



Лашук Ю.М., Майборода М.В., Булик Т.С.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ У ВАГІТНИХ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Булик Т.С.)

Ожиріння – одна з найпоширеніших форм порушень жирового обміну серед жінок репродуктивного віку, де число вагітних з цією патологією досягає 15,5–26,9%. Питома вага вагітних, які страждають на ожиріння, в Україні за опублікованими даними різних авторів складає 15–38%. Останнім часом з'явилося багато робіт, присвячених актуальній проблемі ожиріння у вагітних (Чайка В.К. (2011), Маркин Л.Б. (2012), Дубоссарская З.М. (2012) та ін.). Наша робота присвячена огляду літератури по цій тематиці.

Частота ожиріння у вікових підгрупах зростає: 30–32% – у віці 21–25 років, 26–28% – у віці 25–30 років і 37–40% – в більш старших вікових групах. Серед першородячих жінки з ожирінням складають 34–35% і серед повторнородящих – 52–64%. Причому, ожиріння 1-го ступеня діагностується у 45–52% жінок, 2-й – у 38–41%, 3-й – у 10–13% і 4-й – у 0,2%.

За різними даними ускладнення вагітності при ожирінні зустрічаються в 72–84% випадків, що практично в 2 рази частіше, ніж у жінок з нормальною масою тіла, а необхідність в госпіталізації у зв'язку з відхиленнями гестаційного процесу

складає 49,5%. Ожиріння матері значно підвищує ризик розвитку дистресу плоду (28–32%) і асфіксії новонародженого (8–10%), як наслідку формування плацентарної дисфункції. Ендокринні порушення, характерні для ожиріння, впливають на фетоплацентарний кровообіг, сприяючи розвитку патології плаценти (формування кіст, дрібновогнищевих інфарктів, кальцифікатів і т.д.). При цьому частота порушень адаптації у новонароджених досягає 68%.

У вагітних з ожирінням екстрагенітальна патологія, така як захворювання, серцево-судинної (26–48%) та системи дихання (18–25%), обумовлюють розлад матково-плацентарного кровообігу, розвиток плацентарної дисфункції (у субкомпенсованій та декомпенсованій формі), що визначає виснаження фетоплацентарних механізмів регуляції процесів росту і розвитку плоду та призводить до погіршення умов транспорту глюкози і кисню від матері до плоду, розвитку гіпоксії, посилення процесів відкладення глікогену в печінці плоду і затримку становлення глюконеогенезу після народження під впливом утримання гіпоксії у новонародженого.

Левковець І.В., Бакун О.В., Гринчук Г.В.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Цитокіни секретуються, в основному, клітинами крові та імунної системи й мають автокринну та паракринну дію. Одна частина цитокінів має плюрипотентну дію, інша – специфічну дію на певні клітинні лінії. За дією на запальний процес цитокіни поділяються на 2 великі групи: прозапальні та протизапальні. З метою визначення ролі прозапальних та протизапальних цитокінів у жінок з безпліддям, нами вивчена концентрація протизапального цитокіну – ІЛ-4 та прозапального – ФНП- α . ФНП- α (кахексин) продукується різноманітними клітинами, в тому числі Т- і В-лімфоцитами при їх стимуляції, має різнобічну дію в залежності від його концентрації. Він сприяє проліферації Т- і В-лімфоцитів, активації природних кілерів (NK) і макрофагів, підсилює продукцію простагландинів, синтез адгезивних молекул на ендотеліальних клітинах, що дозволяє нейтрофілам прикріплюватися до стінки судин у місцях запалення, активує респіраторний вибух у нейтрофілах та підсилює кінінгову потенцію фагоцитуючих клітин і продукцію ІЛ-1 та ІЛ-6. Протизапаль-

ний цитокін ІЛ-4 продукується активованими CD4+ лімфоцитами 2 типу (Th-2). Головна його функція – сприяння переключенню плазматичних клітин із синтезу імуноглобуліну G1 (Ig G1) на синтез Ig G4 та імуноглобуліну E (Ig E); підсилює проліферацію В-лімфоцитів. ІЛ-4 є антагоністом гама-інтерферону, пригнічує продукцію ІЛ-1, ФНП- α , ІЛ-6,8, інгібує цитолітичну активність CD8+ лімфоцитів і макрофагів. Ураховуючи вказане вище, з метою визначення орієнтовної концентрації прозапальних та протизапальних цитокінів у жінок із безпліддям, нами вибрані саме ці цитокіни.

Одержані та наведені результати вивчення концентрації прозапального цитокіну (ФНП- α) та протизапального (ІЛ-4) показали, що в жінок з безпліддям концентрація цих цитокінів не відрізнялася від такого показника у практично здорових жінок, але встановлена тенденція до зростання (на 3,3 %) концентрації протизапального ІЛ-4 та зменшення (на 4,2 %) концентрації прозапального ФНП- α .