Материал для специалистов здравоохранения
Материал подготовлен при научной поддержке АО «Байер» 07.2026

Выбор АМКР у коморбидного пациента с ХСН, ХБП и СД2

Клинический случай

Автор: Салухов Владимир Владимирович
д. м. н., профессор, начальник 1 кафедры и клиники
(терапии усовершенствования врачей) им акад. Н.С. Молчанова ВМедА,
главный эндокринолог Министерства обороны РФ,
главный эндокринолог Ленинградской области

Пациент, мужчина в возрасте 60 лет, поступил в отделение эндокринологического стационара, в плановом порядке.

Анамнез:

- ✓ Алиментарное ожирение 1 степени (ОТ 103 см) 20 лет
- ✓ ГБ 12 лет
- ✓ СД2 7 лет
- ✓ СНунФВ (2024г.), ФВ 48% II ФК по NYHA

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Декабрь 2024 г

HbA1c – 7,1%.
АД – 145/80 мм рт. ст.
ЛПНП – 1,8 ммоль/л.
NTproBNP – 90 пг/мл.
ФВ – 48%.
Калий – 4,04 ммоль/л.
Креатинин – 99 мкмоль/л.
СКФ – **75 мл/мин/1,73м².**

мужчина, 60 лет **ТЕРАПИЯ**

НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ В ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПАЦИЕНТ УЖЕ ПОЛУЧАЛ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ХСН, ВКЛЮЧАВШУЮ СТЕРОИДНЫЙ АМКР (СПИРОНОЛАКТОН)

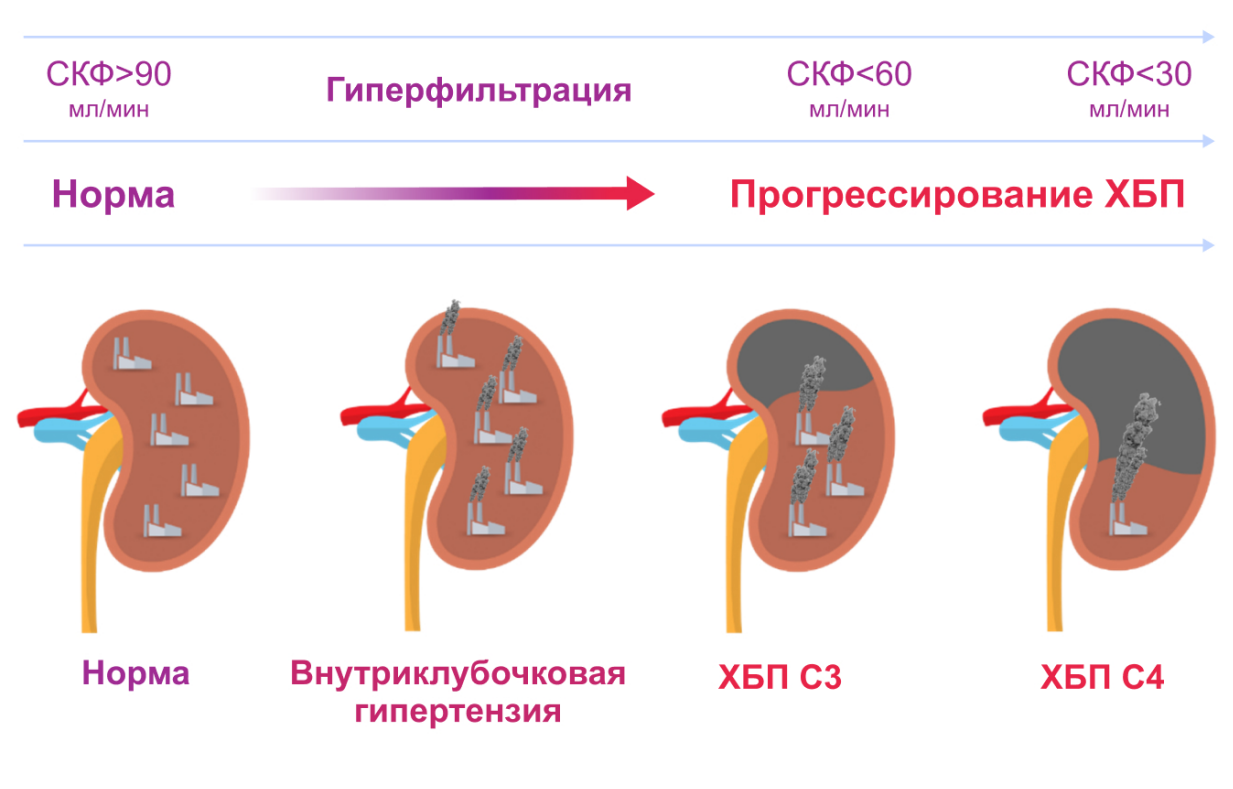
ТЕРАПИЯ НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ

Розувастатин	20 мг/сут.
Эмпаглифлозин + Метформин	10/2000 мг/сут.
Спиронолактон	50 мг/сут.
Азилсартан	40 мг/сут.
Амлодипин	5 мг/сут.
Бисопролол	5 мг/сут.

«Коллеги, следует отметить, что пациент является коморбидным больным, у которого ожирение, ГБ и СД2 продолжились развитием сердечной недостаточности. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений у таких пациентов является ХБП, однако характерная для сахарного диабета гиперфильтрация может маскировать эти нарушения вплоть до выраженной утраты почечной функции.

В нашем случае 7-летний анамнез сахарного диабета 2 типа и наличие ХСН послужили "красным флагом" необходимости скрининга почечной дисфункции. Наша задача: использовать все доступные инструменты выявления ХБП, не удовлетворившись фиксацией нормальной СКФ. Таким важнейшим исследованием является оценка альбуминурии, поскольку снижение функции почек и прогрессирование альбуминурии – это, скорее, два разных, но взаимосвязанных проявления диабетической нефропатии, чем последовательные стадии одного процесса. Именно поэтому повышенная экскреция альбумина в ряде случаев может опережать снижение функции почек, что требует непременного определения альбуминурии у пациентов в рутинном порядке».

Профессор В.В. Салухов



Альбуминурия является одним из наиболее ранних диагностических маркеров ХБП и должна быть определена в рутинном порядке у всех пациентов с СД2 с момента постановки диагноза не реже 1 раза в год. Наиболее точным и доступным методом принято считать А/Кр мочи[1,2].

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

А/Кр – **82,4 мг/г.**

1-КРАТНО ВЫЯВЛЕННОГО НАРУШЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНО ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХБП

Чтобы сохранить для пациента 3 месяца жизни врач может посмотреть данные анамнеза и результаты анализов в предшествующий период. Возможно, другой врач уже оставил необходимую отметку, которая поможет выставить диагноз уже сегодня, не дожидаясь повторного визита.

«Однократно выявленного снижения рСКФ или значимой альбуминурии для диагноза ХБП мало. Диагноз ХБП требует двукратного подтверждения альбуминурии или снижения СКФ в течение трех и более месяцев. Тщательное изучение мед документации пациента иногда позволяет найти в предшествующих анализах искомые значения СКФ или альбуминурии.

Нам повезло — ранее кардиолог уже зафиксировал повышение АУ в карте. Благодаря коллеге у нас сложилась необходимая определенность с устойчивой альбуминурией, что позволяет сделать следующий шаг и начать лечение. Это и есть междисциплинарность не на словах, а на деле.

Но вопрос к себе: что можно было сделать лучше три месяца назад? Ответ простой — написать в заключении: "Контроль альбуминурии через 3 месяца". Одна запись и пациент не потеряет время. Не следует ждать, что следующий врач догадается сам о необходимости назначения повторных анализов, кратчайший путь к улучшению кардиоренального прогноза начинается с нашей ручки».

Профессор В.В. Салухов

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 3 МЕС.

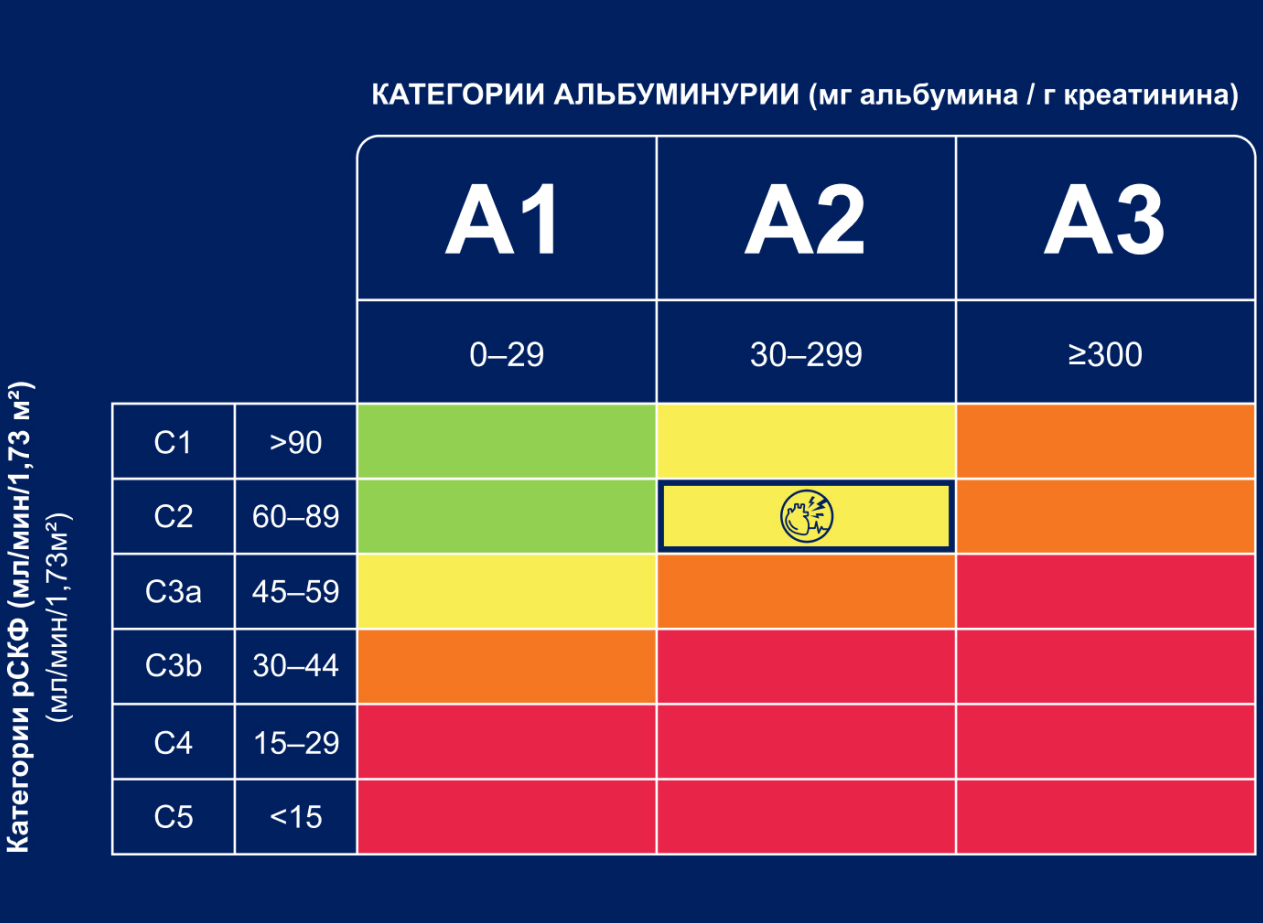
	Сентябрь 2024 г.	Декабрь 2024 г.
Креатинин, мкмоль/л.	105	99
СКФ, мл/мин/1,73м².	70	75
А/Кр, мг/г. сохранении показателей альбуминурии в течение 3 месяцев	190	82,4
HbA1c, %	7,7	7,1
АД, мм рт. ст.	160/90	145/80
ЛПНП, ммоль/л.	2,9	1,8
NTproBNP, пг/мл.	165	90
ФВ, %.	43	48
Калий, ммоль/л.	3,9	4,04

ХБП С2А2

Персистирующая АУ > 3 мес. позволяет поставить диагноз

Согласно актуальным КР РФ по ХБП от 2024 года[1] диагноз ХБП может быть выставлен при персистенции 1 или нескольких нарушений в течение 3 или более месяцев:

А/Кр ≥ 30 мг/г и/или **рСКФ < 60 мл/мин/1,73м²**



КАТЕГОРИИ АЛЬБУМИНУРИИ (мг альбумина / г креатинина)

Категории рСКФ (мл/мин/1,73 м²) (мл/мин/1,73м²)

		A1	A2	A3
		0–29	30–299	≥300
C1	>90	🟩	🟨	🟧
C2	60–89	🟩	🟨	🟧
C3a	45–59	🟨	🟧	🟥
C3b	30–44	🟧	🟥	🟥
C4	15–29	🟥	🟥	🟥
C5	<15	🟥	🟥	🟥

Пациенту умеренно-повышенного кардиоренального риска

ТРЕБУЕТСЯ ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ, МЕНЯЮЩАЯ ПРОГНОЗ[3]

иАПФ/БРА + **иНГЛТ-2** + **нсАМКР ФИРИАЛТА®**

ЭФФЕКТИВНАЯ КАРДИОНЕФРОПРОТЕКЦИЯ

при ХБП на фоне СД2

«Этот случай не привлек бы нашего внимания, будь он так прост. Если смотреть только на ХБП при СД2, то все предельно понятно: назначаем три компонента: иАПФ, иНГЛТ2, Фириалта. Но перед нами коморбидный кардиологический пациент с сердечной недостаточностью. И всего 3 месяца назад ему была назначена квадротерапия по поводу ХСН с умеренно сниженной ФВ, включающая спиронолактон. Таким образом, пациент получает таргетную и наиболее эффективную на момент обращения терапию ХСН. Но что же делать с защитой почек, если ее применение становится взаимоисключающим при квадротерапии? Попробуем разобрать эту тактическую задачу по шагам»

Профессор В.В. Салухов

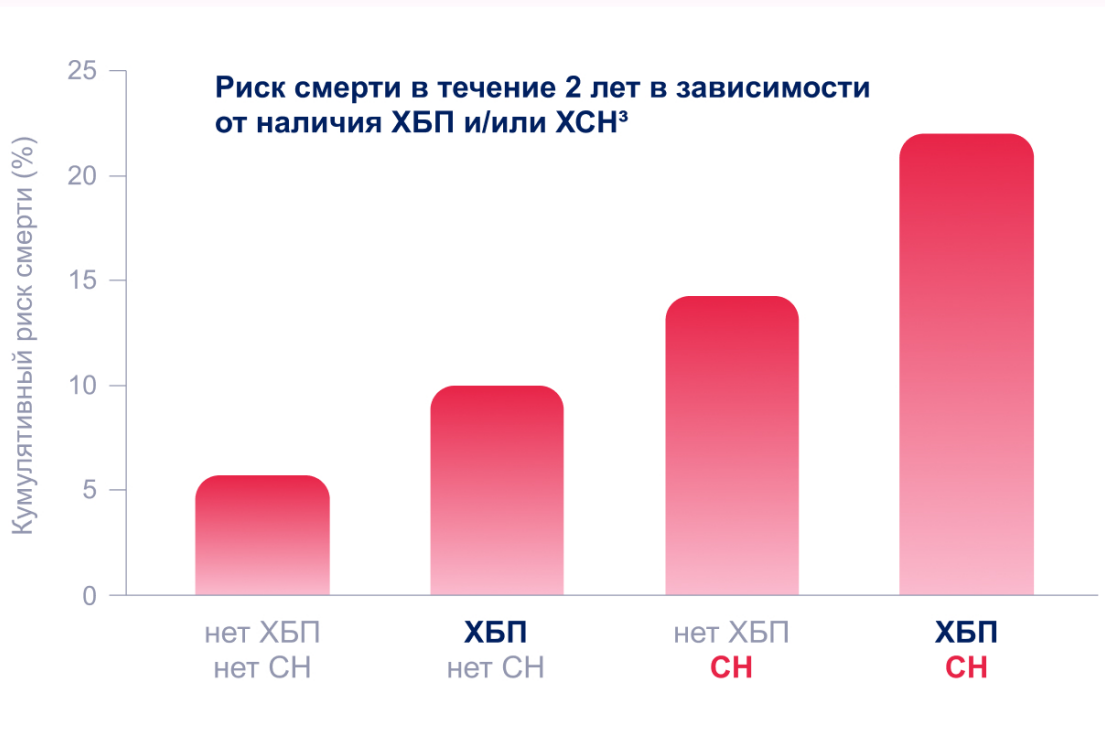
мужчина, 60 лет **ТЕРАПИЯ**

Какой АМКР выбрать у коморбидного пациента с ХБП, СД2 и ХСНунФВ?

		Сентябрь 2024 г.	Декабрь 2024 г.
Диагноз	**АГ, СД2**	**АГ, СД2, ХСунФВ**	**АГ, СД2, ХСунФВ, ХБП**
	1. **Аторвастатин** 20 мг/сут. 2. **Валсартан** 80 мг/сут. 3. **Амлодипин** 10 мг/сут. 4. **Метформин** 2000 мг/сут.	1. ~~**Аторвастатин**~~ **Розувастатин** 20 мг/сут. 2. **Эмпаглифлозин + Метформин** 10/2000 мг/сут. 3. **Спиронолактон** 50 мг. 4. ~~**Валсартан**~~ 80 мг/сут. **Азилсартан** 40 мг/сут. 5. **Амлодипин** 5 мг/сут. 6. **Бисопролол** 5 мг/сут.	1. **Эмпаглифлозин 10 →** 25 мг/сут. 2. **Усилить гиполипидемическую терапию + Эзетимиб** 10 мг 1р/сут. 3. **Рекомендуется назначение кардионефропротектора Фириалта®** (финеренона) для замедления темпов снижения рСКФ и снижения риска СС катастроф (1А)

СОВМЕСТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ФИРИАЛТА® (ФИНЕРЕНОНА) И СТЕРОИДНЫХ АМКР НЕ РЕКОМЕНДОВАНО[4,5]

СОЧЕТАННОЕ ВЗАИМООТЯГЧАЮЩЕЕ РАЗВИТИЕ ХСН И ХБП ОБУСЛОВЛИВАЕТ КРАЙНЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ С РИСКОМ СМЕРТИ ДО 22% В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ[18]



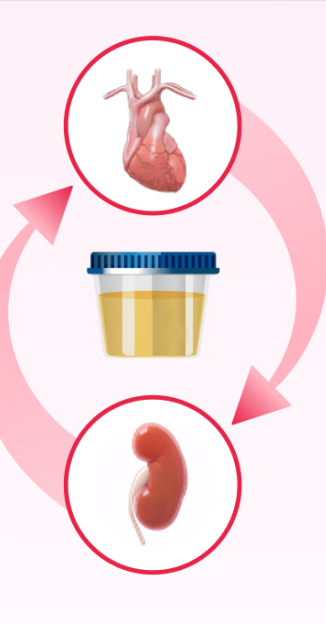
«Три месяца квадротерапии привели к значительному улучшению клинико-лабораторных параметров. Пациент хорошо отвечает на терапию и хорошо ее переносит. Надо ли что-то менять, если всё работает?

Давайте посмотрим на цифры: при сочетании ХБП и сердечной недостаточности каждый пятый пациент умирает в течение двух лет. А альбуминурия — не просто маркер повреждения почек, но и предиктор повышения частоты госпитализаций по поводу ХСН и прогрессирования сердечной недостаточности.

У нашего пациента, несмотря на назначенные препараты — БРА II плюс иНГЛТ2 и плюс спиронолактон — альбуминурия сохраняется в значении «выше нормы», демонстрируя остаточный риск. И у нас есть инструмент, чтобы его минимизировать — тройная кардионефропротекция».

Профессор В.В. Салухов

Альбуминурия является независимым маркером риска прогрессирования СН



CHARM[17]
Повышение А/Кр увеличивало риск госпитализаций по причине СН на 30-70%

SOLVD[16]
Повышение А/Кр увеличивало риск госпитализаций по причине СН в 1,8 раза

«Да, финеренон и спиронолактон ориентированы на одну мишень — минералокортикоидные рецепторы. Но это не значит, что они взаимозаменяемы, поскольку представляют собой разные классы: нестероидные и стероидные антагонисты МКР.

Я отменил спиронолактон и назначил финеренон. Почему? Потому что финеренон ингибирует МКР не только в почках, но и в сердце, в эндотелии сосудов, иммунных клетках и так далее, улучшая прогноз пациентов и их кардиоренальные исходы. И у этого пациента с СД2 и сердечной недостаточностью, а также с ХБП требуется именно широкий спектр протективных эффектов. Спиронолактон остаётся в кардиологии для ХСН со сниженной ФВ.
Для кардионефропротекции коморбидных пациентов с СД2, ХБП и ХСНунФВ следует рассмотреть препарат с убедительной доказательной базой именно в этой когорте пациентов — препарат финеренон».

Профессор В.В. Салухов

СРЕДИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ХБП И СД2 ФИРИАЛТА® (ФИНЕРЕНОН) ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛ ВЫРАЖЕННЫЙ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ, В ТОМ ЧИСЛЕ В ОТНОШЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СН[6-8]

%, пациенты

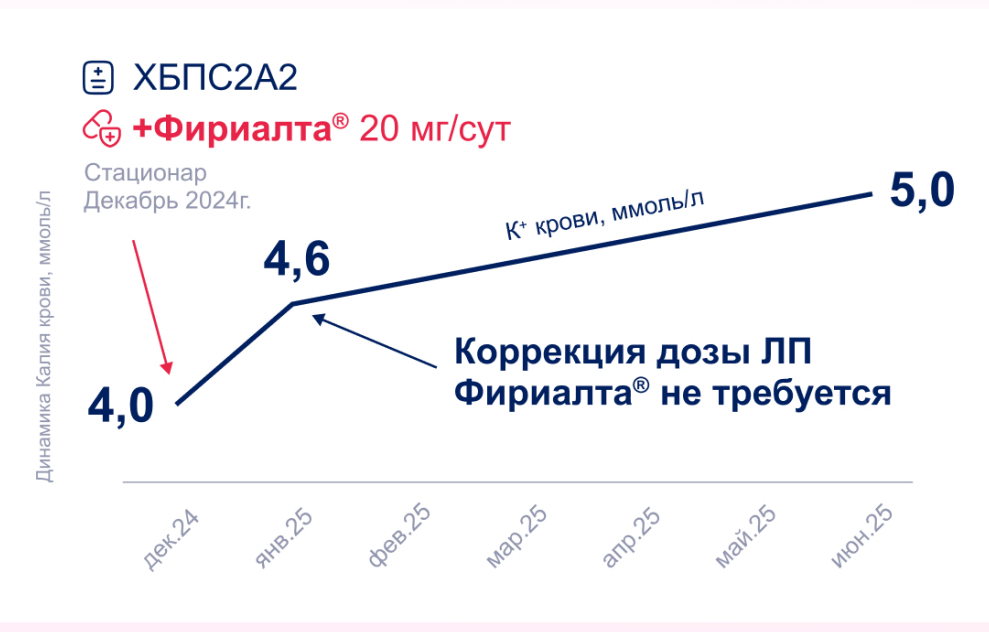
-32%	-22%	-21%
снижал риск развития ХСН на 32%[6]	снижал риск первичных ГСН на 22%[7]	снижал риск повторных ГСН на 21%[7]

1A **У ПАЦИЕНТОВ С СД2 И ХБП ФИНЕРЕНОН РЕКОМЕНДОВАН ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ГСН[8]**

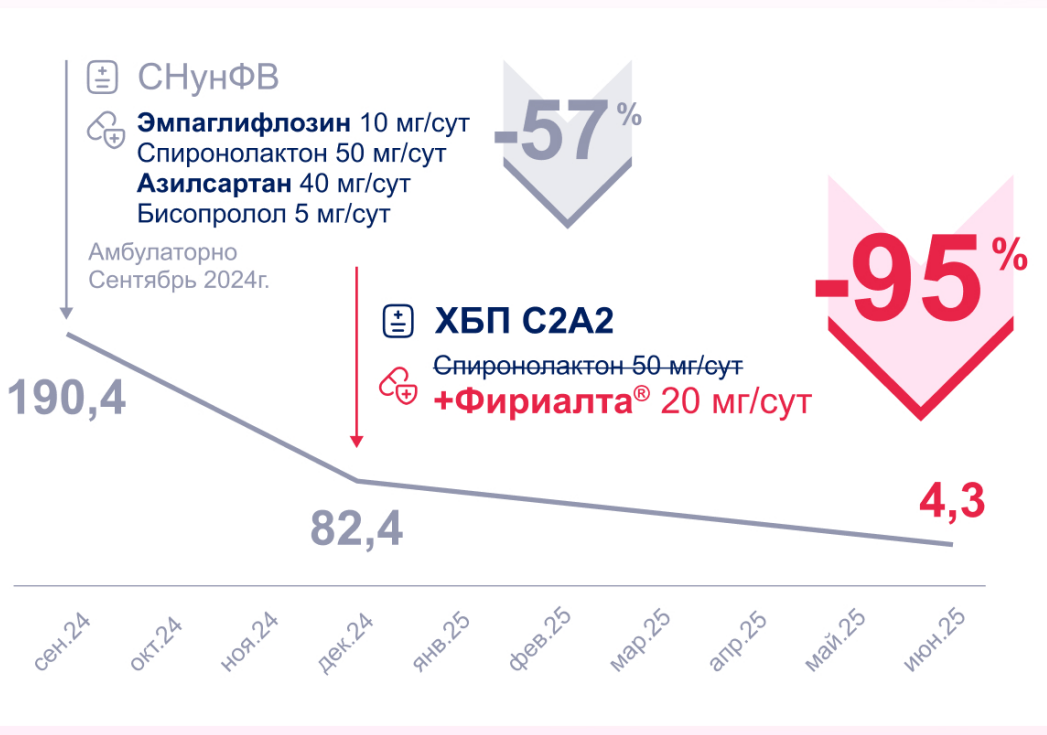
«Стероидные АМКР? Они не показали значимых нефропротективных эффектов у пациентов с ХБП и СД2 и их использование у пациентов с нарушенной функцией почек возможно с осторожностью. Тоже самое можно отметить и в отношении пациентов с ХСН с ФВ ≥40% - применение стероидных АМКР не привело к лучшим исходам по сравнению с плацебо, поэтому уровень рекомендаций у сАМКР в этой когорте лишь IIbC. Поэтому для нашего пациента с перечисленными параметрами именно Фириалта».

Профессор В.В. Салухов

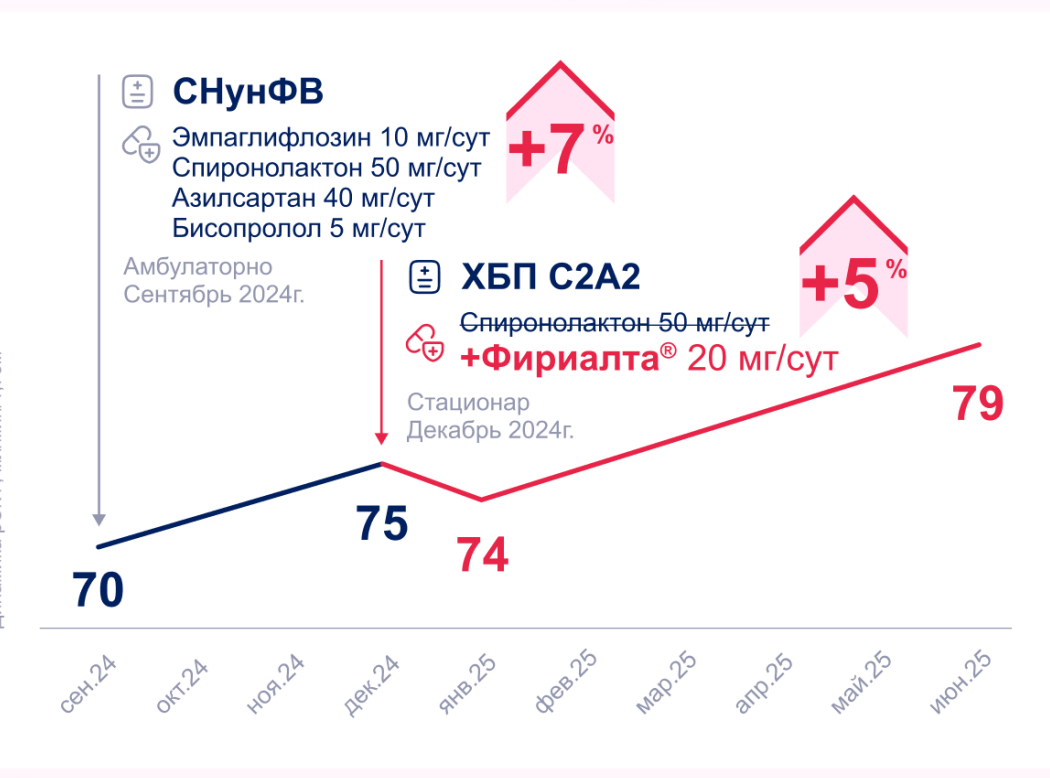
ДИНАМИКА КАЛИЯ ПОЗВОЛИЛА ПРОДОЛЖИТЬ ТЕРАПИЮ ФИРИАЛТА® В ЦЕЛЕВОЙ ДОЗЕ 20 МГ 1 Р/СУТКИ



ЗАМЕНА СПИРОНОЛАКТОНА НА ФИРИАЛТА® СОПРОВОЖДАЛАСЬ ЗНАЧИМЫМ СНИЖЕНИЕМ АЛЬБУМИНУРИИ НА 95% В ДОПОЛНЕНИЕ К ДОСТИГНУТОМУ РАНЕЕ РЕЗУЛЬТАТУ



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ХБП, СД2 И СНунФВ ПОЗВОЛИЛ ЗАМЕДЛИТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХБП



1. Отмена спиронолактона
2. Инициация **Фириалта®** 20 мг с целью кардио- и нефропротекции у коморбидного пациента с ХСН, ХБП, СД2

Выраженное снижение альбуминурии и стабилизация рСКФ после назначения ФИРИАЛТА® в дополнение к иРАС и иНГЛТ-2 позволили значимо улучшить прогноз пациента, снизив риски кардиоренальных угроз[2,9]

мужчина, 60 лет

Динамика ХБП:
рСКФ 75 →79 мл/мин/1,73м²
А/Кр 82,4 → 4,3 мг/г
ХБП С2А2 → С2А1

Динамика ХСН:
ФВ 48% → 53%
NTproBNP90 → 35 пг/мл

Смерть от любых причин от СС причин	2x → 1x
ТПН с потребностью в ЗПТ	10x → 2x
ОПП	3x → 2x
Госпитализация	1,3x → 1x
Инфаркт миокарда	2x → 1,1x
Инсульт	2x → 1,1x
СН	2x → 1,1x

На комплексной терапии у пациента наблюдался регресс альбуминурии. Если открыть калькулятор и посмотреть предложенные рекомендации, мы увидим, что такой пациент находится в зеленой зоне, что очевидно снижает нагрузку на пациента и врача, обусловленную необходимостью мониторинга и контроля лабораторных показателей.

«Давайте оценим полученный результат после изменения медикаментозной терапии: рСКФ выросла с 75 до 79, альбуминурия снизилась до 4,3 мг/г, NT-proBNP дополнительно уменьшилась с 90 до 35, ФВ наросла с 48% до 53%. Это еще раз доказывает, блокада МКР важна не сама по себе. Важно каким инструментом она осуществляется.
Мы заменили спиронолактон на финеренон — и получили улучшение в нефро- и кардиотропных показателях, что рождает надежду на улучшение прогноза у нашего пациента, и изменение траектории его кардиоренометаболического континуума.

Коллеги, давайте зафиксируем эту идеологию: если мы не достигли цели и видим сохраняющийся остаточный риск – усиливаем терапию и используем более эффективные инструменты».

Профессор В.В. Салухов

ВАЖНО:

1. Коморбидные пациенты с СН ФВ >40% и ХБП на фоне СД2 имеют неблагоприятный прогноз вследствие взаимоотягощающего течения данных заболеваний в рамках **КРМ синдрома**[9-11]
2. сАМКР имеют **низкий уровень рекомендаций и доказательств** для применения у пациентов с СН ФВ >40% с целью кардиопротекции; сАМКР также **не имеют доказанного нефропротективного эффекта**[12-14]
3. На основании доказанного кардионефропротективного эффекта **Фириалта®** (финеренон) рекомендован с наивысшим уровнем у пациентов **с ХБП и СД2 с целью первичной/вторичной профилактики ГСН и нефропротекции**[1,8,15]
4. Летом 2026 года в РФ для кардионефропротектора **Фириалта®** (финеренон) было зарегистрировано **новое медицинское показание для применения у пациентов с ХСН с ФВ ≥40%**, что открывает новые возможности для назначения препарата[4]

Список литературы:

1. Клинические рекомендации ассоциации нефрологов. Хроническая болезнь почек (ХБП); год утверждения 2024.
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю.Сухаревой. 12-й выпуск. М.; 2025.
3. Халимов Ю.Ш., Полякова Е.А., Шутова Ю.А. Сахарный диабет. 2024;27(6):620-628. doi: 10.14341/DM13222.
4. Общая характеристика лекарственного препарата финеренон; ЛП-№(002030)-(РГ-RU) от 09.07.2026.
5. Арутюнов Г.П., Батюшин М.М., Виллевальде С.В., Галявич А.С., Козиолова Н.А., Лопатин Ю.М., Недогода С.В., Орлова Я.А., Салухов В.В., Тарловская Е.И., Башкинов Р.А. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов в практике врача-терапевта. Совет экспертов. Российский кардиологический журнал. 2025;30(11):6575. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6575.
6. Filippatos G, et al. Circulation 2022;145:437–447.
7. Filippatos G, et al. JACC HF 2022;10:860–870.
8. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failureEuropean Heart Journal (2023) 00, 1–13 https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195.
9. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.
10. Салухов, В. В. Кардиоренальные эффекты финеренона и его место в терапии хронической болезни почек у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / В. В. Салухов, М. Ш. Шамхалова, А. В. Дуганова // Терапевтический архив. – 2023. – Т. 95, № 3. – С. 261-273. – DOI 10.26442/00403660.2023.03.202152. – EDN VGCGKS.
11. Matsushita K et al. Nat Rev Nephrol. 2022;18:696–707. doi: 10.1038/s41581-022-00616-6.
12. Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность» – 2024.
13. Vaduganathan M, et al. Eur J Heart Fail 2022;24:1586–1590.
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int 2022;102:S1–S128.
15. Agarwal R. et al. European Heart Journal. 2021;00,1-12. doi: 10.1093/eurheartj/ehab777.
16. Capes SE, et al. Diabetes Care 2000;23:377–380.
17. Jackson CE, et al. Lancet 2009;374: 543–550. 8. Masson S, et al. Circ Heart Fail 2010;3:65–72.
18. Romero-Gonzalez G, et al. Nefrologia 2020;40:223–236.

Список сокращений:

HbA1c – гликированный гемоглобин; NT-proBNP – N-концевой про-натрийуретический пептид B-типа; NYHA – New York Heart Association (Нью-Йоркская ассоциация сердца); А/Кр – соотношение альбумин/креатинин мочи; АГ – артериальная гипертензия; АД – артериальное давление; АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов; АУ – альбуминурия; БРА – блокатор рецепторов ангиотензина; ГБ – гипертоническая болезнь; ГСН – госпитализация по причине сердечной недостаточности; иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; ИМ – инфаркт миокарда; иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа; иРАС – ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы; КРМС – кардио-рено-метаболический синдром; ЛП – лекарственный препарат; ЛПНП – липопротеины низкой плотности; МНУП – мозговой натрийуретический пептид; нсАМКР – нестероидные антагонисты минералокортикоидных рецепторов; ОПП – острое повреждение почек; ОТ – окружность талии; рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации; сАМКР – стероидные антагонисты минералокортикоидных рецепторов; СД2 – сахарный диабет 2 типа; СКФ – скорость клубочковой фильтрации; СН – сердечная недостаточность; СНусФВ – сердечная недостаточность с умеренно сниженной (промежуточной) фракцией выброса; СС – сердечно-сосудистый; ТПН – терминальная почечная недостаточность; ФВ – фракция выброса; ФК – функциональный класс; ХБП – хроническая болезнь почек; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ХСНунФВ – хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса.

Авторские права на приложенный документ охраняются, материал предоставляется исключительно в информационных целях.

Данный лекарственный препарат подлежит дополнительному мониторингу. Это позволит быстро выявить новую информацию, касающуюся 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

Общая характеристика лекарственного препарата Фириалта® доступна по ссылке

МАТЕРИАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Материал подготовлен при поддержке компании АО «БАЙЕР» 07.2026.
АО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2
Телефон: +7 (495) 231-12-00
COM-FIR-RUS-07.2026-11658-1