**Стефанко Сергій Львович. Патогенетичні аспекти ожиріння у вагітних жінок, оптимізація методів лікування та профілактики його ускладнень : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Івано-Франківський держ. медичний ун-т. — Івано-Франківськ, 2007. — 143арк. — Бібліогр.: арк. 114-138.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Стефанко С.Л. Патогенетичні аспекти ожиріння у вагітних жінок, оптимізація методів лікування та профілактики його ускладнень. –Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 –акушерство та гінекологія.Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, м.Тернопіль, 2007.Дисертація присвячена вивченню етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування гестаційного ожиріння. Встановлено, що виникнення гестаційного ожиріння у вагітних супроводжується порушенням ліпідного обміну, гормональним і цитокіновим дисбалансом, розвитком хронічної плацентарної недостатності.На підставі проведеного клініко-параклінічного обстеження встановлено закономірності патогенетичного перебігу гестаційного ожиріння, обґрунтовано методи комлексного лікування вагітних з використанням препаратів есенціале-форте Н та епадолу, які підвищують ефективність лікування хворих і зменшують ускладнення перебігу вагітності і пологів. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі на основі комплексного клінічно-параклінічного обстеження встановлено патогенетичні закономірності ожиріння у вагітних, його вплив на перебіг вагітності і пологів, удосконалено комплексну терапію ожиріння направлену на профілактику можливих ускладнень вагітності і пологів.1. В основі патогенезу гестаційного ожиріння лежать зміни гормональної рівноваги у досліджуваних вагітних, які проявляються значним підвищенням рівнів лептину, інсуліну, греліну, зміною рівня цитокінів інтерлейкіну-6, фактору некрозу пухлин-б, зростанням показників ліпідного обміну і свідчать про порушення гомеостазу з розвитком гормональної і імунної дисфункції. В свою чергу, ці розлади обумовлюють високий відсоток ускладнень перебігу вагітності та пологів у жінок.2. Встановлено, що найчастіше перебіг вагітності у жінок з гестаційним ожирінням ускладнювався загрозою передчасних пологів - у 33,7%, хронічним дистресом плода – у 47,4% та багатоводдям – у 44,2% вагітних. Наявність значної кількості випадків хронічного дистресу плода, багатоводдя і загрози передчасних пологів в певній мірі пов’язана з розвитком фетоплацентарної недостатності. Таким чином, можна стверджувати, що гестаційне ожиріння є фоновим захворюванням для розвитку фетоплацентарної недостатності. У пологах для гестаційного ожиріння характерні несвоєчасне відходження навколоплодових вод у 30,5% та слабкість пологової діяльності у 23,2% вагітних жінок.3. У вагітних жінок з гестаційним ожирінням відмічається пряма лінійна кореляція сильного ступеня між масою тіла і показниками лептину та інсуліну. У 92,7% вагітних, що страждали гестаційним ожирінням, концентрація лептину у 2,3-2,4 рази вища за норму. У 89,1% вагітних з гестаційним ожирінням поряд з підвищенням рівня лептину відмічався підвищений у 1,5 рази рівень інсуліну. Отже, при гестаційному ожирінні лептинорезистентність поєднується з інсулінорезистентністю. У 80,0% вагітних гестаційне ожиріння супроводжується підвищеною в 1,9-2,3 рази секрецією греліну, що дозволяє припускати його причетність до гіперфагії.4. У вагітних з гестаційним ожирінням відмічається пряма лінійна кореляція сильного ступеня між масою тіла і показниками цитокінів інтерлейкіну-6, фактору некрозу пухлин-б та спостерігається збільшення у досліджуваних вагітних рівня інтерлейкіну-6 у 1,6-2,1 рази, фактору некрозу пухлин -б у 1,6-1,7 рази.5. У вагітних з гестаційним ожирінням відмічена пряма лінійна кореляція сильного ступеня між масою тіла вагітної і рівнями ліпопротеїдів низької щільності, загальних ліпідів, тригліцеридів, загального холестерину. У вагітних з гестаційним ожирінням на тлі зростання показників лептину, інсуліну, інтерлейкіну-6 і фактору некрозу пухлин-б виявлені підвищені показники ліпопротеїдів низької щільності в 1,2 рази, тригліцеридів у 1,7 рази, загального холестерину у 1,4 рази, і у 1,4 рази знижений показник ліпопротеїдів високої щільності, що несприятливо позначається на частоті ускладнень перебігу вагітності і пологів.6. Запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів з використання препаратів “Есенціале форте Н” і “Епадол” у лікуванні вагітних жінок з гестаційним ожирінням сприяє достовірному зниженню показників лептину, інсуліну, греліну, інтерлейкіну-6, фактору некрозу пухлин-б, ліпопротеїдів низької щільності, загальних ліпідів, тригліцеридів, загального холестерину та підвищенню показника ліпопротеїдів високої щільності.7. Модифікація комплексної терапії гестаційного ожиріння шляхом включення препаратів “Есенціале форте Н” і “Епадол” забезпечує зменшення кількості випадків хронічного дистресу плода у 1,5 рази, багатоводдя у 1,5 рази.**РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ**1. Вагітні жінки, які до вагітності мали нормальну масу тіла і у яких у 2-й половині вагітності приріст маси тіла складає більше ніж 400 г за тиждень, а загальний її приріст у 28-32 тижні вагітності становить понад 10 кг, мають бути віднесені до групи підвищеного ризику з виникнення у них хронічного дистресу плода, багатоводдя і невиношування вагітності.2. Для патогенетичного впливу на клініко-лабораторні показники, що призводять до функціональних розладів системи "плацента-мати плід" та для профілактики ускладнень вагітності і пологів вагітним жінкам цієї групи ризику доцільно доповнювати у 2-й половині вагітності комплексну терапію ожиріння препаратами ”Есенціале-форте Н” по 2 капсули 2 рази на добу і ”Епадол” 2 капсули 4 рази на добу. Капсули приймаються під час їжі, не розжовуючи і запиваючи невеликою кількістю води. Курс лікування 4 тижні. |

 |