

## KORTISOOL PLASMAS

Lühend	P-Cort
Mõiste	<p>Glükokortikoidhormoon, mida sünteesitakse neerupealiste koos vastusena hüpofüüsis 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>Algtaseme määramine, vajadusel lisaks stimulatsioonitest (sünakteenitest):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>neerupealiste koore puudulikkuse diagnostika</li> </ul> <p>Funktsionaalne uuring (supressioonitest deksametasooniga) ja/või seerumi kortisooli dünaamika uuring (ööpäevane profiil):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cushingi sündroomi diagnostika ja diferentsiaaldiagnostika</li> </ul>
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
Materjali säilivus ja transport	<p>Plasma: 20–25 °C 1 päev, 2–8 °C 4 päeva, –20 °C 1 aasta</p> <p>Juhul, kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb plasma eraldada.</p>
Teostamise aeg ja koht	Argipäeviti, kliinilise keemia labor, Ravi 18
Mõõtmismeetod	Elektrokemoluminestsents
Referentsvahemikud	<p>Hommiku kell 6–10: <b>133–537</b> nmol/L</p> <p>Pärastlõunal kell 16–20: <b>68–327</b> nmol/L</p> <p>Stimulatsioon ACTH-ga: tõus üle 2 korra (tavaliselt 3–5) algväärtusest</p> <p>Supressioon deksametasooniga: väiksem algväärtusest</p>
Tõlgendus	<p><b>Cort↑ Hüperkortisoleemia</b></p> <p>Cushingi sündroom (hüperkortisolism – kortisooli krooniline liigsekretsioon):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cushingi tõbi (hüpofüüsi ACTH-d sekreteeriv tuumor)</li> <li>ektoopiline ACTH-sündroom</li> <li>neerupealiste primaarne hüperplaasia</li> <li>neerupealise koore adenoom, kartsinoom</li> </ul> <p>Muud põhjused:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>alkoholism (pseudo-Cushingi sündroom)</li> <li>infektsioonhaigused, operatsioon, trauma</li> <li>akuutne psühhhoos, endogeenne depressioon</li> <li>rasvumine, nälgimine, <i>anorexia nervosa</i>, hüpoglükeemia</li> <li>hüpertüreoidism, suhkurtõbi</li> <li>krooniline neerupuudulikkus</li> <li>rasedus (III trimester)</li> </ul> <p>Segavad tegurid: hüperbilirubineemia, suitsetamine, alkohol, ravimid (glükokortikoidid, ACTH, östrogeeni sisaldavad ravimid (kortikoidesiduva valgu sisalduse suurenemine).</p> <p><b>Cort↓ Hüpokortisoleemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>primaarne neerupealiste koore puudulikkus (Addisoni tõbi)</li> <li>hüpopituitarism</li> <li>tsentraalne hüpokortitsism</li> <li>hüpötüreoidism, valguvaegusseisundid (nefrootiline sündroom, raske maksakahjustus)</li> </ul> <p>Segavad tegurid: ravimid (pikatoimelised glükokortikoidid, androgeenid, levo-dopa, barbituraadid, fenütoiin, okasepaam, morfiin, liitium jt)</p>

<b>Konsultatsioon</b>	Liisa Kuhi
<b>HK hinnakirja koodid</b>	66706
<b>Kirjandus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Greenspan FS, Baxter JD (1994) Basic &amp; Clinical Endocrinology, 4th Edition: 74–75, 307–342</li> <li>2. Välimäki M, Sane T, Dunkel L jt (2003) Endokrinoloogia, Duodecim (2000), tõlge eesti keelde Medicina: 239–266</li> <li>3. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 152–154</li> <li>4. Fischbach FT, Dunning MB (2004) A manual of laboratory diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams &amp; Wilkins: 364–366</li> <li>5. Marshall WJ (1992) Clinical chemistry 2nd Edition, Gower Medical Publishing: 108–112, 124–138</li> </ol>
<b>Koostaja</b>	Liisa Kuhi