

## ИНАПАРЕНТНА ПРИМАРНА ХИПОТИРЕОЗА

А. Богдановска<sup>1</sup>, И. С. Таџер<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт за патофизиологија и нуклеарна медицина,  
Скопје, Р. Македонија

<sup>2</sup>Македонска академија на науките и уметностите,  
Скопје, Р. Македонија

Незабележливата хипотиреоза (hypothyreosis subclinical inaparentna) беше опсервирана пред 12 години кај еден маж на 65 години кој се жалеше на тешкотии при голтањето. Беше лекуван како епифарингит, со уредни лабораториско-биохемиски параметри и цитолошки наод. Тиреолошките тестови, слободен тироксин и тријодитиронин (FT<sub>4</sub> и T<sub>3</sub>), беа исто така нормални, освен TSH кој беше благо покачен и при повторно одредување (од 7–9 MicroU/ml). Клинички при повторниот преглед кај нас постоеше адинамија, слабост, рано заспивање. Веднаш беше почната терапија со тироксин во ниски дози (25 mg/ден) и за неколку недели достигнаа до 125 микрограма дневно, така што TSH се нормализира, голтањето се поправи спектакуларно. Такви инапаратни форми на хипотиреозата со нормални тироидни тестови и наголемени вредности на TSH, најмногу се застапени кај хипотиреозите (табела 1).

Табела 1

Р. бр.	Пол	Возрас	Вкупен T-4	Слободен T-4	TSH
1.	I-93/2000 ж	27	135	-	12
2.	29/2000 ж	52	127	-	-
3.	C/1900/0 ж	79	-	13,7	8,2

4.	97/03 ж	65	65	-	10
5.	N/280 ж	45	85	-	10,9
6.	A/1270 ж	63	136	-	7
7.	26/04 ж	38	-	12	6,6
8.	KGA ж	42	75	-	7,5
9.	MI5 ж	54	-	7,5	11,0
10.	C288/0 ж	60	72	-	5,5
11.	124/3 ж	72	-	21	10
12.	C/14 ж	37	27	-	22
13.	A/14 ж	45	17	-	13,5
14.	M-156 ж	46	93	-	5,5
15.	M-284/1 ж	61	-	8,6	6,1
16.	TV-11 ж	64	97	-	8,4
17.	B-11/6 ж	61	-	17,4	5,5
18.	D-21/03 ж	60	-	8,4	12
19.	G-52/0 ж	32	97	-	7,5
20.	I-37 ж	63	-	14	18
21.	k-201/0 ж	54	-	9	6,7
22.	Š/33 ж	59	-	11,4	6,8
23.	K/2 ж	75	75	-	32
24.	RB-92 ж	47	81	-	10
25.	B-39/01 ж	66	-	9,6	10
26.	Z-4/0 ж	51	-	8,0	12
27.	D-47/01 ж	32	89	-	5,5

Кај една 40-годишна дактилографка установивме зголемување на телесната тежина (20 кг за 2 години) и намалена работна способност. T-3 и слободен тироксин беа нормални, само TSH беше околу 10 MicroU/ml. Ги собравме сите хипотиреози опсервирани во нашата тироидна лабораторија на Институтот за патофизиологија со една фреквенција од 150–200 пациенти дневно. Во табелата се прикажани наодите на инапаратни хипотиреози.

#### *Материјал и методи на работење*

Пациентите се упатени од лекари од општа практика за тестирање на тироидеата. Повеќето пациентни се од женски пол, на раз-

лична возраст, вклучително и новороденчиња. Отворено е досие за секој пациент, и се чува во архивата.

*Методите на работењето:* анамнеза со посебен акцент на тироидни болести во семејството. Тироидната патологија е внесена во графите, измерена е телесна тежина, палпаторен наод на вратот. Тироидните тестови се изведени со RIA-методот на фирмата CIS. Uptake на J-131, тотален тироксин (T<sub>4</sub>) во серумот (нормала од 50–155, nmol/L) слободен тироксин (FT<sub>4</sub>) 9–25 pmol/L), вкупен T-3 (0.0–2.9 nmol/L), TSH е работен со методологијата на CIS и со флуоросцентна метода на DELFIA (нормални вредности 0,4–4,5 MicroU/ml). Тироидни антитела се работени со CIS методологија (нормални вредности за антитела: Анти TG и Анти TPO < 50U/ml). Тироидната скенографија е работена на камера со Tc-99 m со доза 2–3 mCi аплициран интравенозно или со J-131 (доза 50–100 µCi орално). Ултрасонографијата на вратот е изведена со сонда од 5 MHz. Пункција е правена на тироидејата обострано, препаратот е испитан истиот ден во цитолошката лабораторија на Онколошкиот институт (проф. Г. Зографски). Биохемиските испитувања се изведени во лабораторија.

### *Резултати*

Опсервирани се 27 случаи со инапаратна хипотиреоза. Основните податоци се прикажани на табела 1. Истовремено се дијагностицирани 15 пациенти со манифестна хипотиреоза. Кај сите овие пациенти TSH е одредуван најмалку два пати, користени се двете методи, едната на CIS, а другата со флуоросцентна методологија на DELFIA. Откако е установен инапаратниот хипотиреоидизам администрирањето на тироксинот го депримира зголемениот титар на TSH.

Биохемиските наоди кај сите 27 пациентки се уредни, без промени и во хематолошкиот статус. Кај неколку случаи микрозомалните антитела се зголемени. TSH е наголемен кај инапаратната форма во низок дијапазон ( $16 \pm 6.4$ ,  $46.3 \pm 14.5$  µ U/ml), а кај манифестниот облик вредностите се многу повисоки.

### *Дискусија*

Инапаратната хипотиреоза е често застапена во нашиот материјал. Кај некои е присутен повисок титар на антитела (случаите

2, 3, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22). Пациентите се упатени од лекари од општа пракса поради динамиски проблеми. Во неколку случаи пациентите имале гребене во фарингсот и нарушен рефлекс на голтање. Во еден случај пациентката на 60 години добила срцева аритмија со резистенција на лекувањето и веќе 6 години има непрекинатата предкоморна аритмија. Промени во телесната тежина со наголемување до 20 кг на телесна тежина е опсервирана кај пациентка на возраст од 38 години и истовремено и престанал менструалниот циклус. Третманот кај сите случаи е со примање на тироксин со доза од 100 до 125 микрограма дневно.

Во 2001 година од D. S. Cooper (1) е публикуван случај со инапарентна форма на хипотиреоза под наслов Subclinical hypothyreosis. Пациентката на 59 години имала само зголемен TSH, од 79 mU/ml и зголемена холестеринемија. Статијата била цитирана од 18 автори и предизвикала голем интерес. Во New England, Journal of Medicine vol. 345, 1855, 56, се објавува од J. S. Dasche и сор. освртна статија со наслов Subclinical hypothyreosis.

Дијагностиката на хипотиреизмот во најраната фаза е потполно индиректна – брзо зголемување на телесната тежина, отоци, микседематозни знаци, инасуфициенција во функциите на црниот дроб, хемипареза во нервниот систем се главните симптоми на фаталната микседема, одредувањето на базалниот метаболизам води до брза дијагностика. Нашата тиреоидна лабораторија за неколку години згрижила околу 5.500 одредувања на метаболната рата. Изотопната дијагностика со радиојодниот uptake, одредувањето на протеински врзаниот радио јод во серумот (PBJ) ја поместуваат дијагностичката граница кон порано откривање на хипотироидизмот, одредувањето на вкупниот T-4, слободниот T-4 и T-3 се зголемува бројот на хипотиреозитемот, а со дозирањето на TSH се поместува уште повеќе границата на раната дијагноза во чиј домен се инапарентните субклинички хипотиреози.

### *Заклучок*

Инапарентната (субклиничка) форма на примарната хипотиреоза се дијагностицира со дозирање на тироидно-стимулативниот хормон TSH. Истиот е наголемен во една фаза кога сите тиреоидни хормони се во нормални граници и клиничката слика не е забележливо нарушена. Дозирањето на TSH во серумот денес е лесно изводливо со радиоизотопната или флуоросцентната метода.

## ЛИТЕРАТУРА

1. David S. Cooper (2001): Subclinical hypothyroidism, The New England Journal of Medicine, vol. 345: 260–265.
2. John S. Dasche, F. Gary Cuningham, (2001): Subclinical hypothyroidism, The New England Journal of Medicine, vol. 345: 1855–1856.

## Summary

## INAPPARENT PRIMARY HYPERTHYREOSIS

**A. Bogdanovska<sup>1</sup>, I. S. Tadžer<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Institute of Pathophysiology and Nuclear Medicine, Skopje, R. Macedonia*

*<sup>2</sup>Macedonian Academy of Sciences and Arts, Skopje, R. Macedonia*

Some 12 years ago a 56-year-old man was observed for Epipharyngitis. All the tests, including cytology of the epipharynx, were normal. Thyroid tests, including free thyroxine and triiodthyronine, were normal, only the hypophysial thyroid stimulating hormone was elevated. In a second IGR TSH test it was again elevated. The patient was seen again: he was adynamic. Thyroxine was prescribed in a small initial dose of 25 mgr. daily and after several weeks he was consuming 125 mgr thyroxine daily. TSH was normalised. This inapparent expression of primary hypothyreosis with elevated TSH only was the trigger for many cases of hypothyreosis without laboratory or clinical signs of thyroid hypofunction. In this paper 27 cases are presented with the sign of elevated TSH only.