



***ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ  
ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ***

**Δ. Παπαδογιάννης  
Αναπληρωτής Καθηγητής  
ΕΚΠΑ**



# ΥΠΕΡΤΑΣΗ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Η υπέρταση σημαντικός παράγοντας κινδύνου
2. Μεγάλος επιπολασμός (25-90%)
3. Ιδιοπαθής 95%
4. Υποδιάγνωση – Υπερδιάγνωση
5. Υποθεραπεία



# ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Μετρήσεις ΑΠ στο γραφείο
- Μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι
- 24ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ



## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

	Συστολική (mmHg)	Διαστολική (mmHg)
<b>ΑΠ Γραφείο</b>	140	90
<b>ΑΠ Σπίτι</b>	130-135	85
<b>24ωρη</b>	125-130	80
<b>Ημέρα</b>	130-135	85
<b>Νύχτα</b>	120	70



## **ΣΤΟΧΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

- Διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου
- Διάγνωση δευτερογενούς υπέρτασης
- Διάγνωση άλλων παθήσεων

## **ΜΕΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

- Ιστορικό
- Φυσική εξέταση
- Παρακλινικός έλεγχος



## Εξετάσεις ρουτίνας

- Γλυκόζη νηστείας
- Ολική – HDL – LDL χοληστερόλη
- Τριγλυκερίδια νηστείας
- Ηλεκτρολύτες ορού
- Κρεατινίνη ορού
- Κρεατινίνη ορού – CCr – GFR
- Γενική αίματος
- Ανάλυση ούρων
- ΗΚΓ

### Τύπος Cockcroft - Gault

$$C_{cr}(\text{ml}/\text{min}): \frac{(140 - \text{Ηλικία}) \times \Sigma B(\text{kg})}{72 \times \text{Κρεατινίνη ορού (mg/dl)}}$$

(Στις γυναίκες x 0,85)



## Συνιστώμενες εξετάσεις

- Υπερηχογράφημα
- Echo καρωτίδων (I-M-T)
- Μικροαλβουμίνη ούρων (αν stick θετικό)
- Δείκτης κνήμης – βραχίονα
- Βυθοσκόπηση
- Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (αν  $gl > 100\text{mg/dL}$ )
- P.W.V
- 24 ωρη καταγραφή ΑΠ

---

Περαιτέρω ειδική έρευνα.



## Διαθεσιμότητα – Προγνωστική Αξία - Κόστος Δεικτών

Δείκτες	Προγνωστική αξία	Διαθεσιμότητα	Κόστος
ΗΚΓ	++	++++	+
Echo	+++	+++	++
Echo καρωτίδων	+++	+++	++
P.W.V	+++	+	++
CT στεφανιαίων	+	+	++++
CT εγκεφάλου	?	++	++++
CCr ή GFR	+++	++++	+
Μικροαλβουμινουρία	+++	++++	+





## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

1. Παράγοντες κινδύνου
2. Υποκλινική βλάβη οργάνων
3. Σακχαρώδης διαβήτης – Μεταβολικό σύνδρομο
4. Πάθηση καρδιάς – αγγείων – νεφρών



## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Επίπεδο ΣΑΠ-ΔΑΠ
- Πίεση σφυγμού (στους ηλικιωμένους)
- Ηλικία (Α>55, Γ>65 έτη)
- Κάπνισμα
- Δυσλιπιδαιμία (Τc>190 mg/dl, LDL-c>115mg/dl, HDL-c Α<40mg/dl, Γ<46mg/dl, Τg>150mg/dl)
- Γλυκόζη νηστείας 102-125mg/dl
- Κληρονομικό ιστορικό (Α<55 έτη, Γ<65 έτη)



## Υποκλινική Βλάβη οργάνων

- Υπερτροφία αρ. κοιλίας (ΗΚΓ-Echo)
- Πάχυνση τοιχώματος καρωτίδας (IMT>0.9mm ή πλάκα)
- PWV > 12m/sec
- ΑΠ κνήμης / βραχιόντα <0.9
- Μικρή αύξηση κρεατινίνης (Α 1.3-1.5 mg/dl, Γ1.2-14mg/dl)
- Χαμηλή CrC ή GFR (<60ml/min / 1.73m<sup>2</sup>)
- Μικροαλβουμινουρία (30-300mg/24ωρο)



Αρτηριακή πίεση (mmHg)					
Άλλοι παράγοντες κινδύνου. ΥΒΟΣ ή Πάθηση	Φυσιολογική ΣΑΠ 120-129 ή ΔΑΠ 80-84	Οριακά φυσιολογική ΣΑΠ 130-139 ή ΔΑΠ 90-99	1 <sup>ο</sup> σταδίου ΣΑΠ 140-159 ή ΔΑΠ 90-99	2 <sup>ο</sup> στάδιου ΣΑΠ 160-179 ή ΔΑΠ 100-109	3 <sup>ο</sup> σταδίου ΣΑΠ>180 ή ΔΑΠ>110
Κανένας άλλος παράγοντας κινδύνου	Συνήθης κίνδυνος	Συνήθης κίνδυνος	Χαμηλός επιπλέον κίνδυνος	Μέτριος επιπλέον κίνδυνος	Υψηλός επιπλέον κίνδυνος
1-2 παράγοντες κινδύνου	Χαμηλός επιπλέον κίνδυνος	Χαμηλός επιπλέον κίνδυνος	Μέτριος επιπλέον κίνδυνος	Μέτριος επιπλέον κίνδυνος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος
3 ή περισσότεροι παράγοντες κινδύνου, ΜΣ, ΥΒΟΣ, ή διαβήτης	Μέτριος επιπλέον κίνδυνος	Υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος
Εγκατεστημένη καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος	Πολύ υψηλός επιπλέον κίνδυνος



## ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Γενικός στόχος ΑΠ <140/90 mmHg
- Άτομα μεγάλου Κ.Α κινδύνου ΑΠ <130/80 mmHg
- Ηλικιωμένοι η ΑΠ στόχος ίδια με νεώτερους



# ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

- Διακοπή καπνίσματος
- Μείωση σωματικού βάρους
- Δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, άπαχα γαλακτοκομικά, ελαιόλαδο
- Μείωση πρόσληψης αλατιού
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ



# ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

- Διουρητικά
- Βήτα αποκλειστές
- Αναστολείς Μ.Ε.Α.
- Ανταγωνιστές υποδοχέων Α II
- Ανταγωνιστές ασβεστίου

Κεντρικά δρώντα  
Αγγειοδιασταλτικά  
Μεθυλντοπα



## Αρτηριακή πίεση mmHg

**ΟΡΙΑΚΗ ΑΡΤ. ΠΙΕΣΗ**  
Συστολική 130-139  
και/ή διαστολική 85-89

## ΈΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

• Έναρξη θεραπείας μόνο σε ασθενείς με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο μετά από τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε 2- 4 εβδομάδες

**ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 1**  
Συστολική 140-159  
και/ή διαστολική 90-99

- **Μικρός κίνδυνος:** Παρακολούθηση-αλλαγή τρόπου ζωής για 6-12 μήνες. Έναρξη θεραπείας αν η πίεση παραμένει  $\geq 140/90$  mmHg.
- **Μέσος κίνδυνος:** Παρακολούθηση-αλλαγή τρόπου ζωής για 3-6 μήνες. Έναρξη θεραπείας αν η πίεση παραμένει  $\geq 140/90$  mmHg.
- **Μεγάλος κίνδυνος:** Επιβεβαίωση σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε μερικές εβδομάδες και έναρξη θεραπείας.





## Αρτηριακή πίεση mmHg

### ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 2

Συστολική 160-179  
και/ή διαστολική 100-109

## ΈΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

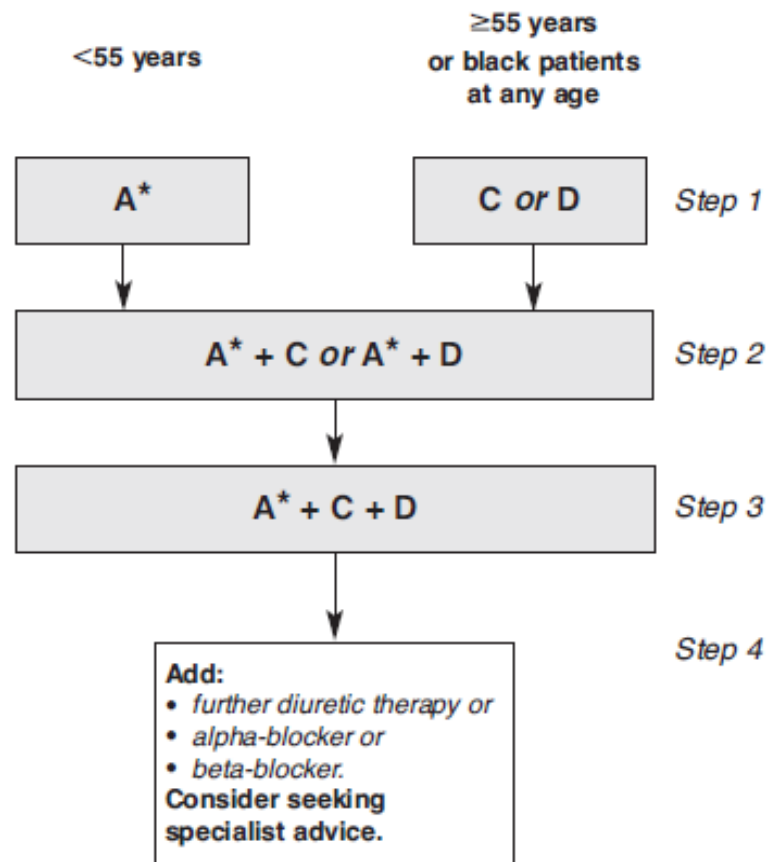
- **Μέσος κίνδυνος:** Παρακολούθηση-αλλαγή τρόπου ζωής για 3-6 μήνες. Έναρξη θεραπείας αν η πίεση παραμένει  $\geq 140/90$  mmHg.
- **Μεγάλος κίνδυνος:** Επιβεβαίωση σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε μερικές εβδομάδες και έναρξη θεραπείας.

### ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 3

Συστολική  $\geq 180$   
Και/ή διαστολική  $\geq 110$

- Επιβεβαίωση σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε μερικές μέρες και έναρξη θεραπείας.

# Algorithm: treatment of newly diagnosed hypertension



**Figure 2 Algorithm.** A = ACE inhibitor (\* or ARB if ACEI-intolerant); C = calcium-channel blocker; D = thiazide-type diuretic. Beta-blockers are not a preferred initial therapy for hypertension but are an alternative to A in patients <55 years in whom A is not tolerated, or contraindicated (includes women of child-bearing potential). Black patients are only those of African or Caribbean descent. In the absence of evidence, all other patients should be treated according to the algorithm as non-black.



## ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

### Δόκιμοι

- Ανταγωνιστής Ca + ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ II
- Διουρητικό + ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ II
- Διυδροπυριδίνες + β αποκλειστής
- Ανταγωνιστής Ca + Διουρητικό

### Προσοχή

- Μη διυδροπυριδίνη + β- αποκλειστής
- Διουρητικό + β-αποκλειστής
- ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ<sub>II</sub> + καλιοσυντηρητικό διουρητικό





**Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν ένα συμβιβαστικό κείμενο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί:**

- Σαν βάση για εκπαίδευση και εξάσκηση
- Σαν σημείο αναφοράς επιστημονικών ενδείξεων για την εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας της αρτηριακής υπέρτασης

Όμως δεν αποτελούν ένα απaráβατο κανόνα που πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε άρρωστο. Σε κάθε άρρωστο οι αποφάσεις πρέπει να εξατομικεύονται και να εξυπηρετούν συγκεκριμένους στόχους.



*Ευχαριστώ*