

**ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Кафедра внутренних болезней №3**

**Резистентная артериальная гипертензия:
современные подходы к диагностике
и лечению**

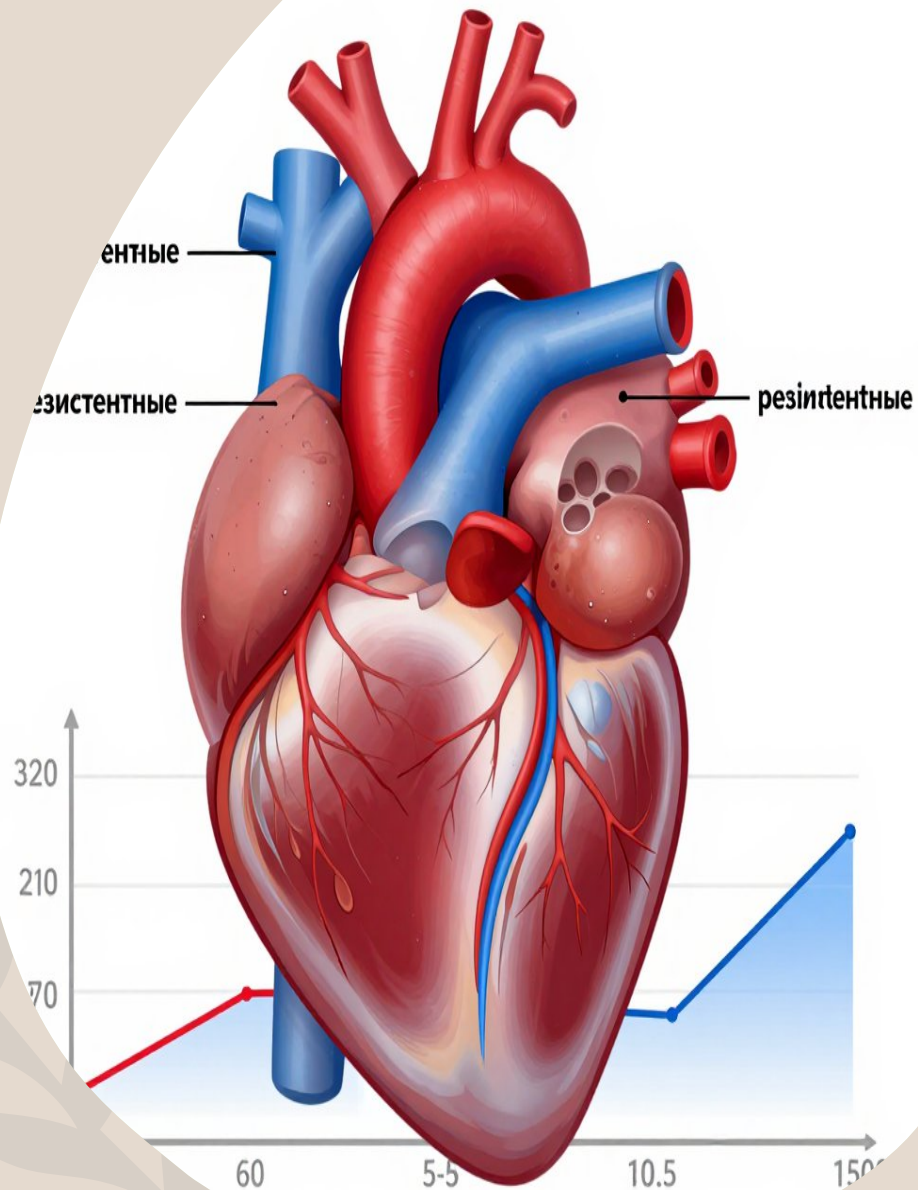
**кандидат медицинских наук, доцент
Гончарук Максим Сергеевич**

2026

Определение и эпидемиология

Определение (ESC/ESH 2023):

- АД остается выше целевого уровня (обычно $\geq 140/90$ мм.рт.ст.) на фоне одновременного приема трех антигипертензивных препаратов в максимальных или максимально переносимых дозах.
- В состав терапии обязательно входит **диуретик** (тиазидный/тиазидоподобный).
- **Псевдорезистентность:** несоблюдение режима лечения, «эффект белого халата», неадекватное измерение АД, неоптимальные дозы.
- **Распространенность:** составляет 10-20% среди всех пациентов с артериальной гипертензией



Факторы риска и этиология

- **Основные факторы:**
- Пожилой возраст
- Ожирение (высокий индекс массы тела)
- Хроническая болезнь почек (ХБП)
- Сахарный диабет II типа
- Высокое потребление натрия (соли)

- **Псевдорезистентность:** несоблюдение режима лечения, «эффект белого халата», неадекватное измерение АД, неоптимальные дозы.

Критерии диагностики. Истинная vs Псевдорезистентность

- **Ключевое условие:** подтверждение неэффективности тройной терапии (включая диуретик)
- **Исключение псевдорезистентности:**
 1. **Низкая приверженность:** самая частая причина.
 2. **Внеофисное АД:** необходимо СМАД (суточное мониторирование АД) или ДМАД (домашнее мониторирование АД) для исключения гипертензии «белого халата»
 3. **Техника измерения:** неправильный размер манжеты (особенно у пациентов с ожирением)

Факторы риска и этиология

- **Основные факторы:**

- Пожилой возраст
- Ожирение (высокий индекс массы тела)
- Хроническая болезнь почек (ХБП)
- Сахарный диабет II типа
- Высокое потребление натрия (соли)

- **Ятрогенные причины:**

- НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты)
- Пероральные контрацептивы
- Глюкокортикостероиды
- Некоторые антидепрессанты
- Эритропоэтин

Вторичные причины гипертензии (скрининг)

- ❑ **Когда искать:** при неэффективности терапии, внезапном ухудшении контроля, возрасте дебюта <30 или >55 лет.
- ❑ **Основные нозологии:**
 - ❖ **Реноваскулярная:** фибромускулярная дисплазия (молодые женщины) или атеросклероз почечных артерий (пожилые)
 - ❖ **Парехиматозные заболевания почек:** гломерулонефрит, поликистоз
 - ❖ **Первичный гиперальдостеронизм (ПГА):** самая частая эндокринная причина (до 20% случаев РАГ)
 - ❖ **Феохромоцитома:** редко, но опасно
 - ❖ **Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)**

Диагностический алгоритм (подход)

- **Шаг 1. Подтверждение:** 1) исключить псевдорезистентность (СМАД, опрос о приеме лекарств); 2) отменить вещества, повышающие АД (НПВП, алкоголь)
- **Шаг 2. Оценка поражения органов-мишеней:** 1) ЭхоКГ (гипертрофия ЛЖ), микроальбуминурия, скорость клубочковой фильтрации (СКФ)
- **Шаг 3. Лабораторный скрининг:** 1) калий сыворотки крови (гипокалиемия указывает на ПГА), ренин, альдостерон (расчет альдостерон-ренинового соотношения); 2) УЗИ почек с доплерографией сосудов

Принципы терапии.

Модификация образа жизни

- **Ограничение натрия:** критически важно. Цель <5 г соли в сутки (<2 г натрия) или «убрать солонку со стола». При РАГ эффективность диуретиков резко падает при избытке соли
- **Снижение веса:** уменьшение ИМТ на 1 кг/м^2 снижает АД ~ 1 мм.рт.ст.
- **Диета DASH:** увеличение потребления калия (овощи, фрукты), снижение насыщенных жиров
- **Ограничение алкоголя:** не более 14 единиц этанола в неделю для мужчин и женщин

Оптимизация фармакотерапии

- **Переход на комбинированные препараты:** использовать фиксированные комбинации (одна таблетка) для повышения приверженности
- **Обязательное включение тиазидоподобного диуретика:** предпочтение отдается **индапамиду** или **хлорталидону** (имеют более длительный период полувыведения и доказанное преимущество перед гидрохлортиазидом)
- **Тройная комбинация (SPC):** блокатор РААС (сартан/иАПФ) + антагонист кальция (амлодипин) + тиазидоподобный диуретик

Присоединение 4-го препарата

- ❑ Если цель не достигнута на тройной терапии: **спиронолактон 25-50мг** (препарат выбора). Наиболее эффективен при первичном гиперальдостеронизме и ожирении. **ВАЖНО: контроль калия и креатинина сыворотки крови!!!**

- ❑ Альтернативы при непереносимости спиронолактона:
 - ❖ эплеренон (меньше гинекомастии)
 - ❖ бета-блокаторы (бисопролол, карведилол) – особенно при ЧСС >70 уд/мин., ИБС
 - ❖ альфа-блокаторы (доксазозин) особенно при доброкачественной гиперплазии предстательной железы
 - ❖ агонисты имидазоловых рецепторов (моксонидин, рилменидин)

Интервенционные методы

❑ Денервация почек (РДН):

- ❖ Радиочастотная или ультразвуковая абляция симпатических нервов вокруг почечных артерий
- ❖ Показания: истинная резистентная гипертензия, подтвержденная СМАД, при непереносимости или проивопоказаниях к длительной фармакотерапии
- ❖ Эффективность: стойкое снижение офисного АД на 10-15 мм.рт.ст. (данные последних мета-анализов)

❑ Барорецепторная стимуляция каротидного синуса: применяется ограничено (в специализированных центрах)

Клинический случай

- ❑ Пациент: мужчина 58 лет, ИМТ 34 кг/м²
- ❑ Анамнез: АГ 15 лет. Принимает периндоприл 10 мг, амлодипин 10 мг, индапамид 2,5 мг. АД в кабинете 160/95мм.рт.ст.
- ❑ Вопросы:
 1. Какое обследование необходимо в первую очередь? (СМАД, калий/альдостерон/ренин, УЗИ почек)
 2. Предварительный диагноз? (С вероятным выявлением гипокалиемии или высокого альдостерон-ренинового соотношения – первичный гиперальдостеронизм)
 3. Тактика? (Добавить спиронолактон 25мг утром, строгий контроль калия)

Прогноз и наблюдение

- ❑ **Риски:** пациенты с РАГ имеют значительно более высокий риск сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, ХСН) и терминальной почечной недостаточности

- ❑ **Мониторинг:**
 - ❖ Контроль СМАД 1 раз в 6-12 месяцев
 - ❖ Контроль электролитов (калий натрий) и креатинина через 2-4 недели после изменения терапии (особенно при добавлении спиронолактона), затем 1 раз в 6 месяцев
 - ❖ Скрининг на вторичные причины должен проводиться повторно, если контроль ухудшается

Резюме и выводы

1. Резистентная гипертензия – это не диагноз, а состояние, требующее исключения псевдорезистентности и вторичных причин
2. Основа успеха: подтверждение диагноза с помощью СМАД и обеспечение приверженности пациента терапии
3. Фармакотерапия должна включать оптимальные дозы тройной комбинации (блокатор РААС + АК + тиазидоподобный диуретик)
4. Добавление спиронолактона является наиболее эффективной стратегией четвертой линии
5. Пациенты с РАГ требуют пожизненного наблюдения для снижения сердечно-сосудистой смертности



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!