

ПОРЕМЕЋАЈ ФУНКЦИЈЕ ШТИТАСТЕ ЖЛЕЗДЕ У РАДУ ДИСПАНЗЕРА ЗА ЖЕНЕ

Д. Марковић-Одаловић, С. Марковић, И. Краус, Н. Краус

УВОД

Поремећај функције осовине хипоталамус-хипофиза-тиреоидеја реперкутује се на репродуктивну функцију дене:

1) директним деловањем тироидних хормона на оксидативну фосфорилацију, повећање броја и активности митохондрија, повећање садржаја цикличног АМР, повећање синтезе протеина, фосфорилацију глукозе, депонување гликогена, метаболизам масти и др.;

2) стимулисањем секреције SHBG (sex hormon binding globulin) за који се везује тестостерон, дихидротестостерон и естрадиол;

3) утицајем TRH на секрецију пролактина.

Пораст TRH у хипотиреодизму објашњава његову већу удруеност са хиперпролактинемијом. Хиперпролактинемија изазива ановулацију, поремећај лутеалне фазе који доводе до менструалних поремећаја.

И естрогени имају утицаја на функцију тироидеје и то тако што мењају базалну секрецију TSH (повећавају осетљивост тиреотрофа на TRH), повећавају концентрацију тироидних хормона и TBG (thyroxine binding globulin) који се синтетише у јетри и главни је састојак колоида и прекурсор свих тироидних хормона, јер се 75% тироксина везује за њега, док је афинитет везивања тријодтиронина десет пута мањи.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се укаде на најчешће поремећаје функције штитасте длезде који етиолошки упливишу на појаву гинеколошко-акушерских обољења.

МЕТОД И РЕЗУЛТАТИ РАДА

У периоду од 1998. до 2000. године испитано је 27 пацијенткиња са поремећајем штитасте длезде. 10 пацијенткиња је имало хипертиреозу, 3 хипотиреозу и 14 су биле еутироидне, са дифузном или полинодозном струмом. Све пацијенткиње са дисфункцијом штитасте длезде су имале неки од поремећаја менструалног циклуса (полименореја, олигоменореја, менометрорагија, до аменореје). Две пацијенткиње са хипертиреозом су биле гравидне. Код једне труднице симптоми су у првом триместру били израденији (несаница, нервоза, тремор, унутрашња тескоба, тахикардија, повраћање, незнатан губитак телесне тедине), да би се у другом триместру осетно убладили. Ниво целокупног T_4 био је незнатно повишен, а ниво слободног тироксина (FT4) био је на горњој граници нормалних вредности, тако да није било потребе за тиреосупресивном терапијом, већ је пацијенткиња уз симптоматску терапију (Klometol ИГаленика”) и мале дозе седатива (Bensedin ИГаленика”) и дијететским редимом успела да преброди овај период гравидитета и уђе у други знатно мирнији период, са осетним смиривањем клиничких манифестација и нормализовањем нивоа хормона. Друга трудница била је под терапијом propil-tiouracila (PTU), који је лек избора, с обзиром на то да Favistan моде изазвати развој конгениталних аномалија. Доза PTU током трудноће је смањивана, водећи рачуна да ниво T_4 не падне испод 115 pmol/l, да се не развије хипотиреодизам. Породила се у 37 ng, са здравим дететом.

Од три пацијенткиње са хипотиреозом, код две је обољење наступило после порођаја. Код једне после другог порођаја, са развојем класичне слике Sheehan-овог синдрома, а код друге после првог порођаја, са поремећајем менструалног циклуса у виду олигоменореје. Код треће пацијенткиње хипотиреоза је утврђена у 45. години дивота. Гинекологу се била јавила због крварења у менопаузи. Упућена је на експлоративну киретаду. Хистопатолошки налаз је био неспецифичан. Због панцитопеније упућена је на даље хематолошко испитивање, где се и сада налази. Преосталих 14 пацијенткиња са дифузном или полинодозном струмом и еутиреоидним стањем потребно је даље пратити, посебно њих пет које нису испуниле репродуктивну улогу и рађање их тек очекује.

ДИСКУСИЈА

Хипертиреоза је аутоимуно обољење, везано за недостатак антиген специфичних супресорних Т лимфоцита и HLA-DR3 хаплотип. 1956. године Adams и Purvens су утврдили постојање LTS (long acting thyroid stimulator) који се разликује од TSH по дудем деловању. Данас се LATS назива тиреостимулишуће антитело (TSab) класе IgG кога синтетишу В лимфоцити. TSab делује као и TSH везујући се за мембрану тиреоцита, што доводи до активације аденилциклазе и пораста цикличног АМР, са порастом синтезе Т3 и Т4.

Менструални поремећаји код хипертиреозе су последица повећања синтезе SHBG и повећања естрогена у свим фазама менструалног циклуса. Пораст естрогена условљава неадекватну повратну спрегу и настанак ановулаторних циклуса, без преовулаторног скока LH, са високим нивоом LH и ниским FSH. Висок ниво LH доводи до повећане синтезе андрогена из строме, што условљава њену хипертрофију и атрезију фоликула. Низак ниво FSH доводи до континуираног пораста фоликула који перзистирају, те се формирају мултипле цисте промера 2–6 mm. Менструални поремећаји у хипотиреози често су, због пораста нивоа TRH, удружени са хиперпролактинемijом.

Познато је да код еутиреоидних трудница долази до лаког дифузног увећања штитасте длезде, које је делом последица повећане васкуларизације, а делом хипертрофије. У трудноћи долази до пораста ТВG и већег везивања Т3 и Т4 за њега.

Да би се спречио недостатак јода у gravidитету, Светска здравствена организација препоручује дневно уношење минимално 150 микрограма јода дневно. Трудноћа има утицаја на ток аутоимуних обољења. У трудноћи се повећава синтеза алфа 2–РАG (pregnancy associated alpha 2 – glucoprotein), који има имуносупресивне ефекте. Код већине трудница које болују од хипертиреозе погоршање болести наступа у првом триместру (када је и концентрација hCG, као тироидног стимулатора, највећа) да би дошло до побољшања у другом и трећем триместру. Код хипертиреозе употреба бета-симпатомиметика је контраиндицирана због синергизма симпатикуса и тиреоидних хормона.

ЗАКЉУЧАК

Дисфункција штитасте длезде има значајног удела у етиопатогенези гинеколошко- акушерских поремећаја, са којима се сусрећемо у диспанзерским условима рада, с тим што је заступљеност хипертиреозе знатно већа.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. С. Guyton, J. Е. Hall: Медицинска физиологија, Савремена администрација, Београд, 1999.
2. Д. Ђурић и сар.: Основи неуроендокринологије, Завод за уџбенике и наставна средства,

Београд, 1985.

3. Љ. Војводић: Штитаста длезда и трудноћа, Elit-medica, 1999, Београд.
4. С. Gompel, S. G. Silverberg: Pathology in ginecology and obstetrics, J. B. Lippincott Company-Philadelphia, 1994.
5. V. Potemkin: Endocrinology, Mir Publishers, Moscow, 1989.