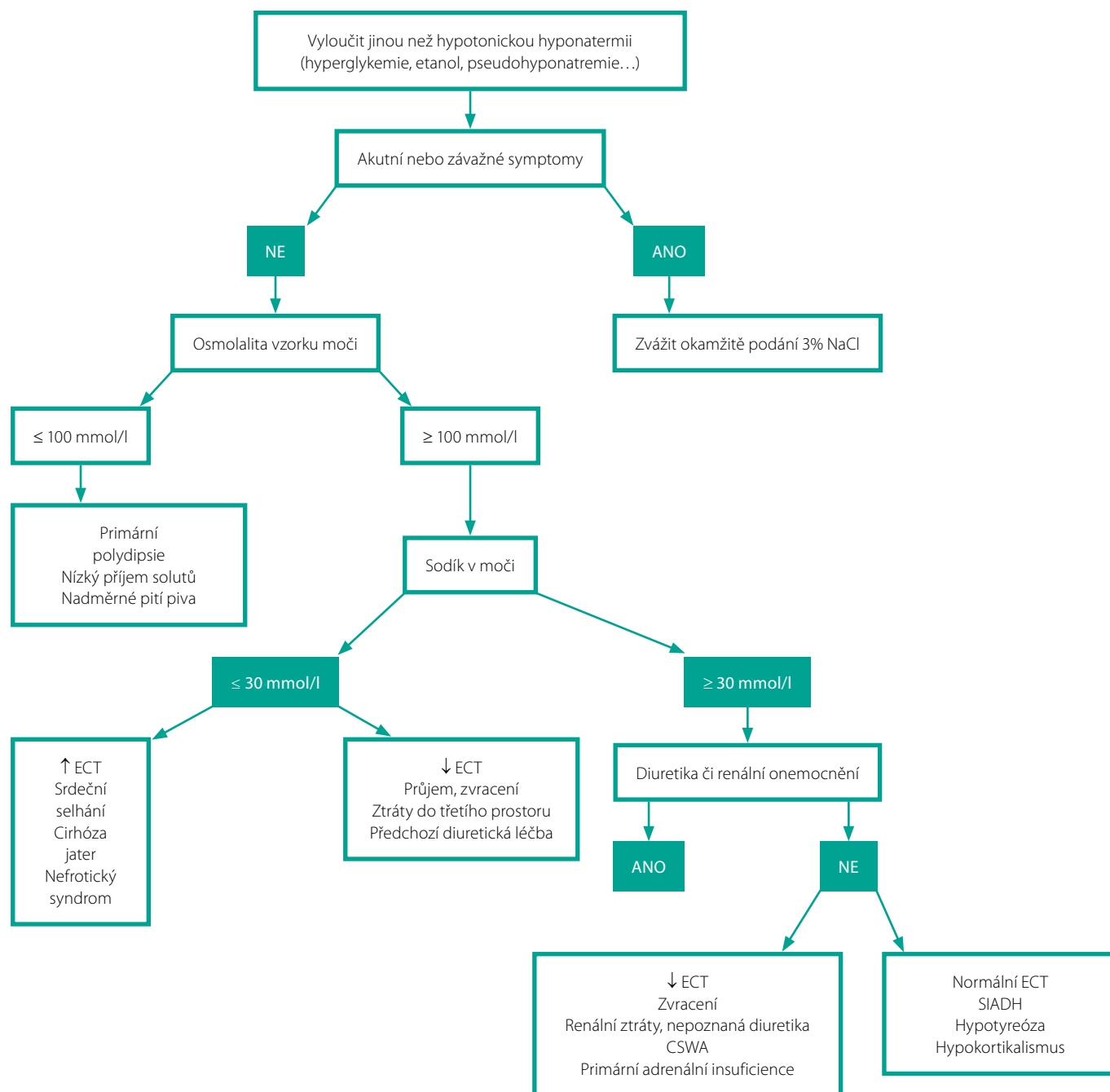


Schéma 1. Diagnostický algoritmus



Podrobné fyzikální vyšetření však dle autorů tohoto článku patří k základnímu iničiálnímu zhodnocení ambulantního či hospitalizovaného pacienta.

Dalším krokem je tedy stanovení osmolality moči. Nízká močová osmolalita (cca < 100 mosmol/l) se vyskytuje u primární polydipsie, nadměrného pití piva či při nízkém příjmu solutů. S tím se setkáváme poměrně často u starších malnutričních pacientů nebo u alkoholiků.

V případech vysoké osmolality moči (cca > 100 mosmol/l) nám v diferenciální diagnostice napomůže koncentrace Na<sup>+</sup> ve vzorku moči.

Nízká hodnota (cca < 30 mmol/l) ukazuje na snížený efektivní arteriální volem s aktivací RAAS (viz výše). Pokud jsou současně přítomny známky zvýšeného extracelulárního objemu (otoky, ascites), jedná se o hyponatremii při srdečním selhání, jaterní cirhóze či nefrotickém syndromu. Pokud má pacient snížený objem ECT (suché sliznice, kožní

řasa), může se jednat o hyponatremii při průjemech či zvracení, ztrátách do 3. prostoru, či post-diuretický efekt po užívání diuretik v minulosti.

Při vysoké koncentraci Na<sup>+</sup> ve vzorku moči (> 30 mmol/l) je nutné vyloučit užívání diuretik či přítomnost renálního onemocnění. Užívání zejména thiazidových diuretik je v současné době častou příčinou hyponatremie. Pokud pacient neužívá diuretika, rozhodujeme se dle zhodnocení objemu ECT. Při hypovolemii se může jednat o hyponatremii při renálních ztrátách či nepoznané/hepřiznané diuretické terapii, „syndromu mozkově podmíněné ztráty solí“ (cerebral salt-wasting syndrome, CSWS) či vzácné primární adrenální insuficienci. Při euvoolemii je velmi častou příčinou hyponatremie se zvýšeným obsahem sodíku v moči syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH). Nejčastější příčiny SIADH jsou shrnuty v tabulce 3.