



# Полиурический синдром

# НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- **ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ОБУСЛОВЛЕН НАРУШЕНИЕМ СЕКРЕЦИИ АДГ, ОН МОЖЕТ БЫТЬ**
  - **ПЕРВИЧНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ – СЛЕДСТВИЕ ДЕФЕКТА АДГ-СЕКРЕТИРУЮЩИХ НЕЙРОНОВ В СУПРАОПТИЧЕСКОМ И ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОМ ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА. БОЛЕЗНЬ НАСЛЕДУЕТСЯ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНО, БЫВАЮТ И СПОРАДИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.**
  - **ВТОРИЧНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ – РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ГИПОФИЗА И ГИПОТАЛАМУСА (ГИПОФИЗЭКТОМИЯ, ТРАВМА, ОПУХОЛЬ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ, СОСУДИСТЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ).**
- **НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ОБУСЛОВЛЕН ПОНИЖЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ СОБИРАТЕЛЬНЫХ ТРУБОЧЕК К АДГ, ПРИЧИНЫ ЕГО МНОГООБРАЗНЫ. ЧАЩЕ ВСЕГО ЭТО ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ЗАБОЛЕВАНИЯ**

# **ЭТИОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА**

- **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ (СЕМЕЙНЫЙ) ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ:**

- **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ СИНТЕЗА ПРЕПРОАДГ В ГИПОТАЛАМУСЕ ЛИБО ДЕФЕКТЫ ПРОЦЕССИНГА И ТРАНСПОРТА ПРОАДГ; НАСЛЕДОВАНИЕ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЕ.**

- **ПРИБРЕТЕННЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ:**

- **ИДИОПАТИЧЕСКИЙ**

- **ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА ИЛИ ОПЕРАЦИЯ В ОБЛАСТИ ГИПОТАЛАМУСА И ГИПОФИЗА**

- **ОПУХОЛИ: КРАНИОФАРИНГИОМА, МЕНИНГИОМА, РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАК ЛЕГКОГО, МЕТАСТАЗЫ**

- **ИНФЕКЦИИ: ЭНЦЕФАЛИТ, МЕНИНГИТ**

- **ГРАНУЛЕМАТОЗЫ: САРКОИДОЗ, ГИСТИОЦИТОЗ X, БОЛЕЗНЬ ВЕГЕНЕРА**

- **ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДОВ: АНЕВРИЗМА, СИНДРОМ ШИХАНА, АОРТОКОРОНАРНОЕ**

- **ШУНТИРОВАНИЕ.**

# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВТОРИЧНЫЙ –**

- ⌘ - ОПУХОЛИ - САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА. У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ КРАНИОФАРИНГИОМА .**
- ⌘ - ГИСТИОЦИТОЗ X .**
- ⌘ - ИНФЕКЦИИ (НАПРИМЕР, МЕНИНГИТ ) МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ ПРЕХОДЯЩИЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ.**
- ⌘ - АНОМАЛИИ СОСУДОВ .**
- ⌘ - ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА (У ДЕТЕЙ - РЕДКАЯ ПРИЧИНА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА).**
- ⌘ - СИНДРОМ ВОЛЬФРАМА (СИНДРОМ DIDMOAD) :**

# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ НЕФРОГЕННЫЙ: ЭТИОЛОГИЯ**

**⌘ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ (СЕМЕЙНЫЙ) НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ОБУСЛОВЛЕН МУТАЦИЕЙ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АДГ ТИПА V2 НА XQ28 . ЗАБОЛЕВАНИЕ НАСЛЕДУЕТСЯ РЕЦЕССИВНО, СЦЕПЛЕННО С X-ХРОМОСОМОЙ**

**⌘ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРИОБРЕТЕННОГО НЕФРОГЕННОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА :  
ГИПОКАЛИЕМИЯ , ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ,  
СЕРПОВИДНОКЛЕТочНАЯ АНЕМИЯ , ОБСТРУКЦИЯ  
МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ , А ТАКЖЕ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ  
СРЕДСТВ (НАПРИМЕР, ЛИТИЯ , ДЕМЕКЛОЦИКЛИНА ИЛИ  
МЕТОКСИФЛУРАНА )**

# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ: ПАТОГЕНЕЗ**

**☞ ПОЛИУРИЯ ВОЗНИКАЕТ, КОГДА СЕКРЕЦИЯ АДГ СТАНОВИТСЯ НЕДОСТАТОЧНОЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК, Т. Е. СНИЖАЕТСЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 75%. ГИПЕРОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПОЛИУРИЕЙ, КОМПЕНСИРУЕТСЯ ПОЛИДИПСИЕЙ. НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ ПОЛИУРИИ ПОЛИДИПСИЯ ПОДДЕРЖИВАЕТ ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ НА УРОВНЕ, ЛИШЬ СЛЕГКА ПРЕВЫШАЮЩЕМ НОРМАЛЬНЫЙ. НАРУШЕНИЕ МЕХАНИЗМА ЖАЖДЫ ИЛИ ОГРАНИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНАМИ ГИПЕРОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ И ГИПЕРНАТРИЕМИИ У БОЛЬНОГО НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.**

**☞ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГИПОТАЛАМУСА ИЛИ НЕЙРОГИПОФИЗА БЫВАЕТ ПРЕХОДЯЩИМ, СТОЙКИМ ИЛИ ИМЕЕТ ТРЕХФАЗНЫЙ ХАРАКТЕР.**

# ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ НЕФРОГЕННЫЙ: ПАТОГЕНЕЗ

- **ГЛАВНАЯ ЧЕРТА НЕФРОГЕННОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА:** ПАССИВНАЯ РЕАБСОРБЦИЯ ВОДЫ В ДИСТАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦАХ И СОБИРАТЕЛЬНЫХ ТРУБОЧКАХ НЕ УСИЛИВАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ АДГ, ЧТО ПРИВОДИТ К ГИПОСТЕНУРИИ.
- **НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ** МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН НАРУШЕНИЕМ СВЯЗЫВАНИЯ АДГ С РЕЦЕПТОРАМИ ТИПА V2, НАРУШЕНИЕМ ПЕРЕДАЧИ СИГНАЛА ОТ РЕЦЕПТОРОВ ЛИБО ОБОИМИ ДЕФЕКТАМИ. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕФРОГЕННОМ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ НАРУШЕНА ПЕРЕДАЧА СИГНАЛА ОТ РЕЦЕПТОРОВ АДГ К АДЕНИЛАТЦИКЛАЗЕ; ПРОДУКЦИЯ ЦАМФ В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ АДГ СНИЖЕНА; ЧИСЛО ВОДНЫХ КАНАЛОВ В КЛЕТКАХ ДИСТАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ И СОБИРАТЕЛЬНЫХ ТРУБОЧЕК НЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ АДГ. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ И ГИПОКАЛИЕМИЯ ТАКЖЕ НАРУШАЮТ КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК. ГИПОКАЛИЕМИЯ СТИМУЛИРУЕТ ОБРАЗОВАНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 И ТЕМ САМЫМ ПРЕПЯТСТВУЕТ АКТИВАЦИИ АДЕНИЛАТЦИКЛАЗЫ. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ УМЕНЬШАЕТ СОДЕРЖАНИЕ РАСТВОРЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В МОЗГОВОМ ВЕЩЕСТВЕ ПОЧЕК И БЛОКИРУЕТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РЕЦЕПТОРОВ АДГ С АДЕНИЛАТЦИКЛАЗОЙ. ДЕМОКЛОЦИКЛИН И ЛИТИИ ПОДАВЛЯЮТ ОБРАЗОВАНИЕ ЦАМФ, СТИМУЛИРОВАННОЕ АДГ.

# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**⌘ - НИКТУРИЯ И НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ .**

**⌘ - ЗАДЕРЖКА РОСТА И МЕДЛЕННАЯ ПРИБАВКА В ВЕСЕ  
(ВСЛЕДСТВИЕ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СТГ , НЕДОСТАТОЧНОГО  
УСВОЕНИЯ ПИЩИ).**

**⌘ - ПЛАКСИВОСТЬ .**

**⌘ - РВОТА .**

**⌘ - ЗАПОР .**

**⌘ - ИНОГДА КОСОГЛАЗИЕ ИЛИ ДИПЛОПИЯ .**

**⌘ - ДЕГИДРАТАЦИЯ (У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ И У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО  
ВОЗРАСТА С НАРУШЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ ЖАЖДЫ МОЖЕТ  
ПРИВЕСТИ К СОПОРУ ИЛИ КОМЕ ).**



# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ НЕФРОГЕННЫЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

## **ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ:**

- - НОРМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И КАНАЛЬЦЕВОЙ ЭКСКРЕЦИИ.**
- - ГИПОСТЕНУРИЯ .**
- - НОРМАЛЬНЫЙ ИЛИ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АДГ .**
- - ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ АДГ НЕ ПОВЫШАЕТ ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ И НЕ УМЕНЬШАЕТ ОБЪЕМ МОЧИ.**

**СИМПТОМЫ НЕФРОГЕННОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА - ПОЛИУРИЯ , ОБЕЗВОЖИВАНИЕ , ГИПОТОНИЧНАЯ МОЧА И ГИПЕРНАТРИЕМИЯ . УРОВЕНЬ АДГ В СЫВОРОТКЕ УВЕЛИЧЕН СООТВЕТСТВЕННО ПОВЫШЕННОЙ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ, НО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПОЧЕК К АДГ СНИЖЕНА.**

# ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА

- ⌘ - КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК НАРУШЕНА (НИЗКИЕ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС И ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ МОЧИ); ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ И КОНЦЕНТРАЦИЯ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ В НОРМЕ ИЛИ ПОВЫШЕНЫ.
- ⌘ - ЕСЛИ РЕБЕНКУ НОЧЬЮ НЕ ДАВАТЬ ПИТЬ, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ НИЖЕ 1,018; ПРИ МЕНЬШЕМ УДЕЛЬНОМ ВЕСЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ.
- ⌘ - ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДГ. НЕСМОТЯ НА ДЕГИДРАТАЦИЮ, УРОВЕНЬ АДГ\ В ПЛАЗМЕ СНИЖЕН ИЛИ АДГ ВООБЩЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. ПРИ ЧАСТИЧНОМ ЦЕНТРАЛЬНОМ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ (С ЧАСТИЧНО СОХРАНЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ АДГ) УРОВЕНЬ АДГ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ, НО СООТВЕТСТВУЕТ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ МОЧИ.
- ⌘ - РЕНТГЕНОГРАФИЯ И КТ ИЛИ МРТ ГОЛОВЫ (ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ МОЗГА).
- ⌘ - ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ.
- ⌘ - ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВСЕХ ГОРМОНОВ ГИПОФИЗА .
- ⌘ - СЕМИЧАСОВАЯ ПРОБА С ЛИШЕНИЕМ ЖИДКОСТИ

# **СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОБЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИНУ ПОЛИУРИИ**

- ☞ ПРОБА С ЛИШЕНИЕМ ЖИДКОСТИ. ЭТО САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ И НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИУРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ. ПРИНЦИП: ЛИШЕНИЕ ЖИДКОСТИ ПРИВОДИТ К ДЕГИДРАТАЦИИ, КОТОРАЯ В НОРМЕ СТИМУЛИРУЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ СЕКРЕЦИЮ АДГ, ЧТО, В СВОЮ ОЧЕРЕДЬ, ОБУСЛОВЛИВАЕТ МАКСИМАЛЬНОЕ КОНЦЕНТРИРОВАНИЕ МОЧИ; ПОЭТОМУ ВВЕДЕНИЕ АДГ НЕ ПОВЫШАЕТ ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ МОЧИ.**
- ☞ ОДНОВРЕМЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ, ОСМОЛЯЛЬНОСТИ МОЧИ И УРОВНЯ АДГ В ПЛАЗМЕ.**
- ☞ ПРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСМОПРЕССИНОМ. ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ В ВИДЕ КАПЕЛЬ В НОС (10-25 МКГ/СУТ, ВВОДЯТ 1-2 РАЗА В СУТКИ) ИЛИ П/К ИНЪЕКЦИИ (1-2 МКГ 1 РАЗ В СУТКИ) В ТЕЧЕНИЕ 2-3 СУТ**
- ☞ ПРОБА С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ NaCl. ВВОДЯТ 3% NaCl В/В ДО ДОСТИЖЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ 145-150 ММОЛЬ/Л И ОПРЕДЕЛЯЮТ ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ И УРОВЕНЬ АДГ В ПЛАЗМЕ.**
- ☞ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ЕСЛИ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА, ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДЯТ КТ ИЛИ МРТ ГИПОТАЛАМО-ФИЗИКАРНОЙ ОБЛАСТИ**

# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ У ДЕТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ**

- ⌘ - ДИЕТА С НИЗКОЙ ОСМОТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ.**
- ⌘ - ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ - ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ.**
- ⌘ - СРЕДСТВО ВЫБОРА - ДЕСМОПРЕССИНА АЦЕТАТ, СИНТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛОГ АДГ С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЯ 8-24 Ч. РАСПЫЛЯЮТ В ПОЛОСТИ НОСА ПО 1,25-10 МКГ 1-2 РАЗА В СУТКИ.**
- ⌘ - ПРИ ЧАСТИЧНОМ ЦЕНТРАЛЬНОМ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ (СЛЕГКАЯ ФОРМА ЗАБОЛЕВАНИЯ) МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ. НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ.**
- ⌘ - ПРОГНОЗ. НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ДОСТАТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ РОСТ И РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПОСТЕПЕННО НОРМАЛИЗУЮТСЯ**

# **ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ НЕФРОГЕННЫЙ У ДЕТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ**

- ☞ ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ - СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА, ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ДЕГИДРАТАЦИИ И СИНДРОМА ГИПЕРОСМОЛЯРНОСТИ:**
- ☞ ЧАСТЫЕ КОРМЛЕНИЯ.**
- ☞ ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ ИСКУССТВЕННОМУ, ТАК КАК ГРУДНОЕ МОЛОКО СОЗДАЕТ МЕНЬШУЮ ОСМОТИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ.**
- ☞ УМЕНЬШАЮТ СОДЕРЖАНИЕ ОСМОТИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ - БЕЛКОВ И ПОВАРЕННОЙ СОЛИ - В РАЦИОНЕ.**
- ☞ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ЭКСКРЕЦИИ НАТРИЯ НАЗНАЧАЮТ ДИУРЕТИКИ ( ТИАЗИДНЫЕ , ФУРОСЕМИД , ЭТАКРИНОВУЮ КИСЛОТУ , СПИРОНОЛАКТОН ):**
  - ХЛОРТИАЗИД , 30 МГ/КГ/СУТ (ИЛИ 1 Г/М<sup>2</sup>/СУТ) ВНУТРЬ В 3 ПРИЕМА.**
  - ГИДРОХЛОРТИАЗИД , 3 МГ/КГ/СУТ (ИЛИ 0,1 Г/М<sup>2</sup>/СУТ) ВНУТРЬ В 3 ПРИЕМА.**
  - ХОРОШИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО НЕФРОГЕННОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА - ЭТО КОМБИНАЦИЯ ГИДРОХЛОРТИАЗИДА , 2 МГ/КГ/СУТ ВНУТРЬ, С КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКОМ АМИЛОРИДОМ , 20МГ/1,73М<sup>2</sup>/СУТ ВНУТРЬ. ЭТОТ СПОСОБ ПОЗВОЛЯЕТ ОБОИТЬСЯ БЕЗ ДОБАВЛЕНИЯ КАЛИЯ К ПИЩЕ И ПОЧТИ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ОТДАЛЕННЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ. АНТИДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОБОИХ ПРЕПАРАТОВ, ПО ВИДИМОМУ, СУММИРУЕТСЯ.**

# **ПОЛИДИПСИЯ НЕРВНАЯ (ДИПСОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ)**

## **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

- **ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО КАК ОРГАНИЧЕСКИМИ, ТАК И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОТДЕЛОВ ЦНС, КОНТРОЛИРУЮЩИХ СЕКРЕЦИЮ АДГ И УТОЛЕНИЕ ЖАЖДЫ . ПОЛИДИПСИЯ ВОЗНИКАЕТ, КОГДА ПОРОГ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ ДЛЯ УТОЛЕНИЯ ЖАЖДЫ СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ НИЗКИМ, ЧЕМ ПОРОГ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ДЛЯ ЗАПУСКА СЕКРЕЦИИ АДГ (В НОРМЕ ПОРОГ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ ДЛЯ УТОЛЕНИЯ ЖАЖДЫ ВЫШЕ, ЧЕМ ДЛЯ СЕКРЕЦИИ АДГ ). ТАКЖЕ ИЗВРАЩЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ЖАЖДОЙ И СЕКРЕЦИЕЙ АДГ ОБУСЛОВЛИВАЕТ СТОЙКУЮ ПОЛИДИПСИЮ И ПОЛИУРИЮ .**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕРВНОЙ ПОЛИДИПСИИ:**

**ГИПООСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ, ГИПООСМОЛЯЛЬНОСТЬ МОЧИ, СНИЖЕННЫЙ УРОВЕНЬ АДГ В ПЛАЗМЕ. ГИПОТОНИЧЕСКАЯ ПОЛИУРИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ И ПРИ БЕЗУДЕРЖНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ВОДЫ. ИЗБЫТОК ВОДЫ ВЫЗЫВАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА И РАЗВЕДЕНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ. СНИЖЕНИЕ ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ПЛАЗМЫ ПОДАВЛЯЕТ СЕКРЕЦИЮ АДГ И ПРИВОДИТ К СИЛЬНОМУ РАЗБАВЛЕНИЮ МОЧИ. ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ СТАБИЛИЗИРУЕТСЯ НА УРОВНЕ, КОТОРЫЙ НЕСКОЛЬКО НИЖЕ ПОРОГА ОСМОЛЯЛЬНОСТИ ДЛЯ ЗАПУСКА СЕКРЕЦИИ АДГ. БЕЗУДЕРЖНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ВОДЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НЕРВНОЙ ПОЛИДИПСИИ И НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ.**

**ЛЕЧЕНИЕ.** ПРЕПАРАТЫ АДГ И ТИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ ПРИМЕНЯТЬ НЕЛЬЗЯ, ТАК КАК ОНИ ПОНИЖАЮТ ВЫВЕДЕНИЕ ВОДЫ, НЕ УМЕНЬШАЯ ЕЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ, И ПОТОМУ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ ТЯЖЕЛУЮ ВОДНУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ. ОСНОВНЫЕ УСИЛИЯ ВРАЧА ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАПРАВЛЕННЫ НА КОРРЕКЦИЮ ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХИКИ БОЛЬНОГО С ТЕМ, ЧТОБЫ УМЕНЬШИТЬ ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ.

