

بررسی مورفومتریک تاثیر پرکاری و کم کاری تیروئید بر عضلات پاپیلبطن چپرت

رویا جاجوندیان^۱، دکتر مرتضی بهنام رسولی^۲، مجتبی دشتی زاد^۳^۱ کارشناس ارشد فیزیولوژی جانوری، هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد^۲ استاد، گروه زیست شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد^۳ کارشناس ارشد زیست شناسی تکوینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال

چکیده

سابقه و هدف: هر موجود زنده‌ای برای حفظ هموستاز خود، با تکیه بر پاسخهای سیستم عصبی و اندوکرین به عوامل محیطی پاسخ می‌دهد. در این بین غده تیروئید نیز طیف وسیعی از فعالیتهای فیزیولوژیک و متابولیک بدن را متاثر می‌کند. تیروکسین (T4) و تری‌یدوتیرونین (T3) سطح متابولیسم مناسبی برای عمل بافت ایجاد می‌نمایند و بطور مستقیم یا غیرمستقیم کار قلب را تحت تاثیر قرار می‌دهند. هدف پژوهش حاضر، بررسی تغییرات مورفومتریک حاصل از القای پرکاری و کم کاری غده تیروئید بر عضلات بطن چپ در مدل جانوری رت بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی، رت‌های ماده و ویستار با محدوده وزنی ۳۰۰-۲۵۰ گرم و سن حدود سه ماه در ۳ گروه تحت تیمار با تیروکسین (۱ میلی‌گرم در لیتر آب طی ۲۰ روز)؛ تیمار با پروپیل تیوراسیل (۵/۰ گرم در لیتر آب) و کنترل با شش تکرار دسته‌بندی شدند. روشهای پاتولوژیک و استریومتری در مطالعه مقاطع بافتی کاردیوسیت‌های پاپیلبطن چپ استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تراکم مویرگی در اطراف کاردیوسیت‌های هیپرتیروئید افزایش یافته و اختلاف قابل توجه آماری در جهت افزایش متوسط سطح مقطع فیبر و متوسط مساحت خارجی فیبر به دست آمد. در نمونه‌های هیپوتیروئید عکس این حالت دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس شواهد موجود، قلب به طور جبرانی برای حفظ هموستاز در راستای هیپرتروپی کاردیوسیتی حین هیپر و هیپوتیروئیدیسیم سازش می‌یابد.

واژگان کلیدی: تیروکسین، عضلات پاپیلبطن، هیپرتروپی، هیپوتروپی، استریومتری.

مقدمه

پرکاری غده تیروئید که در بیشتر موارد با گواتر همراه است، منجر به علائم هیپرتیروئیدی می‌گردد. این علائم در قلب با تغییرات مورفولوژیک از قبیل کانونهای ارتشاح سلولی لنفوسیتی و ائوزینوفیلی، فیبروز خفیف، تغییرات دژنراتیو چربی کاردیوسیتی، افزایش تعداد و تراکم میتوکندریائی (۲) افزایش حساسیت یونی در پاسخ به اثرات موضعی کاتکول آمین‌ها در نتیجه افزایش تعداد گیرنده‌های بتا آدرنژیک، افزایش میزان MHC، B-MHC (۱)، افزایش رونویسی ژنی زنجیره‌های سنگین میوزین و پیشبرد روند تبدیل میوزین بتا به آلفا و افزایش فعالیت تجزیه ATP میوکاردی (۳)، افزایش قدرت چفت شدن، کاهش زمان استراحت و تشدید فرکانس رها سازی کلسیم از شبکه سارکوپلاسمیک (۴)، کاهش میزان

هر موجود زنده‌ای برای حفظ هموستاز خود با تکیه بر پاسخهای سیستم عصبی و اندوکرین به عوامل محیطی پاسخ می‌دهد. در این بین غده تیروئید نیز طیف وسیعی از فعالیتهای فیزیولوژیک و متابولیک بدن را متاثر می‌سازد. به طور کلی می‌توان هورمونهای تیروئیدی را به منزله کلید استارتی دانست که همواره ماشین متابولیک بدن را به راه می‌اندازند (۱).

آدرس نویسنده مسئول: بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده پرستاری و مامایی، رویا جاجوندیان
(email: jajvandian@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۶/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۲/۲۵

به منظور القای هیپرتیروئیدی، هورمون تیروکسین به میزان ۱ میلی‌گرم در لیتر آب آشامیدنی بطور روزانه در اختیار موشها قرار داده شد. برای القای هیپوتیروئیدی از پروپیل تیوراسیل به میزان ۰/۵ گرم در لیتر آب آشامیدنی استفاده شد. حیوانات در قفسهای جداگانه در حیوانخانه دانشکده علوم دانشگاه فردوسی مشهد در شرایط دمایی مناسب و دوره روشنایی و تاریکی ۱۲:۱۲ ساعت با دسترسی کافی به آب و غذا نگهداری شدند. غذای حیوانات با استفاده از فرمول استاندارد و از طریق شرکت جوانه خراسان تهیه گردید.

پس از تیمار ۲۰ روزه، برای حصول اطمینان از ایجاد هیپوتیروئیدی و هیپرتیروئیدی، ابتدا از هر حیوان خون‌گیری به عمل آمد و سرم خون پس از تشکیل لخته و سانتریفوژ نمونه به میکروتیوب‌های مخصوص اپندورف انتقال یافت و سنجش سطوح T3 و T4 به روش رادیوایمونواسی انجام گردید. در پایان دوره، نمونه‌های عضلات پاپیلر در بطن چپ جهت مطالعات هیستولوژیک با استفاده از فیکساتور فرمالین تثبیت شد. به دنبال تثبیت، مراحل پاساژ بافت و رنگ‌آمیزی با هماتوکسین-ئوزین و پاس‌پیک ایندیکوکارمن صورت گرفت. سپس از مقطع عضلات پاپیلر قدامی بطن چپ تمام نمونه‌ها به طور تصادفی در چهار میدان دید با درشت‌نمایی عکس تهیه شد.

به منظور مطالعات مقایسه‌ای قطر کاردیوسیت‌های در نمونه‌های مورد آزمایش، از روش استریومتری استفاده گردید. در این روش از مساحت اشغال شده توسط هر نقطه در یک کاغذ شفاف به عنوان معیار تخمین سطح کاردیوسیت استفاده می‌شود. بدین منظور روی یک صفحه شفاف، تعدادی نقطه با فواصل ۳ میلی‌متر اختیار شد و بطور کاملاً تصادفی، صفحه روی تصویر مقاطع عرضی عضلات پاپیلر قرار داده شد. به این ترتیب تعداد نقاط داخل هر کاردیوسیت، شمارش شد و با نصف مجموع تعداد نقاط مشاهده شده روی دیواره هر کاردیوسیت افزوده شد. با ضرب میانگین تعداد نقاط شمارش شده در مقطع عرضی کاردیوسیت هر نمونه در مساحت هر مربع محیط بر هر نقطه روی عکس، سطح مقطع متوسط کاردیوسیت محاسبه شد. در اینجا با توجه به طول ضلع مربع (۳ میلی‌متر) و درشت‌نمایی عکس (۱۳۵۳ برابر)، مساحت اشغال شده توسط هر مربع روی عکس، معادل $4/916 \mu^2$ است.

برای سنجش مساحت غشای کاردیوسیت، از فلش‌هایی به طول ۳ میلی‌متر که بر روی صفحه شفاف ترسیم شده بودند، استفاده شد. در این مورد تعداد فلش‌هایی که به دیواره

میوگلوبین (۵)، افزایش سطح ویتامین E (۶) و گاه افزایش فعالیت اتوفازی و دژنراتیو میتوکندریایی منجر به نکروز میوکاردی همراه است. از طرفی نسبت وزن قلب به بدن می‌تواند تا ۴۵٪ افزایش یابد. لازم به ذکر است که در طی این روند افزایش وزن قلب بیشتر از افزایش حجم آن می‌باشد (۷) که منجر به فرآیندی هماهنگ با افزایش سطح مقطع عروق کرونر برای تامین خون مورد نیاز میوکارد خواهد شد (۸).

بطور کل در هیپرتیروئیدی، افزایش در ضربان قلب، برون ده قلبی، حجم ضربه‌ای، فشارخون و فشار نبض مشهود است که به دنبال آن افزایش جریان خون کرونر و سرعت جریان خون (۹)، افزایش حجم مایع خارج سلولی (۱۰) روی خواهد داد. در این بین میزان متیلاسیون فسفولیپیدهای میوکارد افزایش یافته، سنتز فسفاتیدیل کولین بیشتر می‌شود. افزایش میتلاسیون میکروزمی تا حدی می‌تواند در جهت حمایت و حفاظت قلب عمل نمایند (۱۱). شایان ذکر است که هیپرتروپی کاردیوسیتی عمدتاً با افزایش فعالیت کاتپسین D همراه می‌باشد (۱۲). لازم به یادآوری است که طی روند هیپرتروپی قلبی، غلظت هیدروکسی پرولین که مبین غلظت کلاژن است، کاهش می‌یابد، متعاقب آن تضعیف بافت همبندی پشتیبان میوکارد روی خواهد داد (۱۳). از دیگر تغییرات می‌توان به افزایش جریان یون‌ها، فعالیت کیناز و شکل‌گیری cAMP (۱۴) و تشدید فسفریلاسیون درون سلولی اشاره داشت (۱۰).

نتیجه پژوهش‌های موجود در خصوص واکنش‌های حاصل از هیپوتیروئیدیسم القائی در رت، کاهش اندازه کاردیوسیت‌ها (۱۵) و کاهش سطح آنتی‌اکسیدانت‌های قلبی (۶) را خاطر نشان ساخته‌اند.

از آنجائی‌که هورمون‌های تیروئیدی بطور مستقیم یا غیرمستقیم کار قلب را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در تحقیق حاضر با در نظر داشتن اثرات عمومی هورمون‌های تیروئیدی، به خصوص تأثیر آنها در افزایش عمومی متابولیسم و افزایش نیازهای بافتی (۱۴)، پاسخ‌سازی کاردیوسیت‌ها در شرایط هیپرتیروئیدیسم و هیپوتیروئیدیسم از دیدگاه هیستولوژیک و مورفومتریکی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روشها

موشهای آزمایشگاهی ماده از نژاد ویستار با محدوده وزنی بین ۲۵۰ تا ۳۰۰ گرم و سن حدود ۳ ماه، در سه گروه با شش تکرار دسته‌بندی شدند.

بطور معنی‌داری ($p < 0/01$) کمتر از گروه کنترل می‌باشند (به ترتیب ۲۱۰/۸۸ و ۱۸۲/۸۸ در مقابل ۲۸۲/۵۵ و ۱۹۸/۶۲ میکرون مربع).

در مطالعات هیستوپاتولوژیک نمونه‌ها، تا حدودی افزایش تراکم مویرگی در اطراف کاردیوسیت‌های هیپرتروفیک به چشم می‌خورد.

جدول ۲- مقایسه متوسط سطح مقطع و مساحت خارجی فیبر عضلات پاپیلا رت‌های هیپو و هیپرتروفیک در مقایسه با گروه کنترل

گروه	متوسط سطح مقطع فیبر عضله پاپیلا	متوسط مساحت خارجی فیبر عضله پاپیلا
کنترل	۲۸۲/۵۵±۱۰/۱	۱۹۸/۶۲±۹/۵
هیپرتروفیک	۳۷۴/۲۳±۱۵/۲ [§]	۲۶۴/۹۶±۱۸/۷ [§]
هیپوتروفیک	۲۱۰/۸۸±۸/۹ [*]	۱۸۲/۸۸±۳/۱ [*]

[§] $p < 0/001$ * $p < 0/05$

بحث

همانگونه که ذکر شد در تحقیق حاضر نمای پریکارد گروه‌های مختلف با هم تفاوتی نداشتند. با توجه به نتیجه تحقیق حاضر و مقایسه با دیگر پژوهش‌های به عمل آمده، به نظر می‌رسد دوزهای به کار رفته برای القای هیپرتروفیک و هیپوتروفیک در محدوده قابل تحمل برای رت‌ها بوده است (۱۶). و شرایط توکسیک در حیوانات ایجاد نکرده است. به نحوی که قلب توانسته است با تغییرات مورفولوژیک در سطح کاردیوسیت‌های خود، فشار اعمال شده را در بازه زمانی تیمار به خوبی تحمل نماید.

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از آزمون رادیوایمونواسی نشان می‌دهد که تجویز پروپیل تیوراسیل به عنوان یک ماده ضدتیروئیدی به مدت ۳ هفته موجب کاهش سطوح هورمون‌های تیروئیدی شده است. به نحوی که سطح سرمی T4 از ۳/۱ میکروگرم بر دسی لیتر به ۲/۲۵ میکروگرم در دسی لیتر کاهش یافته است. لازم به ذکر است که مهمترین مکانیسم‌های اثر تیوآمیدها به صورت جلوگیری از سنتز هورمون‌های تیروئیدی توسط مهار آنزیم پراکسیداز-یعنی مهمترین آنزیم برای یددار شدن تیروزین- است، همچنین جلوگیری از مزدوج شدن دو تیروزین یددار شده برای تشکیل تیروزین یا تری یدتیروزین نیز توسط تیوآمیدها صورت می‌گیرد با این حال در این میان تشکیل تیروگلوبولین دستخوش اختلال نمی‌شود. البته باید خاطر نشان ساخت تجویز پروپیل تیوراسیل با کاهش آزاد شدن ید از

کاردیوسیت برخورد می‌کنند، شمارش شد. با توجه به اینکه این فلشها در فضای دو بعدی، به دیواره کاردیوسیت‌ها برخورد خواهند کرد، به روش مشابهی می‌توان با شمارش فلشهایی که با دیواره برخورد دارند و ضرب متوسط تعداد فلشهای شمارش شده در مساحت اشغال شده توسط هر فلش در صفحه، مساحت دیواره کاردیوسیت را محاسبه نمود. در این آزمایش هر فلش صفحه‌ای به ضلع ۶ میلی‌متر را در بر خواهد داشت که مساحتی معادل $۱۹/۶\mu^2$ را اشغال می‌کند. سنجشهای ذکر شده در ۴ فیبر از هر عکس صورت گرفت و محاسبات طبق روش ذکر شده انجام شد. برای مقایسه آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (version 11.0) و آزمون t test استفاده شد.

یافته‌ها

برای اطمینان از وقوع هیپر و هیپوتیروئیدی، از رت‌های گروه‌های تجربی و کنترل نمونه خون گرفته شد و سطح سرمی هورمون‌های تیروئیدی به روش رادیوایمونواسی اندازه‌گیری شد.

همانگونه که نتایج سنجش سطح سرمی هورمون T4 در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، تیمار ۲۱ روزه با تیروکسین و پروپیل تیوراسیل با تغییر معنی‌دار سطح هورمون مذکور در گروه‌های مورد آزمایش در قیاس با گروه کنترل در راستای القای هیپرتروفیک و هیپوتیروئیدی همراه بوده است.

جدول ۱- نتایج حاصل از سنجش سطح سرمی هورمون T4 در گروه‌های مورد آزمایش و کنترل*

گروه	میزان T4 (میکروگرم در دسی لیتر)
کنترل	۳/۱۰
هیپرتروفیک	۲/۲۵
هیپوتروفیک	۴/۴۰

* اختلاف بین گروه‌های مورد آزمایش با هم و با گروه کنترل معنی‌دار است ($p < 0/001$).

نتایج حاصل از محاسبه متوسط سطح مقطع فیبر عضله پاپیلا و متوسط مساحت خارجی فیبر عضله پاپیلا نمونه‌های مورد آزمایش در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بر این اساس متوسط سطح مقطع و متوسط مساحت خارجی فیبرهای عضلانی رت‌های هیپرتروفیک از لحاظ آماری در حد قابل توجهی ($p < 0/001$) بیشتر از گروه کنترل است (به ترتیب ۳۷۴/۲۳ و ۲۶۴/۹۶ در مقابل ۲۸۲/۵۵ و ۱۹۸/۶۲ میکرون مربع). در گروه هیپوتروفیک، این مقادیر

بخشی از فرآیند افزایش سنتز پروتئینی می‌تواند حاصل افزایش میزان فعالیت کیناز و افزایش روند شکل‌گیری cAMP و اندوتلین I باشد که در نهایت با هیپرتروفی میوکاردی همراه با افزایش جرم بطنی قلب همراه خواهد بود (۲۰). در نتیجه تأثیر این فرآیندها به منظور تامین نیازهای بافتی میوکاردی میزان جریان خون کرونری افزایش خواهد یافت (۸) که افزایش تراکم مویرگی در نمونه‌های هیپرتروئید می‌تواند این فرضیه را تأیید نماید. از طرفی در این وضعیت که عمل قلب با افزایش برون ده و افزایش سرعت جریان خون پمپ شده و افزایش قدرت انقباضی همراه است، زمان استراحت و چفت شدن نیز کاهش خواهد یافت (۲۲، ۲۱)، این در حالیست که طی القای هیپوتیروئیدی به دلیل افزایش B-MHC که فعالیت ATPase کمتری دارد، فعالیت تجزیه‌ATP در کاردیوسیت‌ها کاهش می‌یابد (۱۴).

نتایج به دست آمده در این تحقیق تا حدودی نشان‌دهنده کاهش سطح مقطع کاردیوسیتی در طی هیپوتیروئیدی در مقایسه با گروه کنترل می‌باشد، لیکن به نظر می‌رسد تأیید قطعی ایجاد آتروفی نسبی در نتیجه هیپوتیروئیدیسم القائی مستلزم آزمایش‌های مبسوط‌تر و با تعداد بیشتر نمونه‌های مورد آزمایش است. نتایج سایر پژوهش‌های صورت گرفته، کاهش فشار بطن چپ (۲۲) و کاهش جریان خون قلب همراه با کاهش تعداد ضربان قلب را خاطر نشان ساخته‌اند که با ایجاد حالت پروتئینی و موکوپلی‌ساکاریدی پریکارد همراه بوده است (۱۶).

با توجه به دامنه وسیع تحقیقات اندوکرین به نظر می‌رسد پژوهش در زمینه تأثیر هورمون‌های تیروئیدی بر تعداد و مورفولوژی میتوکندری‌های کاردیوسیتی و نیز تحقیقات مبسوط در بعد ملکولی با نتایج بسیار قابل توجهی همراه باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از آقایان دکتر ناصر مهدوی شهری و دکتر مسعود فریدونی که در مراحل مختلف کار یاریمان کردند، کمال تشکر را داریم.

T3 و T4 در بافتهای محیطی توام می‌باشد (۱۷و۱۸). از طرف دیگر، تجویز تیروکسین با دوز ۱ میلی‌گرم در لیتر، سطح سرمی هورمون T4 را به ۴/۴ میکروگرم بر دسی‌لیتر می‌رساند بنابراین تیمار روزانه تیروکسین با دوز ۱ میلی‌گرم در لیتر آب آشامیدنی به موشها پس از ۲۱ روز، با افزایش سطح هورمون تیروئید بدن همراه است. به عبارت دیگر موش دچار هیپرتیروئیدی القایی شده و کلیه فرآیندهای فیزیولوژیک بدن تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. در هیپرتیروئیدی، سطح بالاتر هورمونهای تیروئید با افزایش سطح متابولیسم عمومی بدن و در نتیجه افزایش میزان مصرف اکسیژن می‌تواند به طور غیرمستقیم کار قلب را افزایش دهد، همچنین با تأثیر روی تحریک‌پذیری قلب به طور مستقیم ضربان قلب را افزایش می‌دهد (۱). نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان‌دهنده هیپرتروفی کاردیوسیتی در پاسخ به شرایط هیپرتیروئیدی می‌باشد. با توجه به افزایش بار اعمال شده روی عضله قلبی، قلب و به خصوص بطن چپ که بیشترین نیروی انقباضی را برای هدایت خون متحمل می‌شود، هیپرتروفی خواهد یافت که نتایج دیگر تحقیقات به عمل آمده توسط سایر محققین نیز افزایش جرم بطن چپ و هیپرتروفی کاردیوسیتی طی هیپرتیروئیدیسم را خاطر نشان ساخته‌اند (۱۹). شایان توجه است که پاسخ هیپرتروفی کاردیوسیتی می‌تواند حاصل پاسخ قلب در جبران افزایش کشش و فشار شریانی و در کل اضافه بار تحمیل شده به قلب باشد به نحوی که قلب برای جبران افزایش کشش و فشار شریانی، افزایش جرم یافته است. این افزایش جرم می‌تواند در نتیجه سنتز سریعتر از تخریب پروتئینها ایجاد شود. از طرفی با توجه به اینکه قلب باید به فشارهای وارده پاسخ دهد، تأثیر رهاسازی هورمونهای محرک رشد هومودینامیکی و هورمون محرکه انقباض رگی و فاکتورهای ژنتیکی را نیز می‌توان در شمار سیگنال‌های پروتئینی قرار داد که در راستای القای هیپرتروفی قلبی می‌توانند مؤثر باشند (۱۴). به اعتقاد برخی محققین بخشی از این روند می‌تواند با فعال‌سازی سیستم رنین-آنژیوتانسین مرتبط باشد (۱۷).

REFERENCES

1. Ganong WF, editor. Review of medical physiology. 17th edition. New York, Appleton & Lange. 1999;p:305-11.
۲. کمالیان ن. در ترجمه آسیب شناسی رابینز، رمزی کوتران، وینای کومار (مولفین). ویرایش سوم. انتشارات دانشگاه تهران، سال ۱۳۷۰.
3. Swadner KJ, McGrial KM, Khaw BA. Discoordination regulation of isoforms of Na-K-ATPase and myosine heavy chain in the hyperthyroid postnatal rat heart and skeletal muscle. J Biol Chem 1992;267(2):769-73.

4. Josephson RA, Spurgeon HA, Lakatta EG. The hypertyroid heart; An analysis of systolic and diastolic properties in single rat ventricular myocytes. *Circ Res* 1990;6(30):773-81.
5. Brik H, Shainberg A. Thyroxine induced transition of red towards white muscle in cultured heart cells. *Basic Res Cardiol* 1990;85(3):237-46.
6. Mano T, Sinohara R, Sawai Y, Oda N, Nishida Y, Mokunu T. Effects of thyroid hormone on coenzyme Q and other free radicals scavengers in rat heart muscle. *J Endocrinol* 1995;145(1):131-36.
7. Bonin CM, Sparrow MP, Taylor RR. Increased protein synthesis and degradation in the dog heart during thyroxin administration. *J Mol Cell Cardiol* 1983;15(4):245-50.
8. Tomanek RJ, Connell RM, Butters CA, Torry R. Compensated coronary microvascular growth in senescent rats with thyroxin- induced cardiac hypertrophy. *Am J Physiol* 1995;268(1pt 2):419-25.
9. Revis MW, Cameron AJ. Association of myocardial cell necrosis with experimentally cardiac hypertrophy. *J Pathol* 1979;128(4):193-202.
10. Fintel M, Burns AH. Effects of thyroxin treatment on exogenous myocardial lactate oxidation. *Am J Physiol* 1999;243(5):722-28.
11. Limas CJ. Increased phospholipid methylation in the myocardium of hyperthyroid rats. *Biochem Biophys Acta* 1980;32(2):254-59.
12. Decker RS, Wildental K. Lysosomal alterations in heart skeletal muscle and liver of hyperthyroid rabbits. *Lab Invest* 1981;44(5):455-65.
13. Edgren J, Von Knorring J, Lindy S, Turto H. Heart volume and myocardial connective tissue during development and regression of thyroxin-induced hypertrophy in rats. *Acta Physiol Scand* 1976;97(4):514-18.
14. Kent RL, Mann DL, Cooper G. Signals for cardiac muscle hypertrophy hypertension. *J Cardiovasc Pharmacol* 1991;17 suppl:257-83.
15. Polimeni PI. Cardiac electrolytes and water in thyroparathyroidectomized rat. *J Mol Cell Cardiol* 1974;6(6):531-41.
16. Whistett JA, Pollinger J, Matz S. Adrenergic receptors and catecholamine sensitive adenylate cyclase in developing rat ventricular myocardium; effects of thyroid status. *Pediatr Res* 1982;16(6):463-69.
17. Katovich MJ, Barney CC. Alteration of peripheral beta-adrenergic responsiveness in fasted rats. *Life Sci* 1983;33(14):1383-93.
۱۸. شهبازی م (مؤلف). بیوشیمی عمومی. انتشارات دانشگاه تهران، سال ۱۳۷۱، صفحه ۳۰۶.
19. Donatelli M, Assennto P, Abbadi V, Bucaolo L, Compagno V, Vecchio S, et al. Cardiac changes in subclinical and overt hyperthyroid women: retrospective study. *Int J Cardiol* 2003;90(2-3):159-64.
20. Morgan HE, Benlich CJ. Contributions of increased efficiency and capacity of protein synthesis to rapid cardiac growth. *Mol Cell Biochem* 1997;176(1-2):145-51.
21. Swynghedauw B, Schwartz K, Legar J. Cardiac myosin; phylogenic and pathological changes. *Basic Res Cardiol* 1977;27(2-3):240-60.
22. Gerdes AM, Kriseman J, Bishop SP. Changes in myocardial size and number during the development and reversal of hyperthyroidism in neonatal rats. *Lab Inves* 1983;48(5):598-602.