

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00223&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00223. Поліурія

Автор: Leo Niskanen

Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2018-03-07

Основні положення

- Визначте, чи у пацієнта справжня поліурія зі збільшенням кількості сечі та її малою питомою вагою, чи у нього/неї збільшена частота сечовипускання зі збереженою нормальною кількістю і концентрацією сечі.

Визначення

- Поліурія це стан, що характеризується надмірною екскрецією сечі протягом 24 годин. Визначення можуть відрізнятись, проте кількість сечі > 3 л повинна викликати підозри. Поліурією вважають стан, коли кількість сечі перевищує 50 мл/кг/добу, тобто >3,5 л/добу для людини вагою 70 кг.
- Поліурію можна розділити на дві категорії:
 - Водний діурез (низька осмоляльність сечі, тобто < 300 мосм/кг H₂O)
 - Осмотичний діурез (зазвичай висока осмоляльність сечі).

Етіологія

- Найпоширенішою причиною *осмотичного діурезу* є глюкозурія, що виникає внаслідок гіперглікемії. Більш рідкісні етіологічні фактори включають підвищення рівня сечовини внаслідок парентерального чи ентерального харчування, введення манітолу або після дослідження з контрастною речовиною (перехідна).
- *Водний діурез* можна поділити наступним чином:
 - Первинна полідипсія (Натрій плазми та її осмоляльність нормальні чи знижені)
 - Нецукровий діабет (натрій плазми та її осмоляльність нормальні чи високі)
 - Гіпофізарний: порушення секреції АДГ (антидіуретичного гормону)
 - Гестаційний
 - Нефрогенний: неадекватна дія АДГ
- Первинна полідипсія
 - Надлишкове споживання рідини призводить до її накопичення в організмі, зниження осмоляльності плазми та зменшення секреції АДГ. Внаслідок цього виділяється велика кількість розведеної сечі. Здорові особи можуть споживати до 20 літрів рідини за 24 години без виникнення побічних ефектів. Однак якщо секреція АДГ порушена з фізіологічних причин (наприклад через нудоту) або внаслідок прийому медикаментів, може виникати водна інтоксикація.
 - Первинну полідипсію поділяють на психогенну та дипсогенну. При психогенній полідипсії споживання великої кількості рідини відбувається внаслідок вбачання у цьому пацієнтом переваг для здоров'я або компульсивного бажання пити (шизофренія; зверніть увагу, що у разі шизофренії спостерігається патологічна секреція АДГ). При дипсогенній полідипсії у пацієнта виникає дисфункція центру спраги, що стимулюється навіть за нормальної осмоляльності плазми крові. Причини такого стану можуть бути відомими (ліки, захворювання центральної нервової системи) або залишаються невідомими.
- Етіологія нецукрового діабету.
 - *Гіпофізарний*: ідіопатичний, спадковий, травми голови, аутоімунний, пухлини мозку, оперативні втручання на гіпофізі, стиснення аневризмою.

- *Нефрогенний*: медикаментозний (зокрема у разі прийому препаратів літію), гіпокаліємія, гіперкальціємія [настанова 00502 | Гіперкальціємія та гіпер...] (легко повертається до норми), токсини (етанол, етиленгліколь), пієлонефрит, тубулоінтерстиціальні захворювання нирок, вроджені вади.
- *Гестаційний*: у деяких випадках в анамнезі — попередньо недіагностований гіпофізарний нецукровий діабет середньої важкості. Плацента розщеплює ендогенний АДГ, але не впливає на синтетичний десмопресин. Повертається до норми після пологів.

Діагностика і лікування

1. Центральне значення відіграє анамнез. Може існувати декілька фонових факторів збільшення кількості сечі. Спробуйте відрізнити поліурію та часте сечовипускання. У діагностиці може допомогти щоденник сечовипускання. Слід пам'ятати щодо визначення поліурії.
 - Яка тривалість проблеми? У випадку гіпофізарної етіології поліурії її початок зазвичай гострий.
 - Чи змінюється кількість сечі кожного дня?
 - У яку частину дня проблема турбує найбільше? Зокрема нічне сечовипускання (ніктурія) є раннім симптомом поліурії.
 - Яка частота сечовипускання вдень та вночі?
 - Чи впливає на кількість сечі зменшення споживання рідини?
 - Проблеми з нетриманням?
 - Біль або дискомфорт під час сечовипускання?
 - Обтяжуючі фактори?
 - Колір сечі?
 - Нічний енурез?
 - Лікарські засоби (зокрема діуретики)?
 - Анамнез інфекції сечовивідних шляхів?
 - Спосіб життя; рідина, спожита за 24 години? Кава, алкоголь, чи додає до їжі сіль?
 - Щоденник пиття та сечовипускання — допоміжний засіб діагностики.
2. Базові дослідження

- Рівні креатиніну плазми, натрій, калій, кальцій, глюкоза (цукровий діабет). Дослідження добової сечі, якщо її кількість неможливо виміряти іншим методом.
 - Аналіз сечі: при поліурії з водним діурезом показники у нормі.
 - ПСА у чоловіків (пам'ятайте про пальпацію простати)
3. Якщо анамнез та базові дослідження все ще викликають сумніви щодо поліурії:
- Дослідження рівнів натрію плазми, осмоляльності плазми та ранкової сечі, копептину плазми після нічного утримання від споживання рідини (якщо це можливо).
 - Якщо осмоляльність плазми (натрій плазми) в межах норми і осмоляльність ранкової сечі становить > 800 мосм/кг H_2O , ниркова концентрація сечі нормальна і в пацієнта немає важких порушень водного обміну.
 - Низька осмоляльність плазми (рівень натрію) у пацієнтів з поліурією наводить на думку щодо первинної полідипсії. Однак, результати базових досліджень зазвичай знаходяться у межах норми.
 - Якщо осмоляльність плазми становить > 295 мосм/кг H_2O або рівень натрію плазми > 144 ммоль/л, а осмоляльність сечі — < 300 мосм/кг H_2O , зазвичай у пацієнта діагностують нецукровий діабет. Зокрема при нецукровому діабеті провести диференційну діагностику на основі результатів базових досліджень неможливо.
4. Подальші дослідження та початок лікування призначаються групою фахівців (ендокринологія чи нефрологія). Подальші дослідження можуть включати:
- Диференційну діагностику: стан є гіпофізарного чи нефрогенного походження? Визначення рівня копептину плазми (замінює визначення рівня АДГ; обидва вони секретуються в задній частині гіпофізу в еквімолярних кількостях) та відповіді на десмопресин (у випадку нефрогенних причин полідипсії сеча не концентрована). Рівень копептину плазми низький, якщо стан має гіпофізарне походження, та підвищений у випадку нефрогенного походження (у разі інтерпретації результатів слід переконатись, що стимул достатній, щоб осмоляльність плазми підвищилась).

- Діагностувати нестачу секреції АДГ можна за допомогою посиленого тесту водної депривації з використанням інфузії гіпертонічного розчину. Інтерпретація результатів потребує досвіду.
- У випадку гіпофізарного нецукрового діабету виконують МРТ голови
- Діагностика та лікування захворювань нирок (нефрологія)
- Виявлення етіологічних чинників (наприклад, прийом препаратів літію).
- Лікування повинно бути спрямоване на етіологічні фактори. У разі нестачі АДГ призначають синтетичний аргінін вазопресин.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|Polyuria – Related resou...\]](#)
- Література [\[пов'язані|Polyuria – Related resou...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00502](#). Гіперкальціємія та гіперпаратиреоз.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00223 Ключ сортування: 024.004 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-03-07

Автор(и): Leo Niskanen Редактор(и): Hanna Pelttari Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Endocrinology Nephrology

Ключові слова індексу

mesh: Polyuria mesh: Diabetes Insipidus mesh: dipsogenic polydipsia mesh: polydipsia, primary
mesh: polydipsia, psychogenic mesh: Urine mesh: water diuresis speciality: Endocrinology speciality: Internal medicine
speciality: Nephrology mesh: Drinking mesh: Kidney mesh: Diuresis mesh: Osmolar Concentration
mesh: osmotic diuresis mesh: Vasopressins icpc-2: U02