

МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ – ПРЕДИКТОР ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.С. Никонорова, К.С. Данилина, Л.Н. Аль-Гальбан, Поселюгина О.Б.

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России*

Актуальность. Микроальбуминурия (МАУ) является самым ранним маркером развивающейся диабетической нефропатии, прогрессирование которой на этой стадии можно приостановить, что делает регулярное определение этого показателя особенно актуальным.

Однако в клинической практике исследования на микроальбуминурию проводятся редко, при сборе мочи допускаются неточности, а трактовка результатов часто не соответствует критериям ВОЗ, что приводит к ошибочным заключениям о наличии нефропатии у пациентов с сахарным диабетом (СД). В то же время МАУ независимо от степени выраженности является доказанным фактором сердечно-сосудистого риска.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости МАУ среди больных сахарным диабетом, выявить связь между МАУ и хронической болезнью почек (ХБК).

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента с сахарным диабетом, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ ОКБ г. Твери. Из них 19 мужчин и 41 женщины. У данных пациентов проводился сбор анамнестических данных, определялся индекс массы тела (ИМТ), измерялось артериальное давление (АД), определялся уровень креатинина крови и рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью формулы СКД-ЕРІ. Кроме этого, проводился скрининговый тест на определение МАУ с помощью тест-полосок «Микро Альбуфан» (компания Лахема, Чехия). МАУ диагностировалась при уровне альбуминов от 0,03 г/л до 0,15 г/л, более высокая концентрация белка указывала на протеинурию. Степень градации по количественной шкале была следующая: 0,01 г/л, 0,03 г/л, 0,08 г/л, 0,15 г/л, 0,3 г/л, 1 г/л, 5 г/л.

Критериями исключения из исследования явились: возраст моложе 18 и старше 70 лет, протеинурия в анамнезе, инфекция мочевыводящих путей, острые или обострение хронических воспалительных заболеваний почек, гипертермия.

Результаты и обсуждения. Всего на МАУ было обследовано 60 больных СД, из них 18 – больные СД 1 типа и 42 – СД 2 типа. Все пациенты в зависимости от величины микроальбуминурии распределились на следующие группы: 0,01 г/л – 16,6%, 0,03 г/л – 30,0%, 0,08 г/л – 25,0%, 0,15 г/л – 10,0%, 0,3 г/л – 15,0%, 1,0 г/л – 1,7%, 5,0 г/л – 1,7%. Положительный тест на МАУ среди общего числа больных был выявлен у 39 человек, что составляет 65,0%, в группе лиц страдающих СД 1 типа – 55,5%, СД 2 типа – 69,0%.

Средняя продолжительность СД у обследованных больных – 12,9 лет. Анализ величины МАУ в зависимости от стажа СД показал, что с увеличением длительности заболевания показатели МАУ возрастают как у больных с СД первого, так и второго типов. Так, при МАУ 0,03 г/л – 22,2% больных страдают СД от 5 до 9 лет; 44,4% от 10 до 14 лет. При МАУ 0,08 г/л – преобладает группа больных со стажем заболевания от 15 лет и более – 40%. При МАУ 0,15 г/л – по 33% обследуемых оказалось в группах со стажем от 10 до 14 и от 15 и более лет.

Из сопутствующих заболеваний у обследуемых пациентов артериальная гипертензия (АГ) встречалась у 39 человек (65,0%). В группе пациентов с положительным тестом на МАУ АГ выявлена у 29 пациентов (74,3%), среди них 3 – больные СД 1 типа (10,3%) и 26 больные СД 2 типа (89,4%). При оценке величины АД у 5 обследованных выявлена АГ 1 степени (17,2%), у 16 – АГ 2 степени (55,2%) и у 8 человек – АГ 3 степени (27,6%).

При подсчете и оценке ИМТ избыточная масса тела (ИМТ 25-29,5 кг/м²) выявлена у 18 человек (30%), из них МАУ обнаружена у 10 (55,5%); а ожирение (ИМТ>30 кг/м²) у 28 больных СД (46,6%), из них у 20 человека (71,4%) тест на МАУ оказался положительным. ИМТ в пределах нормы у 14 человек (23,4%), из них у 9 (64%) обнаружена МАУ.

ИБС выявлена у 30 больных (50,0%), среди них МАУ обнаружена у 19 (63,3%). Наибольшее число пациентов сосредоточено в группах с показателями МАУ 0,03 г/л (7 обследованных – 36,8%) и 0,08 г/л (9 обследованных – 47,3%), что имеет важное значение в своевременном начале их лечения.

Опрос показал, что среди обследуемых курят 19 человек (31,6%), из них положительный тест на МАУ выявлен у 13 (68,4%), причем, была установлена закономерность увеличения показателя МАУ с увеличением стажа курения. Так, при МАУ 0,03 г/л средний стаж курения составил 19,8 лет, при МАУ 0,08 г/л – 25,7 лет, а при МАУ 0,15 г/л – 34,25 лет.

Заболевания почек в анамнезе имеют 30% пациентов. МАУ обнаружена у 79% из них. Наиболее часто встречающиеся заболевания: МКБ у 47%, хронический пиелонефрит – у 37%, кисты – у 26%.

При оценке СКФ, рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ, 60 обследованных пациентов были разделены на группы, исходя из общепринятой классификации ХБП. Оказалось, что СКФ (90-130 мл/мин/1,73м²) в пределах нормы у 24 человек (40%), что соответствует 1 стадии ХБП, СКФ (60-89 мл/мин/1,73м²) у 20 (33,3%) пациентов – ХБП 2 стадия, у 16 человек (26,7%) СКФ (30-59 мл/мин/1,73м²) – ХБП 3 стадия, СКФ (29-15 мл/мин/1,73м²), соответствующая ХБП 4 стадии не выявлена. При МАУ 0,03 – 33,3% обследованных были с 1 стадией ХБП, 38,9% – со 2 и 27,8% с 3 стадией ХБП. При МАУ 0,08 – 46,7% больных с 1-ой, 40% со 2-ой и 13,3% с 3 стадией ХБП. При МАУ 0,15 – 16,7% больных с 1-ой, 33,3% со 2-ой и 50% с 3 стадиями ХБП. Таким образом, с увеличением МАУ показатели СКФ снижаются. Следует отметить, что среди лиц с ХБП 2 стадии 15 человек (75%) были с положительным тестом на МАУ.

Выводы:

1. Использование скрининговых тест-полосок «Микро Альбуфан» для определения МАУ является достаточно информативным, надежным и простым в применении методом. Диагностическое значение имеет определение МАУ не менее чем в двух последовательных анализах мочи с учетом значительной вариабельности экскреции белка с мочой.

2. МАУ развивается в равной мере у больных СД как 1 типа, так и 2.

3. Выявлена связь МАУ с длительностью течения сахарного диабета и АГ, степенью ожирения, стажем курения и величиной СКФ; при этом наличие у больных с СД данных факторов, несомненно, отягощают течение заболевания и ухудшают прогноз.

4. Раннее выявление МАУ у больных СД имеет важное диагностическое значение для начала ранней профилактики ДН и предотвращения развития ХБП.

Список литературы

1. Шестакова, М.В. Поражение почек при сахарном диабете: диагностика, профилактика и лечение /М.В. Шестакова // Русский медицинский журнал. – 1998.– Т. 6, № 12. – С. 38-46.
2. Микроальбуминурия: клиническое и прогностическое значение при артериальной гипертензии /А.А. Аракелянц[и др.] // Терапевтический архив. – 2003. – Т. 75, № 12. – С. 16-19.
3. Микроальбуминурия: диагностическое, клиническое и прогностическое значение. Ч.1/ Д.В. Преображенский [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2000.– № 3. – С. 79-86.
4. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 752с.
5. Бондарь, И.А. Ранние маркеры диабетической нефропатии /И.А. Бондарь, В.В. Климонтов //Клиническая нефрология. – 2010. – № 2. – С. 60-65.