

FOLLIKULEID STIMULEERIV HORMOON PLASMAS

Lühend	P-FSH								
Mõiste	Glükoproteiin, mida toodetakse hüpofüüsi eesagaras. Eritub pulsatiivselt. Gonadotropiinide (FSH, LH) tootmist ja sekretsiooni stimuleerib hüpotalamuses toodetud gonadotropiini vabastajahormoon. Steroidhormoonid vahendavad negatiivset tagasisidestust hüpotalamusele. Naistel sõltub FSH menstruaaltsükli faasist. Menopausis naistel puudub östradioli vähenenud tootmise tõttu negatiivse tagasisideme efekt, mistõttu on FSH hulk veres suurenenud. FSH stimuleerib naistel munasarja folliikulite kasvu ja arengut, meestel spermatooside arengut ja küpsemist.								
Näidustused	<ul style="list-style-type: none"> ▪ naistel menstruaaltsükli häired ja infertiilsus ▪ meestel hüpogonadism ja infertiilsus ▪ varajase puberteedi diagnostika <p>Enamasti soovitatav määrata koos LH-ga ja võimalusel follikulaarses faasis.</p>								
Proovivõtu vahendid	Geeli ja liitiumhepariiniga katsuti								
Materjali säilivus ja transport	Plasma: 20–25 °C 5 päeva, 2–8 °C 14 päeva, –20 °C 6 kuud Juhul kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb plasma eraldada, eraldatud materjali stabiilsus 2–8 °C 2 päeva.								
Teostamise aeg ja koht	Õöpäev läbi, kliinilise keema labor, Ravi 18								
Meetod	Elektrokemoluminomeetria								
Referentsvahemik	<p>Naised:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>FF:</td> <td>3,5–12,5 IU/L</td> </tr> <tr> <td>OF:</td> <td>4,7–21,5 IU/L</td> </tr> <tr> <td>LF:</td> <td>1,7–7,7 IU/L</td> </tr> <tr> <td>PMP:</td> <td>26–135 IU/L</td> </tr> </table> <p>Mehed: 1,5–12,4 IU/L</p>	FF:	3,5–12,5 IU/L	OF:	4,7–21,5 IU/L	LF:	1,7–7,7 IU/L	PMP:	26–135 IU/L
FF:	3,5–12,5 IU/L								
OF:	4,7–21,5 IU/L								
LF:	1,7–7,7 IU/L								
PMP:	26–135 IU/L								
Tõlgendus	<p>FSH↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ munasarjade/munandite ageneesia ▪ naistel primaarne ovariaalne puudulikkus: varajane menopaus, resistentsete ovaariumite sündroom, tsütostaatiline ravi, kiiritus, gonaadide düsgeneesiad (Turneri sündroom) ▪ meestel testikulaarne hüpogonadism: Klinefelteri sündroom, <i>Sertoli-cell-only</i>-sündroom, orhiit, kiiritus <p>Segavad tegurid: füsioloogilised (menopaus, andropaus), muud – ravimid (tsüklofosfamiid, digitaalis, etanool, levodopa jt)</p> <p>FSH↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sekundaarne ovariaalne puudulikkus naistel ja hüpotalamo-hüpofüsaarne hüpogonadism meestel (<i>anorexia nervosa</i>, psüühiline ja füüsiline stress, traumaatiline või kasvajast tingitud hüpotalamo-hüpofüsaarse süsteemi kahjustus, Kallmanni sündroom) ▪ hüperprolaktineemia <p>Segavad tegurid: füsioloogilised (rasedus), muud – ravimid (kortikosteroidid, suukaudsed kontratseptiivid, androgeenid jt)</p>								
Konsultatsioon	Vaike Viia, Svetlana Norman								
HK hinnakirja koodid	66706								
Kirjandus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 181 2. Välimäki M, Sane T, Dunkel L jt (2003) Endokrinoloogia, Duodecim (2000), tõlge eesti keelde Medicina 3. Fischbach FT, Dunning MB (2004) A manual of laboratory and diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams&Wilkins: 376–378 								
Koostaja	Maiga Mägi								