

KORTISOOL

Lühend	S,P-Cort										
Mõiste	<p>Glükokortikoidhormoon, mida sünteesitakse neerupealiste koos vastusena hüpfüüsis vabanevale kortikotropiinile (ACTH-le).</p> <p>Kortisooli tase veres on suure ööpäevase varieeruvusega (180–200%) ACTH ööpäevarütmi tõttu. Suurimad väärtused veres on varahommikul, väikseimad keskööl. Kortisooli ööpäevarütm kaob Cushingi sündroomi ja stressi korral. Kortisooli üldhulgast moodustab 3–10% vaba (aktiivne) vorm, ülejäänud on seotud valkudega (80% kortikoidide siduva valguga, 10% albumiiniga), uuringuga määratakse kortisooli üldine sisaldus.</p>										
Näidustused	<p>Baastaseme määramine, vajadusel lisaks stimulatsioonitest (sünakteenitest):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ neerupealiste koore puudulikkuse diagnostika <p>Funktsionaalne uuring (supressioonitest deksametasooniga) ja/või seerumi kortisooli dünaamika uuring (ööpäevane profiil):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cushingi sündroomi diagnostika ja diferentsiaaldiagnostika 										
Patsiendi ettevalmistus	<p>Veri võtta enne glükokortikoididega asendusravi alustamist (ka Addisoni kriisi korral). Vajadusel ettevalmistus funktsionaalseks uuringuks.</p> <p>Uuringut ei teostata infektsiooni, operatsiooni- või traumajärgsel ajal.</p>										
Proovivõtu vahendid	Geeli ja liitiumhepariiniga katsuti või geeli ja hüübimisaktivaatoriga katsuti										
Materjali säilivus ja transport	Seerum/plasma: 20–25 °C 1 päev, 2–8 °C 4 päeva, –20 °C 1 aasta Juhul, kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb plasma eraldada.										
Teostamise aeg ja koht	Argipäeviti, kliinilise keemia labor, Ravi 18										
Mõõtmismeetod	Elektrokemoluminestsents										
Referentsvahemikud	<table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><1 k:</td> <td>15 – 396 nmol/l</td> </tr> <tr> <td>1 – 11 k:</td> <td>18 – 552 nmol/l</td> </tr> <tr> <td>1 – 11 a:</td> <td>66 – 410 nmol/l</td> </tr> <tr> <td>12 – 18 a:</td> <td>100 – 480 nmol/l</td> </tr> <tr> <td>>18 a :</td> <td>133–537 nmol/l</td> </tr> </table>	<1 k:	15 – 396 nmol/l	1 – 11 k:	18 – 552 nmol/l	1 – 11 a:	66 – 410 nmol/l	12 – 18 a:	100 – 480 nmol/l	>18 a :	133–537 nmol/l
<1 k:	15 – 396 nmol/l										
1 – 11 k:	18 – 552 nmol/l										
1 – 11 a:	66 – 410 nmol/l										
12 – 18 a:	100 – 480 nmol/l										
>18 a :	133–537 nmol/l										
Hommikul kl 6–10; õhtul u 50% madalamad väärtused	<p>Stimulatsioon ACTH-ga: tõus üle 2 korra (tavaliselt 3–5) algväärtusest</p> <p>Supressioon deksametasooniga: väiksem algväärtusest</p>										
Tõlgendus	<p>Cort↑ Hüperkortisoleemia</p> <p>Cushingi sündroom (hüperkortisolism – kortisooli krooniline liigsekretsioon):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cushingi tõbi (hüpfüüsi ACTH-d sekreteeriv tuumor) ▪ ektoopiline ACTH-sündroom ▪ neerupealiste primaarne hüperplaasia ▪ neerupealise koore adenoom, kartsinoom <p>Muud põhjused:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alkoholism (pseudo-Cushingi sündroom) ▪ infektsioonhaigused, operatsioon, trauma ▪ akuutne psühhoos, endogeenne depressioon ▪ rasvumine, nälginine, <i>anorexia nervosa</i>, hüpoglükeemia ▪ hüpertüreoidism, suhkurtõbi ▪ krooniline neerupuudulikkus ▪ rasedus (III trimester) 										

<p>Cort↓</p>	<p>Segavad tegurid: hüperbilirubineemia, suitsetamine, alkohol, ravimid (glükokortikoidid, ACTH, östrogeeni sisaldavad ravimid (kortikoidesiduva valgu sisalduse suurenemine).</p> <p>Hüpokortisoleemia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ primaarne neerupealiste koore puudulikkus (Addisoni tõbi) ▪ hüpopituitarism ▪ tsentraalne hüpokortitsism ▪ hüpotüreoidism, valguvaegusseisundid (nefrootiline sündroom, raske maksakahjustus) <p>Segavad tegurid: ravimid (pikatoimelised glükokortikoidid, androgeenid, levo-dopa, barbituraadid, fenütoiin, okasepaam, morfiin, liitium jt)</p>
<p>Konsultatsioon</p>	<p>Liisa Kuhi</p>
<p>HK hinnakirja koodid</p>	<p>66706</p>
<p>Kirjandus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Greenspan FS, Baxter JD (1994) Basic & Clinical Endocrinology, 4th Edition: 74–75, 307–342 2. Välimäki M, Sane T, Dunkel L jt (2003) Endokrinoloogia, Duodecim (2000), tõlge eesti keelde Medicina: 239–266 3. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 152–154 4. Fischbach FT, Dunning MB (2004) A manual of laboratory diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: 364–366 5. Marshall WJ (1992) Clinical chemistry 2nd Edition, Gower Medical Publishing: 108–112, 124–138 6. Laste referentsväärtuste andmebaas CALIPER http://www.sickkids.ca/caliperproject/index.html
<p>Koostaja</p>	<p>Liisa Kuhi</p>