



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΦΕΚ 505/ΥΟΔΔ/13.10.2017)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	7
3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	8
4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΘΠΣ	10
5. ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	12
6. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	12
7. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	12
8. ΒΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	15
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	15
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	16
1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	16
2. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	17
3. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ – ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	18
4. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	18
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	18

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Πατσουράκος Φώτιος (Συντονιστής). Καρδιολόγος-Αρχίατρος ε.α. Πρόεδρος Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος. Εκπρόσωπος Πανελλήνιου 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

Ντουινιάς 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»

Πατσιλινάκος 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»

Χρυσόχου 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.

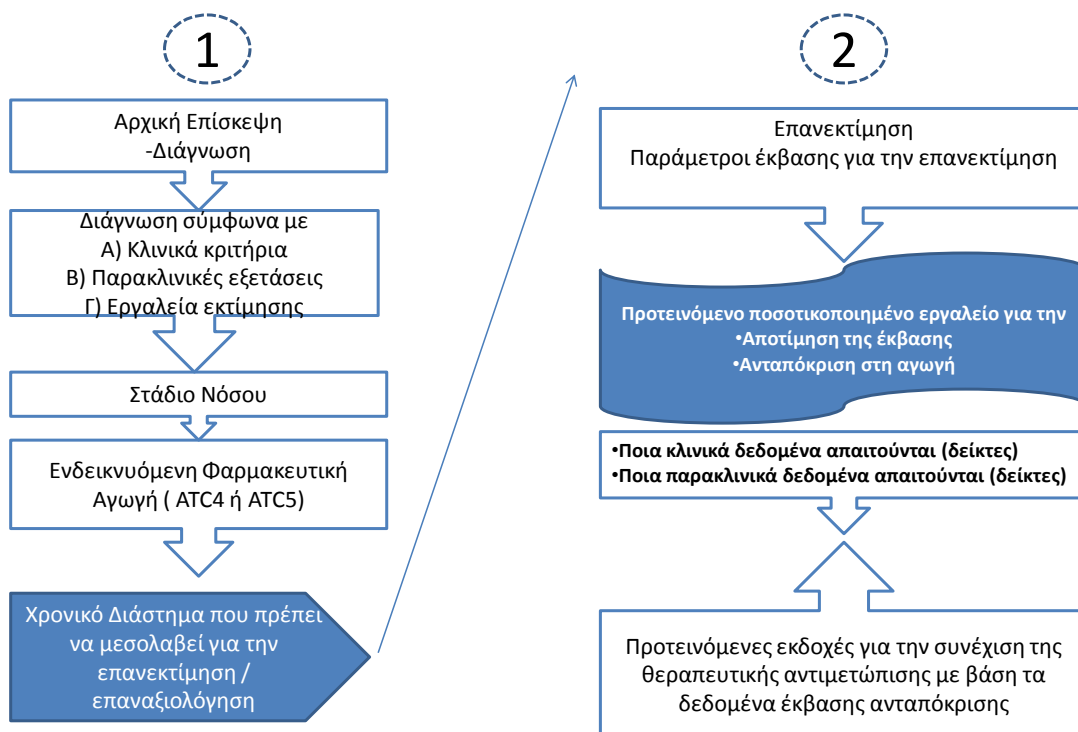
Βασικός στόχος και σκοπός των πρωτοκόλλων τα οποία είναι εναρμονισμένα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και η διαχρονική επικαιροποίησή τους, είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση των ιατρών στην άσκηση της ορθής Ιατρικής. Παράλληλα μέσω αυτών και της σωστής εφαρμογής των θα περιοριστεί και θα εξαλειφθεί 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

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ) για την αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στοχεύει στην καθοδήγηση των γιατρών ως προς: (α) τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις για την έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας, (β) την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας και (γ) τη στρατηγική για την επίτευξη άριστης ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Οι οδηγίες επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της ιδιοπαθούς ΑΥ σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα και δεν εξετάζουν ειδικές περιπτώσεις, όπως η επείγουσα υπέρταση 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 διαμόρφωση του ΘΠΣ βασίστηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες 2013 της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης - Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας.

2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

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

Πίνακας 1. Ταξινόμηση της ΑΠ (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

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**.

Πίνακας 2. Ορισμός υπέρτασης με βάση μετρήσεις στο ιατρείο και εκτός ιατρείου.

Μέθοδος μέτρησης ΑΠ	ΣΑΠ / ΔΑΠ (mmHg)
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

Στη διαγνωστική προσέλαση 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 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 3-4**). Ο υπολογισμός του συνολικού κινδύνου είναι απαραίτητος για την επιλογή: (α) του χρόνου έναρξης θεραπείας, (β) της θεραπευτικής στρατηγικής (έναρξη με μονοθεραπεία ή συνδυασμό), (γ) της εντατικοποίησης της παρακολούθησης και (δ) για παρεμβάσεις σε άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. υπολιπιδαιμική και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή).

Πίνακας 3. Παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
• Ανδρικό φύλο • Ηλικία (άνδρες ≥55 έτη, γυναίκες ≥65 έτη) • Κάπνισμα • Δυσλιπιδαιμία: Ολική χοληστερόλη >190 mg/dL ή/και LDL >115 mg/dL ή/και HDL άνδρες <40 mg/dL, γυναίκες <46 mg/dL ή/και τριγλυκερίδια >150 mg/dL • Γλυκόζη νηστείας 102-125 mg/dL ή παθολογική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης • Παχυσαρκία (ΔΜΣ ≥30 kg/m²) ή κεντρική παχυσαρκία (περίμετρος μέσης: άνδρες ≥102 cm, γυναίκες ≥88 cm) • Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (<55 ετών σε άνδρες, <65 γυναίκες)
ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΟΥ ΣΤΟΧΟΥ

- Διαφορική πίεση ≥60 mmHg (σε ηλικιωμένους)
- Υπέρτροφία αριστερής κοιλίας (ηλεκτροκαρδιογραφική ή υπερηχοκαρδιογραφική)

- Αθηρωμάτωση καρωτίδων (πάχυνση έσω-μέσου χιτώνα [IMT >0.9 mm] ή πλάκα)
- Κνήμο-βραχίονιος δείκτης (ABI) <0.9
- Χρόνια νεφρική νόσος με eGFR 30-60 ml/min/1.73m²
- Μικρολευκωματινουρία

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (θρομβοεμβολικό, αιμορραγικό ή παροδικό)
- Στεφανιαία νόσος
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (eGFR <30 ml/min/1.73 m²) ή πρωτεϊνουρία (>300 mg/24 h)
- Συμπτωματική περιφερική αρτηριοπάθεια
- Αμφιβληστροειδοπάθεια σταδίου III ή IV (αιμορραγίες, εξιδρώματα, οίδημα θηλής)

Πίνακας 4. Ταξινόμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου (ΚΚ).

Συνυπάρχουσες καταστάσεις	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (mmHg)			
	Υψηλή Φυσιολογική	Υπέρταση Σταδίου	Υπέρταση Σταδίου 2	Υπέρταση Σταδίου 3
Χωρίς άλλους παράγοντες ΚΚ		Μικρός ΚΚ	Μέσος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ
1-2 παράγοντες ΚΚ	Μικρός ΚΚ	Μέσος ΚΚ	Μέσος προς Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ
≥3 παράγοντες ΚΚ	Μικρός προς Μέσος ΚΚ	Μέσος προς Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ
Διαβήτης ή χρ. νεφρική νόσος σταδίου 3 ή ασυμπτωματική βλάβη οργάνου στόχου	Μέσος προς Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος ΚΚ	Μεγάλος προς Πολύ Μεγάλος ΚΚ
Συμπτωματική καρδιαγγειακή νόσος ή χρ. νεφρική νόσος σταδίου ≥4 ή	Πολύ Μεγάλος ΚΚ	Πολύ Μεγάλος ΚΚ	Πολύ Μεγάλος ΚΚ	Πολύ Μεγάλος ΚΚ

* Σε άτομα με αυξημένη ΑΠ στο ιατρείο αλλά φυσιολογική εκτός ιατρείου (στο σπίτι ή σε 24ωρη καταγραφή) τίθεται η διάγνωση της «Υπέρτασης Λευκής Μπλούζας». Τα άτομα αυτά, υπό τη προϋπόθεση ότι (α) έχουν μικρό συνολικό ΚΚ κίνδυνο και (β) η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί με επανειλημμένες μετρήσεις, δεν χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία αλλά υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές και παρακολούθηση (1-2 φορές/έτος).

+ Σε άτομα με υψηλή-φυσιολογική ΑΠ στο ιατρείο και αυξημένη εκτός ιατρείου (στο σπίτι ή σε 24ωρη καταγραφή) τίθεται η διάγνωση της «**Συγκαλυμμένης Υπέρτασης**». Τα άτομα αυτά, μετά από επιβεβαίωση της διάγνωσης με επανειλημμένες μετρήσεις, χρειάζονται θεραπεία επειδή διατρέχουν αυξημένο ΚΚ όσο και οι υπερτασικοί.

4. ΣΥΝΟΗΚΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΘΠΣ

Έναρξη φαρμακευτικής αγωγής γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τα επίπεδα της ΑΠ και το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο (Πίνακες 1-5).

- **Υψηλή-Φυσιολογική ΑΠ:** Δε συστήνεται έναρξη θεραπείας. Εξαίρεση αποτελεί η επιβεβαιωμένη αύξηση της ΑΠ εκτός ιατρείου (Συγκαλυμμένη υπέρταση), ιδίως σε άτομα με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- **ΑΥ Σταδίου 1:** (α) Σε μικρό ή μέσο συνολικό κίνδυνο έναρξη θεραπείας συστήνεται όταν η αύξηση της ΑΠ επιβεβαιωθεί σε επανειλημμένες 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 συνιστάται παρακολούθηση με εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών. (β) Σε μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο συστήνεται άμεση έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας ταυτόχρονα με την εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών.
- **Υπέρταση Σταδίου 2-3:** Συστήνεται έναρξη θεραπείας, ταυτόχρονα ή μετά μερικές εβδομάδες εφαρμογής υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών (ανάλογα με το επίπεδο του καρδιαγγειακού κινδύνου).
- **Ηλικιωμένοι:** Σε άτομα >65 ετών έναρξη θεραπείας συστήνεται σε ΣΑΠ ≥ 140 mmHg, ενώ σε >80 ετών σε ≥ 160 mmHg, υπό την προϋπόθεση ότι η σωματική και νοητική κατάσταση είναι καλή και η θεραπεία είναι καλά ανεκτή.

Πίνακας 5. Αποφάσεις για θεραπευτική παρέμβαση ανάλογα με το στάδιο της υπέρτασης και τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ΚΚ).

Συνυπάρχουσες καταστάσεις	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (mmHg)			
	Υψηλή Φυσιολογική	Υπέρταση Σταδίου 1	Υπέρταση Σταδίου 2	Υπέρταση Σταδίου 3
Χωρίς άλλους παράγοντες ΚΚ	Καμία φαρμακευτική παρέμβαση	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές για 6-12 μήνες - Μετά ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές για μερικές εβδομάδες - Μετά ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Άμεση ένταξη στο ΘΠΣ
1-2 παράγοντες ΚΚ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Καμία φαρμακευτική παρέμβαση	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές για μερικές εβδομάδες - Μετά ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές για μερικές εβδομάδες - Μετά ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Άμεση ένταξη στο ΘΠΣ
≥ 3 παράγοντες ΚΚ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Καμία φαρμακευτική παρέμβαση	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές για μερικές εβδομάδες - Μετά ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Άμεση ένταξη στο ΘΠΣ
Διαβήτης ή χρ. νεφρική νόσος σταδίου 3 ή ασυμπτωματική βλάβη οργάνου στόχου	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Καμία φαρμακευτική παρέμβαση	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Άμεση ένταξη στο ΘΠΣ
Συμπτωματική καρδιαγγειακή νόσος ή χρ. νεφρική νόσος σταδίου ≥4 ή διαβήτης με βλάβη οργάνου στόχου/ παράγοντες ΚΚ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Καμία φαρμακευτική παρέμβαση	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Ένταξη στο ΘΠΣ	- Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές - Άμεση ένταξη στο ΘΠΣ

5. ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- **Γενικός στόχος:** ΑΠ στο ιατρείο <140/90 mmHg στις περισσότερες περιπτώσεις με μικρό, μέσο, ή μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσο, ή νεφροπάθεια. Για μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι ο αντίστοιχος στόχος είναι <135/85 mmHg και για 24ωρη καταγραφή <130/80 mmHg (μέσος όρος των μετρήσεων).
- **Διαβητικοί:** <140/85 mmHg (ΑΠ ιατρείου).
- **Ηλικιωμένοι (65-80 ετών):** ΣΑΠ <140 mmHg σε άτομα σε καλή κατάσταση και <150 mmHg σε άτομα σε κακή γενική κατάσταση ή με κακή ανεκτικότητα.
- **Υπερήλικες (>80 ετών):** 140-150 mmHg σε άτομα με καλή σωματική/νοητική κατάσταση.

6. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

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, ή να συμβάλει 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 είναι:

- Περιορισμός αλατιού τροφής (5-6 g/ημέρα).
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ (άνδρες 20-30 g/ημέρα, γυναίκες 10-20 g/ημέρα).
- Αύξηση κατανάλωσης λαχανικών, φρούτων και γαλακτοκομικών με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπη.
- Μείωση σωματικού βάρους ($\Delta\text{ΜΣ} < 25 \text{ kg/m}^2$ και περίμετρο μέσης <102 cm σε άνδρες και <88 cm σε γυναίκες).
- Τακτική άσκηση (τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας δυναμικής άσκησης 5-7 μέρες/εβδομάδα).
- Διακοπή καπνίσματος.

7. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Επιλογή φαρμάκων

- Πέντε 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, (5) β-αποκλειστές.
- Άλλες κατηγορίες φαρμάκων (ανταγωνιστές αλδοστερόνης, α_1 -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 συνήθως γίνεται με ένα φάρμακο. Σε περιπτώσεις υπέρτασης σταδίου II, ιδίως όταν υπάρχει μεγάλος συνολικός κίνδυνος, ή υπέρτασης σταδίου III ο γιατρός μπορεί να επιλέξει έναρξη θεραπείας με συνδυασμό 2 φαρμάκων.
- Η επιλογή των φαρμάκων εξατομικεύεται ανάλογα με τη συνύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου ή νοσημάτων (**Πίνακας 6**) και τις αντενδείξεις της κάθε κατηγορίας (**Πίνακας 7**).

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. Σε ποσοστό περίπου 50% των υπερτασικών ασθενών δεν επιτυγχάνεται ικανοποιητική ρύθμιση με μονοθεραπεία, αλλά χρειάζεται συνδυασμός.
- Ανεξάρτητα από το ποιο φάρμακο τελικά θα επιλεγεί για έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής, σε σημαντικό ποσοστό υπερτασικών ασθενών (περίπου **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, (5) ΑΔΑ με διουρητικό.
- Συνδυασμός **ΑΜΕΑ με ΑΥΑ** δεν συνιστάται. Συνδυασμός **β-αποκλειστή με διουρητικό** μπορεί να χορηγηθεί, αλλά σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη πρέπει να αποφεύγεται, εκτός αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη για τη χορήγησή του (αγγειοδιασταλτικοί β-αποκλειστές προτιμούνται). **Συνδυασμός β-αποκλειστή με μη-διϋδροπυριδινικό ΑΔΑ βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη** δε συνιστάται, εκτός για τη ρύθμιση της καρδιακής συχνότητας σε μόνιμη κοιλιακή μαρμαρυγή.
- **Τριπλός συνδυασμός** χορηγείται όταν ο διπλός έχει αποτύχει και κατά κανόνα πρέπει να περιλαμβάνει διουρητικό. Ο πλέον δόκιμος τριπλός συνδυασμός περιλαμβάνει διουρητικό, ΑΔΑ και ΑΜΕΑ ή ΑΥΑ.

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 (ή σε περίπτωση δυσανεξίας ή επλερενόνης) σε μικρή δόση είναι χρήσιμη προσθήκη, όπως και οι α1-αποκλειστές, τα αντιαδρενεργικά φάρμακα κεντρικής δράσης, 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.

Πίνακας 6. Ειδικές ενδείξεις αντιϋπερτασικών φαρμάκων.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ / ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΑΣΥΜΠΤ. ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ	
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, ΑΔΑ
Ασυμπτωματική αθηροσκλήρωση	ΑΜΕΑ, ΑΔΑ
Μικρολευκωματινουρία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Νεφρική δυσλειτουργία	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ	
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
ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση (ηλικιωμένοι)	Διουρητικά, ΑΔΑ
Μεταβολικό σύνδρομο	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ, ΑΔΑ
Σακχαρώδης διαβήτης	ΑΜΕΑ, ΑΥΑ
Εγκυμοσύνη	Μεθυλντόπα, β-Αποκλειστές, ΑΔΑ (διϋδροπυριδίνες)
Μαύρη φυλή	Διουρητικά, ΑΔΑ

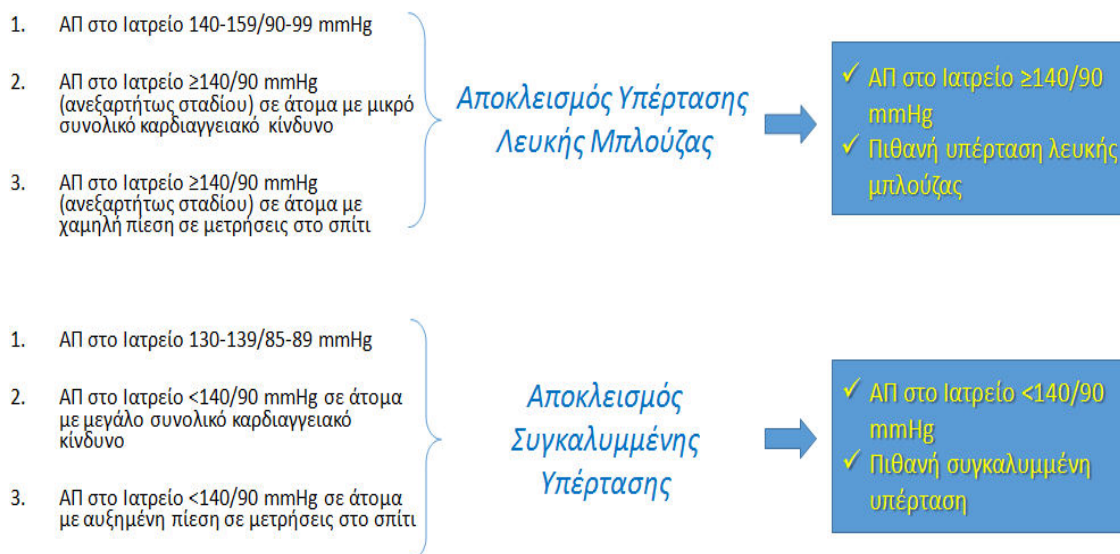
Πίνακας 7. Αντενδείξεις των διαφόρων κατηγοριών των αντιϋπερτασικών φαρμάκων

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
Θειαζιδικά διουρητικά	Ουρική αρθρίτιδα	Μεταβολικό σύνδρομο, διαταραχή ανοχής γλυκόζης, εγκυμοσύνη, υπερασβεστιαμία, υποκαλιαιμία
β-Αποκλειστές	Βρογχικό άσθμα, κολποκοιλιακός αποκλεισμός (βαθμού 2 ή 3)	Μεταβολικό σύνδρομο, διαταραχή ανοχής γλυκόζης, αθλητές, χρ. αποφρ. πνευμονοπάθεια
ΑΔΑ (διϋδροπυριδίνες)	-	Ταχυαρρυθμίες, καρδ. ανεπάρκεια
ΑΔΑ (μη διϋδροπυριδίνες)	Κολποκοιλιακός αποκλεισμός (βαθμού 2 ή 3), σοβαρή δυσλειτουργία αρ. κοιλίας, καρδ. ανεπάρκεια	-
ΑΜΕΑ	Εγκυμοσύνη, αγγειοοίδημα, υπερκαλιαιμία, αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρ. αρτηριών	Πιθανότητα εγκυμοσύνης
ΑΥΑ	Εγκυμοσύνη, υπερκαλιαιμία, αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρ. αρτηριών	Πιθανότητα εγκυμοσύνης
Ανταγωνιστές αλδοστερόνης	Οξεία νεφρ. ανεπάρκεια ή χρόνια με eGFR <30 ml/min, υπερκαλιαιμία, εγκυμοσύνη	

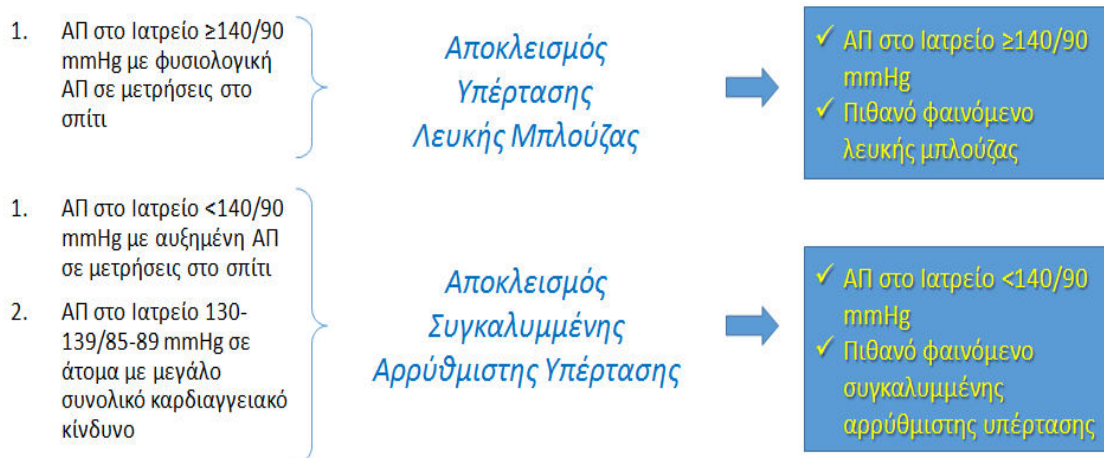
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Άτομα που ΔΕΝ λαμβάνουν θεραπεία



Άτομα που ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ θεραπεία



2. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ	ΕΤΗΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΟΥΣΗ
Γενική εξέταση αίματος	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης
Γλυκόζη ορού	Ναι	Ναι	Επί τροποποίησης θεραπείας
Ολική Χοληστερόλη ορού	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης
HDL Χοληστερόλη ορού	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης
LDL Χοληστερόλη ορού	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης
Τριγλυκερίδια ορού	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης
Ουρία ορού	Ναι	Ναι	Επί τροποποίησης θεραπείας
Κρεατινίνη ορού	Ναι	Ναι	Επί τροποποίησης θεραπείας
Κάλιο ορού	Ναι	Ναι	Επί τροποποίησης θεραπείας
Νάτριο ορού	Ναι	Ναι	Επί τροποποίησης θεραπείας
Ουρικό οξύ ορού	Ναι	Ναι	Επί τροποποίησης θεραπείας
TSH ορού	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης	Επί ειδικής ένδειξης
Γενική εξέταση ούρων	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Ναι	Ναι	Επί ειδικής ένδειξης

Εξέταση	Πρώτη Επίσκεψη	Παρακολούθηση
Διαθωρακικό Υπερηχοκαρδιογράφημα	ΣΕ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ - Τεκμηριωμένη διάγνωση υπέρτασης σε άτομα με μικρό ή μέσο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο - Υπέρταση με ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα υπερτροφίας αριστερής κοιλίας - Κλινική υποψία καρδιοπάθειας (άλλη ένδειξη)	- Μετά 12 μήνες υπό θεραπεία σε άτομα με υπερτροφία αριστερής κοιλίας σε υπερηχοκαρδιογράφημα - Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα υπερτροφίας αριστερής κοιλίας - Κλινική υποψία καρδιοπάθειας (άλλη ένδειξη)
Λόγος Αλβουμίνης:Κρεατινίνης	ΣΕ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ Σε άτομα με μικρό ή μέσο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο χωρίς πρωτεϊνουρία	-
Υπερηχογράφημα Καρωτίδων και Σπονδυλικών αρτηριών	Επί ειδικής ένδειξης	-

3. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ – ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

1. Λόγος αλδοστερόνης:ρενίνης
2. Μετανεφρίνες ούρων 24ώρου (προς το παρόν δεν συνταγογραφείται)
3. Κορτιζόλη ορού (μετά βραδινή δόση 1mg δεξαμεθαζόνης)
4. Υπερηχογράφημα νεφρών, ουρητήρων
5. Υπερηχογράφημα νεφρικών αρτηριών
6. Αξονική άνω-κάτω κοιλίας & επινεφριδίων επί παθολογικών τιμών 3 ή 4

4. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

1. Αγγειογραφία νεφρικών αρτηριών (ψηφιακή, αξονική, μαγνητική)
2. Μαγνητική άνω-κάτω κοιλίας & επινεφριδίων
3. Κατεχολαμίνες πλάσματος, ούρων (προς το παρόν δεν συνταγογραφείται), VMA

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013; 31:1281-357.