

## LUTEINISEERIV HORMOON PLASMAS

<b>Lühend</b>	<b>P-LH</b>
<b>Mõiste</b>	Glükoproteiin, mida toodetakse hüpofüüsi eessagaras. Eritub pulsatiivselt. Gonadotropiinide (FSH, LH) tootmist ja sekretsiooni stimuleerib hüpotalamuses toodetud gonadotropiini vabastajahormoon. Naistel sõltub LH hulk veres menstruaaltsükli faasist. Preovulatoorselt on östradioolil lutropiinile positiivne tagasiside. LH stimuleerib ovulatsiooni ja kollaskeha formeerumist, progesterooni ja östradiooli tootmist kollaskehas. Meestel stimuleerib LH testosterooni tootmist Leydigi rakkudes. Steroidhormoonid vahendavad negatiivset tagasisidestust hüpotalamusele. Menopausis naistel praktiliselt puudub östradiooli ja progesterooni vähenenud tootmise tõttu negatiivne tagasiside, mistõttu on LH hulk veres suurenenud.
<b>Näidustused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ naistel menstruaaltsükli häirete ja infertiilsuse diagnostika</li> <li>▪ ovulatsiooni aja määramiseks ja ovulatsiooni indutseeriva ravi jälgimiseks</li> <li>▪ meestel hüpogonadism ja infertiilsus</li> </ul> <p>Enamasti soovitatav määrata koos FSH-ga (v.a ovulatsiooni määramine).</p>
<b>Proovivõtu vahendid</b>	Geeli ja liitiumhepariiniga katsuti
<b>Materjali säilivus ja transport</b>	Plasma: 2–8 °C 2 nädalat; –20 °C 6 kuud Juhul kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb plasma eraldada.
<b>Teostamise aeg ja koht</b>	Ööpäev läbi, kliinilise keemia labor, Ravi 18
<b>Meetod</b>	Elektrokemoluminomeetria
<b>Referentsvahemikud</b>	<p>Mehed: <b>1,7–8,6 IU/L</b></p> <p>Naised: FF: <b>2,4–12,6 IU/L</b></p> <p>OF: <b>14–96 IU/L</b></p> <p>LF: <b>1,0–11,4 IU/L</b></p> <p>PMP: <b>7,7–58,5 IU/L</b></p>
<b>Tõlgendus</b>	<p><b>LH↑</b> LH hulga suurenemise põhjused on samased FSH hulga suurenemisega:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ munasarjade/munandite ageneesia</li> <li>▪ naistel primaarne ovariaalne puudulikkus: varajane menopaus, resistentsete ovaariumite sündroom, tsütostaatiline ravi, kiiritus, gonaadide düsgeneesiad (Turneri sündroom)</li> <li>▪ meestel testikulaarne hüpogonadism: Klinefelteri sündroom, <i>Sertoli-cell- only</i>-sündroom, orhiit, kiiritus</li> <li>▪ suurenenud LH kontsentratsioon veres ja LH/FSH suhe &gt; 2 koos androgeenide hulga suurenemisega: polütsüstiliste ovaariumite sündroom</li> </ul> <p>Segavad tegurid: füsioloogilised – menopaus; muud – ravimid: tsüklofosfamiid, etanool, antileptikumid jt.</p> <p><b>LH↓</b> LH hulga vähenemise põhjused on samased FSH hulga vähenemisega:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> <li>▪ hüperprolaktineemia</li> </ul> <p>Segavad tegurid: ravimid (anaboolsed steroidid, suukaudsed kontratseptiivid, androgeenid, propranolool jt).</p>
<b>Konsultatsioon</b>	Vaike Viia, Svetlana Norman
<b>HK hinnakirja koodid</b>	66706
<b>Kirjandus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Välimäki M, Sane T, Dunkel L jt (2003) Endokrinoloogia, Duodecim (2000), tõlge eesti keelde Medicina: 113–122</li> <li>2. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 256</li> </ol>

	3. Fischbach FT, Dunning MB (2004) A manual of laboratory diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: 376–378
<b>Koostaja</b>	Maiga Mägi