

frekvence 84/min, v odběrech CKD-EPI 0,9 ml/s, kalemie 4,58 mmol/l, pokračujeme tedy v Kerendii® 20 mg 1× denně. Během měsíce dubna jsem pacientku pro symptomatickou fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor indikovala k elektrické kardioverzi předléčena propafenonem. Na kontrole 21. 4. 2025 si drží sinusový rytmus, TK 120/65 mm Hg, již není dušná. V odběrech významný pokles UACR na 1,44 g/mol, CKD-EPI je oproti vstupní hodnotě stále sníženo, a to na 0,83 ml/s, urea 7,6 mmol/l, kreatinin 100 umol/l, kalemie 4,49 mmol/l. U této pacientky došlo po nasazení finerenonu k očekávanému poklesu CKD-EPI a mírnému nárůstu N-láték, krevní tlak byl mírně snížen, kalemie oproti vstupním hodnotám mírně narostla, nicméně nárůst nebyl nijak limitující pro up-titraci finerenonu do maximální dávky 20 mg/den. U pacientky bylo, dle SPC, možno iniciálně užít dávku 20 mg. Protože to byla jedna z prvních pacientek a obávala jsem se hyperkalemie, postupovala jsem možná až s přehnanou opatrností a iniciovala léčbu 10 mg a následně up-titrovala na 20 mg, tedy cílovou dávku. Pacientka medikaci velmi dobře tolerovala, neměla žádné nežádoucí účinky a v medikaci doposud pokračujeme bez dalších vymezených kontrol.

Druhá pacientka je 83letá arteriální hypertonička, BMI 27,58, s diabetem mellitem 2. typu, chronickým onemocněním ledvin a dyslipidemií. Na pravidelné kontrole v prosinci 2024, měla TK 115/60, tepovou frekvenci 85/min, v odběrech UACR 27,98 g/mol, urea 12,5 mmol/l, kreatinin 164 umol/l, CKD-EPI 0,41 ml/s. V medikaci má bisoprolol 10 mg, perindopril 10 mg, dapagliflozin z nefrologické indikace 10 mg denně, sulfonylureu a statin. Dne 30. 12. 2024 nasazují Kerendii® 10 mg denně. Na kontrole za 4 týdny 30. 1. 2025 má v odběrech: urea 17,9 mmol/l, kreatinin 177 umol/l, CKD-EPI 0,38 ml/s a kalemii 5,0 mmol/l, která nám nedovolí zvýšit dávku Kerendie®, a tedy ponecháváme finerenon na stávající dávce 10 mg denně. Za další 4 týdny přichází na kontrolu: v odběrech je urea 19,1 mmol/l, kreatinin 168 umol/l, CKD-EPI 0,4 ml/s a kalemie 4,93 mmol/l. Opět nám kalemie nedovolila navýšit dávku Kerendie®. Za další 4 týdny, tedy celkově 3 měsíce od nasazení, přichází pacientka na kontrolu: TK 122/76 mm Hg, tepová frekvence 78/min, v odběrech po-

kles UACR na 11,86 g/mol, urea 21,3 mmol/l, kreatinin 186 umol/l, CKD-EPI 0,35 ml/s a kalemie 4,83 mmol/l. Pacientce stále Kerendii® nemohu navýšit, nicméně budu v odběrech na pravidelných kontrolách kalemii kontrolovat a poklesne-li její hodnota na 4,8 mmol/l a méně, navýším na cílových 20 mg denně, a to i přes značný pokles albuminurie (o 58 %) již při dávce finerenonu 10 mg denně. Pacientka neměla žádné nežádoucí účinky a léčbu finerenonem dobře toleruje. Další kontrolu bude mít za 6 měsíců v rámci svých pravidelných dispenzárních prohlídek.

## Závěr

Finerenon je nesteroidní vysoce selektivní antagonist mineralkortikoidního receptoru, který příznivě ovlivňuje patofyziologii kardiorenálních onemocnění, a to především snížením zánětu a tlumením fibrotizace. Tímto působením příznivě doplňuje hemodynamické a metabolické mechanismy farmakologického ovlivnění těchto chorob. V klinických studiích byl prokázán jeho příznivý efekt na zpomalení progresu chronického onemocnění ledvin u diabetiků 2. typu (23 % RRR) a snížení rizika KV příhod (14 % RRR). Dle současných doporučení ADA/KDIGO z roku 2024 a ESC 2023 se vedle iRAAS a gliflozinů stal základem léčby onemocnění ledvin u pacientů s diabetem. Nová úhradová kritéria, ve kterých došlo k významnému snížení vstupních hodnot UACR, umožnila nasadit tuto léčbu více pacientům a v časnějších stadiích onemocnění ledvin. Schéma nasazení finerenonu se v počátcích může jevit složité, nicméně po důkladném poučení pacienta o kontrolách kalemie po 4 týdnech po nasazení a zvýšení dávky se nadále jedná o pravidelné kontroly ve stanovených intervalech. Pokles krevního tlaku při terapii finerenonem je mírný a není nutná úprava antihypertenzní medikace. Finerenon se stává jedinečným lékem s mezioborovým přesahem, který působí zcela novou a jedinečnou cestou na složku zánětu a fibrózy. Je tak nejen součástí farmakologické výzbroje nefrologů, ale i diabetologů, internistů kardiologů a internistů.

*Zkrácené informace o přípravku Kerendia® najdete na stránce 243.*

**PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti:** Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Podpořeno společností BAYER s.r.o. 6/2025 PP-KER-CZ-0364-2. **Poděkování:** PharmDr. Karlu Hlochovi, Ph.D. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

## LITERATURA

- Kintscher U, Bakris GL, Kolkhof P. Novel non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonists in cardiorenal disease. *Br J Pharmacol.* 2022;179(13):3220-3234.
- Kolkhof P, Delbeck M, Kretschmer A, et al. Finerenone, a novel selective nonsteroidal mineralocorticoid receptor antagonist protects from rat cardiorenal injury. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2014;64(1):69-78.
- Agarwal R, Kolkhof P, Bakris GL, et al. Steroidal and non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonists in cardiorenal medicine. *Eur Heart J.* 2021;42(2):152-161.
- Tesch GH, Young MJ. Mineralocorticoid receptor signaling as a therapeutic target for renal and cardiac fibrosis. *Front Pharmacol.* 2017;8:313.
- Kerendia® [Internet]. Bayer. Available from: <https://www.bayer.com/cs/cz/vpois-rozcestnik>
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2020;395(10225):709-733.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1-163.
- Levey AS, Becker C, Inker LA. Glomerular filtration rate and albuminuria for detection and staging of acute and chronic kidney disease in adults: a systematic review. *JAMA.* 2015;313(8):837-846.
- National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2005;45(4 Suppl 3):S1-S153.
- Afkarian M. Diabetes, kidney disease, and cardiovascular outcomes. *Pediatr Nephrol.* 2015;30(1):65-74.
- Alicic RZ, Rooney MT, Tuttle KR. Diabetic kidney disease: challenges, progress, and possibilities. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2017;12(12):2032-2045.
- Fox CS, Matsushita K, Woodward M, et al. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. *Lancet.* 2012;380(9854):1662-1673.
- Haller H, Menne J, Mancia G. The role of mineralocorticoid receptor antagonists in patients with hypertension and diabetes mellitus. *J Hypertens.* 2010;28(11):2204-2209.
- Pelikanová T, et al. Doporučené postupy při diabetickém onemocnění ledvin 2021. *Klin Biochem Metab.* 2021;29(50):104-116.
- Åkerblom A, et al. Albuminuria and cardiovascular events in patients with acute coronary syndromes: Results from the TRACER trial. *Am Heart J.* 2016;178:1-8.