**Резюме**

Диагноз резистентной к терапии артериальной гипертензии (АГ) устанавливается, если контроль уровня артериального давления (АД) не достигается при лечении с использованием оптимально подобранных доз трех антигипертензивных препаратов первой линии, включая тиазидный диуретик, или если для достижения адекватного контроля АД необходимо применение 4-х и более антигипертензивных препаратов различных классов. Также, необходимо предварительно исключить диагнозы псевдорезистентной АГ и «гипертензии белого халата». С развитием псевдорезистентной АГ связаны такие факторы, как: низкая приверженность пациентов к назначенной терапии, назначение слишком низких доз антигипертензивных препаратов, неправильная техника проведения тонометрии во время посещения врача, а также необходимость самостоятельно оплачивать покупку лекарств. Следует также исключать или лечить вторичную гипертензию. Терапия первичной АГ и АГ, ассоциированной с различными хроническими заболеваниями, должна проводиться в соответствии с рекомендациями ACC/AHA по лечению АГ от 2017 года. С развитием резистентной АГ связаны: ожирение, чрезмерное употребление соли и алкоголя, диета с низким содержанием растительных волокон, низкий уровень физической активности, наличие обструктивного апноэ сна, использование кокаина, амфетаминов, нестероидных противовоспалительных препаратов, комбинированных оральных контрацептивов, стероидных препаратов, препаратов, обладающих симпатомиметической активностью (назальные сосудосуживающие препараты и таблетки для похудения), эритропоэтина, лакрицы, растительных препаратов (хвойник), прогрессирующая хроническая болезнь почек, некорректно подобранные дозы диуретиков. Низкая резистентность к назначенной антигипертензивной терапии и к соблюдению мероприятий по изменению образа жизни являются частыми причинами резистентной к терапии АГ. Лечение резистентной АГ включает улучшение приверженности к фармакологической терапии, диагностика и лечение вторичной АГ, изменение образа жизни и лечение ожирения и других хронических заболеваний. Улучшению контроля АД может способствовать замена гидрохлортиазида на другой тиазидный диуретик с более длительным временем действия, например, хлорталидон. Эффект диуретических препаратов ослабевает при снижении скорости клубочковой фильтрации ниже 40 мл/мин/1,73 м2. В этом случае, рекомендовано применение петлевых диуретиков, таких как фуросемид, каждые 12 часов. Если для адекватного контроля АД у пациента, получающего антигипертензивные препараты трех разных классов в достаточных дозах, рекомендовано добавление четвертого препарата, рекомендуется добавление препарата из класса антагонистов минералокортикоидных рецепторов. Для определения других возможных фармакологических (например, сакубитрил/валсартан или фирибастат) и инструментальных подходов к терапии резистентной АГ необходимы дальнейшие клинические исследования.