

PARATHORMOON SEERUMIS/PLASMAS

Lühend	S,P-PTH
Mõiste	Polüpeptiid. Kaltsiumi ainevahetust reguleeriv kõrvalkilpnäärmete hormoon. Negatiivne tagasisidestus vereringes oleva ioniseeritud kaltsiumi kontsentratsiooniga. PTH soodustab luu resorptsiooni, suurendab kaltsiumi reabsorptsiooni neerutorukestes ning stimuleerib aktiivse vitamiin D (1,25-dihüdroksükolekaltsiferooli) tootmist, mis soodustab kaltsiumi intestinaalset absorptsiooni.
Näidustused	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kõrvalkilpnäärmete patoloogia diagnoosimine ▪ hüper- või hüpokaltseemia diferentsiaaldiagnostika ▪ primaarse ja sekundaarse hüperparatüroidismi operatiivne ravi: preoperatiivselt tuleb määrata PTH algkontsentratsioon, intraoperatiivselt on üldine soovitus võtta primaarse hüperparatüroidismi haigetel resektsioonijärgselt vähemalt 2 proovi, 5. ja 10. minutil ▪ ka lokalisatsioonangiograafia korral soovitatakse PTH reaalsajas määramist
Proovivõtu vahendid	Geeli ja hüübimisaktivaatoriga katsuti või EDTA (K2/K3E) katsuti
Materjali säilivus ja transport	Seerum: 15–25 °C 8 tundi, 2–8 °C 2 päeva, –20 °C 6 kuud Plasma (EDTA): 15–25 °C 2 päeva, 2–8 °C 3 päeva, –20 °C 6 kuud Juhul kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb seerum/plasma kohe eraldada ja külmutada ning saata laborisse külmutatult.
Teostamise aeg ja koht	Argipäeviti, kliinilise keemia labor, Ravi 18
Meetod	Elektrokemoluminomeetria
Referentsvahemikud	1,6–6,9 pmol/L
Tõlgendus	<p>PTH↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hüpokaltseemia ▪ vitamiin D defitsiit, osteomalaatsia, rahhiit ▪ primaarne ja sekundaarne hüperparatüroidism, pseudohüpoparatüroidism ▪ perekondlik hüpokaltsiuuriline hüperkaltseemia ▪ pseudopodagra ▪ hüpertüroidism ▪ kroonilised neeruhaigused, krooniline ja äge neerupuudulikkus, neerukivitõbi, krooniline maksahaigus, rasvtõbi ▪ neeru-, pankrease, kopsu-, munasarjade, hüpofüüsi-, maksa- ja rinnakasvajad ning PTH ektoopiliselt tootvad tuumorid ▪ DiGeorge'i, malabsorptsiooni- ja Zollinger-Ellisoni sündroomid ▪ raseduse I trimester <p>Segavad tegurid: laktatsioon, ravimid (antiepileptikumid, antikonvulsandid, kortikosteroidid, östrogeenid, furosemiid, liitium, omeprasool, rifampitsiin jt)</p> <p>PTH↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hüperkaltseemia, hüpomagneseemia ▪ hüpoparatüroidism ▪ Gravesi tõbi, hüpertüroidism ▪ luumetastaasid, lümfoomid ▪ sarkoidoos ▪ tuberkuloos ▪ hemokromatoos, Wilsoni tõbi ▪ transientne neonataalne hüpokaltseemia ▪ intoksikatsioon vitamiin A või D-ga ▪ I¹³¹ ravi järgselt ▪ DiGeorge'i sündroom, tuumuse hüpoplaasia ▪ raseduse III trimester

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ reseksioonijärgselt võetud proovides (üldjuhul 5. ja 10. minutil) peab PTH kontsentratsioon vähenema algväärtusega võrreldes vähemalt 50% <p>Segavad tegurid: hemolüüs, füüsiline koormus, valgurikas dieet, ravimid (tsimetidiin, kaltsiumglükonaat, propranolool, ranitidiin, tiasiidi rea diureetikumid), piima-leelise sündroom</p>
Konsultatsioon	Vaike Viia, Svetlana Norman
HK hinnakirja koodid	66707
Kirjandus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vilpo J (1998) Laboratorioläaketiede. Kliininen kemia ja hematologia, Kandidaattikustannus Oy: 152 2. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 283–284 3. Sokoll LJ, Remaley AT, Sena SF, et al (2005) NACB Laboratory medicine practice guidelines, Evidence-based practice for POCT intraoperative PTH
Koostaja	Eola Valdre