

# Многофакторное управление СС рисками у пациента с ХБП и СД2

## Клинический случай

Автор:

Полякова Екатерина Анатольевна

д.м.н., профессор кафедры терапии факультетской с курсом  
эндокринологии, кардиологии с клиникой им ак. Г.Ф.Ланга,  
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова г. Санкт-Петербург



Пациент К. (63 года) обратился в рамках регулярного наблюдения.



### Анамнез

#### СД 2 типа, около 20 лет

ИБС. Безболевая ишемия миокарда. Острый коронарный синдром, 2020 г.  
Ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии (субокклюзия) 2020 г.  
ГБ III ст., риск ССО – 4.  
Не курит



### Терапия при обращении

Периндоприл 10 мг в сутки  
Бисопролол 5 мг в сутки  
Аспирин 100 мг в сутки  
Розувастатин 40 мг в сутки  
Эзетимиб 10 мг в сутки  
Вилдаглиптин+метформин 50+1000 мг 2 р/д



### Результаты обследования

HbA1c 6,46%  
Офисное АД 124/80 мм рт ст  
ИМТ 27,2 кг/м<sup>2</sup>  
ХС ЛПНП 1,2 ммоль/л  
ХС неЛПВП 2,06 ммоль/л  
Клинических проявлений ХСН не выявлено (ФВ 56%)  
Уровень [К<sup>+</sup>] в сыворотке крови 3,9 ммоль/л  
**Креатинин 102 мкмоль/л**



«Пациент достиг целевых показателей АД, гликированного гемоглобина и ХС ЛПНП.

Однако, длительно текущий сахарный диабет 2 типа, не смотря на его компенсацию, может быть причиной неуклонно прогрессирующего нарушения функции почек.»



**Всем пациентам с СД2, не осложненным ХБП,  
1 раз в год необходимо оценивать функцию почек,  
измеряя рСКФ и соотношение А/Кр**

для своевременной коррекции возрастающих кардиоренальных рисков<sup>1</sup>





Результаты  
дообследования

**68** мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

рСКФ

**270** мг/г

А/Кр

**ХБП С2 А2**

Пациент имеет **умеренный риск развития**  
СС событий и терминальной ХБП  
по шкале KDIGO

**53,9%**

Вероятность перехода  
пациента в категорию  
высокого риска



Категории альбуминурии  
(мг альбумина/г креатинина)

		A1	A2	A3
		0–29	30–299	≥300–4999
Категории рСКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	C1	>90		
	C2	60–89		
	C3a	45–59		
	C3b	30–44		
	C4	15–29		
	C5	<15		

Необходимо проводить **регулярную оценку**  
**рСКФ и А/Кр в динамике**  
для оценки темпов снижения почечной функции,  
оценки эффективности терапии  
и лучшей управляемости СС рисками<sup>2</sup>

«Как клиницисты мы должны помнить о том,  
что наши пациенты коморбидны, и оценивать их риски  
необходимо, используя различные шкалы.»



Наличие у пациента длительно текущего СД2, ХБП и ИБС  
говорит

**об очень высоком риске развития СС событий**

по шкале стратификации риска, КР «Нарушения липидного обмена»<sup>3</sup>

Для достижения максимального терапевтического эффекта и улучшения  
прогноза у пациента, требуется многофакторный подход, включающий  
**назначение болезнь-модифицирующих препаратов**  
**с доказанным кардионефропротективным действием**<sup>4-6</sup>



Пациенту рекомендовано:

Пациент уже получает максимально переносимую дозу иАПФ (периндоприл 10 мг/1р/сут.)

**иАПФ/БРА**  
продолжать терапию в прежней дозе

**ФИРИАЛТА®**  
инициация<sup>а</sup>  
таб. **20 мг 1 р/д**

**ИНГЛТ-2**  
инициация  
отмена из-за нежелательной реакции со стороны мочеполовой системы

## Болезнь-модифицирующая терапия<sup>7</sup>

а. Инициация ФИРИАЛТА® (финеренон) возможна при уровне Калия в крови  $\leq 5$  ммоль/л;  
Пациентам с рСКФ  $\geq 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> рекомендована инициация ФИРИАЛТА® в целевой дозировке 20 мг, пациентам с рСКФ  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> рекомендовано начинать терапию с 10 мг с дальнейшим рассмотрением возможности увеличения дозы до 20 мг в течение 4-х недель.



«Каждый компонент болезнь-модифицирующей терапии ХБП должен быть назначен пациенту с СД2 в соответствии с действующими клиническими рекомендациями для снижения риска СС событий и дальнейшего прогрессирования ХБП.

В данном клиническом случае удалось использовать только 2 кардионефропротективных стратегии терапии и это позволило добиться впечатляющих результатов.»

## Основные клинические результаты через год терапии препаратом **ФИРИАЛТА®**

- (C2A2→X)** **Сохранена текущая стадия ХБП**   
на двойной кардионефропротективной терапии (иАПФ+финеренон)
- 44%** **Выраженное снижение А/Кр**   
(270 → 152 мг/г)
- + 16%** **Повышение рСКФ**   
(68 → 79,4 мл/мин/1,73 м2)
- 0** **Не зарегистрировано ни одного случая СС события и госпитализаций** 
- 20 мг** **Сохранена целевая доза финеренона** 
-  **Снижена доза иАПФ**   
В связи с эпизодами снижения АД ~ 100/60 мм рт.ст. снижена доза периндоприла до 5 мг/сут
- [K+] 3,9 → 4,0** **Отсутствие клинически значимого влияния на уровень калия**   
ммоль/л
- 0** **Отсутствие гинекомастии** 

# Значимое улучшение функции почек было достигнуто уже к 4-му месяцу терапии финереноном



«Финеренон является обязательным «столпом» терапии, модифицирующей течение и исходы ХБП на фоне СД2.

Поэтому должен быть назначен пациенту с ХБП С1-4 независимо от сопутствующих заболеваний в соответствии с инструкцией к препарату.»



Список сокращений:

HbA1c – гликированный гемоглобин;  
KDIGO – Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек (Kidney Disease: Improving Global Outcomes);  
А/Кр – соотношение альбумин-креатинин;  
АД – артериальное давление;  
БРА – блокатор рецепторов ангиотензина;  
ГБ – гипертоническая болезнь;  
иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;  
ИБС – ишемическая болезнь сердца;  
ИМТ – индекс массы тела;  
иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа;  
иРАС – ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы;  
КР – клинические рекомендации;  
НМИЦ – национальный медицинский исследовательский центр;  
рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации;  
СД – сахарный диабет;  
СД2 – сахарный диабет 2 типа;  
СС – сердечно-сосудистый;  
ССО – сердечно-сосудистые осложнения;  
ФВ – фракция выброса;  
ХБП – хроническая болезнь почек;  
ХС ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности;  
ХС неЛПВП – холестерин не липопротеинов высокой плотности;  
ХСН – хроническая сердечная недостаточность;

Источники:

1. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care* 1 December 2022; 45 (12): 3075–3090. <https://doi.org/10.2337/dci22-0027>
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 11-й выпуск. М.; 2023. <https://doi.org/10.14341/DM13042>
3. Федеральные клинические рекомендации «Нарушения липидного обмена» МЗ РФ, 2023 г.
4. Chung WK et al. *Diabetologia*. 2020;63:1671–1693. doi: 10.1007/s00125-020-05181-w.
5. Шестакова М.В. и др. *Терапевтический архив*. 2019; 91 (10): 4–13. doi: 10.26442/00403660.2019.10.000364.
6. Шамхалова М.Ш. и соавт. *Сахарный диабет*. 2018;21(3):160–169 doi: 10.14341/DM9392.
7. ElSayed NA et al. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes–2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S5–S9. doi: 10.2337/dc23-Srev.

Фириалта®

Действующее вещество: финеренон микронизированный.

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Каждая таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 10 или 20 мг финеренона микронизированного.

Показания к применению:

лечение хронической болезни почек (с альбуминурией) у взрослых пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Режим дозирования и способ применения:

Рекомендуемая целевая доза составляет 20 мг финеренона один раз в день. Необходимо измерить концентрацию калия в сыворотке крови и расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ), чтобы определить, можно ли начинать лечение финереноном и с какой начальной дозы. Лечение финереноном можно начинать, если концентрация калия в сыворотке крови  $\leq 4,8$  ммоль/л. Если концентрация калия в сыворотке крови  $> 4,8–5,0$  ммоль/л, то можно рассмотреть вопрос о начале лечения финереноном с дополнительным мониторингом калия в сыворотке крови в течение первых 4 недель в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и концентрации калия в сыворотке крови. Внутрь. Таблетки можно принимать, запивая стаканом воды, вне зависимости от приема пищи.

Противопоказания: гиперчувствительность к финеренону или к любому из вспомогательных веществ; сопутствующее лечение мощными ингибиторами СYP3A4, например, итраконазолом, кетоконазолом, ритонавиром, нелфинавиром, кобициклатом, кларитромицином, телитромицином, нефазодоном; болезнь Аддисона.

Особые указания и меры предосторожности при применении: гиперкалиемия наблюдалась у пациентов, получавших финеренон. Факторы риска включают низкую рСКФ, повышенную концентрацию калия в сыворотке крови и предшествующие эпизоды гиперкалиемии. Если концентрация калия в сыворотке крови  $> 5,0$  ммоль/л, то не следует начинать лечение финереноном. Необходимо приостановить лечение пациентов финереноном, если концентрация калия в сыворотке крови  $> 5,5$  ммоль/л. Необходимо повторно измерить концентрацию калия в сыворотке крови и рСКФ у всех пациентов через 4 недели после начала лечения, возобновления лечения или увеличения дозы финеренона. После этого периодически и по мере необходимости требуется измерять концентрацию калия в сыворотке крови. Финеренон не следует назначать одновременно с калийсберегающими диуретиками, другими антагонистами минералокортикоидных рецепторов. Финеренон необходимо применять с осторожностью, а также требуется контролировать концентрацию калия в сыворотке крови при одновременном приеме с добавками калия, триметопримом или триметопримом / сульфаметоксазолом. Может потребоваться временное прекращение приема финеренона. Риск гиперкалиемии увеличивается при снижении функции почек. Не следует применять финеренон пациентам с тяжелым нарушением функции печени. Нежелательные реакции: очень часто ( $\geq 1$  человек из 10) – гиперкалиемия; часто (1–10 человек из 100) – гипонатриемия, гипотензия, зуд, снижение скорости клубочковой фильтрации.

Регистрационный номер: ЛП-№(002030)-(ПГ-РУ). Актуальная версия инструкции от 29.05.2024.

Держатель регистрационного удостоверения: Байер АГ, Германия.

Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в Общей характеристике лекарственного препарата Фириалта®



Отсканируйте QR-код, чтобы ознакомиться с Общей характеристикой лекарственного препарата Фириалта®



Отсканируйте QR-код, чтобы ознакомиться с видеозаписью выступления проф. Халимова Ю.Ш. и проф. Поляковой Е.А. по представленному клиническому случаю