

## PROGESTEROON PLASMAS

|  |   |
|--|---|
| <b>Lühend</b>                          | <b>P-Prog</b>   |
| <b>Mõiste</b>                          | Naissuguhormoon, steroidhormoon. Sünteesitakse kolesteroolist. Toodetakse peamiselt munasarjades ja platsentas, vähesel määral ka neerupealiste kooses (ka meestel). Tootmist kollaskehas stimuleerib luteiniseeriv hormoon (LH) ja koorioni gonadotropiin (hCG). Progesteron omakorda inhibeerib gonadotropiinide tootmist. Mitterasedatel on kollaskeha poolt toodetava progesterooni kontsentratsioon veres suurim 5–7 päeval pärast ovulatsiooni, mil ongi P-Prog määramine diagnostiliselt oluline. Raseduse ajal on kollaskeha peamine progesterooni tootja kuni 8. rasedusnädalani, seejärel toodab progesterooni platsenta ning tootmine suureneb kuni 32. rasedusnädalani. Progesteron stimuleerib endomeetriumi näärmete sekretsiooni, valmistades ette viljastatud munaraku implantatsiooni, vähendab raseduse ajal emaka kontraktiilsust ning peatab edasise folliikulite vabanemise. |
| <b>Näidustused</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ovulatoorse ja anovulatoorse menstruaaltsükli eristamine</li> <li>▪ kollaskeha alatalitluse diagnostika (varajaste spontaanabortide riski hindamine) – soovitatav kahekordne järjestikune määramine 5. ja 7. päeval pärast oletatavat ovulatsiooni</li> <li>▪ platsenta funktsiooni uurimine raseduse ajal</li> </ul>  |
| <b>Proovivõtu vahendid</b>             | Geeli ja liitiumhepariiniga katsuti   |
| <b>Materjali säilivus ja transport</b> | Plasma: 20–25 °C 1 päev, 2–8 °C 5 päeva, –20 °C 6 kuud<br>Juhul kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb plasma eraldada.   |
| <b>Teostamise aeg ja koht</b>          | Õöpäev läbi, kliinilise keemia labor, Ravi 18   |
| <b>Meetod</b>                          | Elektrokemoluminomeetria  |
| <b>Referentsvahemikud</b>              | Mehed: < <b>0,16–0,47</b> nmol/L<br>Naised: FF: <b>0,18–2,84</b> nmol/L<br>OF: <b>0,39–38,1</b> nmol/L<br>LF: <b>5,82–75,9</b> nmol/L<br>PMP: < <b>0,16–0,41</b> nmol/L   |
| <b>Tõlgendus</b>                       | <b>Prog↑</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kongenitaalne adrenaalne hüperplaasia</li> <li>▪ põismool</li> <li>▪ munasarja koorionepitelioom</li> </ul> Segavad tegurid: ravimid (klomifeen, östrogeenid, progesteron jt)<br><b>Prog↓</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ amenorröa, galaktorröa</li> <li>▪ gonadaalne düsfunktsioon</li> <li>▪ primaarne/sekundaarne hüpogonadism</li> <li>▪ ähvardav raseduse katkemine</li> <li>▪ lühikese luteaalfaasi sündroom</li> </ul> Segavad tegurid: ravimid (ampitsilliin, interferoon, suukaudsed kontratseptiivid, fenüülbufasoon jt)  |
| <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: 324–325</li> <li>3. Fischbach FT, Dunning MB (2004) A manual of laboratory diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams &amp; Wilkins: 447–448</li> </ol>  |
| <b>Koostaja</b>                        | Maiga Mägi  |