

## KLORIIDI ÖÖPÄEVASES URIINIS

<b>Lühend</b>	<b>dU-Cl</b>
<b>Mõiste</b>	Elektrolüüt, rakuvaheruumi peamisi anioone. Osaleb happe-aluse ning vedeliku tasakaalu ja osmolaalsuse regulatsioonis. Kloriidi ülemäärane kadu tingib alkaloosi, kloriidi ülemäärasel omastamisel tekib atsidoos. Normis eritub põhiliselt neerude kaudu. Reabsorbeerub passiivselt naatriumiga nii proksimaalsetest kui ka distaalsetest neerutorkestest. Kadu high või väljaheitega on tavaliselt vähene, kuid teatud seisundite puhul võib osutada suureks. Normis vastab kloriidi ekskretsioon üldjuhul selle toiduga manustatud kogusele.
<b>Näidustused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ abiuuring ekstratsellulaarsete kationide ja anioonide ning vedeliku tasakaalu hindamiseks</li> <li>▪ neeruväliste hüpo- ja hüperkaleemia põhjuste diferentsiaaldiagnostika</li> <li>▪ neerude ja neerupealiste patoloogiliste seisundite diagnostika</li> <li>▪ abiuuring kloriidile resistentse metaboolse alkaloosi diagnoosimiseks kortikotropiini või aldosterooni sekreteerivate kasvajat diagnostikas</li> </ul>
<b>Proovivõtu vahendid</b>	Uriini kogumisinõu (ööpäevauriin)
<b>Materjali säilivus ja transport</b>	Uriin: 15–25 °C 7 päeva
<b>Teostamise aeg ja koht</b>	Argipäeviti, kliinilise keemia labor, Ravi 18
<b>Meetod</b>	Potentsiomeetria
<b>Referentsvahemikud</b>	<b>110–250 mmol/d</b> <b>NB!</b> Lastel on väärtused madalamad kui täiskasvanuil!
<b>Tõlgendus</b>	Uriini elektrolüütide kontsentratsioonide väärtusi peab tõlgendama koos nende kontsentratsioonidega plasmas, happe-aluse tasakaalu näitudega, uriini pH ja ammooniumi ekskretsiooni väärtustega.
<b>dU-Cl↑</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dehüdratsioon</li> <li>▪ metaboolne atsidoos</li> <li>▪ nälgimine, taimetoitus</li> <li>▪ neerupealiste puudulikkus, Addisoni tõbi</li> <li>▪ kaaliumi kadu</li> <li>▪ soola kaoga kulgev nefriit, Bartteri sündroom</li> <li>▪ rahhiit</li> <li>▪ eksudaadi resorptsioon</li> </ul> <p>Segavad tegurid: suurenenud soola manustamine, ravimid (bromiidid, kortikosteroidid, diureetikumid, salitsülaadid, steroidid).</p>
<b>dU-Cl↓</b>	<p>Ülemäärane kloriidi kadu – iseloomulik on ka P-Cl↓, patsiendid reageerivad positiivse dünaamikaga kloriidi manustamisele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diarröa, pikaajaline oksendamine, jämesoole hattude adenoomid, malabsorptsioonisündroom, püloruse obstruktsioon</li> <li>▪ kahheksia</li> <li>▪ antidiureetilise hormooni liignõristuse sündroom (SIADH), Addisoni tõbi</li> <li>▪ hüpokloreemiline metaboolne alkaloos</li> <li>▪ mis tahes etioloogiaga massiivne diurees, nefriit, äge neeru- või südamepuudulikkus</li> <li>▪ kõrge palavikuga kulgevad haigused: sarlakid, tüüfus jt;</li> </ul>

	<p>pneumoonia, emfüseem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ülemäärane higistamine</li> </ul> <p>Endo- või eksogeensetest kortikosteroididest tingitud kloriidi kadu – iseloomulik on positiivse vaste puudumine kloriidi manustamisele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ primaarne aldosteronism, Conni sündroom, Cushingi sündroom</li> <li>▪ ravi mineralokortikoididega</li> <li>▪ operatsioonijärgne kloriidi retensioon</li> </ul> <p>Segavad tegurid: vähene soola manustamine, ravimid (diureetikumid)</p>
<b>Konsultatsioon</b>	Vaike Viia, Svetlana Norman
<b>HK hinnakirja koodid</b>	66108
<b>Kirjandus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002), Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 558–559</li> <li>2. Fischbach FT, Dunning MB (2004), A manual of laboratory and diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams &amp; Wilkins: 229–231</li> </ol>
<b>Koostaja</b>	Eola Valdre