

УДК 616.631.11-036.22-06(575.1)

ХАЛИМОВА З.Ю., УРМАНОВА Ю.М., АЛИЕВА Д.А., КАРИМОВА М.М., НАСЫРОВА Х.К.,
ХОДЖАЕВА Ф.С., БОБОХОДЖАЕВА Ш.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз
Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра эндокринологии, детской эндокринологии

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И ОСЛОЖНЕНИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Резюме. Несмотря на то, что несахарный диабет (НД) — редко встречающееся самостоятельное заболевание, в современной литературе имеется множество публикаций, посвященных данной теме. Интерес к проблеме НД обусловлен тем, что синдром несахарного мочеизнурения может быть как самостоятельным заболеванием (центральная, нефрогенная, наследственная формы), так и встречаться при различных заболеваниях многих органов и систем, а также быть осложнением нейрохирургических вмешательств. Вместе с тем в литературе нет сведений о частоте заболевания в различных странах, а распространенность синдрома НД приведена в ряде многоцентровых исследований, посвященных различным заболеваниям — гистиоцитозу клеток Лангерганса, травмам черепа, аденомам гипофиза и др.

Ключевые слова: несахарный диабет, распространенность, осложнения.

Актуальность проблемы

Несахарный диабет (diabetes insipidus) — хроническое заболевание, возникновение которого связано с недостаточной активностью антидиуретического гормона (вазопрессина) или отсутствием ответа почечных канальцев, в результате чего наблюдается выраженная дегидратация (полиурия) и гипернатриемия [1, 2]. Частота заболевания составляет 1 : 15 000—17 000 человек. По данным Е.И. Лавиной (1999), несахарный диабет (НД) встречается с частотой 17 : 100 000 [1]. Заболевание является полиэтиологичным, протекает хронически и приводит к инвалидизации больных. Водно-электролитные нарушения служат обязательным патофизиологическим компонентом любого процесса. Этим же объясняется многообразие этиологических, патогенетических и клинико-лабораторных вариантов нарушений водного гомеостаза.

Высокая частота встречаемости синдрома НД при различных соматических патологиях и опухолевых поражениях гипоталамо-гипофизарной области (30—50 %), после операционных вмешательств и лучевой терапии, сосудистых и инфекционных поражений ЦНС, а также семейных и идиопатических форм НД, несвоевременный учет и отсроченная диагностика различных его форм обуславливают значительную распространенность сердечно-сосудистых (кардиомиопатии, аритмии), нефрологических (пиелонефриты, хроническая почечная недостаточность) и эндокринных (задержка физического, полового развития, сахарный диабет) осложнений.

Отсутствие данных об истинной распространенности НД усугубляет процесс бесперебойного обеспечения таких больных препаратами антидиуретического гормона. В связи с этим создание регистра НД у детей и взрослых является своевременным и обоснованным.

Цель исследования — оценка распространенности различных форм несахарного диабета по обращаемости среди взрослого и детского населения Республики Узбекистан, а также установление частоты осложнений, показателей смертности и инвалидности, качества диагностики и лечения этой патологии.

Материал и методы исследования

Основой для исследования послужили карты регистра больных НД, состоящих на учете в областных эндокринологических диспансерах (ОЭД) всех регионов РУз и Республике Каракалпакстан (РКК) в 2012 году, а также собственные наблюдения. В РУз и РКК на учете состояло 2292 больных с НД, из них сельских жителей (СЖ) — 1333, детей и подростков — 235. Наибольшее число больных было в возрасте от 40 до 49 лет — 530 пациентов (22,9 %). Средний возраст больных составил $36,8 \pm 5,7$ года. Оценка распространенности НД проводилась по количеству больных, находящихся на диспансерном учете в эндокринологических кабинетах. Она рассчитывалась на 100 тысяч взрослого и детского населения.

© Халимова З.Ю., Урманова Ю.М., Алиева Д.А., Каримова М.М.,
Насырова Х.К., Ходжаева Ф.С., Бобоходжаева Ш.А. 2013

© «Международный эндокринологический журнал», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Исследовано состояние эндокринного и неврологического статусов, глазного дна, полей зрения на белый, красный цвет. Кроме того, проведены рентгенологические исследования: прицельный снимок турецкого седла, при необходимости — компьютерная и магнитно-резонансная томография турецкого седла; исследование плотности мочи (общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому); биохимические исследования крови — калий, натрий, хлориды, общий белок и фракции, определение С-реактивного белка и серумокоида.

Из 2295 пациентов было отобрано 37 детей и подростков из различных регионов РУз. Все больные были подвергнуты общеклиническим, гормональным (определение лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, тиреотропного гормона, пролактина, тестостерона, эстрадиола, прогестерона), рентгенологическим (рентгенография черепа, рентгенография кисти с определением зон роста и костного возраста), а также антропометрическим исследованиям (вычисление центилей роста и веса, средний родительский рост, проектируемый рост, децимальный возраст, скорость роста, дефицит роста и веса, SDS роста, SDS веса, коэффициент костный/паспортный возраст) по международной росто-весовой карте Таннера — Вайтхауза и методическим рекомендациям Т.М. Мухамедова (1994), УЗИ половых органов, оценке

полового развития по Таннеру, в том числе у мальчиков с помощью орхидометра.

Результаты исследования и их обсуждение

В РУз и РКК по регистру НД была проведена научно-практическая работа. Было установлено, что за последние 15 лет (с 1997 по 2012 г.) число больных НД возросло на 181 человека.

В РУз частота встречаемости НД составляет (на 100 000 населения) 7,5 % у взрослых и 3,1 % — у детей. В табл. 1 приведено число больных и показатели распространенности НД в 2011 и 2012 г. в РУз.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, на начало 2012 года на диспансерном учете состояло всего 2292 больных, в том числе 1333 сельских жителей и 235 детей.

В табл. 2 представлено число больных НД в РУз за период с 1997 по 2012 г. Сравнительный анализ результатов свидетельствует о том, что абсолютное число случаев НД к 2012 г. возросло по сравнению с 1997 г. на 181 больного: с 2114 до 2295 человек.

Частота НД в различных регионах РУз значительно варьирует. Так, например, в 2012 г. наименьшая частота болезни зарегистрирована в Сырдарьинской (55 больных), Навоийской (62), Хорезмской (88) областях. Наибольшее количество больных наблюдается в Фер-

Таблица 1. Число больных и распространенность несахарного диабета в 2011 и 2012 г. в Республике Узбекистан

Регионы и области	2011			2012			2011			2012		
	Состоит на конец года (лиц)						На 100 000 населения					
	Всего	СЖ	Дети	Всего	СЖ	Дети	Всего	СЖ	Дети	Всего	СЖ	Дети
Республика Узбекистан	2236	1325	231	2295	1333	235	7,8	7,5	2,7	7,7	7,9	2,7
Республика Каракалпакстан	124	82	9	137	93	10	7,5	10,6	1,8	8,1	12,8	1,4
Андижанская	176	125	15	178	126	15	6,8	5,9	2,0	6,5	5,8	2,0
Бухарская	172	127	23	191	140	22	10,0	10,5	4,7	10,8	11,3	4,5
Джизакская	125	80	16	128	80	19	10,8	9,8	4,3	10,8	9,0	5,1
Кашкадарьинская	156	86	21	157	91	23	5,8	4,4	2,4	5,6	7,6	2,7
Навоийская	63	23	2	62	23	2	7,9	5,7	0,9	7,5	16,2	0,9
Наманганская	278	168	37	284	171	37	11,9	20,0	5,5	11,5	19,3	5,4
Самаркандская	191	171	15	209	164	16	5,9	8,6	1,4	6,2	8,0	1,4
Сурхандарьинская	164	135	20	174	142	17	7,4	6,5	3,1	7,8	6,9	2,6
Сырдарьинская	53	35	7	55	37	6	7,3	8,2	3,2	7,4	8,5	2,7
Ташкентская	155	105	10	173	111	10	6,0	5,4	1,4	6,6	5,7	1,4
Ферганская	303	83	29	301	88	30	9,6	3,9	3,2	9,2	4,2	3,4
Хорезмская	123	105	21	88	67	17	7,6	9,8	4,4	5,4	6,2	3,4
г. Ташкент	153	0	6	155	0	11	6,8	0,0	1,0	6,7	0,0	1,7

Таблица 2. Количество больных НД в РУз за период с 1997 по 2012 г.

Годы	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Количество взрослых	1477	1602	1382	1464	1491	1364	1282	1609	1640	1657	1738	2130	2199	2275	2236	2295
Количество детей	637	346	332	334	311	438	334	309	302	286	271	277	251	267	231	235

ганской (301), Наманганской (284), Самаркандской (209) областях. Подобная тенденция сохранялась при раздельном анализе частоты заболеваемости среди взрослых и детей. Сравнение данных с аналогичными предыдущими результатами показало значительное увеличение количества случаев заболевания, особенно в Ферганской (с 4,5 до 9,2 на 100 тыс. населения), Наманганской (с 1,2 до 11,2) и Самаркандской (с 3,2 до 6,2) областях.

Нами было изучено обеспечение больных НД препаратами (вазопрессин и др.) по данным ОЭД на 2012 год (табл. 3). Все больные нуждаются в постоянной терапии препаратами антидиуретического гормона (вазопрессина). На одного больного в год требуется 24 флакона десмопрессина (в каплях), из расчета 2 флакона в месяц. На 2295 больных в год требуется 55 080 флаконов десмопрессина. Фактическая обеспеченность на 2012 год десмопрессином составляет 26 %. При этом наибольшая обеспеченность препаратом была в Андижанской области — 74 %, а также в Сырдарьинской (50 %), Сурхандарьинской (47 %) областях, а наименьшая — в Джизакской области (13 %) и в РКК (14 %).

Следует подчеркнуть, что обеспеченность десмопрессином в динамике возросла с 17,6 % в 1997 г. до 26 % в 2012 г.

Было установлено, что факторами риска развития НД в РУз (рассчитывались исходя из числа больных на 2012 г.) являются следующие: токсическая энцефалопатия (2,8 %), состояние после лучевой терапии (4,3 %), объемные образования головного мозга (2,8 %), состояние после транскраниальной гипотизэктомии (4,3 %), состояние после трансназальной гипотизэктомии (2,8 %), травмы головного мозга (5,7 %), микроаденомы гипофиза (2,8 %), семейный аутосомно-

доминантный тип НД (2,8 %), антибиотикотерапия (8,6 %), идиопатический НД (22,8 %), различные заболевания гипоталамо-гипофизарной системы (27,1 %), гипо- и гиперплазия гипофиза (1,4 %) и другие причины (12,6 %). Длительность заболевания составила от 1 до 52 лет.

Распределение больных с НД, состоящих на учете в 2012 г., по полу выявило, что число мужчин несколько превышало количество женщин — 1239 (54 %) по сравнению с 1056 (45,9 %).

По давности заболевания больные были распределены на три группы: от 1 до 9 лет — 1220 больных (51 %), от 10 до 19 лет — 692 (28 %) и от 20 лет и более — 383 (14,2 %). Анализ данных показал, что преобладали больные с давностью заболевания от 1 до 9 лет — 1220 человек (51 %), при этом наибольшая длительность достигла 48 лет.

Наибольшее число больных было в возрасте от 40 до 49 лет — 530 пациентов (22,9 %). Средний возраст больных составил 37,6 года.

Нами были изучены формы НД по этиологии в регионах РУз и было выявлено, что преимущественно наблюдалась идиопатическая форма НД — 1285 больных (55,8 %), на втором месте по частоте встречаемости находилась центральная форма НД — 941 больной (40,9 %), в то время как реже наблюдались почечная форма — 138 (5,9 %), гестагенная — 5 случаев (7 %) и наследственная форма заболевания — 4 (0,2 %).

Далее мы изучали факторы манифестации заболевания по анамнестическим данным больных, которые показали следующее (рис. 1).

Как видно из рис. 1, большинство больных (48,9 %) начало заболевания не связывают с каким-либо фактором. У 20,4 % больных НД развился после

Таблица 3. Обеспеченность десмопрессином в 2012 г. в регионах РУз

Регионы и области	Уд. вес НД среди всех эндокринопатий		Обеспеченность десмопрессином в 2012 г.		
	2011	2012	Потребность	Получено	Процент обеспечения
Республика Узбекистан	0,5	0,5	55 104	14 366	26,071
Респ. Каракалпакстан	0,3	0,3	3288	469	14,264
Андижанская	0,8	0,9	4272	3180	74,4382
Бухарская	0,6	0,7	4584	1119	24,411
Джизакская	0,4	0,4	3072	407	13,2487
Кашкадарьинская	0,5	0,4	3768	1034	27,4416
Навоийская	0,4	0,4	1488	289	19,422
Наманганская	0,8	0,8	6816	1163	17,0628
Самаркандская	0,3	0,3	5160	788	15,2713
Сурхандарьинская	0,6	0,6	4176	1962	46,9828
Сырдарьинская	0,5	0,5	1320	664	50,303
Ташкентская	0,4	0,4	4152	779	18,762
Ферганская	0,8	0,9	7224	1194	16,5282
Хорезмская	0,5	0,4	2112	765	36,2216
г. Ташкент	0,3	0,3	3672	553	15,0599

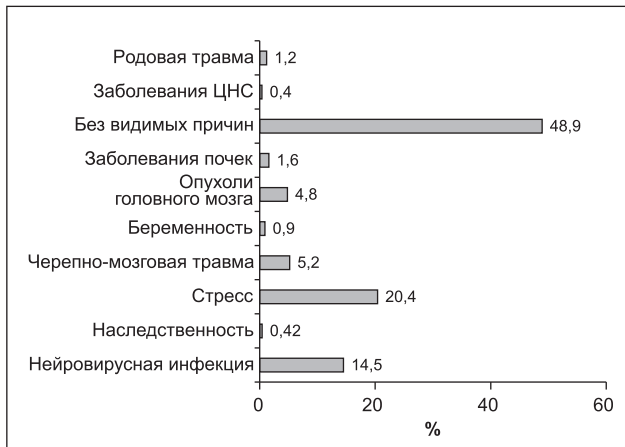


Рисунок 1. Факторы манифестации заболевания несахарным диабетом у больных из числа 2295 исследованных во всех регионах

стресса. У 4,8 % больных причиной болезни явились опухоли гипоталамо-гипофизарной области, а у 14,5 % больных — нейровирусная инфекция. Наследственная предрасположенность была у 0,4 % больных, после беременности НД развился у 0,9 % больных. Заболевания почек явились причиной заболевания у 1,6 % больных.

Таким образом, среди факторов риска развития НД преобладали: стресс — 470 больных (20,4 %), нейровирусная инфекция — 333 (14,5 %), черепно-мозговая травма — 120 (5,2 %) и опухоли гипофиза — 110 (4,8 %).

При изучении характера осложнений у 2295 больных с НД было выявлено, что чаще всего встречались почечные осложнения — 253 больных (11,1 %), сердечно-сосудистая недостаточность — 129 (5,6 %), дегидратация — 71 (3,1 %), психомоторное возбуждение — 12 (0,5 %).

Кроме того, мы проанализировали результаты исследований детей и подростков с НД, находившихся в детском отделении РСНПМЦ эндокринологии в период с 2010 по 2011 г. Под нашим наблюдением находилось 37 больных детей и подростков с НД, из них мальчиков было 19, а девочек — 18. Средний возраст больных составил $10,5 \pm 0,7$ года.

Было установлено, что средний центиль роста был равен 50 у мальчиков и девочек. Дефицит роста, по данным исследований, был в пределах $8,3 \pm 0,7$ см у мальчиков и $10,3 \pm 0,5$ см у девочек. Дефицит веса соответственно составлял $7,3 \pm 0,5$ кг и $5,6 \pm 0,4$ кг. При этом SDS роста был < -1 , а SDS веса < -1 у мальчиков и девочек. Изучение полового развития по Таннеру показало, что в 18 случаях из 37 (48,6 %) наблюдалась задержка полового развития (ЗПР), при этом в 10 (55,5 %) — у мальчиков и в 8 (44,4 %) — у девочек. При этом троим мальчикам был поставлен диагноз «одно-сторонний крипторхизм».

Кроме того, у всех наших пациентов имела место и задержка скелетного развития (ЗСР). Так, коэффициент костный возраст/паспортный возраст был в пределах 0,7 в обеих группах больных, а костный возраст отставал от паспортного в среднем на 2,7 года.

Степень дефицита роста у больных детей и подростков с НД находится в прямой зависимости от состояния компенсации водно-солевого обмена ($p < 0,5$). Поэтому дефицит роста у больных с НД может свидетельствовать о недостаточности проводимой патогенетической терапии.

Итак, НД является гетерогенным заболеванием и имеет тенденцию к росту распространенности по регионам РУз. Все изложенное выше обосновывает создание и проведение регистра НД, позволяющего уточнить истинную распространенность заболевания и улучшить диагностическую и лечебную помощь данному контингенту больных. Результаты исследований внедряются во всех областных эндокринологических диспансерах РУз. С целью анализа полученных данных по регистру НД разработана компьютерная программа и внедрена в РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз.

Выводы

1. Сравнительный анализ результатов свидетельствует, что абсолютное число больных с несахарным диабетом с 1997 по 2012 год увеличилось на 181 человека: с 2114 до 2295 (с 6,1 до 7,5 на 100 тыс. населения, в т.ч. взрослые — с 9,0 до 11,0, дети — с 2,2 до 3,3).

2. В 13 регионах РУз и РКК наиболее часто наблюдались две формы несахарного диабета: идиопатическая — 1285 (55,8 %) случаев и центральная — 941 (40,9 %).

3. Выполнение данного исследования позволило установить, что несахарный диабет является гетерогенным заболеванием, и в Республике Узбекистан наблюдается тенденция к росту числа таких больных. Полученные данные указывают на необходимость создания регистра больных несахарным диабетом.

4. При изучении характера осложнений у 2295 больных с несахарным диабетом было выявлено, что чаще всего встречались почечные осложнения — 253 случая (11,1 %), сердечно-сосудистая недостаточность — 129 (5,6 %), дегидратация — 71 (3,1 %), психомоторное возбуждение — 12 (0,5 %).

Список литературы

1. Лавина Н.Е. Эндокринология. — М., 1999. — С. 117-131.
2. Марова Е.И. Нейроэндокринология. — Ярославль: ДИА-пресс, 1999. — С. 403-421.
3. Agha A., Thornton E., O'Kelly P. Posterior pituitary dysfunction after traumatic brain injury // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2004 Dec. — 89 (12). — 5987-92.
4. Bichet D.G. Nephrogenic diabetes insipidus // *Nephrol. Ther.* — 2006 Nov. — 2 (6). — 387-404.
5. Esteban Bueno G., Gomez Trujillo F.M. Clinical manifestations and diagnostic delay of Wolfram's syndrome // *Rev. Clin. Esp.* — 2006 Jul-Aug. — 206 (7). — 332-5.
6. Grois N., Potschger U., Prosch H., Minkov M. et al. Risk factors for diabetes insipidus in Langerhans cell histiocytosis // *Pediatr Blood Cancer.* — 2006 Feb. — 46 (2). — 228-33.
7. Gutenberg A., Hans V., Puchner M.J., Kreutzer J. et al. Primary hypophysitis: clinical-pathological correlations // *Eur. J. Endocrinol.* — 2006 Jul. — 155 (1). — 101-7.

8. Ishikawa S.E. Nephrogenic diabetes insipidus associated with mutation of vasopressin V2 receptors and aquaporin // *Nippon Rinsho*. — 2002 Feb. — 60 (2). — 350.
9. Qureshi M., Pathak N., Pinsky R.W. Unique case of thrombotic thrombocytopenic purpura and diabetes insipidus // *Proc. West Pharmacol. Soc.* — 2005. — 48. — 145-7.
10. Kelly S.J., Delnomdedieu M., Oliverio M.I. Diabetes insipidus in uricase-deficient mice: a model for evaluating therapy with poly (ethylene glycol)-modified uricase // *J. Am. Soc. Nephrol.* — 2001 May. — 12 (5). — 1001-9.
11. Khanna A. Acquired nephrogenic diabetes insipidus // *Semin. Nephrol.* — 2006 May. — 26 (3). — 244-8.
12. Li Y., Shaw S., Kamsteeg E.J. Development of lithium-induced nephrogenic diabetes insipidus is dissociated from adenylyl cyclase activity // *J. Am. Soc. Nephrol.* — 2006 Apr. — 17 (4). — 920-2.
13. Moses A.M., Thomas D.G., Canfield M.C. Central diabetes insipidus due to cytomegalovirus infection of the hypothalamus in a patient with acquired immunodeficiency syndrome: a clinical, pathological, and immunohistochemical case study // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2003 Jan. — 88 (1). — 51-4.
14. Morimoto A., Ikushima S., Kinugawa N., Ishii E. Improved outcome in the treatment of pediatric multifocal Langerhans cell histiocytosis: Results from the Japan Langerhans Cell Histiocytosis Study Group-96 protocol study // *Cancer*. — 2006 Aug. — 107 (3). — 613-9.
15. Nemergut E.C., Zuo Z., Jane J.A. Jr. Predictors of diabetes insipidus after transsphenoidal surgery: a review of 881 patients // *J. Neurosurg.* — 2005 Sep. — 103 (3). — 448-54.
16. Perkins R.M., Yuan C.M., Welch P.G. Dipsogenic diabetes insipidus: report of a novel treatment strategy and literature review // *Clin. Exp. Nephrol.* — 2006 Mar. — 10 (1). — 63-7.
17. Powner D.J., Boccalandro C., Alp M. Endocrine dysfunction in patients operated on for non-pituitary intracranial tumours // *Eur. J. Endocrinol.* — 2006 Oct. — 155 (4). — 559-66.
18. Rivera J.A. Lymphocytic hypophysitis: disease spectrum and approach to diagnosis and therapy // *Pituitary*. — 2006. — 9 (1). — 35-45.
19. Sheehan J.M., Sheehan J.P., Douds G.L. DDAVP use in patients undergoing transsphenoidal surgery for pituitary adenomas // *Acta Neurochir. (Wien)*. — 2006 Mar. — 148 (3). — 287-91.
20. Su D.H., Liao K.M., Chen H.W., Huang T.S. Hypopituitarism: a sequela of severe hypoxic encephalopathy // *J. Formos. Med. Assoc.* — 2006 Jul. — 105 (7). — 536-41.
21. Taplin C.E., Cowell C.T., Silink M. Fludrocortisone therapy in cerebral salt wasting // *Pediatrics*. — 2006 Dec. — 118 (6). — 1904-8.
22. Valentini D., Cappelli C., Mizzone F., Noto C. et al. Erdheim-Chester disease: a non-Langerhans cell histiocytosis. A clinical-case review of the literature // *Clin. Ter.* — 2004 May. — 155 (5). — 205-8.

Получено 29.09.13 □

Халимова З.Ю., Урманова Ю.М., Алиева Д.А.,
Каримова М.М., Насирова Х.К., Ходжаева Ф.С.,
Бобоходжаева Ш.А.
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр эндокринологии МОЗ РУз
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра эндокринологии, детской эндокринологии

ПОШИРЕНІСТЬ, ФАКТОРИ РИЗИКУ Й УСКЛАДНЕННЯ НЕЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В РЕСПУБЛІЦІ УЗБЕКІСТАН

Резюме. Незважаючи на те, що нецукровий діабет (НД) — самостійне захворювання, що рідко зустрічається, у сучасній літературі є безліч публікацій, присвячених даній темі. Інтерес до проблеми НД обумовлений тим, що синдром нецукрового сечового виснаження може бути як самостійним захворюванням (центральною, нефрогенною, спадковою форми), так і зустрічатися при різних захворюваннях багатьох органів і систем, а також бути ускладненням нейрохірургічних втручань. Разом із тим у літературі немає відомостей про частоту захворювання в різних країнах, а поширеність синдрому НД наведена в ряді багаточисельних досліджень, присвячених різним захворюванням — гістiocитозу клітин Лангерганса, травмам черепа, аденомам гіпофізу та ін.

Ключові слова: нецукровий діабет, поширеність, ускладнення.

Khalimova Z.Yu., Urmanova Yu.M., Aliyeva D.A.,
Karimova M.M., Nasyrova Kh.K., Khodjayeva F.S.,
Bobokhodjayeva Sh.A.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical
Centre of Endocrinology of Ministry of Healthcare
of Republic of Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of
Endocrinology, Pediatric Endocrinology, Tashkent, Uzbekistan

PREVALENCE, RISK FACTORS AND COMPLICATIONS OF DIABETES INSIPIDUS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Summary. Despite the fact that diabetes insipidus (DI) is a rare independent disorder, there are many publications on this subject in the contemporary literature. Interest to the problem of DI is due to the fact that the syndrome of diabetes insipidus can be both a separate disease (central, nephrogenic, hereditary forms) and meet with various diseases of many organs and systems, and also be a complication of neurosurgical procedures. However, in the literature there are no data on the incidence of the disease in different countries, and the prevalence of DI syndrome is shown in a number of multicenter studies of various diseases — Langerhans cell histiocytosis, head injury, pituitary adenomas, etc.

Key words: diabetes insipidus, prevalence, complications.