხლმარღვ ებში მის მოხმარ ებ აზე მიუ თით ებ ეს. მაჩვ ენ ებ ელი კორ ელი რებს სიმძი მესთან და განსაზღვრავს მშობ იარო ბის შემდგომ პერიოდში ი გამოჯანმრ თელებ ის ტემპს.
ასტ და ალტ სისხლში	მომა ტებული მაჩვ ენ ებ ელი მიუ თით ებს პროცესში ი ღვიძლის ჩართვა ზე. შემდგომ მში მათ ი მატება მდგომარ ეობის დამძიმ ებ აზე მი უთით ებ ს.
ლღპ სისხლში	მომა ტებული დონე პროცესში ი ღვიძლის ჩართვასა და ჰემო ლიზზე მი უთით ებ ს. შეიძლე ბა ასა ხავედეს მდგომარ ეობის სიმძიმ ეს და განსაზღვრავდ ეს მშობია რობ ის შემდგომ გამოჯანმ რთ ელებ ის პოტე ნცია ლს.
პროტე ინ შრ ია (24 საათიანი შარდის შეგროვებით)	პროტე ინ შრ იის შესაფასე ბელი სტანდარტული მეთოლია . თუ პროტე ინ შრ იის დონე მეტია 2 გ/დღეში, აუცილ ებ ელი ა ინტე ნსიური მონ იტო რინგ ის განხორციე ლე ბა. იმ შემთხვევა ში, თუ ის აღემა ტება 3 გ/დღეში , უნდა დაისვას მშობია რობ ის დანქარებ ის საკითხ ი.
შარდის ანალიზ ი	ტესტ ის ჩხირით პროტეი ნურ იის განსაზღვრა ნასიათ ებ ა ცრუ-პოზიტ იური და ცრუ-ნეგატი ური შედეგე ბის მნიშ ვნე ლოვან ი სისშირი თ. დადები თი შედეგის შემთხვევა ში (≥1), პროტეი ნურიის დასადასტურე ბლად საჭიროა 24 საათიანი შარდის კვლე ვა. უარყ ოფი თი შედეგ ი არ გამოირიცხავს პროტეი ნურიას , განსაკუთ რებით დაწ ≥ 90 მმ გწყ სე შემთხ ვევა ში .
შარდმუა ვა სისხლში	მომა ტებული დონე გვენმარ ებ ა გესტაცი ური ჰიპერტე ნზიის დიფერ ენ ციალ ურ დიაგნოზში და შეიძ ლე ბა ასა ხავედეს მდგომარეობ ის სიმძი მეს.
კრეატი ნინი სისხლში	დონე ქვეით დება ორსულ ობისას . მომატ ებ ული დონე ჰიპერტ ენზიის სიმძი მის ხარისხის ზდაზე მი უთით ებ ს; მიზანშ ეწ ონილია კრეატი ნინის 24 საათიან ი კლირე ნსის განსაზღვრა.

ასტ – ასპარტ ამინ ოტრა ნსფე რაზა ; ალტ - ალანინ ამინო ტრანს ფერაზა; ლღპ – ლაქტატდეჰ იდროგ ენა ზა, დაწ – დიასტოლური ი არტერი ული წნე ვა.

ორსულ თა ჰიპერტ ენზიის მკურნა ლობა :

პაციე ნტე ბს, რომელ თაც ორსულ ობამდე აღენიშ ნებოდა თ მსუბ უქი ან საშუალო სიმძი მის არტერ იული ჰიპერტ ენზია(140 -179/90- 109 მმ გწყ სე) და არ გააჩნიათ თირ კმლის ფუნქცი ის დარღვევე ბი, არ საჭიროე ბენ მედიკა მენტ ურ ჩარევას , რადგან არ არსებობს იმის მტკი ცებულებე, რომ ფარმაკ ოლოგი ური მკურ ნალო ბა ნეო ნატალ ური გამოსავ ლის გაუმჯობ ესე ბას იწვე ვს. შეფარდ ებითი რისკი პაციე ნტე ბ ამ კონტ იგე ნტში შედარებ ით დაბალია .

ორსულთ ა ჰიპერ ტენზიის არამედი კამ ენ ტური მკურ ნალ ობა და პროფილაქ ტიკა:

არამედ იკა მენტ ური მარ თვის საკითხ ი უნდა დაისვას იმ შემთხვევა ში, როცა ორსულ ებ ს აღენი შნება თ საწ 140- 149 მმ. გწყ სე. ან დაწ 90- 99 მმ. გწყ სე, ან ორივე ერთად. მკურ ნალ ობის ტიპი განისაზღვრე ბა არტერი ული წნევის დონით , გესტაცი ური ასაკით, დედისა და ნაყოფ ის მდგომარეობით; და მოიცა ვს მჭიდ რო ზედამხ ედვ ელ ობას , აქტივობ ბის შეზღუდვას და ხშირშე მთ ხვევაში ი, წოლი თ რეჟი მს მარცხ ენა ლატერალ ურ პოზიციაში ი.

ასეთი პაციენ ტებისა თვის რეკომ ენ დებულია დიეტა მარლის შეზღუდ ვით. კალციუ მის პრეპარატე ბის (2 გ/დღეში), თევზ ის ქონისა და დაბალი დოზით აცეტილსა ლიც ილის მუავას მიღე ბამ ვერ დადასტურდა ეფე ქტ ურო ბა გესტაცი ური ჰიპერტე ნზიის , განსაკუთ რებით პრეეკ ლამ ფსიის რისკის შემც ირ ების თვალსაზრ ისი თ. იმ ქალებე ში ი, რომლე ბსაც ანამნე ზში აღენიშნ ებ ათ აღრე ული პრეეკ ლამფს ია (<28 კვირა), ასპირინ ის დაბალი დოზებ ით პროფილაქ ტიკური დანიშვნა მიზანშ ეწ ონილია . ორსულ ობის პერიოდში ი არტერ იული წნევის დაქვეი თები სათ ვის წონის დაკლებე რეკო მე ნდირ ებ ული არ არის, რამე თუ წონის დაკლე ბამ შეიძ ლე ბა გამოი წვი ოს ახალშობილ ის დაბალი წონა და შეაფ ერხოს ბავშვის ზრდა (დედის დიეტაზ ე ყოფნის შემთ ხვე ვაში ი).

საკამა თო რჩება ქრონი კული ჰიპერტე ნზიის მქონ ე ორსულ ქალებე ში ანტიბიპე რტ ენზიული მედი კამ ენ ტების მუდმი ვი მიღე ბის საჭიროე ბის საკითხ ი. არსებობ ს ერთიანი აზრი იმის შესახებ , რომ ორსულ ობ ისას მძიმე ჰიპერტე ნზიის მედიკა მენტ ური მკურ ნალო ბა აუცილე ბელი, ეფე ქტური და სასარგებლ ოა.

ჰიპერტე ნზიის შედარება ით მსუბ უქი ფორმების მკურნალობის შესახებ კი განსხვავება ული მოსახრე ბები არსებობს . მართალ ია, არტრი ული წნევის დაქვეი თება დედისთვ ის შეიძლე ბა სასარგებლო იყოს, მაგრამ ამან შეიძლება გააუარესოს უტერ ოპლაც ენ ტური პერფუზი ია და შესაბამ ისად ნაყოფ ის განვი თარება .

ორსულ თა ჰიპერტ ენზიის ფარმაკ ოლოგი იური მკურნალო ბა:

მი უხედავად იმისა , რომ ორსულ თა ჰიპერტე ნზიის მკურნალობის მიზანი დედისმხრ ივი რისკის შემცირებაა, შერჩეული პრეპარატები მისაღებ ი უნდა იყოს ნაყოფ ისთვისაც .

ორსულ ებს, რომ ელთაც აღენიშნ ებათ: გესტაციური ჰიპერტ ენზია პროტე ინურიის გარეშე ან არსებ ული ჰიპერტ ენზია 28 კვირის ორსულ ობამდე, გესტაციური ჰიპერტ ენზია და პროტე ინურია ან სიმპტო მებით მი მდინარე ორსულ ბის ნებ ისმიერი პერიოდ ი, არსებ ული ჰიპერტ ენზია და სამიზ ნე ორგანოს დაზიანება, გესტაციური ჰიპერტე ნზია გართულებული არსებ ული ჰიპერტე ნზიით, - მკურნალობის დაწყების ზღურბლია საწ - 140 მმ.ვწყ.სგ. და დაწ - 90 მმ.ვწყ.სგ. სხვა შემთხვევაში ჩარევის ზღურბლი ი საწ - 150 მმ.ვწყ.სგ და დაწ - 95 მმ.ვწყ.სგ.-აა.

- ორსულ ქალებში საწ ≥ 170 მმ ვწყ სგ ან დაწ ≥ 110 მმ ვწყ სგ უნდა ჩაითვალოს გადაუდებ ელ მდგომარ ეობად და აუცილ ებელია ჰოსპიტალიზაც ია. შესაძლე ბელია ფარმაკ ოლოგი ური მკურნალობა ინტრა ვენური ლაბეტალოლით, პერორალ ური მეთილდო ფათი ან ნიფედიპინით. ინტრავ ენური ჰიდრალაზინ ალარ განიხილე ბა არჩევის პრეპარატად, რამდენადაც მისი გამოყენება სხვა მედიკამენტებთან შედარებით უფრო მეტ პერინატალ ურ გვერდით მოვლ ენებთან ასოცირლ ება .
- ჰიპერტე ნზიის ნაკლებად მძიმე ფორმისას არჩევის მედიკამენტებია მეთილდო ფა, ლაბეტალოლი, კალციუმის ანტაგონისტები და ბეტა-ბლოკატ ორები. ამასთან, კალციუმის ანტაგონისტი არ უნდა დაინიშნოს მაგნიუმის სულფატთან ერთად (ჰიპოტენზიის რისკი; პოტენციური სინერგიზმის გამო).
- ორსულ ბისას არ შეიძლება ანგიოტე ნზინის გარდამქნ ელი ფერმენტის (აფე) ინჰიბიტორების და ანგიოტ ენზი II ანტაგონისტების გამოყენება.
- პრეეკ ლამ ფსიის შემთხვევაში შემცირებულია პლაზმის მოცულობა. აქედან გამომდინარე, თუ სახეზე არ არის ოლიგურია, შარდმდენებით მკურნალობა არაა დეკლარტ ურია.
- ეკლამფსიის პრევენციისა და კრუნჩხვების მკურნალობაში ეფექტურია მაგნიუმის სულფატის ინტრა ვენური ინექცია .
- ნაადრევი მშობიარობის გამოწვევა საჭიროა იმ შემთხვევაში, თუ აღინიშნება პროტეინურისა და გესტაციური ჰიპერტ ენზიის ისეთი გართულებები, როგორცაა მხედველობის გაუარესება, კოაგულაციური დარღვევები ან ნაყოფის დისტრესი .

ცხრილი 2: ჰიპოტე ნზიური პრეპარატები ორსულ ებში.

ორსულ ებს, რომელთაც აღენიშნ ებოდათ ორსულ ბამდე ელი პერიოდის ჰიპერტე ნზია, უნდა განაგრძონ დანიშნული ჰიპოტე ნზიური მედიკამენტების მიღება; გარდა აფე-ინჰიბიტორებისა და ანგიოტ ენზი II ანტაგონისტებისა. არსებ ული ჰიპერტე ნზიის მქონე ქალებმა, რომელთა დაწ ≥ 100 მმ.ვწყ.სგ (ან დაწ < 100 მმ.ვწყ.სგ. და აღენიშნ ებათ სამიზ ნე ორგანოს დაზიანება ან/და თირკმლის პათოლოგიის არსებობა) და მწვავე ჰიპერტ ენზიისას (დაწ ≥ 105 მმ.ვწყ.სგ.) რეკომენდირებულია მიიღონ შემდეგი პრეპარატები:

ცენტრალური ალფა აგონისტები	მეთილდოფა არჩევის პრეპარატია
ბეტა-ბლოკატორები	არტენოლი და მეტაპროლოლი უნდა იყოს და ეფექტურია ორსულ ობის მოვლა იან ებით პერიოდში ი.
ალფა/ბეტა-ბლოკატორები	ლაბეტაქოლი აქვს მეთილდოფას მსგავსი მოქმედება; მძიმე დამინარე პიპერტენზიის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს ინტრავენურად
კალციუმი არხების ბლოკატორები	არტერული პიპერტენზიის დროს, გადაუდებელი სიტუაციები უნდა დაინიშნოს პერორალური რადნიფედინი, ან ინტრავენურად ისრადიპინი. ამ ჯგუფის პრეპარატები დანიშნა მანუალური სულფატთან, პოტენციურად სინერჯისტული მოქმედების გამო შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტონია.
აფინიბიტიკები, ანგიოტენზინ II ანტაგონისტები	პრეპარატების მიღება შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის დაზიანება და სიკვდილი, რის გამოც ისინი უკუჩვენებულია ორსულ ქალებში
დიურეტიკები	დიურეტიკები რეკომენდებულია ქრონიკული პიპერტენზიის მქონე ქალებში თუ ისინი დანიშნული იყო გესტაციაში, ან პაციენტი ტეზია, რომელიც აღენიშნებათ გაძლიერებული მგრძობილობა მარცხის მიმართ. ამ ჯგუფის პრეპარატები არ არის რეკომენდებული პრეეკლამსიის დროს.
პირდაპირი ვაზოდilatატორები	პირდაპირი ვაზოდilatატორები უნდა იყოს უპირატესად პრეპარატი ურად მანუალური ნატალური ეფექტის გამო.

პიპერტენზია ლაქტაციის დროს:

ბავშვები კვება არ ზრდის დედის არტერიულ წნევას. მეტად ური დედის მიერ მიღებული ყველა ანტიპიპერტენზიული პრეპარატი ხვდება რძეში. მათი უმრავლესობის კონცენტრაცია ძალიან დაბალია, გარდა პროპრანოლოლისა და ნიფედინისა, რომელიც კონცენტრაცია დედის რძეში პლაზმური კონცენტრაციის სიდიდეს უტოლდება.

პიპერტენზია ბავშვებსა და მოზარდებში

ბავშვებსა და მოზარდებში არტერული პიპერტენზია განისაზღვრება როგორც რამდენიმე განმეორებითი გაზომვით მიღებული მაღალი არტერიული წნევის ციფრები - ასაკის, სქესის და სიმაღლის წინებულის 95(პერსინტილი ან მეტი). ბავშვებში პიპერტენზიის შემთხვევაში ექიმმა აუცილებლად უნდა იფიქროს მეორადი პიპერტენზიაზე და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე დაიწყოს შესაბამისი გამოკვლევები. მოზარდებში არტერიული პიპერტენზია ხშირად ასოცირებულია სიმსუქნესთან, მჯღომარე ცხოველების წესთან, პიპერტენზიის და სხვა კარდიოვასკულური გართულებების ოჯახურ ანამნეზთან. არტერიული პიპერტენზიის მკურნალობისას ფარმაკოლოგიური თერაპია აუცილებელია, როცა მისი მართვა ვერ ხერხდება მხოლოდ ცხოველების წესის შეცვლით. ანტიპიპერტენზიული მედიკამენტები იგივეა, რაც მოზარდული ასაკის პაციენტთათვის, მხოლოდ დოზა არის მცირე და ამავდროულად უნდა დაინიშნოს დიდი სიფრთხილით. აფინიბიტიკები და ა.რ. ბლოკატორები არ გამოიყენება ორსულ და სექსუალურად აქტიურ გოგონებში, რომელთაც დაფუძნებულია რისკი აქვთ. გაურთულებული პიპერტენზიის პირობებში, ბავშვები არ უნდა შეიზღუდონ ფიზიკური აქტივობის მხრივ, რადგანაც ხანგრძლივი ვარჯიში აქვეითებს არტერიულ წნევას. ბავშვებში მკაცრად იკრძალება ანაბოლიური სტეროიდების გამოყენება.

პიპერტენზიის გადაუდებელი და სასწრაფო შემთხვევების მკურნალობა

ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევები განისაზღვრება, როგორც არტერიული წნევის (აწ) ძლიერი მატება სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანების არსებობისას. მწვავე კორონარული სინდრომი, აორტის განშრევიანი ანევრიზმა, ფილტვების მწვავე შეშუპება, ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია, თავის ტვინის მწვავე ინფარქტი ან ინტრაცრებრალური სისხლჩაქცევა და ეკლამფსია არის ის კლინიკური მდგომარეობები, როდესაც საჭიროა აწ დაუყოვნებელი დაქვეითება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული სამიზნე ორგანოების დაზიანების პროგრესირება (ცხ. 1).

ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევები არის აწ ძლიერი მატება (>180/120 მმ. ვწყ.სე) სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანების გარეშე. ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევების დროს აწ ჩვეულებრივ უნდა დაქვეითდეს ორალურად მისაღები მედიკამენტებით, ამბულატორიული მეთვალყურეობის ქვეშ.

პირველადი შეფასება:

პირველადი შეფასებას ბის კრიტიკული ნაწილია პაციენტებისათვის დამახასი ათებელი ტრიადა: ანამნეზის დაწვრილებითი შეგროვება (განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიპერტენზიის და სამიზნე ორგანოების დაზიანების არსებობას), ზუსტი ფიზიკალური გასინჯვა (მოიცავს ოფთალმოსკოპიასაც) და შეჩერებითი ლაბორატორიული გამოკვლევები, როგორცაა შარდის ანალიზი, კრეატინინი, შარდოვანა, ელექტროლიტები და სისხლის საერთო ანალიზი.

თუ საეჭვოა სიმპტომური ჰიპერტენზიის არსებობა, საჭიროა სისხლში გამოკვლეული იქნას რენინის, ალდოსტერონის და კატექოლამინების შემცველობა. ყველა ავადმყოფს მიზანშეწონილია ჩატარდეს ელექტროკარდიოგრაფია და გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (ცხ. 2).

არსებული გაიდლაინების მიხედვით, არტერიული უბლი წნევა უნდა გაიზომოს მჯდომარე და ვერტიკალურ პოზიციებში. თუ აღინიშნება ხელეზს შორის აწ მნიშვნელოვანი სხვაობა, ეჭვი უნდა იქნას მიტანული აორტის განშრევიანობაზე. გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში უნდა ჩატარდეს აწ ზუსტი მონიტორინგები.

ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევების მკურნალობა:

ავადმყოფები უნდა მოთავსდნენ ინტენსიური თერაპიის პალატაში კლინიკური მეთვალყურეობისა და აწ ხანგრძლივი მონიტორინგების მიზნით. უმრავლეს შემთხვევებში უპირატესობა ენიჭება პარენტერალური მედიკამენტებით აგრესიული მკურნალობას, რისი მიზანიც არის აწ ნაწილობრივი დაქვეითება (და არა ნორმალიზაცია), პირველი წუთებიდან ერთი ან ორი საათის განმავლობაში 20-25%-ით, შემდეგ საჭიროა აწ ფართობი დაქვეითება. აწ სწრაფი დაქვეითება მისაღები ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევების შემთხვევების შემტეობისას, ცერებროვასკულური შემთხვევების გარდა, როდესაც მიზანშეწონილია უფრო ფართობი მიდგომა. აწ მევეთრი დაქვეითება პოტენციურად საშიშია ისეთი შესაძლო იშემიური გართულებების გამო, როგორცაა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი და თავის ტვინის ინსულტი. ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევების დროს გამოიყენება პარენტერალური მედიკამენტები (ცხ. 3). პირველი რიგის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების შერჩევა უნდა მოხდეს პაციენტის სრული კლინიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

ჰიპერტენზიის განსაკუთრებული სპეციფიკური შემთხვევები:

ავადმყოფებში მწვავე კორონარული სინდრომი ითვლება აწ მნიშვნელოვანი მატება არ არის იშვიათი. იმ პაციენტებში, რომლებსაც ჰემოდინამიკურად დადასტურებული არაა აქვთ კორონარული არტერიების დაავადებები, აწ მნიშვნელოვან მატებამ შესაძლოა თავის მხრივ გამოიწვიოს მიოკარდიუმის იშემია მარცხენა პარკუჭის კედლის დაჭიმულობის და მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილებების მნიშვნელოვანი ზრდის შედეგად. ასეთ შემთხვევებში საწყისი მედიკამენტებიანი ნიტროვანი ცერინი და ნიტროპრუსიდი ბეტა-ბლოკერებთან კომბინაციაში (ლაბეტალლი, მეტაპროლოლი, ესმოლოლი ან ატენოლოლი), რაც დააქვეითებს აწ და გულის ცემის სიხშირეს და შესაბამისად იკლებს მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარებას.

მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმათისობის დროს აწ უნდა გაკონტროლდეს სწრაფად. არჩევის პრეპარატები ინტრავენური ნიტროვანი ცერინი ან ნიტროპრუსიდი მარყუჟოვან შარდმდე ნებთან კომბინაციაში, მოცულობითი გადაძაბვის კონტროლი სათვის.

პაციენტებში აორტის განშრევიანობით და ჰიპერტენზიით აწ კონტროლი გადაამწვევება. მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაუყოვნებლივ და სისტოლური აწ დაქვეითდეს სწრაფად 100 მმ. ვწყ.სე-ზე ქვევით. იდეალურმა მედიკამენტმა უნდა დააქვეითოს არამარტო წნევა, არამედ შეამციროს გულისცემის სიხშირე, შეკუმშვას

შვადლობა და აორტის კედლის დაჭიმულობა. ეს შეიძლება განხორციელდეს ბეტა-ბლოკერის და ვაზოდilatატორის, როგორცაა ნიტროგრუსიდის ინტრავენური შეყვანით.

ფეოქრომოციტომის დროს კრიზის მართვა ხდება ინტრავენური ალფა-ბლოკერით, როგორცაა ფენტოლამინი, შემდგომ ბეტა-ბლოკერის თანმხლები გადამხმობით; შესაძლოა დაემატოს ნიტროგრუსიდი.

პაციენტებში ფეოქრომოციტომით ბეტა-ბლოკერები ყოველთვის უნდა შეუღლდეს ალფა-ბლოკერებთან. ბეტა-რეცეპტორების ინჰიბიტორები იწვევს ვაზოდilatატორების სტიმულაციას, რაც თავიდან აცილებს აწმატებას ალფა-ადრენერგული ვაზოკონსტრიქციის პირობებში. მონოთერაპია ლაბეტალოლით ახდენს ალფა და ბეტა ბლოკადას. თავის ტვინში მწვავე სისხლჩაქცევის შემთხვევაში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა ჯერ კიდევ საკამათოა. თავის ტვინის იშემიური უბნებში ითრება სისხლის ნაკადის აუტორეგულაცია და აწმატებით ამცირებს სისხლის მიწოდებას იშემიურ უბნებში, რასაც მოსდევს ინფარქტის ზომების ზრდა.

ამგვარად, იშემიური ინსულტის დროს ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა რეკომენდირებულია მხოლოდ თუ აწმატების არის 220/120 მმ.ვწყ.სგ-ზე მაღალი (ან საშუალო აწმატება >140 მმ.ვწყ.სგ) და აწმატება უნდა დაქვეითდეს საწყის მონაცემებთან შედარებით 10-15%-ით. მკურნალობა უნდა დაიწყოს ინტრავენური ლაბეტალოლით და თუ საჭიროა ნიტროგრუსიდით ან ნიტროგრუსიდით. პაციენტებში მწვავე სისხლჩაქცევით, რომელთაც უტარებდათ თრომბოლიზის, აწმატება უნდა შენარჩუნდეს 185/110 მმ.ვწყ.სგ-ზე ქვევით.

პირველადი ინტრავენური სისხლჩაქცევის დროს მკურნალობა უნდა დაიწყოს, თუ აწმატების არის 180/105 მმ.ვწყ.სგ-ზე მეტი.

მწვავე პოსტოპერაციული ჰიპერტენზია არ არის იშვიათი, განსაკუთრებით კარდიოთორაკული ურთიერთობის, ვასკულური, თავის, კისრის და ნეიროქირურგიული ოპერაციების შემდეგ. არაკარგი ულტიმურული უმეტეს შემთხვევებში არ არის შეთანხმება იმ ზღვრებზე, როდესაც უნდა დაიწყოს მკურნალობა და ამ შემთხვევებში მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ავადმყოფის ძირითადი აწმატებული ულტიმურული პრეცედენტის ტიპი და ასოცირებული კლინიკური მდგომარეობები.

მისაღებია აწმატების შენარჩუნება ოპერაციის შემდეგ მონაცემების 20%-ის ფარგლებში. კარდიოთორაკული ურთიერთობის შემთხვევებში რისკი მატულობის აწმატების პოსტოპერაციული მატების შემთხვევაში აწმატება იყოს 140/90 მმ.ვწყ.სგ-ზე ქვევით. არტერიული ულტიმურული კონტროლის მიზნით გამოყენებული უნდა იქნას ლაბეტალოლი (და სხვა ბეტა-ბლოკერები), ნიტროგრუსიდი, ნიტროგრუსიდი ან ფენილდოპამინი ინტრავენურად.

ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევების მკურნალობა:

მძიმე ჰიპერტენზიით ავადმყოფი ფთხვანა ვლესობაში სამიზნე ორგანოების დაზიანების ნიშნები ჩვეულებრივ არ არის. ასეთ ავადმყოფებში აწმატება დაქვეითდეს თანდათანობით 24-48 საათის განმავლობაში. ეს ხშირად ხორციელდება ორალური მედიკამენტებით, სტაციონარში მოთავსების გარეშე და ამბულატორიული მეთვალყურეობის ქვეშ. კლინიკური გაუმჯობესება შესაძლებელია წამლები მიღებულ პირველ რამდენიმე საათში, აწმატება დაქვეითდეს თანდათანობით. ასიმპტომურ პაციენტებში, რომლებსაც არააქვთ სამიზნე ორგანოების აშკარა მწვავე დაზიანება, აწმატება დაქვეითდება არ არის მიზანშეწონილი და პირიქით აწმატება დაწვევა შეიძლება უფრო მეტი ზიანი მიიყენოს. ცხრილი 4-ში მოცემულია ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევების დროს რეკომენდირებული ორალური მედიკამენტები. თავიდანვე ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების კომბინაციის გამოყენება ზრდის აწმატებითების ეფექტურობის ალბათობას.

სუბლინგვალური ნიფედინით აწმატების ხარისხი ინდუცირდება, რისი არც წინასწარ მეტყველება და არც კონტროლი არ არის შესაძლებელი და ამიტომაც ეს პრეპარატი არ არის რეკომენდირებული.

დასკვნები:

აწმატების ეფექტურობის დროს სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანების იდენტიფიკაციისთვის გადამწყვეტია დაუყოვნებელი, დაზუსტი მოქმედების დაწყება.

პირველადი გამოყოფილი უნდა იყოს დაწყებული, მკურნალობა უნდა დაიწყოს გადაუდებელი დაზიანების განყოფილებაში პარენტული ან ორალური მედიკამენტებით. აწმატება დაქვეითდეს სწრაფად, მაგრამ თავიდან უნდა ავიცილოთ მკვეთრი დაქვეითება, ვინაიდან შემთხვევათა უმრავლესობაში აწმატებითება და არა ნორმალური ლიზაცია არის მკურნალობის მიზანი.

ცხრილი 1
ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევები

ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია
ძლიერი ჰიპერტენზია ასოცირდება სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანებასთან
<ul style="list-style-type: none"> - მწვავე კორონარული სინდრომი - ფილტვების შეშუპება - აორტის მწვავე განშრევა - ინტრაცერებრალური სისხლჩაქცევა, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა - თავის ტვინის მწვავე ინფარქტი - მწვავე ან სწრაფად პროგრესირებადი თირკმლის უკმარისობა
ძლიერი ჰიპერტენზია განვითარებული იშემიური ინსულტის დროს ჩატარებული თრომბოლიზის შემდეგ
კრიზისი ფეოქრომოციტომის დროს
უილდიაზ-არტეზინი სინდრომი
ზურგის ტვინის დაზიანება
მედიკამენტები, რომლებიც უკავშირდება ჰიპერტენზიას (სიმპტომიკური საშუალებები, ფენტილანი, ფენილარაჟინი, დიეთილამინი, ციკლოსპორინი)
ეკლაფსია
პოსტოპერაციული სისხლდენა
გვირგვინოვანი არტერიების შუნტირების შემდგომი ჰიპერტენზია

ცხრილი 2
დიაგნოსტიკური გამოკვლევები

სისხლის წნევის განმეორებითი გაზომვები (პირველი გაზომვა ორივე მხარზე)
კლინიკური ისტორია და საექიმო გასინჯვა
<ul style="list-style-type: none"> - კარსიოვასკულური - ცნს - თვალის ფსკერი
სელექტიური ლაბორატორიული კვლევები
<ul style="list-style-type: none"> - შარდის ანალიზი, კრეატინინი, შარდოვანა, ელექტროლიტები და სისხლის საერთო ანალიზი - თუ სიმპტომურ ჰიპერტენზიაზე ეჭვი, პლაზმაში რენინის, ალდოსტერონის და კატექოლამინების აქტივობის დადგენა
ელექტროკარდიოგრაფია
გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა
შემდგომი კვლევები (უკავშირდება კლინიკურ სურათს)
<ul style="list-style-type: none"> - ექოკარდიოგრაფია (TTE, TE) - თავის ტვინის CT ან MRI - აბდომინალური ულტრასონოგრაფია - თორაკო, აბდომინალური CT ან MRI - ვასკულური ულტრაბგერითი გამოკვლევა

ცხრილი 3
ჰიპერტენზიის გადაუდებელი მდგომარეობისათვის საჭირო მედიკამენტები

მედიკამენტი	დოზა	საწყისი	ხანგრძლივობა	გვერდითი მოვლენები
Sodium Nitroprussiate	0,25 – 10 mg/kg/წთ	დაუყოვნებელი	1 - 2 წთ.	ჰიპოტენზია, ღებინება, ციანოტი ურიტოქსიკოზი
Labetalol	20 – 80 მგ. ნაკადით; 1 – 2 მგ/წთ წვეთოვნად	5 – 10 წთ.	2 – 6 სთ.	გულისრევა, ღებინება, გულის ბლოკადა, ბრონქოსპაზმი
Glyceryl trinitrato	5 – 100 მგ/წთ	1 - 3 წთ.	5 – 15 წთ.	თავის ტვინის ილი, ღებინება

Enalaprilat	1,25 – 5,0 მგ. ნაკადურად	15 წთ.	4 – 6 სთ.	ჰიპოტ ენზ ია, თირკ მლის უკ მარის ობა , ანგიო ედე მა
Furosemde	40 – 60 მგ	5 წთ.	2სთ .	ჰიპოტ ენზ ია
Fenoldopam	0,1 – 0,6 µg/kg/წთ	5 – 10 წთ.	10 – 15 წთ.	ჰიპოტ ენზ ია, თავის ტკივ ილი
Nicardipine	2 – 10 მგ/სთ	5 – 10 წთ.	2 – 4 სთ.	რეფლ ექს ური ტაქიკა რდია, სანის სიწი თლე
Hydralazine	10 20 მგ. ნაკადურად	10 წთ.	2 – 6 სთ.	რეფლ ექს ური ტაქიკა რდია
Phentolamine	5 – 10 მგ/წთ	1 – 2 წთ .	3 – 5 წთ.	რეფლ ექს ური ტაქიკა რდია
Urapidil	25 – 50 მგ. ნაკადურად	3 – 4 წთ .	8 – 12 სთ.	სედაცია

ცხრილი 4
ჰიპერტე ნზ იის სასწრაფო შემთხ ვეგების სამკ ურნა ლო მედიკა მე ნტები

მედი კამ ენ ტი	დოზა	პიკის დრო	ნახევარდაშ ლის პერიოდ ი	გვერდი თი მოვ ლენები
Captopril	12,5 – 25 მგ. p/o	15 - 60 წთ .	1,5 სთ.	პაციე ნტე ბში თირ კმლის არტერ იის სტენ ოზი თ თირ კმლის უკ მარის ობა
labetalol	200 – 400 მგ. p/o	20 – 120 წთ .	2,5 – 8 სთ	ბრონ ქოსპაზ მი, მიო კარდი უმის შეკ უმ შვადლო ბის დაქვე ითება, ბლოკადა , გულის და ღვიძლის ენზიმ ების ელ ევატ ია AV
furosemide	25 – 50 მგ. p/o	1 –2 სთ.	0,5 – 1,1 სთ.	მოც ულო ბის დაქვე ითება
Amlodipine	5 – 10 მგ. p/o	1 – 6 სთ.	30 – 50 სთ.	თავის ტკივ ილი , ტაქიკა რდია, სანის სიწი თლე, პერიფ ერ იული შეშ უპე ბები
Felodipine	5 – 10 მგ. p/o	2 – 5 სთ.	11 – 16 სთ.	თავის ტკივ ილი , ტაქიკა რდია, სანის სიწი თლე, პერიფ ერ იული შეშ უპე ბები
Isradipine	5 – 10 მგ. p/o	1 – 1,5 სთ.	8 – 16 სთ.	თავის ტკივ ილი , ტაქიკა რდია, სანის სიწი თლე, პერიფ ერ იული შეშ უპე ბები
Prazosin	1 – 2 მგ. p/o	1 – 2 სთ.	2 – 4 სთ.	სინკოპ ე (პირვ ელი დოზა), თრ თოლ ვა, ტაქიკა რდია, ორთოს ტატ ული ჰიპოტ ენზ ია

დამატებითი მოსაზრებები ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების არჩევის შესახებ.

ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს აქვთ სასარგებლო და გვერდითი ეფექტები სხვა თან მხლები პათოლოგიების არსებობისას.

სასარგებლო ეფექტები
თიაზიდური ტიპის დიურეტიკები სასარგებლოა თანამხლები ოსტეოპოროზის დროს. ბეტა ბლოკერების გამოყენება სასარგებლოა წინაგულ ოვანო ტაქიკარდიის/ფიბრილაციის, შაკიკის, თირეოტიკოზის, ტრემორის საწყისი სტადიის ან წინასაოპერაციო პერიოდის მკურნალობის დროს. კალციუმის არსებობის ბლოკერების გამოყენება მიზანშეწონილია რეინოს სინდრომისა და ზოგიერთი არითმიის თანაარსებობისას. ალფაბლოკერები კი პროსტატის აღდგომის დროს.

გვერდითი ეფექტები
თიაზიდური ტიპის დიურეტიკები, სიფრთხილით გამოიყენება, იმ პაციენტებში ვისაც აქვთ პოდაგრა, ვისაც ანამნეზში აღენიშნება ჰიპონატრემია. ეტა ბლოკერები უკუნაჩვენებია იმ პაციენტებში, ვისაც აქვთ ასთმა, სასუნთქი გზების დაავადებები, მეორე და მესამე ხარისხის ბლოკადა. აგფი და ა.რ.ბ. წინააღმდეგ ნაჩვენებია ფენმდმ ქალებში. აგფი აგრეთვე არ გამოიყენება იმ პაციენტებში ვისაც ანამნეზში აღენიშნება ანგიოედემა. ალდოსტერონის ანტაგონისტებმა და კალიუმის შემნახველმა დიურეტიკებმა შეიძლება გამოიწვიონ ჰიპერკალემია და უკუნაჩვენებია იმ პაციენტებში ვისაც პლახმაში კალიუმის დონე აქვთ > 5,0მლ.ეკ/ლ-ზე.

რეზისტენტული ჰიპერტენზია

ჰიპერტენზია ჯერ კიდევ რჩება ჯანმრთელობის უდიდეს პრობლემად, რომელიც მოიცავს 60 წელს გადაშორებული მოსახლეობის დაახლოებით 30%-ს. ჰიპერტენზიულ პაციენტთა 10% რეზისტენტულია მკურნალობის მიმართ. რეზისტენტული ჰიპერტენზია განისაზღვრება, როგორც ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში სამი ან მეტი განსხვავებული ანტიჰიპერტენზიული აგენტის ერთდროული გამოყენების მიუხედავად არტერიული წნევის 140/90 მმ.ვწყ.სვ.-ზე მეტად დაქვეითების შეუძლებლობა.

რეფრაქტული ჰიპერტენზიის სისტემატური შეფასება კლინიკის პირობებში აუცილებელია პროცესში ჩართული ფაქტორებისა და მექანიზმების იდენტიფიცირების მიზნით. Yakovlevitch-მა და Black-მა გამოავლინეს სუბოპტიმალური მედიკამენტური რეჟიმი, როგორც ყველაზე გავრცელებული ფაქტორი (43%), რომელიც მოჰყვება მედიკამენტური მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობის დარღვევას (22%), დამყოლობის არარსებობას (10%) და მეორადი ჰიპერტენზიას (11%). მეორადი ჰიპერტენზიის გავრცელების დონე მსგავსია ნდერსონის (10%) და ესფორჯესის (11%) რაპორტებში. მეორადი ჰიპერტენზიის მიზეზების მოძიება მდე, რომელიც მოიცავს ძვირადღირებულ რეზისტენტულ კვლევებს მეთოდებს, უნდა მოხდეს მედიკამენტური რეჟიმის შესაბამისობის, მედიკამენტების შესაძლო ურთიერთქმედების, ალკოჰოლის და მედიკამენტების ერთდროული მიღების, მედიკამენტური რეჟიმის დარღვევის, ფსევდოჰიპერტენზიის, თეთრი ხალათის/ოფისის ჰიპერტენზიის, სითხის შეკავების, სიმსუქნის ან ძილის აპნოეს სინდრომის გულმოდგინე გამოკვლევა-შეფასება. ამ ფაქტორების ელიმინაციის შემდეგ, ჭეშმარიტად რეფრაქტული ჰიპერტენზია აღინიშნება მხოლოდ ჰიპერტენზიის მქონე საერთო პოპულაციის 5%-ში. მეტად გავრცელებული ეგზოგენური სუბსტანციები/მედიკამენტები, რომლებიც ხელს უშლიან ჰიპერტენზიის კონტროლს, არის NSAIDs, ალკოჰოლი, მალხენი მედიკამენტები, ორალური კონტრაცეპტივები და ფსიქოტროპული მედიკამენტები. ამასთან, არსებობს ფართო ინდივიდუალური ვარიანტები მედიკამენტების ეფექტურობის მხრივ, რაც ხშირად შეუძლებელს ხდის სისხლის წნევის კონტროლს. პაციენტის დამყოლობა უდავოდ დიდი კომპონენტია სისხლის წნევის წარმატებული კონტროლის მისაღწევად. სისხლის წნევის კონტროლის შეუძლებლობა შეიძლება გამოწვევას 50%-ში თანახმად მედიკამენტური რეჟიმის დარღვევას, ე.წ. ფსევდო რეფრაქტურობა.

ფსევდოჰიპერტენზია განისაზღვრება როგორც მდგომარეობა, რომლის დროსაც მანუეტრული წნევა შეუსაბამოდ მაღალია სისხლძარღვშია წნევასთან შედარებით,

რაც განპირობებულია სისხლძარღვთა სისხისტიით. ითვლება, რომ ფსევდოპიკო ერტენზია მეტად გავრცელებულია ასაკოვანთა შორის.

მიუხედავად იმისა, რომ "თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია" (იზოლირებული ოფისის ან კლინიკური ჰიპერტენზია) და "თეთრი ხალათის ეფექტი" განისაზღვრათხმოცდადა თიანი წლების დასაწყისში, რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში ამ მოვლენის ირგვლივ შეზღუდული რაოდენობით კვლევები ჩატარებული. ცოტა ხნის წინ გამოქვეყნებულ Brown et al. კვლევაში, არტერიული წნევის 24-საათიანი ამბულატორული მონიტორინგის მონაცემების მიხედვით, გამოხატული რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მქონე ყოველი 10 პაციენტიდან 2-3-ს აღენიშნება კონტროლირებული სისხლის წნევა.

პლაზმის მოცულობის სიჭარბე, რომელიც შესაძლებელია გაზომილი იქნას 125 რადიოაქტიურად მონიშნული ალბუმინით, დამახასიათებელია პაციენტებისათვის რეზისტენტული ჰიპერტენზიით. ეს პაციენტები კარგად ექვემდებარებიან დიურეტიკებს. პოპულაციური კვლევები ავლენენ ხაზოვან კავშირს მარილის მოხმარებასა და სისხლის წნევას შორის. ჭარბ ნატრიუმს შეუძლია შეასუსტოს აგფ-ინჰიბიტორების და დიურეტიკების ეფექტი, ამდენად საკვები მარილის მოხმარების შეზღუდვა აუცილებელია რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მქონე ყველა პაციენტი ისათვის.

ფრემინგი მის კვლევის შედეგები აჩვენებენ სხეულის მასის ინდექსის (>25-30 კგ/მ²) და რეზისტენტული ჰიპერტენზიის კავშირს. სხეულის მასის ყოველი 10%-ით მატება ასოცირდება სისტოლური წნევის 6,5 მმ-იან მატებასთან. სხეულის მასის შემცირება რეკომენდირებული უნდა იყოს ყველა ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტი ისთვის. ასევე გამოვლინდა მნიშვნელოვანი კავშირი ძილის აპნოესა და ჰიპერტენზიას შორის. ბოლო დროის ნაშრომები აჩვენებენ, რომ რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებისთვის დამახასიათებელია ძილის აპნოეს სინდრომი და თუმიცა მექანიზმი უცნობია, ნაჩვენებია მკურნალობა ჰაერის ნაზალური მუდმივი დადებითი წნევით, რომელიც იწვევს სისხლის წნევის შემცირებას.

ამ მანერა ფაქტორების ელიმინაციის და შექცევადობის შემდეგ, შეიძლება განხილულ იქნას მეორადი მიზეზები. ბოლო წლების კვლევები აჩვენებენ, რომ ჰიპერალდოსტერონიზმი არის მეტად დამახასიათებელი მეორადი მიზეზი (8-32%), რომელსაც მივყავართ თირკმლის უკმარისობისა და თირკმლის არტერიის სტენოზის განვითარებამდე. პაციენტებში დაბალი რენინ-რეზისტენტული ჰიპერტენზიით, აღდოსტერონიზმის სკრინინგი აუცილებელია. პირველადი ჰიპერალდოსტერონიზმი კარგად ექვემდებარება შესაბამის მკურნალობას (ქირურგიულს ან მედიკამენტურს). რენოვასკულური დაავადებისას რევასკულარიზაცია აღადგენს თირკმლის ფუნქციას, მაგრამ სისხლის წნევის კონტროლი ლიმიტირებულია. თირკმლის უკმარისობის მკურნალობა ტარდება ეტიოლოგიის მიხედვით.

"ჭეშმარიტად რეზისტენტული ჰიპერტენზია" შესაძლებელია დიაგნოსტირდეს, მხოლოდ ზემო აღნიშნული ხელშეშლილი ფაქტორების ელიმინაციის შემდეგ. გათვალისწინებული უნდა იქნას, რომ მეორადი ჰიპერტენზიას შეიძლება თანახლდეს მრავალი ეგზოგენური ფაქტორი. რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობა მოიცავს ეგზოგენური ფაქტორების ელიმინაციასა და მრავალი მედიკამენტის მაქსიმალური ტოლერანტული (ასატანი) დოზების, ხანგრძლივ მოქმედო დიურეტიკების ჩათვლით, გამოყენებას. Ouzan et al. კვლევაში აჩვენა, რომ სამ-ან ოთხკომპონენტური მედიკამენტური კომბინაცია ზე სპირონოლაქტონის დამატება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში, უსაფრთხოა და მნიშვნელოვნად ამცირებს გამოსაყენებელი მედიკამენტების რაოდენობას. ეს შედეგი მოითხოვს შემდგომ ფართომასშტაბიან რანდომიზირებულ კვლევებს.

ჰიპერტენზიის კონტროლის გაუმჯობესება

ქცევითი მოდელი ადასტურებენ, რომ ყველაზე ფრთხილი კლინიკისტი მებრ გამოწერილი ეფექტური მკურნალობაც კი გააკონტროლებს ჰიპერტენზიას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი მოტივირებულია მედიკამენტის

დანიშნულ უღების მიხედვით მისაღებ ბად და ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობი ცხოვრების წესის დასაცავად. მოტივაცია უმჯობესდება, როცა პაციენტს აქვს რწმენა მისი მკურნალი ექიმის მიმართ. უკეთესი კომუნიკაცია აუმაჯობებს გამოსავალს.

რისი გაცემება შეუძლია ექიმს?

ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობა, რომელიც ემყარება რწმენას, პაციენტს ემანსა და პაციენტის განათლებების დონეს კავშირშია პოზიტიური გამოსავალთან. პაციენტები ექიმის კომპეტენციას ხშირად აფასებენ პაციენტთან მოპყრობის ხელყოებით და არა ექიმის კლინიკური ცოდნით. პაციენტის მომსახურება მოიცავს ძალდაუტანებელ მოპყრობას, ლოდინის მინიმალურ დროსა და მომსახურებულ პერსონალის ყურადღებულ და თავაზიან დამოკიდებულებას; ყველა აღნიშნული ცნობილია, როგორც პაციენტის კმაყოფილებასა და რწმენასზე ზეგავლენის მქონე ფაქტორი. კლინიკის ტემპებში უნდა განახორციელოს მომსახურებულ პერსონალის "ტრენინგი", რათა შეიქმნას პოზიტიური, ინტერაქტიული და თანაგრძობის ურთიერთობა. ეს გაზრდის პაციენტის კომფორტს და სურვილს მიიღოს მონაწილეობა საკუთარი ჯანმრთელობის მართვაში.

კლინიკური ინტერუქციონალი/უმოქმედობა

არსებობს კლინიკის ფართო წრე, რომლებიც ახორციელებენ ჰიპერტენზიის ოპტიმალურ თერაპიას. მედიკამენტოზური ტიტრაცია და კომბინაციის უკმაჩისობა და ცხოვრების სტილის არასაკმარისი მოდიფიკაცია, ავლენს კლინიკურ ინტერუქციონალს, რომელიც დაძლევის მოითხოვს. გადაწყვეტილებების მხარდაჭერის სისტემა ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტიური გზაა, რომელიც მოუწოდებს ექიმს გააუმჯობესოს მკურნალლობაში, როცა სამიზნე წნევა არ არის მიღწეული.

პაციენტზე ორიენტირებული ქცევითი ჩარევები, ისეთი როგორცაა რჩევის მიცემა/რეკომენდაცია, აუმაჯობებს სისხლის წნევის კონტროლს. მედღეობა, კლინიკის ტემპებში და ფარმაცევტიკა დადასტურებს თავისი ეფექტიური როლი სისხლის სამიზნე წნევის მიღწევის პროცესში. კლინიკის ტემპებში პერიოდულად უნდა გადაამოწმონ საკუთარი პაციენტების მონაცემები, შეაფასონ ხარისხი, მედიკამენტური ჩარევისა და დასახული მიზნის მიღწევის წარმატებულობა.

ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სპეციალისტების როლი

ექიმებმა უნდა ითანამშრომლონ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან, რათა ზეგავლენა მოახდინონ ან გააძლიერონ სწავლება/ინსტრუქტაჟი პაციენტის ცხოვრების სტილისა და სისხლის წნევის კონტროლის გასაუმჯობესებლად.

ჰიპერტენზიის კონტროლის გაუმჯობესების პროცესში ჩართული არიან: ჰიპერტენზიის ცენტრები, პროფესიონალური ჯანდაცვითი დეპარტამენტები და ორგანიზაციები, ფარმაცევტიკები და საზოგადოების არაპროფესიონალი მუშაკები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები, მედღეობი და თემის მუშაკები, ასევე საჭიროა მაღალი რისკის პოპულაციებში სკრინინგის, ვიზიტის თარიღის შეტყობინების და პაციენტთა განათლების მიზნით. ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ყველა სპეციალისტი უნდა გაერთიანდეს სისხლის წნევის კონტროლის დონის გასაუმჯობესებლად; ყურადღება უნდა გამახვილდეს ჰიპერტენზიის რისკზე, სისტოლური და დიასტოლური სისხლის წნევის მართვის მნიშვნელობაზე და სამიზნე არტერიული წნევის მიღწევის აუცილებლობაზე. ასევე აუცილებელია ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციის სწავლება, მედიკამენტური მკურნალობა და რწმენა მკურნალობის მიმართ.

პაციენტთან დაკავშირებული ფაქტორები

კულტურული განსხვავებანი, რწმენა და დამოკიდებულება საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ დიდ ზეგავლენას ახდენს პაციენტთა პოზიტიურობაზე. ექიმმა უნდა აუხსნას მის პაციენტს, რომ ტერმინები "ჰიპერტენზია" და "მაღალი სისხლის წნევა" ურთიერთშემცვლელი ტერმინებია და არც ერთი მათგანი არ მიუთითებს შემაშფოთებელ, უიმედო მდგომარეობაზე. პაციენტს სჭირდება როგორც მოტივაციის გაზრდა, ისე სპეციფიკური განათლება, რომელიც მას

დაეხმარე ბა ცხოვრების სტილის შეცვლასა და მედიკამენტოზური დანიშნული უღებების მიხედვით მიღებაში, რაც აუცილებელია თვითშეგრძნების გაუმჯობესებისა და რისკის შემცირებისთვის.

მიზნის მიღწევა და ქცევის ცვლილებები

ექიმი და პაციენტი უნდა შეთანხმდნენ სამიზნე არტერიული წნევის დონეზე და დაადგინონ მიზნის მისაღწევად საჭირო დრო. ეს ყოველივე უნდა აისახოს სქემატურად. ექიმმა უნდა დაარწმუნოს პაციენტი, რომ ქცევითი ცვლილებები პაციენტის პასუხისმგებლობის საკითხია. თუ პაციენტი განახორციელებს ქცევით ცვლილებებს, მათ აღენიშნებათ მნიშვნელოვანი ხარისხით წინსვლა.

თუ შედეგი არასაკმარისია, ექიმმა მოტივაციის გაძლიერების მიზნით უნდა გამოარკვიოს ხელშემშლელი ფაქტორები ე.წ. "ბარიერები". თუ ვიზიტის დროს არტერიული წნევა აღემატება სამიზნე დონეს, მკურნალობის გრაფიკის დარღვევები უნდა დაფიქსირდეს დოკუმენტურად. სახლის პირობებში არტერიული წნევის გასახიზომი მოწყობილობების გამოყენება მიზანშეწონილია. ექიმს ვალდებულება შეაქვს აღნიშნული მოწყობილობები (საზომი აპარატები). ეს ადვილად განხორციელებადია; პაციენტმა უნდა გაიზომოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. სახლში გაზომილი არტერიული წნევის დონე 5 მმ. ვწყ. ს. გ. - თი უფრო ნაკლებია ე.წ. "ოფისის" წნევასთან შედარებით. ამ ფაქტის გათვალისწინება აუცილებელია იმ შემთხვევებში, როცა არტერიული წნევის დონე სამიზნე ესთან ახლოსაა. პაციენტის კეთილგანწყობა ჯანდაცვის სამსახურის წარმომადგენლის მიმართ, მკურნალობისადმი მისი დამყოლობის პირდაპირი ია. ყველა ექიმმა უნდა გამოიჩინოს დადებითი, პაციენტზე ორიენტირებული მიზნეობა, რათა დააკმაყოფილოს პაციენტი და დაითანხმოს მკურნალობაზე. ზოგიერთ პაციენტზე ორიენტირებული ქცევითმა ჩარევამ, ისეთმა, როგორცაა რჩევა/რეკომენდაცია, გამოავლინა სისხლის წნევის კონტროლის გაუმჯობესება.

ეკონომიკური სირთულეები

ეფექტური მკურნალობის ხელშემშლელი შესაძლოა იყოს მედიკამენტის ფასი. პაციენტები ხშირად ამტკიცებენ, რომ ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია DASH კვებითი გეგმის მიხედვით ძვირია, თუმცა მისი განხორციელება მწირი ბიუჯეტითაც შესაძლებელია. დიეტური კვებითი მკურნალობა გაუმჯობესებს ჯანმრთელობას პაციენტებში მაღალი ქოლესტერინით, დიაბეტით, სიმსუქნით, და სხვა ქრონიკულ დაავადებებთან რისკ-ფაქტორებით. პაციენტს უნდა მიეცეს რეკომენდაცია, რომ ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციათა უმრავლესობა უფასოა და შესაძლოა ფულის დაზოგავს (მაგ. მწვეწკლბის შეწყვეტა და ალკოჰოლის მიღების შემცირება). ამასთან, ცხოვრების სტილის შეცვლას შეუძლია მისაღებ მედიკამენტების რიცხვის და შესაბამისად ფასის და დაზღვევის ღირებულების შემცირება. პაციენტი, რომელიც იმყოფება DASH კვებით გეგმაზე, საჭიროებს ნაკლებ მედიკამენტს და შესაბამისად ზოგავს ფულს. პაციენტმა უნდა გააცნობიეროს მნიშვნელოვანი განსხვავება მედიკამენტის ფასსა და რეკომენდაციის დაცვის ფასს შორის. მედიკამენტის ფასი არის ფულის რაოდენობა, რომელიც აუცილებელია მედიკამენტის შესაძენად, ხოლო რეკომენდაციების უგულებელყოფის შემთხვევაში უარესდება სიცოცხლის ხარისხი, ვითარდება გართულებები, რომელთა მართვაც პაციენტს გაცილებით ძვირად ღირს.

საქართველოს პიპერტენზიის არტერიული უბიპროტენზიის კონტროლის ოპტიმიზაციის შესაძლებლობების განსაზღვრის მიზნით, 2000-2003 წლებში მცხეთა-მთიანეთში/მილუოკის პირველადი ჯანდაცვის პარტნიორული პროგრამის ფარგლებში, რომელიც განხორციელდა ამერიკის საერთაშორისო ჯანდაცვის კავშირის (AIHA) ეგიდით და აშშ განვითარების სააგენტოს (USAID) მხარდაჭერით, მოხერხდა პროგრამაში მონაწილე პაციენტების პიპერტენზიის კონტროლის მაჩვენებლის 59%-მდე გაზრდა. საქართველოში არსებულ პირველადი ჯანდაცვის ქსელზე დაყრდნობით და პიპერტენზიული პირთა აქტიური, თანამედროვე სქემაზე დაფუძნებული ანაბიპერტენზიული მკურნალობით (ჰიდროქლითიის და ატენოლოლი), მარტივად და შეზღუდული რესურსებით შესაძლებელი გახდა პიპერტენზიის კონტროლის მაჩვენებლების სწრაფი და მკვეთრი გაუმჯობესება პროგრამაში ჩართულ პირებში.

The Republic of Georgia High Blood Pressure Control Program. Ethnicity and Disease, 2006; 16[suppl 2]:S2-62-66). Barbakadze V., Koblianidze L., Kipshidze N., Grim CE, Grim CM, Tavill F.

საქართველოს პიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების მიერ ბოლო 3 წლის განმავლობაში გადაიდგა პირველი ნაბიჯები ქვეყანაში არტერიული უბიპროტენზიის არადაამაკმაყოფილებელი კონტროლის მიზეზების დასადგენად. ფარმაცეუტიკული ემულიონური კვლევებით, ამ ეტაპზე გამოვლენილია პიპერტენზიის

მართვაში ზოგიერთი მნიშვნელოვანი ხარვეზები. ძირითადად ეს განხლავთ, ანტიპიპე რტენზიული მედიკამენტების ხშირი ცვლა და წყვეტილობა მკურნალობაში. აღნიშნული განპირობებულია ექიმისა და პაციენტის შორის პარტნიორული ურთიერთობის დეფიციტით, მკურნალობის მიმართ პაციენტის დაბალი მოტივაცია და შესაბამისად დაბალი დამყოლობით მკურნალობაზე. მკურნალობის პროცესში ტიტრაციული რეჟიმის დარღვევებითა და საბოლოოდ პრეპარატის სამიზნე დოზის მიუღწევლობით (კლინიკური მედიცინა 2004; Кардиология СНГ 2004).

პოპულაციაში პიპერტენზიის კონტროლის გაუმჯობესების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ფარმაცევტული კომპანიების აქტივობა. მსოფლიოში არსებულ მრავალ ფარმაცევტულ კომპანიას გააჩნია სპეციალური პროგრამა ამ მიმართულებით.

ავტორთა ჯგუფი იტოვებს უფლებას მსოფლიოში მიმდინარე კვლევების შედეგების შესაბამისად, პერიოდულად გამოსცეს ზემო აღნიშნული გაიდლაინის ცალკეული თავების განახლებული ვერსიები.