

## TESTOSTEROON PLASMAS

<b>Lühend</b>	<b>P-Testo</b>				
<b>Mõiste</b>	Steroidhormoon, peamine meessuguhormoon. Sünteesi stimuleerib luteiniseeriv hormoon. Meestel sünteesitakse peamiselt neerupealistes ja testistes, naistel tekib neerupealistes, munasarjades ning perifeersetes kudedes toimuval konversioonil. Veres esineb kompleksis suguhormoone siduva globuliiniga (SHBG) või albumiiniga ning mitteseotud vaba aktiivse fraktsioonina. Vaba testosterooni fraktsioon moodustab meestel 1–3% ja naistel 0,5–1,3% testosterooni üldhulgast. Testosteroon põhjustab mehe suguelundite diferentseerumise, sekundaarsete sootunnuste arenemise, reguleerib spermatogeneesi, anaboolseid toimeid, mõjustab mehe liibidot ja potentsi, naistel mõjutab karvakasvu.				
<b>Näidustused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel hüpogonadismi diagnostika, infertiilsuse ja teiste seksuaalsete düsfunktsioonide ning impotentsuse uurimine</li> <li>▪ alla 10-aastaste poiste seksuaalse varaküpsuse diferentsiaaldiagnostika</li> <li>▪ naistel hirsutismi diagnostika ja ovariaalsete tuumorite detekteerimine</li> </ul>				
<b>Proovivõtu vahendid</b>	Geeli ja liitiumhepariiniga katsuti				
<b>Materjali säilivus ja transport</b>	Plasma: 2–8 °C 7 päeva, –20 °C 6 kuud 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:    ≥ 50 a: <b>6,7–25,7</b> nmol/L 20–50 a: <b>8,6–29,0</b> nmol/L 13–20 a: <b>1,0–38,5</b> nmol/L 7–12 a: <b>0,1–2,4</b> nmol/L 1–6 a: <b>0,1–1,1</b> nmol/L < 1 a: <b>0,4–0,7</b> nmol/L Naised:    ≥ 50 a: <b>0,1–1,4</b> nmol/L < 50 a: <b>0,3–1,7</b> nmol/L				
<b>Tõlgendus</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>Testo↑</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel: hüpertüreoidism, androgeense resistentsuse sündroom, adrenaalne tuumor, poistel: varane puberteet ja adrenaalne hüperplaasia</li> <li>▪ naistel: polütsüstilised munasarjad, munasarjade tuumorid, adrenaalsed tuumorid ja adrenaalne hüperplaasia, idiopaatiline hirsutism</li> </ul> <p>Segavad faktorid: füsioloogilised (lühiajaline intensiivne füüsiline koormus), ravimid (antileptikumid, antikonvulsandid, barbituraadid, suukaudsed kontratseptiivid jt)</p> </td> </tr> <tr> <td><b>Testo↓</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel: primaarne/sekundaarne hüpogonadism, Klinefelteri sündroom, hüpopituitarism, orhidektoomia, Downi sündroom, hiline puberteet</li> </ul> <p>Segavad tegurid: füsioloogilised (pikaajaline intensiivne füüsiline koormus), ravimid (anaboolsed steroidid, androgeenid, kortiosteroidid, östrogeenid, suukaudsed kontratseptiivid, spironolaktoon, tetratsükliin jt)</p> </td> </tr> </table>	<b>Testo↑</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel: hüpertüreoidism, androgeense resistentsuse sündroom, adrenaalne tuumor, poistel: varane puberteet ja adrenaalne hüperplaasia</li> <li>▪ naistel: polütsüstilised munasarjad, munasarjade tuumorid, adrenaalsed tuumorid ja adrenaalne hüperplaasia, idiopaatiline hirsutism</li> </ul> <p>Segavad faktorid: füsioloogilised (lühiajaline intensiivne füüsiline koormus), ravimid (antileptikumid, antikonvulsandid, barbituraadid, suukaudsed kontratseptiivid jt)</p>	<b>Testo↓</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel: primaarne/sekundaarne hüpogonadism, Klinefelteri sündroom, hüpopituitarism, orhidektoomia, Downi sündroom, hiline puberteet</li> </ul> <p>Segavad tegurid: füsioloogilised (pikaajaline intensiivne füüsiline koormus), ravimid (anaboolsed steroidid, androgeenid, kortiosteroidid, östrogeenid, suukaudsed kontratseptiivid, spironolaktoon, tetratsükliin jt)</p>
<b>Testo↑</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel: hüpertüreoidism, androgeense resistentsuse sündroom, adrenaalne tuumor, poistel: varane puberteet ja adrenaalne hüperplaasia</li> <li>▪ naistel: polütsüstilised munasarjad, munasarjade tuumorid, adrenaalsed tuumorid ja adrenaalne hüperplaasia, idiopaatiline hirsutism</li> </ul> <p>Segavad faktorid: füsioloogilised (lühiajaline intensiivne füüsiline koormus), ravimid (antileptikumid, antikonvulsandid, barbituraadid, suukaudsed kontratseptiivid jt)</p>				
<b>Testo↓</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ meestel: primaarne/sekundaarne hüpogonadism, Klinefelteri sündroom, hüpopituitarism, orhidektoomia, Downi sündroom, hiline puberteet</li> </ul> <p>Segavad tegurid: füsioloogilised (pikaajaline intensiivne füüsiline koormus), ravimid (anaboolsed steroidid, androgeenid, kortiosteroidid, östrogeenid, suukaudsed kontratseptiivid, spironolaktoon, tetratsükliin 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</li> <li>2. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 321–322</li> <li>3. Fischbach FT, Dunning MB (2004) A manual of laboratory diagnostic tests, 7th Edition, Lippincott Williams &amp; Wilkins: 381–382</li> </ol>				

**Koostaja**

Maiga Mägi