

Mou diplomovou práci jsem nazvala Onemocnění štítné žlázy a poruchy reprodukce u žen. Je to téma stojící na rozhraní mezi gynekologií, imunologií a endokrinologií.

Poruchy reprodukce mě zaujaly již během povinně volitelných kurzů: Imunologie ženské reprodukce a Reprodukční imunologie. Svě seminární práce jsem tehdy psala na téma Protilátky proti spermiím.

Nyní jsem se rozhodla věnovat tématu štítné žlázy. A důvod – v budoucnosti bych se ráda věnovala oboru gynekologie a porodnictví, s kterým dané téma velmi úzce souvisí.

Ve většině vyspělých zemí je stále aktuálním tématem klesající porodnost. Jedním z důvodů je posun plánovaného rodičovství do vyšších věkových kategorií, dále je to nižší počet dětí v rodinách, ale také se zde velkou měrou podílí snížená reprodukční schopnost párů.

Podle statistiky neplodnost v ekonomicky vyspělých zemích vzrůstá a v současné době postihuje 10-15% partnerských dvojic, tedy každý 7.-10. pár (Ventruba, 2001).

Na příčinách neplodnosti se podílí v 30-35% pouze muž a ve 35-40% pouze žena.

Kombinace faktorů u obou partnerů se vyskytuje u 25% neplodných dvojic, a je nutné si uvědomit, že u muže i ženy se může vyskytovat více příčin současně. Jen u 5% párů, které vyhledávají lékařskou pomoc, se nezjistí zjevné příčiny sterility (Ventruba, 2001).

Neschopnost otěhotnět a donosit dítě může mít řadu příčin, mezi ty nejčastější podle Ventruby patří: ovariální faktor 25-40%, tuboperitoneální faktor 25-40%, endometrióza 15-25%, děložní faktor 5-7%, cervikální faktor 3-4%, poševní faktor 3-4%, imunologický faktor 2-3%, psychogenní vlivy 1-2% (Ventruba, 2001).

Jak jsem uvedla výše poruchy reprodukce u žen mohou mít řadu příčin, svůj podíl na nich mají i poruchy štítné žlázy. Prokázaná korelace mezi hladinami TSH a fertilitou u žen vedla k tomu, že některá pracoviště zařadila vyšetřování štítné žlázy mezi screeningová vyšetření u sterilní a infertilit.

Tyreoidální poruchy se několikanásobně častěji vyskytují u žen než u mužů. Je

doložen úzký vztah mezi činností štítné žlázy a reprodukčními schopnostmi. Jak hypotyreóza tak i hypertyreóza mohou – a to i v preklinických stádiích – způsobovat:

1) poruchy menstruačního cyklu až anovulaci

- 1 – 2) poruchy plodnosti (změna charakteru cervikálního hlenu, ovlivnění motility vejcovodů)

3) opakované neúspěchy pacientek v IVF programu

4) opakované potrácení (vliv na nidaci vajíčka)

5) prematuritu plodu

6) poporodní tyreoiditidu (Nováková, 2003)

Podle literárních údajů se hypotyreóza vyskytuje u 2-3% populace, tyreotoxikóza u 0,2-0,5% populace. Jsou výrazné regionální rozdíly, platí poměr postižení žen a mužů 4-6:1. V počtu nejsou zahrnuty tzv. subklinické poruchy (subklinická hypotyreóza a subklinická tyreotoxikóza), které jsou asi stejně časté jako manifestní formy (Němec, Zamrazil 2001).

Autoimunitní onemocnění štítné žlázy – subklinické formy se vyskytují s frekvencí 4% (hypotyreóza 3,5%, hypertyreóza 0,5%) (Nováková, 2003).

Když tedy sečteme 3% hypotyreózy a 0,5% tyreotoxikózy a 4% subklinických forem, vyjde nám 7,5% populace postižených některou formou poruchy štítné žlázy. Již jsem zmínila vliv funkce štítné žlázy na plodnost žen a také vyšší prevalenci poruch štítnice u žen. Proto je podle mého názoru toto číslo dostatečným zdůvodněním významu tématu mé diplomové práce. Pokud uvážíme relativně snadné možnosti monitorace funkce štítné žlázy a následné možnosti léčby, nabízí se možnost vyšetřování thyroideálních funkcí u pacientek léčených pro neplodnost a jejich léčby ještě předtím než se nezdaří jiné a mnohem náročnější způsoby léčby. Důvody vyšetřování samozřejmě nejsou pouze ekonomické.