

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

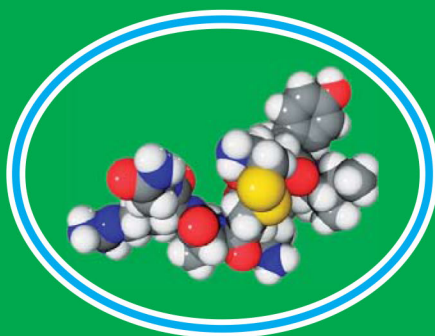
Федеральное государственное учреждение

Эндокринологический Научный Центр

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

(методические рекомендации)

Под редакцией директора ФГУ ЭНЦ,
академика РАН и РАМН, профессора **И.И. Дедова**,
члена-корреспондента РАМН, профессора **Г.А. Мельниченко**



МОСКВА

2010

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Федеральное государственное учреждение
Эндокринологический Научный Центр

УТВЕРЖДАЮ

Главный специалист –
эксперт эндокринолог
Министерства здравоохранения
и Социального развития
Российской Федерации
академик РАН и РАМН



И.И. Дедов

май 2010 г.

Центральный несахарный диабет: дифференциальная диагностика и лечение (методические рекомендации)

Под редакцией директора ФГУ ЭНЦ,
академика РАН и РАМН, профессора Дедова И.И.,
члена-корреспондента РАМН, профессора Мельниченко Г.А.

Методические рекомендации разработаны сотрудниками
ФГУ Эндокринологический научный центр –
к.м.н. Пигаровой Е.А.,
д.м.н. Дзерановой Л.К.,
д.м.н. Рожинской Л.Я.

Методические рекомендации отражают современное состояние проблем этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики и лечения центрального несахарного диабета. Особое внимание уделено дифференциальной диагностике заболевания, которая является ключевым моментом для назначения патогенетического лечения.

Настоящие рекомендации основаны на опыте работы ФГУ Эндокринологического Научного Центра, освещают множество практических вопросов, касающихся назначения и подбора терапии препаратами десмопрессина в зависимости от этиологии центрального несахарного диабета и наличия сопутствующих нарушений функционирования центра жажды, а также замены одной формы выпуска десмопрессина на другую.

Появление в 1974 году десмопрессина - синтетического аналога природного АВП (аргинин вазопрессина), специфического агониста V2 рецепторов, лишённого сосудосуживающей активности и обладающего более выраженным и продолжительным антидиуретическим эффектом.

Более 30 лет в качестве заместительной терапии ЦНД применялся препарат десмопрессин интраназально в каплях (Адиуретин). В настоящее время в России имеются две формы десмопрессина: таблетки и интраназальный спрей, сравнительные характеристики которых представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика препаратов десмопрессина.

лекарственная форма	таблетки	спрей назальный дозированный
дозировка	0,1 и 0,2 мг	10 мкг /доза
начало действия	1-2 часа	15-30 мин
максимальная концентрация или клинически значимая (интервал)	через 2-4 часа	через 1 час
рекомендуемая суточная доза	0,2-1,2 мг	у взрослых 10-40мкг, детей-10-20мкг.
биодоступность препарата	колеблется от 0.08% до 0.16%	10%
прием пищи	снижается всасывание на 40%	не влияет на всасывание

При ЦНД терапия десмопрессином в **форме таблеток** назначается в начальной дозе 0,1 мг 2-3 раза в сутки внутрь за 30 – 40 минут до еды или через 2 часа после еды. Средние дозы препарата при ЦНД варьируют от 0,1 мг до 1,6 мг в сутки. Одновременный прием пищи может снижать степень всасывания из ЖКТ на 40%. С увеличением дозы степень адсорбции препарата уменьшается.

При **интраназальном** применении начальная доза составляет 10 мкг. При впрыскивании спрей распределяется по передней поверхности слизистой носовой полости, что обеспечивает более длительную концентрацию препарата в крови. Потребность в препарате варьирует от 10 до 40 мкг в сутки.

При использовании препарата внутрь или интраназально антидиуретическая активность наступает достаточно быстро. При таблетированной форме - через 1-2 часа, при спрее назальном - через 15-30 мин.

У таблетированной формы препарата максимальный антидиуретический эффект наступает через 2-4 часа, у спрея назального - через 1 час.

При приеме препарата внутрь с пищей, как уже упоминалось ранее, снижается его биодоступность и, следовательно, выраженность и продолжительность действия.

При простудных или аллергических заболеваниях, сопровождающихся отеком слизистой носа и невозможностью интраназального применения десмопрессина, распыление препарата в полость рта (под язык, на слизистую щек) в дозах превышающих интраназальные в 1,5 – 2 раза, может помочь компенсировать симптомы полиурии-полидипсии. Также у некоторых пациентов эффективно закапывание сосудосуживающих капель в нос за 15 минут до применения интраназального спрея, в этом случае доза препарата, как правило, остается прежней.

При переводе пациентов с таблетированной формы на спрей рекомендуется следующая схема пересчета дозы:

0,2 мг	=	10 мкг
Десмопрессин таблетированный		Десмопрессин спрей назальный дозированный

Интраназальная форма бывает практически не заменима у пациентов с высокой потребностью в препарате (более 20 мкг в сутки), при наличии заболеваний органов пищеварения, у больных с неотложными состояниями (после хирургических вмешательств), а также низкой комплаентности пациентов к приему таблетированного препарата натошак.

Основная цель лечения десмопрессином – подбор минимально эффективной дозы препарата для купирования избыточной жажды и полиурии.

При лечении десмопрессином необходимо инструктировать пациентов пить только при жажде, избегать приема избыточных объемов жидкости (например, не пить более 300 мл напитков за раз, не есть целый арбуз/дыню в одиночестве).

Залог успеха лечения ЦНД заключается в адекватной чувствительности центра жажды, нарушения которой могут сопутствовать и осложнять течение ЦНД. При изменении функционального состояния центра жажды в сторону снижения порога чувствительности, гипердипсии, пациенты предрасположены к развитию такого осложнения терапии десмопрессином как водная интоксикация, являющаяся потенциальным жизнеугрожающим состоянием. Таким пациентам рекомендуется периодически пропускать приемы препарата для выделения задержанного избытка жидкости или фиксированный прием жидкости. Состояние адипсии при ЦНД может проявляться чередованием эпизодов гипо- и гипернатриемии. Ведение таких пациентов осуществляется при фиксированном ежедневном объеме потребления жидкости или с рекомендациями приема жидкости по объему выделенной мочи + 200-300 мл жидкости дополнительно. Пациентам с нарушением ощущения жажды требуется особый динамический контроль состояния с ежемесячным, а в некоторых случаях и чаще, определением осмоляльности и натрия крови.

