

Микроальбуминурия — явление появления [альбуминов](#) в моче.

Микроальбуминурия так же является маркером поражения сосудов при диабете и выделяет тех людей, которые склонны к развитию тяжелых [осложнений сахарного диабета](#)

При [СД I](#) микроальбуминурия является важным прогностическим показателем развития диабетической нефропатии. У 80% больных с впервые выявленной микроальбуминурией диабетическая нефропатия развивается в ближайшие 10 лет и лишь у 6% больных без микроальбуминурии. При [СД II](#) микроальбуминурия прогностически менее значима. Микроальбуминурия – предвестник тяжелых сердечно-сосудистых болезней у как у больных СД I, так и СД II. В экспресс-методе исследования на микроальбуминурию с помощью тест-полосок норма для микроальбуминурии составляет 20 г/мин - 200 г мин/мин. Микроальбуминурия развивается часто - у 20 % больных СД I и у 25% больных СД II. Скрининг и диагностика. Исследование на микроальбуминурию проводится только у больных без протеинурии.

Методы исследования:- экспресс анализ с помощью тест-полосок в первой порции утренней мочи- определение экскреции альбумина с мочой (в мг) по отношению к креатинину (в ммоль/л) в первой порции утренней мочи (20 мл мочи в стерильную посуду без консерванта). Экскреция альбумина выше 3,5 для женщин и выше 2,5 для мужчин считается повышенной, что соответствует скорости экскреции альбумина, превышающей 20 г/мин. Если величина отношения альбумин/креатинин повышена, то проводится повторное исследование через 6-12 недель для подтверждения диагноза. Инфекция мочевых путей во время исследования должна быть исключена. Когда и кого обследовать. Больных СД I через 5 лет после установления диагноза и затем ежегодно до возраста 65 лет. Целесообразность исследования микроальбуминурии при СД II в настоящее время многими оспаривается, но некоторые центры рекомендуют первый анализ производить через 6 мес. после установления диагноза.

Обнаружение в моче с помощью тест-полосок следов альбуминурии по крайней мере в двух случайно взятых утренних порциях должно быть поводом для нижепредставленной последовательности действий.

Порядок действий. На анализ берется средняя порция мочи для исключения инфекции и гематурии. Проверяется функция почек (обычно исследуются в крови мочевины,

остаточный азот и креатинин).

- Следует максимально улучшить показатели углеводного обмена, что способствует снижению риска развития [нефропатии](#) .

-Поддерживать артериальное давление на нормальном или близком к нормальному уровню, предпочтительно используя для коррекции артериальной гипертензии препарат из группы ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ), если нет противопоказаний.

- В случаях, когда препараты АПФ противопоказаны, или недостаточно эффективны, целесообразно использовать альфа блокаторы или антагонисты кальция. С учетом положительного влияния ингибиторов АПФ на альбуминурию, они могут использоваться и у лиц с нормальным АД для уменьшения альбуминурии.

- Более тщательно контролироваться развитие других осложнений диабета (со стороны глаз, липидов, сердечно-сосудистой системы, нейропатии и стоп). Настоятельно рекомендовать больным прекратить курение.

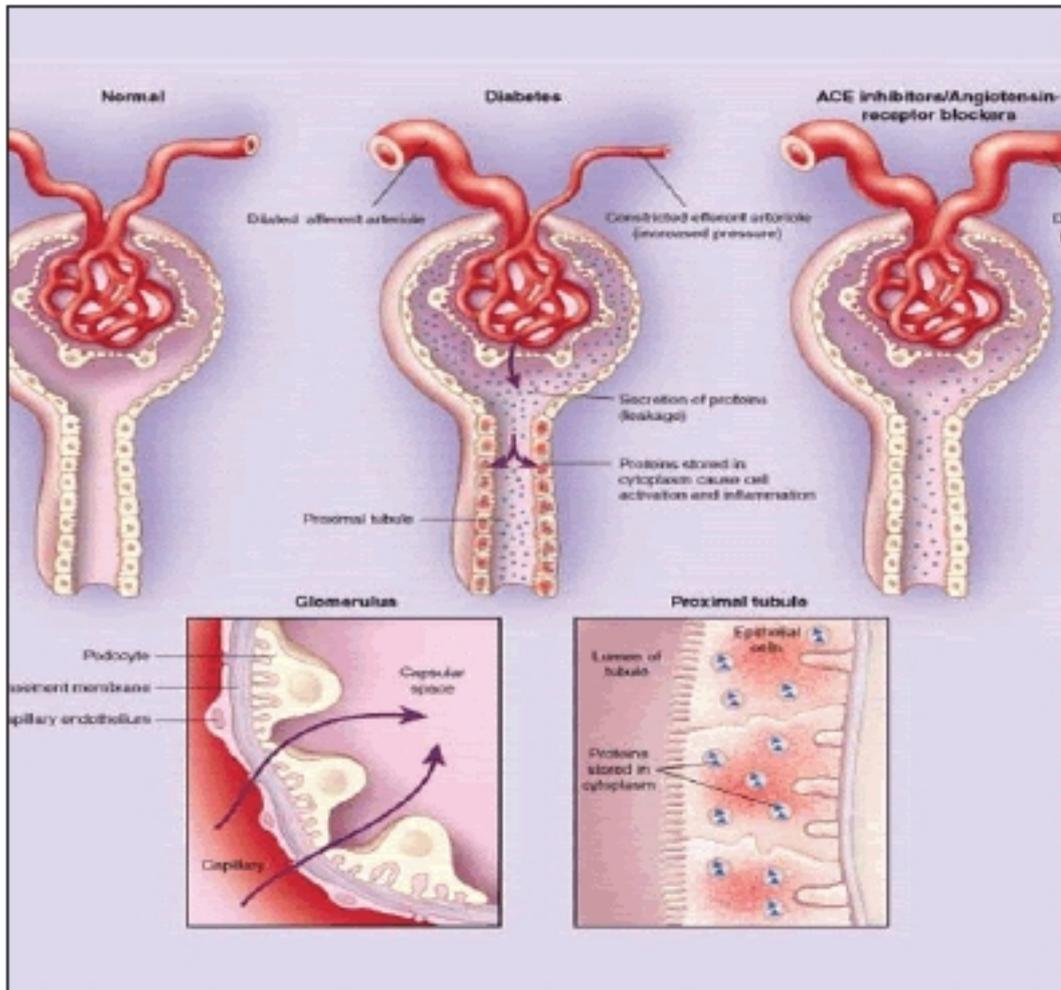


Рис. 1. Нефрон в норме (слева); изменения, происходящие в нем при сахарном диабете (посередине и увеличено внизу – расширение приносящей артериолы и констрикция уносящей, «утечка» белка в проксимальный каналец и накопление его в цитоплазме клеток эпителия проксимального канальца с возникновением воспаления) и при лечении пациентов ингибиторами АПФ/БРА (справа)

Абсолютный запрет на использование информации, содержащейся в данном документе, для любых целей, связанных с рекламой лекарственных средств.