Материал для специалистов здравоохранения
Материал подготовлен при научной поддержке АО «Байер» 01.2026

Зловещая тройка: ХБП, СД 2 типа и ХСНсФВ – новые возможности повлиять на прогноз и качество жизни пациентов

Клинический случай

Автор: Новикова Татьяна Николаевна
к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского, заместитель директора Института сердца и сосудов по клинической работе СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Март 2025 года. Пациентка О. женщина 1963 г.р. (62 года) Рост 158 см, вес 76 кг, ИМТ 30.4 кг/м², ожирение первой степени. Жалобы на одышку при бытовых физических нагрузках

Анамнез:

- ✓ Артериальная гипертензия
- ✓ Сахарный диабет 2 типа
- ✓ Дислипидемия
- ✓ ИБС манифестировала в возрасте 45 лет острым инфарктом миокарда.
- ✓ В 2021 году в плановом порядке выполнена стресс-ЭХОКГ. Тест оказался положительным: дискинезия верхушки, акинезия межжелудочковой перегородки

Получаемая терапия:

- ✓ АСК 100 мг 1 р в день
- ✓ Метформин 1000 мг 1 р в день
- ✓ Дапаглифлозин 10 мг 1 р в день
- ✓ Амлодипин/индапамид/периндоприл 5 мг/1,25 мг/4 мг

Целевые цифры АД и гликированного гемоглобина достигнуты

> «Несмотря на достижение целевых параметров АД и гликированного гемоглобина, у пациентки отмечаются признаки прогрессирования атеросклероза. **Это является поводом для более детального обследования и коррекции терапии с учетом всех факторов риска»**

Обследование:

КАГ: многососудистое поражение коронарных артерий

Эхокардиография:

Показатель	Результаты	Показатель	Результаты
Диастолический размер ЛЖ (мм)	48,0	**Индекс объема ЛП (мл/м²)**	**43,1**
Систолический размер ЛЖ (мм)	31,0	**Фракция выброса (%)**	**69,6**
Индекс конечно-диастолического объема ЛЖ (мл/м²)	43,1	**VE (см/сек)**	98,0
Индекс конечно-систолического объема ЛЖ (мл/м²)	13,1	**VA (см/сек)**	56,0
Толщина межжелудочковой перегородки (мм)	10,0	**VE/VA**	1,8

Толщина задней стенки (мм)	11,0	**Em (среднее) см/сек**	8,0
Индекс массы миокарда ЛЖ (г/м²)	**99,2**	**VE/Em (среднее)**	12,3
Относительная толщина стенки ЛЖ	0,44	**V трикуспидальной регургитации (см/сек)**	262,0
Митральная и трикуспидальная регургитации	Легкой степени	**Систолическое давление в легочной артерии (мм рт.ст.)**	32,5

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ:

рСКФ-EPI - 81 мл/мин/1,73 м²

Альбумин/креатинин - **30 мг/ммоль**
(4 месяца назад – 18 мг/ммоль)

Холестерин общий - **6,52 ммоль/л**

ЛПНП - **4,77 ммоль/л**

ЛПВП - 1,31 ммоль/л

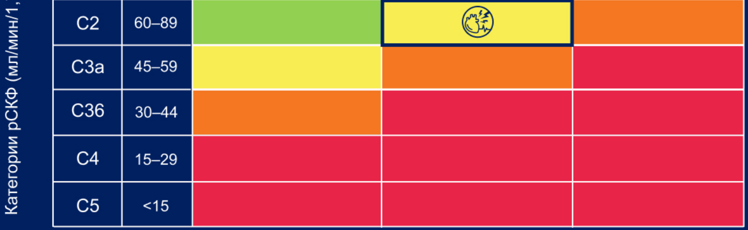
Триглицериды - **2,2 ммоль/л**

NTproBNP - **554 пг/мл**

Тест 6-минутной ходьбы 450 м

КАТЕГОРИИ АЛЬБУМИНУРИИ

			A1	A2	A3
			<30 мг/г <3 мг/ммоль	30–300 мг/г 3-30 мг/ммоль	>300 мг/г >30 мг/ммоль
73м²)	C1	>90	🟩	🟨	🟧


Категории рСКФ (мл/мин/1,

С2	60–89	🟩	🟨	🟧
С3а	45–59	🟨	🟧	🟥
С36	30–44	🟧	🟥	🟥
С4	15–29	🟥	🟥	🟥
С5	<15	🟥	🟥	🟥

Критерии диагностики ХСНсФВ согласно КР ХСН МЗ РФ[1]

Критерий	ХСНсФВ	У ПАЦИЕНТКИ
1	**Симптомы и/или признаки**	**Одышка** при физических нагрузках
2	**ФВ ЛЖ ≥ 50%**	ФВ ЛЖ **69,6%**
3	**Объективные признаки структурных и/или функциональных нарушений со стороны сердца, согласующихся с наличием диастолической дисфункции ЛЖ/повышенного давления наполнения ЛЖ:** • концентрическая ГЛЖ (индекс массы ЛЖ ≥95 г/м² у женщин и ≥115 г/м² у мужчин; индекс относительной толщины стенок ЛЖ >0,42); • расширение ЛП (индекс его объёма >34 мл/м² при синусовом ритме и >40 мл/м² при ФП); • допплеровское соотношение E/e' в покое >9; • уровень NT-proBNP/BNP >125/35 пг/мл или >365/105 пг/мл при ФП; • систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) >35 мм рт.ст. или скорость трикуспидальной регургитации >2,8 м/с.	Индекс массы **ЛЖ 99,2 г/м²** Индекс объема ЛП **43,1 мл/м²** NT-proBNP **554 пг/мл**

> «Совокупность лабораторных
> и инструментальных данных подсвечивает
> сразу две проблемы, которые ранее оставались

незамеченными. С одной стороны, несмотря на уровень рСКФ, персистенция альбуминурии свидетельствует о прогрессировании ХБП. С другой – отмечаются явные признаки диастолической дисфункции, что делает правомерным диагноз ХСНсФВ. **Такое сочетание говорит об уже продвинутых стадиях кардио-рено-метаболического синдрома»**

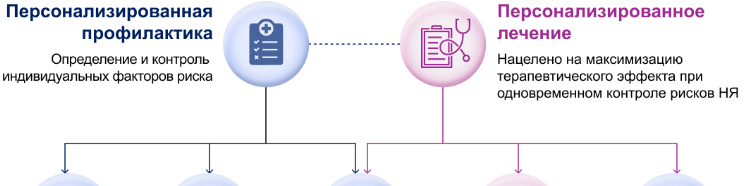
КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основной: ИБС. ПИКС (2007 г.) Маммаро-коронарный анастомоз ЛВГА и ПМЖА, АКШ ПКА 17.03.2022. Стеноз устья правой внутренней сонной артерии 80%. Стентирование правой внутренней сонной артерии 13.03.2024 г.

ГБ III стадии. Целевые цифры артериального давления (120–129/70–79 мм рт. ст.) достигнуты. Риск ССО 4 степени. Дислипидемия. Целевые значения ЛПНП < 1,4 ммоль/л. **Сахарный диабет 2 типа.**

Осложнения: ХСН с сохранённой фракцией выброса (ФВ 69,6%), стадия 1, I функциональный класс (тест 6-минутной ходьбы 450 м). **ХБП С2 А2**

Тактика лечения включает:[2-5]



Персонализированная профилактика

Определение и контроль индивидуальных факторов риска

Персонализированное лечение

Нацелено на максимизацию терапевтического эффекта при одновременном контроле рисков НЯ

Контроль факторов риска

Изменение образа жизни

Регулярный мониторинг

Проведение многофакторной терапии

Минимизация риска НЯ препаратов

«При назначении терапии мы должны, прежде всего, руководствоваться принципами доказательной медицины и персонализированного подхода к лечению. **Как ХБП на фоне СД 2 типа, так и ХСНсФВ требуют выбора препарата, позволяющего снизить риски кардиоренальных осложнений и улучшить прогноз нашей пациентки»**

Для терапии ХСН с сохраненной фракцией **рекомендуется назначение иНГЛТ-2 (IA) и рассмотреть возможность назначения АРНИ (IIa),** а также могут быть рекомендованы АМКР[1]

СН ФВ ЛЖ >40%

Стероидные АМКР[a]

IIbC/IIbB

СНунФВ СНсФВ

IIaC

СНсФВ и уровнем NT-proBNP >360 пг/мл

КР ХСН 2024

У пациентов с СНунФВ может быть рассмотрено назначение иАПФ/БРА, β-АБ, разрешенных при ХСНнФВ, антагонистов альдостерона с целью снижения риска ГСН и смерти **(IIbC)**[1]

валсартан-сакубитрил IIaB

ХБП на фоне СД2

Фириалта® (финеренон) нестероидный АМКР

IA

ESC

У пациентов с СД2 и ХБП, Финеренон рекомендован для снижения риска ГСН **(IA)**[9]

КР ХСН 2024

У пациентов с СНсФВ может быть рассмотрено назначение иАПФ/БРА, антагонистов альдостерона с целью снижения риска ГСН (**IIbB**)[1]

валсартан-сакубитрил IIaB

КР ХСН 2024

У пациентов с СНсФВ и уровнем NT-proBNP >360 пг/мл рекомендуется рассмотреть возможность назначения антагонистов альдостерона с целью снижения риска СС смерти, ГСН и остановки сердца **(IIaC)**[1]

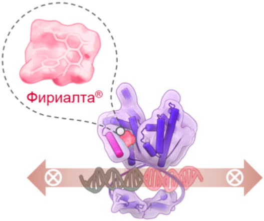
АССОЦИАЦИЯ
НЕФРОЛОГОВ
РОССИИ

Для снижения риска прогрессирования дисфункции почек и кардиоваскулярных событий у пациентов с СД2 и ХБП с СКФ>25 мл/мин/1,73 м^2 мы рекомендуем применение финеренона **(IA)**[10]

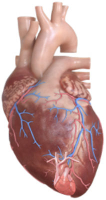
Препарат Фириалта® **рекомендован с наивысшим уровнем убедительности** для применения по показанию ХБП и СД2, в том числе при сопутствующей ХСНсФВ[9,10]

23%

Замедление прогрессирования ХБП[d,11]



Блокирование эффектов гиперактивации МКР[11,12]

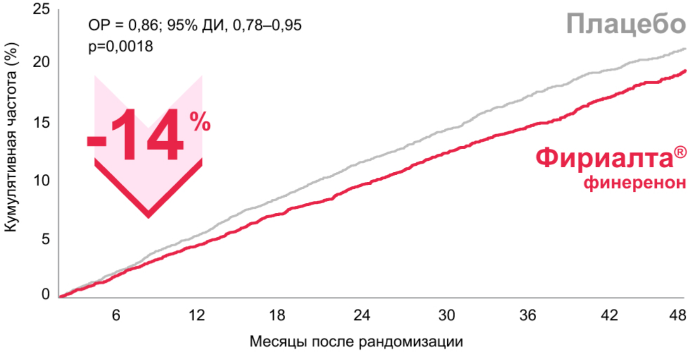


14%

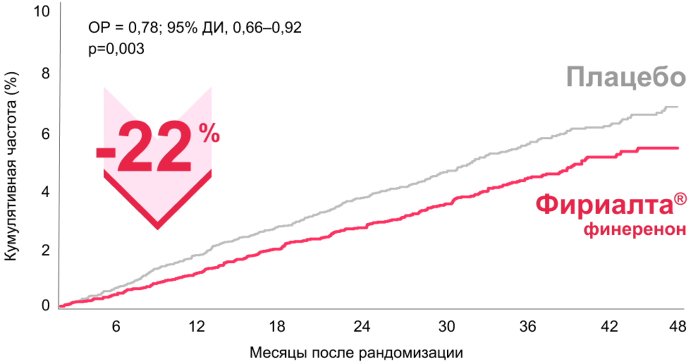
Кардиопротективный эффект[e,11]

FIDELITY

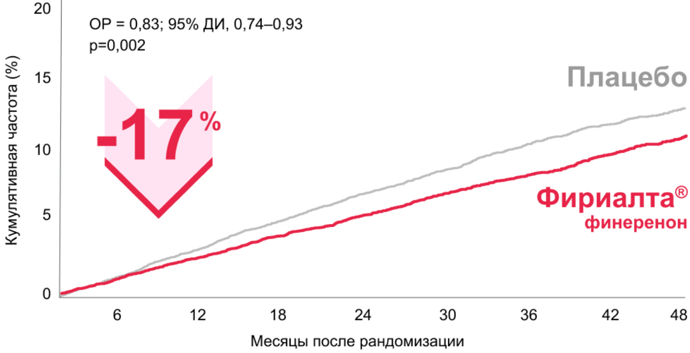
Время до смерти от СС причин, нефатального ИМ, нефатального инсульта или ГСН[11]



Время до первичной госпитализации по поводу СН[14]



Время до сердечно-сосудистой смерти и первичной госпитализации по поводу СН[14]



Фириалта® (финеренон) также продемонстрировала значимое снижение на **21% риска повторных ГСН**[b,14] и на **18% риска СС-смерти и повторных ГСН**[c,14]

> «У пациентки с ХБП С2 А2 наличие выраженной альбуминурии определяет повышенный риск развития сердечно-сосудистых событий и прогрессирования ХБП до терминальной почечной недостаточности. **На основании доказанного кардионефропротективного эффекта Фириалта® (финеренон) рекомендован с наивысшим классом рекомендаций и уровнем доказательности у пациентов с ХБП и СД2 с целью кардионефропротекции, в том числе с целью первичной/вторичной профилактики госпитализаций по причине сердечной недостаточности»**

Старт терапии препаратом Фириалта®:[15]

[K+]

≤5,0 ммоль/л[f]

рСКФ

≥ 25 - < 60 мл/мин/1,73 м^2	10 мг 1 р/д
≥ 60 мл/мин/1,73 м^2	20 мг 1 р/д

НАРЯДУ С ДРУГИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ТЕРАПИИ, У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И СД 2 ТИПА ВАЖНО ВЛИЯТЬ НА ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЮ, ЧТОБЫ ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТА

Добавление Ксарелто® 2,5 мг к терапии АСК

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

При наличии у пациента с многососудистой ИБС[#] хотя бы одного признака:

- СД, требующий лечения
- Перенесенный ИМ
- Атеросклеротическое поражение периферических артерий
- ХБП с рСКФ 15–59 мл/мин/1,73 м^2

IIaA **Высокий ишемический риск[6]**

ВЫ МОЖЕТЕ СНИЗИТЬ СМЕРТНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И СД, НАЗНАЧИВ КСАРЕЛТО® 2,5 МГ 2 Р/Д[7]

-26%
ИМ, инсульт, СС смерть

-19%
Общая смертность

-23%
СС смертность

p=0,002 p=0,05 p=0,09

Исходная терапия:

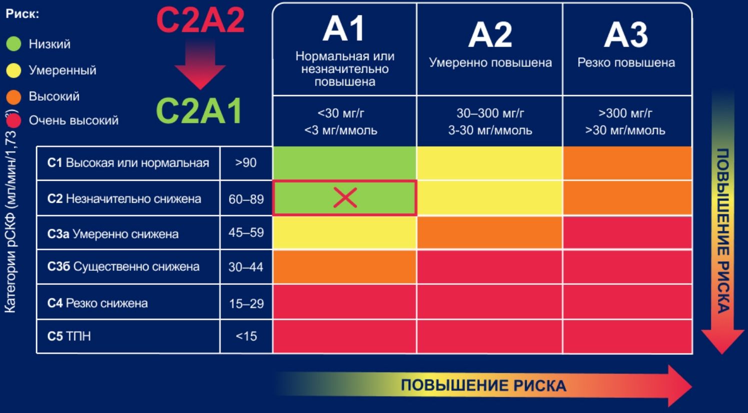
- ✓ АСК 100 мг 1 р в день
- ✓ Метформин 1000 мг 1 р в день
- ✓ Дапаглифлозин 10 мг 1 р в день
- ✓ Амлодипин/индапамид/периндоприл 5 мг/1,25 мг/4 мг

Коррекция схемы терапии:

- ✓ АСК 100 мг - 1 р в день
- ✓ Метформин 1000 мг/ Дапаглифлозин 10 мг - 1 р в день
- ✓ Амлодипин/периндоприл 10 мг/10 мг
- ✓ Розувастатин 40 мг/ Эзетимиб 10 мг - 1 р в день
- ✓ **Фириалта® 20 мг - 1 р/д**
- ✓ **Ксарелто® 2,5 мг - 2 р/д**

> «Назначение Фириалта® в составе комбинированной терапии позволило улучшить не только кардиоренальный прогноз пациентки, но и качество ее жизни. **Отмечается как выраженное снижение альбуминурии, так и положительная динамика теста 6-минутной ходьбы»**

Категории альбуминурии (мг альбумина / г креатинина)


C2A2
C2A1
Категории рСКФ (мл/мин/1,73 м²)
ПОВЫШЕНИЕ РИСКА
ПОВЫШЕНИЕ РИСКА

Риск:

- 🟢 Низкий
- 🟡 Умеренный
- 🟠 Высокий
- 🔴 Очень высокий

		A1 Нормальная или незначительно повышена	**A2** Умеренно повышена	**A3** Резко повышена
		<30 мг/г <3 мг/ммоль	30–300 мг/г 3-30 мг/ммоль	>300 мг/г >30 мг/ммоль
C1 Высокая или нормальная	>90	🟩	🟨	🟧
C2 Незначительно снижена	60–89	🟩 ✕	🟨	🟧
C3а Умеренно снижена	45–59	🟨	🟧	🟥
C3б Существенно снижена	30–44	🟧	🟥	🟥
C4 Резко снижена	15–29	🟥	🟥	🟥
C5 ТПН	<15	🟥	🟥	🟥

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ:

Альбумин/креатинин – **2 мг/ммоль**

ЛПНП - **1,16 ммоль/л**

NTproBNP - **154 пг/мл**

Тест 6-минутной ходьбы 520 м

Авторские права на приложенный документ охраняются, материал предоставляется исключительно в информационных целях. Данный лекарственный препарат подлежит дополнительному мониторингу. Это позволит быстро выявить новую информацию по безопасности. Мы обращаемся к специалистам системы здравоохранения с просьбой сообщать о любых подозреваемых нежелательных реакциях в регуляторные органы, а также по адресу drugsafety.russia@bayer.ru

[a] одновременный прием сАМКР и нсАМКР не рекомендуется; [b] ОР=0.79; ДИ: 0.64 - 0.96, p=0.021;[c] ОР=0.82; ДИ: 0.72 - 0.95, p=0.006; [d] финеренон значимо снижал риск событий почечной комбинированной конечной точки (терминальная почечная недостаточность, устойчивое снижение рСКФ на ≥57%, смерть от почечных причин) [e] финеренон значимо снижал риск событий сердечно-сосудистой комбинированной конечной точки (смерть от сердечно-сосуидстых причин, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт, госпитализация по причине сердечной недостаточности); [f] при концентрации калия в сыворотке крови равной 4,9-5,0 ммоль/л назначение Фириалта® может быть рассмотрено с дополнительным контролем концентрации калия крови в течение первых 4 недель в зависимости от индивидуальных особенностей пациента

[#] стенозы коронарных артерий > 50%.

HbA1c – гликированный гемоглобин; KDIGO – Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек (Kidney Disease: Improving Global Outcomes); NT-proBNP – N-концевой про-натрийуретический пептид В-типа; А/Кр – соотношение альбумин/креатинин мочи; АГ – артериальная гипертензия; АД – артериальное давление; АКШ — аортокоронарное шунтирование; АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов;

АСК – ацетилсалициловая кислота; АУ – альбуминурия; БРА – блокатор рецепторов ангиотензина; БМТ – болезнь-модифицирующая терапия; В-АБ - бета-адреноблокаторы; ГБ - гипертоническая болезнь; ГЛЖ - гипертрофия левого желудочка; ГСН – госпитализация по причине сердечной недостаточности; ДИ – доверительный интервал; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМ – инфаркт миокарда; ИМТ – индекс массы тела; иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа; КАГ – коронароангиография; КР – клинические рекомендации; ЛВГА - левая внутренняя грудная артерия; ЛЖ – левый желудочек; ЛП – левое предсердие; ЛПНП – липопротеины низкой плотности; ЛПВП - липопротеины высокой плотности; МКР – минералокортикоидные рецепторы; НЯ – нежелательное явление; ОПП – острое повреждение почек; ОР – отношение рисков; ПД – пульсовое давление; ПИКС - постинфарктный кардиосклероз; ПКА — правая коронарная артерия; ПМЖА - передняя межжелудочковая артерия; РВГ - реовазография; рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации; СД – сахарный диабет; СД2 – сахарный диабет 2 типа; СДЛА - систолическое давление в лёгочной артерии; СКФ - скорость клубочковой фильтрации; СН – сердечная недостаточность; СНсФВ – сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса; СНунФВ – сердечная недостаточность с умеренно сниженной (промежуточной) фракцией выброса; СМАД – суточное мониторирование артериального давления; СС – сердечно-сосудистый; ССО - сердечно-сосудистые осложнения; ТПН – терминальная почечная недостаточность; ФВ – фракция выброса; ФП – фибрилляция предсердий; ХБП – хроническая болезнь почек; ХСНнФВ - хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса; ХСНсФВ – хроническая сердечная недостаточность с сохранённой фракцией выброса; ЭхоКГ - эхокардиография.

1.Рубрикатор КР МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность», доступ на момент 25.11.25
2.Chung WK et al. Diabetologia. 2020;63:1671–1693. doi: 10.1007/s00125-020-05181-w.
3.Шестакова М.В. и др. Терапевтический архив. 2019; 91 (10): 4–13. doi: 10.26442/00403660.2019.10.000364.
4.Шамхалова М.Ш. и соавт. Сахарный диабет. 2018;21(3):160-169 doi: 10.14341/DM9392.
5.Nolan J.J. et al. Diabetes Care. 2022;45(2):261-266. doi: 10.2337/dc21-2216.
6.Национальные клинические рекомендации "Стабильная ишемическая болезнь сердца" 2024г,
7.Bhatt Dl et al Circulation 2020 doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046448
8.Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 9-й выпуск. М.; 2019. DOI: 10.14341/DM221S1.
9.2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal (2023) 00,1–13.
10.Национальная Ассоциация нефрологов. Клинические рекомендации: хроническая болезнь почек (ХБП) - 2024.
11.Agarwal R. et al. European Heart Journal. 2021;00,1-12. doi: 10.1093/eurheartj/ehab777.
12.Weir M.R. et al. Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes. Arlington (VA): American Diabetes Association; 2021.
13.Салухов В.В., Шамхалова М.Ш., Дуганова А.В. Терапевтический архив. 2023;95(3):261–273.
14.Filippatos G, et al. JACC HF 2022;10:860–870
15.Общая характеристика лекарственного препарата Фириалта®; ЛП-№(002030)-(РГ-RU) от 17.09.2025

Общая характеристика лекарственного препарата Фириалта® доступна по ссылке

Общая характеристика лекарственного препарата Ксарелто® доступна по ссылке

COM-FIR-RUS-01.2026-11085-1
Материал для специалистов здравоохранения подготовлен при поддержке АО «Байер»
АО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2.
Телефон: (495) 231-12-00