



## ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ  
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ  
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

## ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2019

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ .....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε. ....	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ .....	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ .....	8
3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	9
4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΘΠΣ .....	15
5. ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .....	16
6. ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ .....	16
7. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ .....	17
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	19

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

**Πατσουράκος Φώτιος (Συντονιστής).** Καρδιολόγος-Αρχίατρος ε.α. Πρόεδρος Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος. Εκπρόσωπος Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

**Ανδρικόπουλος Γεώργιος.** Καρδιολόγος, Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής. "Ερρίκος Ντυνάν Hospital center", Πρόεδρος Ινστιτούτου για τη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική αγωγή (ΙΜΕΘΑ)

**Ηλιοδρομίτης Ευστάθιος.** Καρδιολόγος, Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Παν. Καρδ/κή Κλινικής Π.Γ.Ν.«ΑΤΤΙΚΟΝ»

**Θηραΐος Ελευθέριος.** Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

**Κορωνιώτης Γεώργιος.** Καρδιολόγος, Ειδικός γραμματέας Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος Υποστράτηγος υγ/κου ΕΛ ΑΣ εα.

**Λυμπερόπουλος Ευάγγελος.** Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Νταβλούρος Περικλής.** Καρδιολόγος, Αναπλ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών

**Ντουνιάς Γεώργιος.** Δ/ντής Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής της Ε.Σ.Δ.Υ

**Παρίσης Ιωάννης.** Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Παν/κή Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

**Πατσιλιάνος Σωτήριος.** Καρδιολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ. Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

**Σκούμας Ιωάννης.** Καρδιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Α΄ Παν. Κλινικής Γ.Ν. Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

**Στεργίου Γεώργιος.** Καθηγητής Παθολογίας & Υπέρτασης. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**Τσιούφης Κωνσταντίνος.** Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας (ΕΚΕ)

**Υφαντής Γεώργιος.** Καρδιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

**Φιλιππάτος Γεράσιμος.** Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

**Χρυσοχού Χριστίνα.** Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α ΕΣΥ, Α΄ Παν/κή Κλινική Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ**

**Θηραΐος Ελευθέριος.** Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

**Μήτρου Παναγιώτα,** MD, PhD. Παθολόγος. Συνεργάτης Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

**Ποδηματάς Ιωάννης.** Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

**Κακούτη Φωτεινή**

**Λεγάντη Μαρία**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

**Γιώργος Γιαννόπουλος**

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,  
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και  
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι από τις πλέον συχνές παθήσεις που προσβάλλουν τον άνθρωπο και η σημαντικότερη αιτία θανάτου μεταξύ των γυναικών και ανδρών στην Ευρώπη. Ευθύνονται για το 50% από όλους τους θανάτους στην Ευρώπη, προκαλώντας πάνω από 4,35 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στα 52 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής ζώνης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, πάνω από 1,9 εκατομμύρια θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση κάθε χρόνο και 17,7 εκατομμύρια παγκοσμίως ετησίως (το 31% όλων των θανάτων παγκοσμίως τα επόμενα 15 χρόνια).

Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να αυξάνεται και η δαπάνη για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων με την έλευση νέων θεραπειών με φάρμακα αλλά και επεμβατικών μεθόδων. Σημειωτέον ότι το 2016 το 27% της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα ήταν για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η ομάδα εργασίας που ανέλαβε την σύνταξη διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων στα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελείται από επιφανείς επιστήμονες της Πανεπιστημιακής κοινότητας, του Εθνικού συστήματος Υγείας και των Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων.

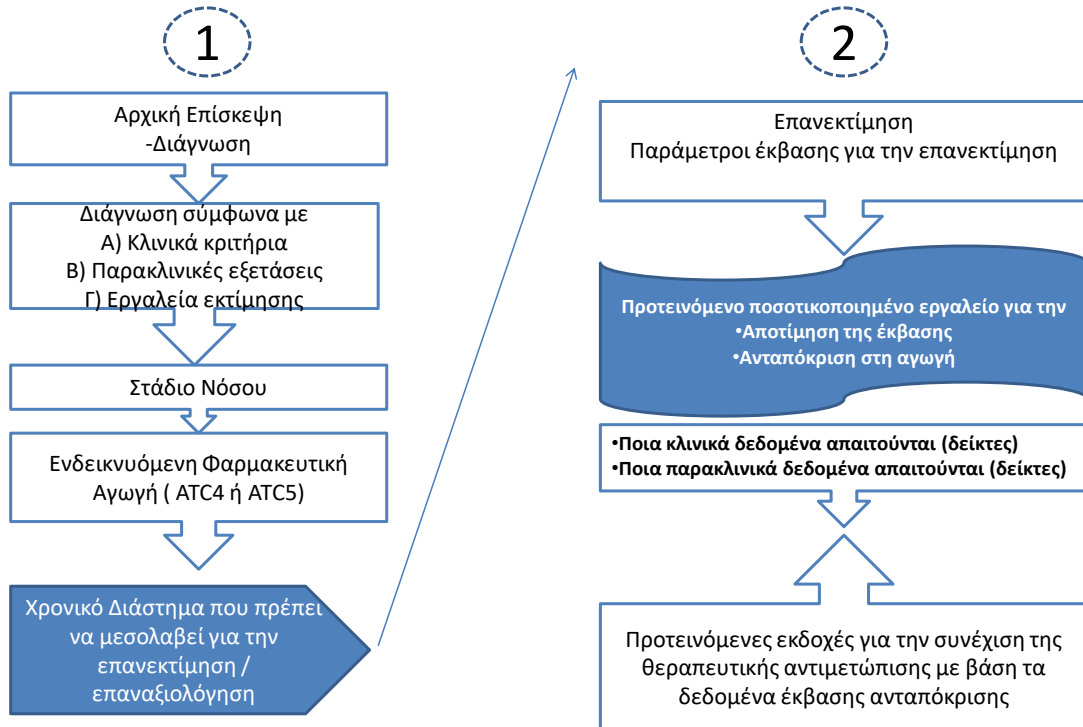
Βασικός στόχος και σκοπός των πρωτοκόλλων τα οποία είναι εναρμονισμένα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και η διαχρονική επικαιροποίησή τους, είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση των ιατρών στην άσκηση της ορθής Ιατρικής. Παράλληλα μέσω αυτών και της σωστής εφαρμογής των θα περιοριστεί και θα εξλειφθεί η μη ορθή συνταγογράφηση προς όφελος κυρίως των πολιτών αλλά και των ιατρών.

Τέλος θα υπάρξει περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και περιττών διαγνωστικών εξετάσεων με την ορθή εφαρμογή τους με τελικό αποδέκτη τον Έλληνα πολίτη, αφού τα κονδύλια αυτά θα διοχετευθούν σε άλλες παθήσεις και ομάδες ασθενών. Καθήκον όλων μας είναι η σωστή εφαρμογή τους και συνεργασία όλης της Ιατρικής κοινότητας για την διαφύλαξη του μέγιστου αγαθού που είναι η Υγεία.

Φ.Ν. Πατσουράκος  
Καρδιολόγος-Αρχίατρος ε.α.  
Πρόεδρος Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος  
Συντονιστής Ομάδας Εργασίας

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

### ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (2019)

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ) για την ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στοχεύει στην καθοδήγηση των γιατρών ως προς:

1. τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις για την έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας,
2. την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας και
3. τη στρατηγική για την επίτευξη άριστης ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).

Οι οδηγίες που παρέχονται επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της ιδιοπαθούς ΑΥ σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα και δεν εξετάζουν ειδικές περιπτώσεις, όπως η επείγουσα υπέρταση και η υπέρταση σε ειδικούς πληθυσμούς (εγκυμοσύνη, παιδιά, συννοσηρότητες, κλπ), ούτε ασχολούνται με την προσέγγιση και αντιμετώπιση της δευτεροπαθούς υπέρτασης η οποία είναι σκόπιμο να αντιμετωπίζεται σε εξειδικευμένα ιατρεία.

Το ΘΠΣ είναι ένας συνοπτικός θεραπευτικός οδηγός και δεν υποκαθιστά τα πλήρη κείμενα κατευθυντήριων οδηγιών, τα οποία παρέχουν λεπτομερείς πληροφορίες για όλες τις περιπτώσεις και τα θέματα που προκύπτουν στη διαγνωστική προσπέλαση και την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Επιπλέον, το ΘΠΣ δεν υποκαθιστά την κρίση του γιατρού, ο οποίος πρέπει να εξατομικεύει τη διαθέσιμη γνώση με στόχο την άριστη αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης ξεχωριστά.

Η αναθεώρηση 2019 του ΘΠΣ βασίστηκε κυρίως στις κατευθυντήριες οδηγίες 2018 της *Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης - Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας*.

## 2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η ταξινόμηση της ΑΥ ανάλογα με τα επίπεδα της ΑΠ φαίνεται στον **Πίνακα 1**.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Ταξινόμηση της ΑΠ και ορισμός της ΑΥ με βάση μετρήσεις στο ιατρείο.

Κατηγορία	ΣΑΠ / ΔΑΠ (mmHg)
Ιδανική	<120 και <80
Φυσιολογική	120-129 ή/και 80-84
Υψηλή-Φυσιολογική	130-139 ή/και 85-89
Υπέρταση	
- Σταδίου 1	140-159 ή/και 90-99
- Σταδίου 2	160-179 ή/και 100-109
- Σταδίου 3	≥180 ή/και ≥110
- Μεμονωμένη Συστολική	≥140 και <90

*ΣΑΠ, Συστολική αρτηριακή πίεση; ΔΑΠ, Διαστολική αρτηριακή πίεση*

Για την αξιόπιστη διάγνωση της ΑΥ και τη λήψη της καταλληλότερης απόφασης για θεραπεία συχνά είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της ΑΠ εκτός ιατρείου, με μετρήσεις στο σπίτι ή με 24ωρη καταγραφή.

Τα όρια της ΑΠ για τη διάγνωση της ΑΥ με βάση μετρήσεις εκτός ιατρείου φαίνονται στον **Πίνακα 2**.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

Ορισμός υπέρτασης με βάση μετρήσεις της ΑΠ στο ιατρείο και εκτός ιατρείου.

Μέθοδος μέτρησης ΑΠ	ΣΑΠ / ΔΑΠ (mmHg)
Μετρήσεις στο Ιατρείο	≥140 ή/και ≥90
24ωρη Καταγραφή	
- Όλο το 24ωρο	≥130 ή/και ≥80
- Ημέρα	≥135 ή/και ≥85
- Νύχτα	≥120 ή/και ≥70
Μετρήσεις στο Σπίτι	≥135 ή/και ≥85

*ΣΑΠ, Συστολική αρτηριακή πίεση; ΔΑΠ, Διαστολική αρτηριακή πίεση*



Στη διαγνωστική προσπέλαση ατόμων με σταθερή αύξηση της ΑΠ εξετάζεται το ενδεχόμενο διερεύνησης για δευτεροπαθή αίτια υπέρτασης.

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις όπου υπάρχουν ενδείξεις από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον αδρό παρακλινικό έλεγχο, διενεργείται ειδικός έλεγχος για τον αποκλεισμό δευτεροπαθών αιτιών υπέρτασης, ο οποίος είναι προτιμότερο να γίνεται σε εξειδικευμένα ιατρεία υπέρτασης.

### 3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Για την απόφαση για θεραπεία της ΑΥ, εκτός από την αξιολόγηση των επιπέδων της ΑΠ είναι απαραίτητο να γίνεται εκτίμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Στην πλειονότητα των υπερτασικών ασθενών, εκτός από την αυξημένη ΑΠ συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου (**Πίνακες 3-6**).

Ο υπολογισμός του συνολικού κινδύνου είναι απαραίτητος για την επιλογή:

1. του χρόνου έναρξης θεραπείας,
2. της θεραπευτικής στρατηγικής (έναρξη με μονοθεραπεία ή συνδυασμό),
3. της εντατικοποίησης της παρακολούθησης και
4. για παρεμβάσεις σε άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. υπολιπιδαιμική και αντιαμοπεταλιακή αγωγή).

Η κατηγοριοποίηση των ατόμων με υπέρταση ανάλογα με τον 10ετή κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου φαίνεται στον **Πίνακα 5**.

Για τον υπολογισμό του ατομικού καρδιαγγειακού κινδύνου του κάθε ατόμου είναι απαραίτητη η εφαρμογή του συστήματος SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation System) για Ευρωπαϊκό πληθυσμό μικρού κινδύνου (**Πίνακας 6**).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Ανδρικό φύλο
- Ηλικία
- Κάπνισμα (ή ιστορικό)
- Ολική χοληστερόλη και HDL
- Ουρικό οξύ
- Διαβήτης
- Υπέρβαρα άτομα ή παχυσαρκία
- Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (<55 ετών σε άνδρες, <65 γυναίκες)

- Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης εμφάνισης υπέρτασης
- Πρώιμη εμφάνιση εμμηνόπαυσης
- Καθιστική ζωή
- Ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
- Καρδιακή συχνότητα (>80/λεπτό)

#### ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΟΥ ΣΤΟΧΟΥ

- Αρτηριακή σκλήρυνση
  - Διαφορική πίεση  $\geq 60$  mmHg σε ηλικιωμένους
  - Καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV)  $>10$  m/s
- Υπερτροφία αριστερής κοιλίας
  - Σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (δείκτης Sokolow-Lyon  $>35$  mm ή R σε aVL  $\geq 11$  MM, Cornell διάρκεια δυμανικών  $>2440$  mm.ms, ή δυναμικά Cornell  $>28$  mm σε άνδρες ή  $>20$  mm σε γυναίκες), ή
  - Σε υπερηχοκαρδιογράφημα (δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας σε άνδρες  $>50$  g/m<sup>2.7</sup> ή γυναίκες  $>47$  g/m<sup>2.7</sup> [ύψος σε m<sup>2.7</sup>]; αναπροσαρμογή της τιμής σε σχέση με το δείκτη επιφάνειας σώματος πρέπει να χρησιμοποιείται σε φυσιολογικού βάρους ασθενείς; μάζα αριστερής κοιλίας/δείκτη επιφάνειας σώματος  $>115$  (άνδρες) και  $>95$  (γυναίκες)].
- Σφύρο-βραχιόνιος δείκτης (ABI)  $<0.9$ .
- Μικροαλευκωματινουρία
  - 30-300 mg/24h ή αυξημένος λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνης (30-300 mg/g; 3.4-34 mg/mmol) (κατά προτίμηση δείγμα πρωινής ούρησης).
- Χρόνια νεφρική νόσος μετρίου βαθμού με eGFR 30-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (ΔΜΣ), ή βαριά με eGFR  $<30$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>
- Αμφιβληστροειδοπάθεια σταδίου III-IV (εξιδρώματα, αιμορραγίες, οίδημα θηλής).

#### ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό, αιμορραγικό, μόνιμο ή παροδικό)
- Στεφανιαία νόσος (έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, επέμβαση επαναγγείωσης μυοκαρδίου)
- Παρουσία αθηρωματικής πλάκας
- Καρδιακή ανεπάρκεια (μη χαμηλό ή φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης)
- Περιφερική αρτηριοπάθεια
- Κολπική μαρμαρυγή

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.**

Ταξινόμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

Στάδιο υπερτασικής νόσου	Άλλοι παράγοντες ΚΚ, ΒΟΣΥ ή νόσος	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ			
		Υψηλή Φυσιολογική +	Υπέρταση Σταδίου 1*	Υπέρταση Σταδίου 2	Υπέρταση Σταδίου 3
Στάδιο 1 (μη επιπλεγμένη)	Όχι		Μικρός ΚΚ	Μέσος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ
	1 ή 2	Μικρός ΚΚ	Μέσος ΚΚ	Μέσος προς Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ
	≥3	Μικρός προς Μέσος ΚΚ	Μέσος προς Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ
Στάδιο 1 (ασυμπτωματική)	ΒΟΣΥ, ή Χρόνια νεφρική νόσος σταδίου 3, ή Διαβήτης χωρίς βλάβη οργάνων	Μέσος προς Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος προς Πολύ Μεγάλος ΚΚ
Στάδιο 1 (εγκατεστημένη νόσος)	Εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος, ή Χρόνια νεφρική νόσος σταδίου ≥4, ή	Πολύ Μεγάλος ΚΚ	Πολύ Μεγάλος ΚΚ	Πολύ Μεγάλος ΚΚ	Πολύ Μεγάλος ΚΚ

\* Σε άτομα με **ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 1** σε μετρήσεις στο Ιατρείο χρειάζεται διερεύνηση με μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι ή με 24ωρη καταγραφή για πιθανή «**ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ**» (αυξημένη ΑΠ στο ιατρείο και χαμηλή εκτός ιατρείου). Τα άτομα αυτά, υπό τη προϋπόθεση ότι **(α)** δεν έχουν ασυμπτωματικές βλάβες οργάνων-στόχων, **(β)** διατρέχουν μικρό συνολικό ΚΚ κίνδυνο και **(γ)** η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί με επανειλημμένες μετρήσεις, δεν χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία αλλά υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές και παρακολούθηση (1 φορά/έτος).

+ Σε άτομα με **ΥΨΗΛΗ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠ** στο Ιατρείο χρειάζεται διερεύνηση με μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι ή με 24ωρη καταγραφή για πιθανή «**ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**» (χαμηλή ΑΠ στο ιατρείο και αυξημένη εκτός ιατρείου). Τα άτομα αυτά, μετά από επιβεβαίωση της διάγνωσης με επανειλημμένες μετρήσεις, χρειάζονται θεραπεία επειδή διατρέχουν αυξημένο ΚΚ όσο και οι αρρυθμιστοί υπερτασικοί.

ΚΚ, Καρδιαγγειακός κίνδυνος; ΒΟΣΥ, Ασυμπτωματική βλάβη οργάνων στόχων από την υπέρταση.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

## ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ 10ΕΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Williams B, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines. *J Hypertens* 2018;36:1953-2041.  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30234752>).

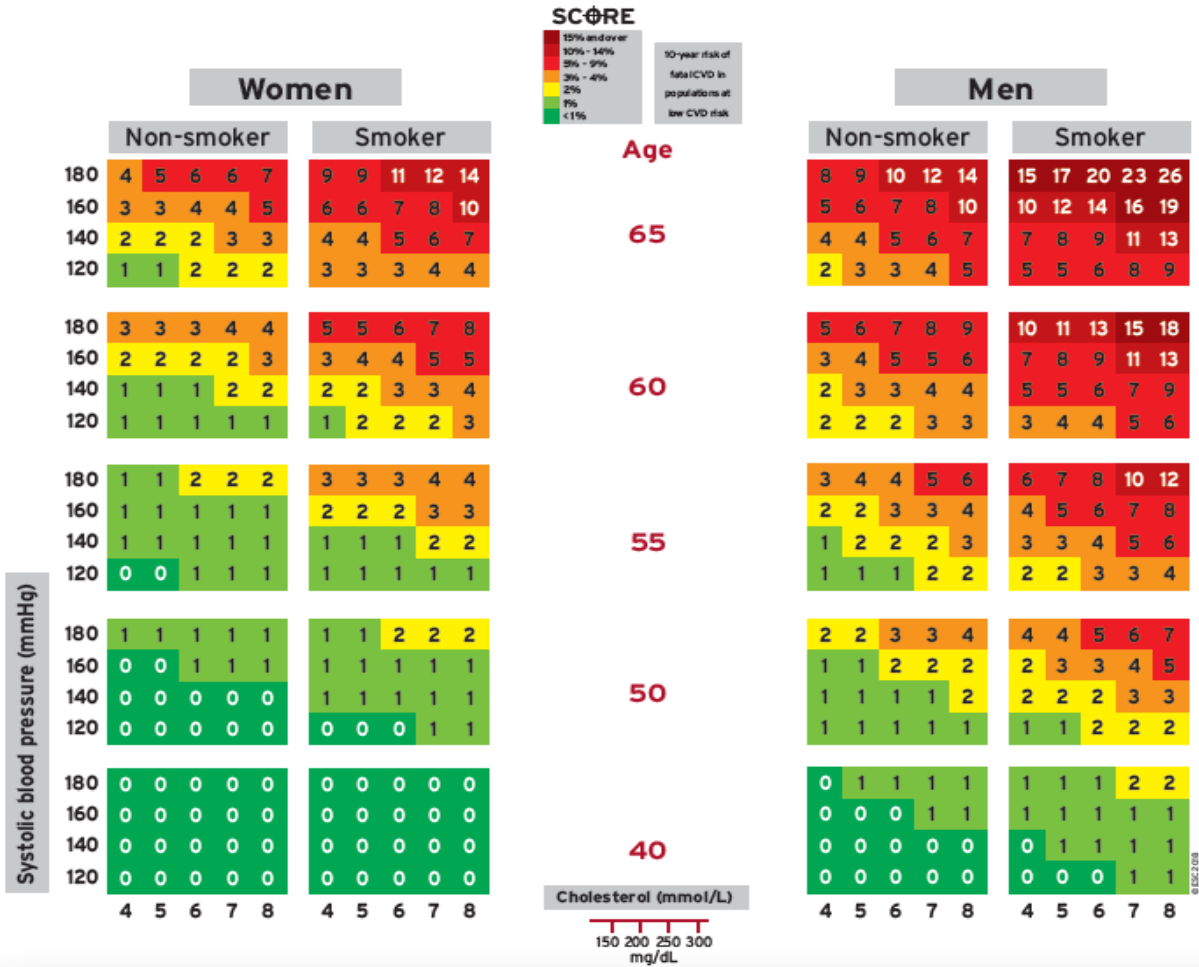
<p><b>ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ</b></p>	<p><b>ΑΤΟΜΑ ΜΕ 1 ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:</b></p> <p><b>ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ (κλινικά ή απεικονιστικά)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Καρδιαγγειακή νόσος κλινικά έκδηλη</b> Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, στεφανιαία ή άλλη αρτηριακή επαναγγείωση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μόνιμο ή παροδικό, ανεύρυσμα αορτής, περιφερική αρτηριοπάθεια.</li> <li>• <b>Καρδιαγγειακή νόσος τεκμηριωμένη απεικονιστικά</b> Σημαντική πλάκα (που προκαλεί στένωση <math>\geq 50\%</math>) σε αγγειογραφία ή υπερηχογράφημα (δε περιλαμβάνεται η πάχυνση του έσω-μέσου τοιχώματος των καρωτίδων).</li> <li>• <b>Σακχαρώδης διαβήτης με βλάβη οργάνων στόχων</b> Πρωτεϊνουρία, ή με ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου όπως αρτηριακή υπέρταση βαθμού 3 ή υπερχοληστερολαιμία.</li> <li>• <b>Χρόνια νεφρική νόσος με <math>eGFR &lt; 30 \text{ ml/min/1.73m}^2</math></b></li> <li>• <b>Υπολογιζόμενο 10ετή κίνδυνο SCORE <math>\geq 10\%</math></b> (βλέπε παρακάτω πίνακα υπολογισμού SCORE)</li> </ul>
<p><b>ΜΕΓΑΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ</b></p>	<p><b>ΑΤΟΜΑ ΜΕ 1 ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Σημαντική αύξηση ενός παράγοντα κινδύνου</b> Ολική χοληστερόλη <math>&gt; 310 \text{ mg/dl}</math> (π.χ. οικογενής υπερχοληστερολαιμία), ή υπέρταση βαθμού 3 (ΑΠ <math>\geq 180/110 \text{ mmHg}</math>)</li> <li>• <b>Τα περισσότερα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη</b> (εκτός μερικά νέα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 χωρίς μείζονες παράγοντες κινδύνου που βρίσκονται σε μέσο κίνδυνο)</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Υπερτασική υπερτροφία αριστερής κοιλίας</b></li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Χρόνια νεφρική νόσος με <math>eGFR 30-59 \text{ ml/min/1.73m}^2</math></b></li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Υπολογιζόμενο 10ετή κίνδυνο SCORE 5-10%</b> (βλέπε παρακάτω πίνακα υπολογισμού SCORE)</li> </ul>
<p><b>ΜΕΣΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ</b></p>	<p><b>ΑΤΟΜΑ ΜΕ 1 ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Υπολογιζόμενο 10ετή κίνδυνο SCORE από <math>\geq 1</math> έως <math>&lt; 5\%</math></b></li> </ul>

	<p><i>(βλέπε παρακάτω πίνακα υπολογισμού SCORE)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Αρτηριακή υπέρταση βαθμού 2</b></li></ul> <p><i>Πολλά άτομα μέσης ηλικίας ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία</i></p>
<b>ΜΙΚΡΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ</b>	<p><b><u>ΑΤΟΜΑ ΜΕ:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Υπολογιζόμενο 10ετή κίνδυνο SCORE &lt;1%</b></li></ul> <p><i>(βλέπε παρακάτω πίνακα υπολογισμού SCORE)</i></p>

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

# SCORE - European Low Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in low risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



**How do I use the SCORE charts to assess CVD risk in asymptomatic persons?**

- Use the **low risk charts** in Andorra, Austria, Belgium\*, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece\*, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, The Netherlands\*, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain\*, Sweden\*, Switzerland and the United Kingdom.
- Use the **high risk charts** in other European countries. Of these, some are at **very high risk** and the charts may underestimate risk in these. These include Albania, Algeria, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Egypt, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, FYR Macedonia, Moldova, Russian Federation, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan.

\*Updated, re-calibrated charts are now available for Belgium, Germany, Greece, The Netherlands, Spain, Sweden and Poland.

**2. Find the cell nearest to the person's age, cholesterol and BP values, bearing in mind that risk will be higher as the person approaches the next age, cholesterol or BP category.**

**3. Check the qualifiers**

**4. Establish the total 10 year risk for fatal CVD.**

**Relative Risk Charts**

Note that a low total cardiovascular risk in a young person may conceal a high relative risk; this may be explained to the person by using the relative risk chart. As the person ages, a high relative risk will translate into a high total risk. More intensive lifestyle advice will be needed in such persons. This chart refers to relative risk, not percentage risk, so that a person in the top right corner is at 12 times higher risk than a person in the bottom left corner.

Another approach to explaining risk to younger persons is to use cardiovascular risk age. For example, in the high risk chart, a 40 year old male hypertensive smoker has a risk of 4%, which is the same as a 65 year old with no risk factors, so that his risk age is 65. This can be reduced by reducing his risk factors.

Systolic Blood Pressure (mmHg)	Non-Smoker					Smoker				
	180	160	140	120	Cholesterol (mmol/L)	180	160	140	120	Cholesterol (mmol/L)
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

**Risk estimation using SCORE: Qualifiers**

- The charts should be used in the light of the clinician's knowledge and judgement, especially with regard to local conditions.
- As with all risk estimation systems, risk will be over-estimated in countries with a falling CVD mortality rate, and under-estimated if it is rising.
- At any given age, risk appears lower for women than men. However, inspection of the charts shows that their risk is merely deferred by 10 years, with a 60 year old woman resembling a 50 year old man in terms of risk.
- Risk may be higher than indicated in the chart in:
  - Sedentary or obese subjects, especially those with central obesity
  - Those with a strong family history of premature CVD
  - Socially deprived individuals and those from some ethnic minorities
  - Individuals with diabetes: the SCORE charts should only be used in those with type 1 diabetes without target-organ damage; Other diabetic subjects are already at high to very high risk
  - Those with low HDL cholesterol\* or increased triglyceride, fibrinogen, apoB, Lp(a) levels and perhaps increased high-sensitivity CRP.
  - Asymptomatic subjects with evidence of pre-clinical atherosclerosis, for example plaque on ultrasonography.
  - Those with moderate to severe chronic kidney disease (GFR <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)

\*Note that HDL cholesterol impacts on risk in both sexes, at all ages, and at all levels of risk. The effect can be estimated using the electronic version of SCORE, HeartScore, which has been updated to include HDL cholesterol level.

Visit [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)  
 For the interactive version of the SCORE risk charts

Source: European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016  
 Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709

#### 4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΘΠΣ

Έναρξη φαρμακευτικής αγωγής γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τα επίπεδα της ΑΠ και το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο (Πίνακες 1-6).

Η στρατηγική έναρξης φαρμακευτικής θεραπείας φαίνεται συνοπτικά στον Πίνακα 7.

- **Υψηλή-Φυσιολογική ΑΠ:**  
Έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας συστήνεται σε:  
α. Στεφανιαία νόσο,  
β. Συγκαλυμμένη υπέρταση (επιβεβαιωμένη αύξηση της ΑΠ εκτός ιατρείου).
- **ΑΥ Σταδίου 1:**  
(α) **Άτομα με μεγάλο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο:** Συστήνεται άμεση έναρξη φαρμα-κευτικής θεραπείας ταυτόχρονα με την εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών.  
(β) **Άτομα με μικρό ή μέσο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο:** Έναρξη θεραπείας συστήνεται όταν η αύξηση της ΑΠ επιβεβαιωθεί σε 2-3 επισκέψεις και παραμένει σε αυτά τα επίπεδα παρά την εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών για μερικές εβδομάδες ή μήνες (ανάλογα με το επίπεδο του καρδιαγγειακού κινδύνου). Η αύξηση της ΑΠ χρειάζεται επιβεβαίωση με μετρήσεις εκτός ιατρείου (στο σπίτι ή με 24ωρη καταγραφή) για τον αποκλεισμό «**Υπέρτασης λευκής μπλούζας**» (ΑΥ μόνο στο ιατρείο), οπότε, αν ο συνολικός κίνδυνος είναι μικρός, μπορεί να συστηθεί παρακολούθηση με εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών.
- **Υπέρταση Σταδίου 2-3:**  
Συστήνεται έναρξη θεραπείας μαζί με εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών.
- **Άτομα ηλικίας ≥80 ετών:**  
Έναρξη θεραπείας συστήνεται σε ΣΑΠ ≥160 mmHg και/ή ΔΑΠ ≥90 mmHg.  
Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με την σωματική και νοητική κατάσταση του κάθε ατόμου

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7.**

Αποφάσεις για θεραπευτική παρέμβαση ανάλογα με το στάδιο της υπέρτασης και άλλους τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (mmHg)		
ΥΨΗΛΗ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 1	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 2 - 3
<u>Ασθενείς χωρίς Στεφανιαία νόσο ή Συγκλυμμένη υπέρταση:</u>  Αλλαγή τρόπου ζωής	<u>Ασθενείς με μικρό ή μέσο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο:</u>  Έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας μετά από προσπάθεια αλλαγής τρόπου ζωής για 3-6 μήνες	<u>Σε όλους:</u>  Άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας  + Αλλαγή τρόπου ζωής
<u>Ασθενείς με Στεφανιαία νόσο ή Συγκλυμμένη υπέρταση:</u>  Άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας	<u>Ασθενείς με μεγάλο ή πολύ μεγάλο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο:</u>  Άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας	<u>Στόχοι:</u>  Ρύθμιση της πίεσης μέσα σε 3 μήνες  + Αλλαγή τρόπου ζωής

**5. ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

- **Ηλικία <65 ετών:** ΣΑΠ 120-130 mmHg και ΔΑΠ <80 mmHg
- **Ηλικία ≥65 ετών** με καλή σωματική/νοητική κατάσταση: ΣΑΠ 130-140 mmHg και/ή ΔΑΠ <80 mmHg.

**6. ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ**

Οι υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές αποτελούν βασικό στοιχείο της αντιμετώπισης σε όλα τα άτομα με αυξημένη ΑΠ. Η εφαρμογή τους μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει τη φαρμακευτική αγωγή σε υπέρταση σταδίου 1 και σε υψηλή-φυσιολογική ΑΠ, ή να συμβάλλει στη μείωση της ΑΠ σε άτομα υπό θεραπεία, επιτρέποντας τη μείωση των φαρμάκων (αριθμού και/ή δόσεων). Η δυσκολία έγκειται στη συνήθως ανεπαρκή μακροχρόνια εφαρμογή τους.

Προτεινόμενες υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές:

- Περιορισμός αλατιού τροφής (<5 g/ημέρα).
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ (άνδρες<14 ποτά/εβδομάδα, γυναίκες <8 ποτά/εβδομάδα).
- Αύξηση κατανάλωσης λαχανικών, φρούτων, ψαριών, ξηρών καρπών και ακόρεστων λιπαρών οξέων. Κατανάλωση γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά. Μείωση κατανάλωσης κόκκινου κρέατος.



- Παρακολούθηση σωματικού βάρους και πρόληψη παχυσαρκίας (ΔΜΣ >30 kg/m<sup>2</sup>, περίμετρος μέσης >102 cm σε άνδρες και >88 cm σε γυναίκες). Στόχος: ΔΜΣ 20-25 kg/m<sup>2</sup> και περίμετρος μέσης <94 cm σε άνδρες και <80 cm σε γυναίκες.
- Τακτική αερόβια άσκηση (τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας δυναμικής άσκησης 5-7 μέρες την εβδομάδα).
- Διακοπή καπνίσματος. Συστήνονται υποστηρικτική φροντίδα και παραπομπή σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος.

## 7. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

### Επιλογή φαρμάκων

- Τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων προτείνονται ως θεραπεία πρώτης γραμμής:
  1. Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτασίνης (ΑΜΕΑ),
  2. Αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης (ΑΥΑ),
  3. Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου (ΑΔΑ),
  4. Θειαζιδικά ή παρόμοιου τύπου διουρητικά.
- Β-Αποκλειστές προτείνονται ως θεραπεία πρώτης γραμμής όταν υπάρχει ειδική ένδειξη (καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη, μετά έμφραγμα μυοκαρδίου, έλεγχος καρδιακής συχνότητας).
- Άλλες κατηγορίες φαρμάκων (ανταγωνιστές αλδοστερόνης, α<sub>1</sub>-αποκλειστές, β-αποκλειστές, αναστολείς ρενίνης, αντιαδρενεργικά κεντρικής δράσης, διουρητικά αγκύλης, αμέσως δρώντα αγγειοδιασταλτικά) χρησιμοποιούνται όταν τα φάρμακα πρώτης γραμμής δεν επαρκούν ή δεν είναι ανεκτά.
- Έναρξη θεραπείας με συνδυασμό 2 φαρμάκων προτείνεται σε άτομα ηλικίας <80 ετών με ΣΑΠ ≥150 mmHg και/ή ΔΑΠ ≥95 mmHg, ιδίως όταν υπάρχει μεγάλος συνολικός κίνδυνος.
- Η επιλογή των φαρμάκων εξατομικεύεται ανάλογα με τη συνύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου ή νοσημάτων και τις αντενδείξεις της κάθε κατηγορίας (Πίνακες 8-9).

### Τιτλοποίηση θεραπείας

- Για να εκδηλωθεί η πλήρης δράση ενός αντιυπερτασικού φαρμάκου συνήθως χρειάζονται περίπου **4 εβδομάδες**. Αν δεν επιτευχθεί ρύθμιση της ΑΠ μπορεί να γίνει αύξηση της δόσης ή προσθήκη άλλου φαρμάκου. Αν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες ή η αντιυπερτασική δράση του είναι πολύ μικρή, γίνεται αντικατάσταση φαρμάκου.
- Ανεξάρτητα από το ποιο φάρμακο τελικά θα επιλεγεί για έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής, σε σημαντικό ποσοστό υπερτασικών ασθενών (>50%) **δεν επιτυγχάνεται ικανοποιητική ρύθμιση της ΑΠ με μονοθεραπεία**, αλλά χρειάζεται συνδυασμός 2 ή περισσότερων φαρμάκων.

### Συνδυασμοί φαρμάκων

- Προτιμώμενοι **διπλοί συνδυασμοί** είναι:
  - (1) ΑΜΕΑ με ΑΔΑ, (2) ΑΥΑ με ΑΔΑ, (3) ΑΜΕΑ με διουρητικό, (4) ΑΥΑ με διουρητικό.
- Συνδυασμός **ΑΜΕΑ με ΑΥΑ** δεν συνιστάται.
- Συνδυασμός **β-αποκλειστή με διουρητικό** πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη, εκτός αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη για τη χορήγησή τους (αγγειοδιασταλτικοί β-αποκλειστές προτιμώνται).

- **Συνδυασμός β-αποκλειστή με μη-διϋδροπυριδινικό ΑΔΑ (βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη)** δε συνιστάται, εκτός για τη ρύθμιση της καρδιακής συχνότητας σε μόνιμη κολπική μαρμαρυγή.
- **Τριπλός συνδυασμός** χορηγείται όταν ο διπλός έχει αποτύχει και κατά κανόνα πρέπει να περιλαμβάνει διουρητικό.
- Ο πλέον δόκιμος τριπλός συνδυασμός περιλαμβάνει ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ μαζί με ΑΔΑ και διουρητικό.

#### **Ανθεκτική υπέρταση**

- Αρρυθμιστη ΑΠ υπό τριπλή θεραπεία σε πλήρεις δόσεις συμπεριλαμβανομένου διουρητικού θεωρείται «**Ανθεκτική Υπέρταση**».
- Πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο υπέρτασης λευκής μπλούζας και ενδεχομένως δευτεροπαθούς υπέρτασης και στη συνέχεια να γίνει προσθήκη τέταρτου φαρμάκου ή και περισσότερων.
- Ο ανταγωνιστής της αλδοστερόνης σπιρονολακτόνη σε μικρή δόση είναι χρήσιμη προσθήκη, όπως και οι α1-αποκλειστές, οι β-αποκλειστές, τα αντιαδρενεργικά φάρμακα κεντρικής δράσης και τα διουρητικά της αγκύλης (κυρίως σε νεφρική ανεπάρκεια με eGFR <30 ml/min), κλπ.
- Οι περιπτώσεις αυτές συχνά είναι σκόπιμο να παραπέμπονται σε ειδικό ιατρείο υπέρτασης.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 8.**

Ειδικές ενδείξεις αντιυπερτασικών φαρμάκων.

<b>ΝΟΣΗΜΑΤΑ / ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>
<b>ΑΣΥΜΠΤ. ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ</b>	
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, ΑΔΑ
Ασυμπτωματική αθηροσκλήρωση	ΑΜΕΑ, ΑΔΑ
Μικρολευκωματινουρία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Νεφρική δυσλειτουργία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
<b>ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ</b>	
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	Όλα τα φάρμακα
Έμφραγμα μυοκαρδίου	β-Αποκλειστές, ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Στηθάγχη	β-Αποκλειστές, ΑΔΑ
Καρδιακή ανεπάρκεια	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, β-Αποκλειστές, Ανταγωνιστές αλδοστερόνης, Διουρητικά
Ανεύρυσμα αορτής	β-Αποκλειστές
Πρόληψη κολπικής μαρμαρυγής	Α-ΜΕΑ, ΑΥΑ, β-Αποκλειστές, Ανταγωνιστές αλδοστερόνης
Κολπική μαρμαρυγή, έλεγχος ρυθμού	β-Αποκλειστές, ΑΔΑ (μη-διϋδροπυριδίνες)
Νεφροπάθεια, πρωτεϊνουρία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Περιφερική αρτηριοπάθεια	ΑΜΕΑ, ΑΔΑ
<b>ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ</b>	
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση (ηλικιωμένοι)	Διουρητικά, ΑΔΑ
Μεταβολικό σύνδρομο	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, ΑΔΑ
Σακχαρώδης διαβήτης	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9.**

Αντενδείξεις των διαφόρων κατηγοριών των αντιϋπερτασικών φαρμάκων

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
<b>ΘΕΙΑΖΙΔΙΚΑ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ουρική αρθρίτιδα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταβολικό σύνδρομο</li> <li>• Διαταραχή ανοχής γλυκόζης</li> <li>• Εγκυμοσύνη</li> <li>• Υπερασβεστιαμία</li> <li>• Υποκαλιαιμία</li> </ul>
<b>Β-ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΕΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Άσθμα</li> <li>• Κολποκοιλιακός αποκλεισμός (βαθμού 2 ή 3)</li> <li>• Βραδυκαρδία (&lt;60/λεπτό)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταβολικό σύνδρομο</li> <li>• Διαταραχή ανοχής γλυκόζης</li> <li>• Αθλητές και άτομα με σωματική δραστηριότητα</li> </ul>
<b>ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ (Διϋδροπυριδίνες)</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ταχυαρρυθμίες</li> <li>• Καρδ. ανεπάρκεια</li> <li>• Προϋπάρχον σοβαρό οίδημα κάτω άκρων</li> </ul>
<b>ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ (Μη Διϋδροπυριδίνες)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κολποκοιλιακός αποκλεισμός (βαθμού 2 ή 3)</li> <li>• Σοβαρή δυσλειτουργία αρ. κοιλίας (ΚΕ &lt;40%)</li> <li>• Βραδυκαρδία (&lt;60/λεπτό)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσκοιλιότητα</li> </ul>
<b>ΑΜΕΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγκυμοσύνη</li> <li>• Αγγειοοίδημα</li> <li>• Υπερκαλιαιμία (&gt;5.5 mmol/L)</li> <li>• Αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρ. αρτηριών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πιθανότητα εγκυμοσύνης χωρίς αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης</li> </ul>
<b>ΑΥΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγκυμοσύνη</li> <li>• Υπερκαλιαιμία (&gt;5.5 mmol/L)</li> <li>• Αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρ. αρτηριών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πιθανότητα εγκυμοσύνης χωρίς αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης</li> </ul>

**8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018; 36: 1953-2041.  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30234752>).