

# Потенциал тройной болезнь-модифицирующей терапии у пациента с ХБП и СД2: влияние на прогноз

## 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 Р. (мужчина, 61 год) пришел на прием по результатам планового ежегодного обследования.



### Анамнез:

#### СД 2 типа, длительность 5 лет

ИБС, длительность 7 лет. ОКС, 2022 г.  
ЧКВ и стентирование ПКА 2022 г.  
Гипертоническая болезнь, около 10 лет.  
Риск ССО – 4 (очень высокий)  
ХСНсФВ II ФК по NYHA  
Курил 30 лет по пачке сигарет в день,  
2 года не курит.  
Алкоголем не злоупотребляет.



### Терапия при обращении

Дапаглифлозин 10 мг x 1 р/день  
Валсартан 160 мг x 1р/день  
Бисопролол 5 мг x 1р/день  
Ацетилсалициловая кислота 100 мг x 1р/день  
Аторвастатин 80 мг x 1р/день  
Метформин 1000 мг x 2 р/день  
Эзетимиб 10 мг x 1 р/день



### Результаты обследования

HbA1c 6,8%, глюкоза натощак 5,4 ммоль/л  
Офисное АД 125/72 мм рт.ст.  
ИМТ 35 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 112 см  
ХС ЛПНП 1,36 ммоль/л, ХС неЛПВП 2,47 ммоль/л  
Триглицериды 1,2 ммоль/л  
ФВ ЛЖ 62%  
Уровень [K<sup>+</sup>] в сыворотке крови 4,3 ммоль/л  
**рСКФ (СКД-ЕPI) 81 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>**  
**A/Кр 56 мг/г**

Пациент компенсирован по СД2, АГ, гиперхолестеринемии, однако, **выявлены признаки нарушения функции почек**



*«Даже при условии относительно «сохранного» уровня клубочковой фильтрации, наличие у пациента персистирующей альбуминурии выше 30 мг/г говорит о нарушении проницаемости клубочков, требует оценки функции почек в динамике и коррекции терапии для замедления темпов прогрессирования ХБП.»*


рСКФ **81** мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

A/Кр **56** мг/г

**ХБП С2 А2**

У пациентов с СД2 и ХБП риск СС смерти выше, чем время дожития до трансплантации почки или гемодиализа<sup>1</sup>

Категории альбуминурии  
(мг альбумина / г креатинина)

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

Наличие у пациента ХБП C2A2 ассоциировано с более высоким риском СС смерти<sup>2</sup>

на **73%**

по сравнению с пациентами с рСКФ 90–104 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и А/Кр <10 мг/г



«Задача лечащего врача заключается в том, чтобы изменить этот прогноз и сохранить качественную жизнь пациента как можно дольше.

Ранняя инициация болезнь-модифицирующей терапии с доказанными кардио- и нефропротективным эффектами может в значительной степени способствовать улучшению прогноза пациента с ХБП, развившейся на фоне СД2.»

Болезнь-модифицирующая терапия воздействует на основные пути прогрессирования ХБП при СД2<sup>3–6</sup>



Каждый из трех классов болезнь-модифицирующих препаратов вносит свой **значимый** и **независимый вклад<sup>7–9</sup>** в снижение СС рисков и замедление прогрессирования ХБП до терминальной стадии



Пациенту рекомендовано:

Пациент **уже получает 2 компонента** болезнь-модифицирующей терапии

**иРАС**  
продолжать терапию  
Валсартан  
160 мг 1 р/день

**иНГЛТ-2**  
продолжать терапию  
Дапаглифлозин  
10 мг x 1 р/день

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



## Болезнь-модифицирующая терапия ХБП при СД2<sup>б</sup>

а. Инициация ФИРИАЛТА® (финеренона) 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 титрования дозы до 20 мг в течение 4-х недель.

## Основные результаты терапии ФИРИАЛТА®<sup>10</sup>



На фоне терапии Фириалта® у пациента снизилась выраженность альбуминурии, повысилась рСКФ, а изменения уровня калия крови были клинически не значимы.<sup>10</sup>

«Эффекты Фириалта® в отношении клинически значимых показателей главным образом обусловлены его способностью блокировать процессы воспаления и фиброза в сердце и почках. Вероятно, по этой причине более длительное применение этого препарата сопровождается более выраженным клиническим эффектом.»



# Пациент перешел в категорию низкого риска ССО и почечных событий по шкале KDIGO

## ХБП С2 А1



Категории  
рСКФ  
(мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>)

<b>C1</b>	>90
<b>C2</b>	60–89
<b>C3a</b>	45–59
<b>C3b</b>	30–44
<b>C4</b>	15–29
<b>C5</b>	<15

Категории альбуминурии  
(мг альбумина/г креатинина)

<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>
0–29	30–299	≥300–4999

Раннее назначение тройной болезнью-модифицирующей терапии в более отдаленной перспективе может сохранить пациенту годы качественной жизни без неблагоприятных СС и почечных событий<sup>11</sup>

#### Список сокращений:

HbA1c – гликированный гемоглобин;  
KDIGO – Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек (Kidney Disease: Improving Global Outcomes);  
NYHA – New York Heart Association (Нью-Йоркская ассоциация сердца);  
А/Кр – альбумин-креатининовое соотношение;  
АД – артериальное давление;  
ИБС – ишемическая болезнь сердца;  
ИМТ – индекс массы тела;  
иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа;  
иРАС – ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы;  
ОКС – острый коронарный синдром;  
ПКА – правая коронарная артерия;  
рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации;  
СД2 – сахарный диабет 2 типа;  
СС – сердечно-сосудистый;  
ССО – сердечно-сосудистые осложнения;  
ФК – функциональный класс;  
ХБП – хроническая болезнь почек;  
ХС ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности;  
ХС неЛПВП – холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности;  
ХСНсФВ – сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса;  
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство;

#### Источники:

1. Keith DS, et al. Arch Intern Med 2004;164:659–663.
2. Matsushita K et al. Nat Rev Nephrol. 2022;18:696–707.
3. Alicic RZ, et al. Clin J Am Soc Nephrol 2017;12:2032–2045;
4. Mora-Fernández C, et al. J Physiol 2014;18:3997;
5. Bauersachs J, et al. Hypertension 2015;65:257–263
6. 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.
7. Agarwal R, et al. European Heart Journal. 2021;00,1–12. doi: 10.1093/eurheartj/ehab777
8. Agarwal R, et al. Nephrol Dial Transplant. 2021. doi: 10.1093/ndt/gfab336.
9. Fioretto P., Pontremoli R. Nat Rev Nephrol. 2022;18(2):78–79. doi: 10.1038/s41581-021-00522-3.
10. Клинический случай из практики проф. Поляковой Е.А.
11. Heerspink et al. Diabetes Obes Metab. 2023 Aug 14. doi: 10.1111/dom.15232.



Отсканируйте QR-код, чтобы ознакомиться с Общей характеристикой лекарственного препарата Фириалта® или перейдите по [ссылке](#)



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