Диабетическая нефропатия характеризуется постоянной протеинурией (на тест-полоске результат положителен на альбумин на 1 плюс или экскреция белка составляет 0,3 г/л или скорость 20 экскреции превышает 200 микрограмм/мин.) на фоне повышенного АД. На ранних стадиях креатинин может быть нормален. Следует обратить внимание на следующие ключевые моменты:

· Моча на протеинурию должна исследоваться, по крайней мере, раз в год – при СД II с момента установления, а при СД I через 5 лет после установления диагноза и до возраста 65 лет.

· При СД I нефропатия развивается в 20-30% случаев, но благодаря мерам профилактики этот процент снизился в последние годы.

· При СД II нефропатия развивается в 10 % случаев. Однако, большинство этих больных погибают от сердечно-сосудистых болезней раньше, чем развивается развернутая стадия диабетической нефропатии.

· Диагностика диабетической нефропатии обычно не вызывает каких-либо проблем и для нее типична постоянная протеинурия, отсутствие болезней почек в прошлом и она сочетается с диабетической ретинопатией. Биопсия почек для уточнения диагноза проводится в исключителных случаях.

· У больных с диабетической ретинопатией повышается риск развития ретинопатии, нейропатии и сердечно-сосудистых болезней. Это обстоятельство отражает лишь факт, что поражение сосудов при диабете не ограничивается только почечными.

· Типичную историю развития диабетической нефропатии можно представить следующим образом:

через 5-10 лет после установления диагноза появлется миркоальбуминурия;

5-10 лет спустя развивается диабетическая нефропатия, клинически выраженная;

спустя 5 лет скорость клубочковой фильтрации снижается на 50% и начинает повышаться уровень креатинина;

5-ю годами позже наступает последняя стадия нефропатии с явлениями почечной недостаточности.

· Как только уровень креатинина достигает 200 ммоль/л, прогрессирование нефропатии к завершающей конечной стадии, в случае отсутствия контроля АД, предопределено и предсказуемо.

· На стадии диабетической нефропатии строгая компенсация углеводного обмена уже практически не предотвращает прогрессирование поражения почек, в отличие от микроальбуминурической стадии, где он важен.

Вместе с тем, следует обратитть внимание, что

· Поддержание АД на нормальных или близких к норме цифрах (