Тарасенко К. В.
доктор медичних наук,
професор кафедри акушерства та гінекології № 1

Зелінка-Хобзей М. М.
аспірант кафедри акушерства та гінекології № 1
Українська медична стоматологічна академія
м. Полтава, Україна

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ СУДИН ЯК МАРКЕРА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ТЯЖКИМ СТУПЕНЕМ ОЖИРІННЯ

На сьогодні прееклампсія являється ведучою причиною материнської та перинатальної захворюваності і смертності [1, с. 237-248]. До числа традиційних факторів ризику виникнення цього грізного ускладнення вагітності відноситься ожиріння, яке є одним з найпоширеніших у всьому світі захворювань [2, с. 34-38].

У пацієнток із ожирінням васкулярні порушення та гемодинамічні зміни можуть розвиватися дуже рано і тим самим підвищувати ризик розвитку прееклампсій у пізні терміни вагітності [3, с. 12-17]. Уже в ранні терміни вагітності при ожирінні має місце гіперліпідемія, яка сприяє перекисному окисленню ліпідів з порушенням балансу вазоактивних компонентів та провокуванням дисфункції ендотелію і вазоконстрикції, які, як відомо, є основними ланками патогенезу прееклампсії [4, с. 30-35; 5, с. 14-21; 6, с. 50-54]. В результаті ендотеліальної дисфункції розвивається дисбаланс регуляторів ангіогенезу, тобто виникають порушення співвідношення ангіогенних і антиангіогенних факторів росту з переважанням останніх [7, с. 189; 8, с. 7-13].

Одним із найвідоміших на сьогодні проангіогенних факторів росту є фактор росту ендотелію судин (VEGF) який відіграє важливу роль у фізіологічному рості плаценти і судинної системи строми ворсин і базальної пластинки, а також регулює інвазію цитотрофобласта, що необхідно для нормальної трансформації спіральних артерій і розвитку повноцінного матково-плацентарного кровотоку [9, с. 163-167].

Ми поставили за мету дослідити показники VEGF у сироватці крові вагітних жінок із ожирінням II-III ступенів тяжкості у

III триместрі вагітності та порівняти ці показники із показниками вагітних жінок із ожирінням II-III ступенів тяжкості у яких діагнозтована прееклампсія.

Нами були сформовані такі досліджувані групи: вагітні жінки із ожирінням II-III ступенів тяжкості у III триместрі вагітності (їх кількість склала 15 жінок) та вагітні жінки із ожирінням II-III ступенів тяжкості у III триместрі вагітності та прееклампсією (у кількості 14 жінок). Досліджуваним жінкам визначали концентрацію VEGF у сироватці крові за допомогою набору «Вектор-Бест» (Росія) використовуючи метод твердофазного імуноферментного аналіза.

Кількісні дані представлені у вигляді середнього арифметичного значення і його стандартної похибки (M±m). Статистичне опрацювання результатів дослідження проводилось із застосуванням пакета програм «Statistica 6,0» (StatSoft Inc., США) з використанням стандартних методів варіаційної статистики та критерію Стьюдента. Різницю вважали статистично значущою при $p<0,05$.

Аналізуючи отримані середні значення VEGF у сироватці крові вагітних III триместру, виявлено достовірне зниження цього показника в 1,9 рази у вагітних із ожирінням II-III ступенів та прееклампсією (середнє значення 141,09±12,83 пг/мл) порівнюючи із показниками у вагітних із ожирінням II-III ступенів без проявів прееклампсії (середнє значення 73,59±6,49 пг/мл) ($p<0,05$).

Резюмуючи отримані результати, можна дійти до висновків, що зниження даного ангіогенного фактору росту у сироватці крові прогресує при поєднанні прееклампсії з ожирінням, показники VEGF у сироватці крові вагітних жінок із тяжкими ступенями супутнього ожирінням можуть використовуватися для прогнозування виникнення та прогресування прееклампсій у даної категорії пацієнток.

Список літератури:

1. Stevens W., Shih T., Incerti D., et al. Short-term costs of preeclampsia to the United States health care system. Am. J. Obstet. Gynecol. 2017 Sep; 217(3):237-48. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.032.
2. Zhabchenko I.A., Siudmak O.R., Kovalenko T.M. Ozhyrinnia u zhinky yak prychyna reproduktyvnykh problem. Zdorov'ye zhenshchiny. 2017; 10(126):34-8. (Ukrainian)
3. Chabanova N.B., Mataev S.I, Vasil'kova T.N., i dr. Rol' sistemnogo vospalenija v razvitii oslozhnenij beremennosti u zhenshhin s

ozhireniem. Akusherstvo i ginekologija. 2017; 10:12-7. Available from: https://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.10.12-18
4. Medvedev B.I., Sjundjukova E.G., Sashenkov S.L. Kliniko-biohimicheskie prediktory razvitija prejeklampsii. Akusherstvo i ginekologija. 2013; 5:30-5. (Russian)
5. Sjundjukova E.G. Pokozateli sistemy gemostaza i lipidnogo profilja u beremennyh s preeklampsiej. Vrach-aspirant. 2015; 2:14-21. Available from: https://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.10.12-18. (Russian)
6. Hopchuk O.M. Mozhlyvosti vykorystannia L-arhininu v akusherstvi ta hinekolohii dlia likuvannia patolohii, sprychynenykh endotelialnoiu dysfunktsiieiu. Zdorov'ye zhenshchiny. 2017; 2(118):50-4. (Ukrainian)
7. Turpin C.A., Sakyi S.A., Owiredu W.K., et al. Association between adverse pregnancy outcome and imbalance in angiogenic regulators and oxidative stress biomarkers in gestational hypertension and preeclampsia. BMC. Pregnancy Childbirth. 2015; 15:189. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-015-0624-y
8. D'Agrelo A., Valsecchi L. ATIII-Early Preeclampsia Study Group (ATIII-EPAS) High dose antithrombin supplementation in early preeclampsia: A randomized, double blind, placebo-controlled study. Thromb Res. 2016 Apr; 140:7-13. doi: 10.1016/j.thromres. 2016.01.024.
9. Dyndar O.A., Beniuk V.O., Nykoniuk T.R. Prohnozuvannia perynatalnykh uskladnen u zhinok iz ozhyrinniam i metabolichnym syndromom. Zdorov'ye zhenshchiny. 2016; 4(110):163-7. (Ukrainian)