بررسی نقش آدیپونکتین در دیابت بارداری، پره اکلامپسی و چاقی
دوران بارداری: مروری سيستمتيک

سيده راضيه فاضلي درياسري، فاطمه رضوی نيا، فاطمه ترک نتاري، فتانه پهلوان، دكتر نجمه تهرانيان

چکيده
مقدمه: آدیپونکتین ها مورد ت gereده كلیه از خطي اجزا، فوتون ميلى و وظیفه اکلامپسی و چاقی دوران بارداری. اثرات این مولکولها در پاتوژن می‌تواند منجر به بهبود موارد مربوط به اکلامپسی و چاقی در دوران بارداری و پس از آن کند.

مقدمه
سلول‌ها و مولکول‌ها موجود در بافت چربی مولکول‌های میانجی با فعالیت بیولوژیکی و میکروجیکی در مراحل مختلفی از آدیپونکتین‌ها موجود هستند که از آن جمله می‌توان به ویژه آدیپونکتین‌ها و آدامس- آپهن‌ها اشاره نمود.

i- Resistin
ii- Vaspin
iii- Adiponectin
iv- Leptin
v- Apelin
vi- Omentin
آدیپوئینکین دارای سه فرم ایمپکس کرست: 1- اکلامپسی و فرم اکلامپسی ۲- هکایزری ورژن مولکولی کم ۳- هکایزری ورژن مولکولی بالا (HMW) اکلامپسی فرم غالب آدیپوئینکین در گردش خون است. اکلامپسی موجود در گردش خون حدود ۱/۰۱ درصد از کل آدیپوئینکین های پلاسمای نشان دهنده بلوشیم میشود و میزان آن در پلاسمای ۲/۰۰ میکرگرم برمی‌لیتر است.

آدیپوئینکین به طور عمدی از بافت چربی و به میزان کمتر از هیپوفیز کبد عضلات اسکلتی، تخمدان، کبد، سلول‌های معده، سلول‌های استرووئید است. سلول‌های جنین، میویتی، قلب و سلول‌های پوتشینیتی حاصل است. اکلامپسی همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد.

آدیپوئینکین همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط همراه با ارتباط و وجود دارد. اکلامپسی همراه با ارتباط H
ارزیابی کیفیت مقاله‌ها:
کیفیت مطالعات بر اساس چک لیست STORBE بررسی شد. بر این اساس، مطلعات که کمتر از ۲۰ درصد نمره کل را به دست آورند، به عنوان مطالعات با کیفیت پایین از مطالعاتی محسوس که نگاشتی می‌شود.

استخراج داده‌ها:
مطالعات واجد شرایط که معيارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، بررسی شدند و اطلاعات زیر استخراج شدند: ۱) ویژگی‌های مطالعه (نویسندگان اول، سال انتشار)، ۲) تعداد شرکت‌کننده، ۳) مطالعه آلکلیپسی و چاقی دوران بارداری، ۴) ویژگی‌های بی‌پرویه مطالعه (میانگین سن، BMI، توده وزنی، اختلالات دیابتی‌های نارسایی در افراد با BMI، و بدون BMI، و ره آلکلیپسی و چاقی دوران بارداری (شکل ۱).

۴۰ مقاله بر اساس عوان و چکه به دست‌آمدند.

۱۰۱ مقاله برای بررسی متن اصلی مقاله باقی ماندند.

۲۶ مقاله مربوط به این مقاله ماند.

۶ مقاله به دلیل ندادن معيارهای ورود به مطالعه حذف شدند.

۵۰ مقاله برای انتخاب مقاله بر اساس STORBE مورد استریکنگ قرار گرفتند.

۱۰ مقاله در ارتباط با پرها آلکلیپسی

۶ مقاله در ارتباط با دیابت بارداری

۲۰ مقاله مورد نظر دست‌بندی و تحلیل قرار گرفتند.

۱ فلوچارت انتخاب مطالعات در مطالعاتی سیستماتیک

i-Strengthening the reporting Of observational studies in epidemiology
یافته‌ها

جدول 1- مطالعات بررسی شده در ارتباط با نقش آدیپوئکتین در دیابت بارداری، پرهرکلاسترین و جاقی درون بارداری

<p>| مطالعه | نوع مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج | مطالعه | نتایج |
|---------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| سلسن سرم آدیپوئکتین در خانم‌های باردار، پرهرکلاسترین و جاقی | مقطعی | GDM | 24 خانم باردار: 45 خانم مبتلا به GDM و 34 خانم با عملکرد گلوکز پایین. | بیماران | پایین‌تر | GDM | 24 خانم باردار: 45 خانم مبتلا به GDM و 34 خانم با عملکرد گلوکز پایین. | بیماران | پایین‌تر | GDM | 24 خانم باردار: 45 خانم مبتلا به GDM و 34 خانم با عملکرد گلوکز پایین. | بیماران | پایین‌تر |
| بارداری | مقطعی | GDM | 24 خانم باردار: 45 خانم مبتلا به GDM و 34 خانم با عملکرد گلوکز پایین. | بیماران | پایین‌تر | GDM | 24 خانم باردار: 45 خانم مبتلا به GDM و 34 خانم با عملکرد گلوکز پایین. | بیماران | پایین‌تر | GDM | 24 خانم باردار: 45 خانم مبتلا به GDM و 34 خانم با عملکرد گلوکز پایین. | بیماران | پایین‌تر |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>آدامه جدول 1</th>
<th>کوواریانس (r)</th>
<th>پالا H</th>
<th>مزاقیکی</th>
<th>پالا H</th>
<th>پالا H</th>
<th>پالا H</th>
<th>پالا H</th>
<th>پالا H</th>
<th>پالا H</th>
<th>پالا H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم به‌پره هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDM 27 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم بالای هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDM 27 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم بالای هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDM 27 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کوواریانس (r)</td>
<td>پالا H</td>
<td>مزاقیکی</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم به‌پره هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDM 27 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم بالای هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDM 27 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم بالای هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDM 27 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کوواریانس (r)</td>
<td>پالا H</td>
<td>مزاقیکی</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
<td>پالا H</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح آلبالوسی اپیدئوپتین در خانه‌های سالم به‌پره هو:</td>
<td>2000 نمایان غیر خانه‌دار سالم 28 Xانه با بیمارستان 41 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34 Xانه با بیمارستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| GDM 27 Xانه با بیمارستان | | | | | | | | | | | مراجع

1. Mazaki-Toyi S
2. Interquartile range
3. Pala H
پرسی تلق ادیپونکتین در دیابت بارداری، پر، اکلاپسیا و حاملگی

سیده رضفی فاضلی در پارسی و همکاران

(3) 24 خانم با تحمیل گلکز طبیعی) GDM و 24 خانم با تحمیل گلکز طبیعی) اندازه‌گیری شد. سن حاملگی در زمان نمونه‌گیری، 24 ± 28 هفته بود. در این مطالعه، سطح سرمی آدیپونکتین در خانم‌های مبتلا به GDM (نرمال اختلاف) را می‌پذیرفتند. سطح سرمی آدیپونکتین در خانم‌های مبتلا به GDM، 0.001 نتیجه گرفت و آن برای آماری معنی‌داری دارد. نتایج مشابه مشاهده شد. در 44/5 نمونه، در سطح سرمی آدیپونکتین، حداقل 0.01 تای‌های در مورد آن می‌باشد. در این مطالعه، سطح سرمی آدیپونکتین در خانم‌های مبتلا به GDM، 0.03/36 نیم‌های در مورد آن می‌باشد. در این مطالعه، سطح سرمی آدیپونکتین در خانم‌های مبتلا به GDM، 0.01/0 نیم‌های در مورد آن می‌باشد. در این مطالعه، سطح سرمی آدیپونکتین در خانم‌های مبتلا به GDM، 0.001 نتیجه گرفت و آن برای آماری معنی‌داری دارد.
آدیپونتین در پره اکلامپسی

در 10 مقاله، نقش آدیپونتین در پره اکلامپسی مورد بررسی قرار گرفت (جدول 1). در 6 مطالعه، پره اکلامپسی افزایش می‌یابد. در 2 مطالعه کاهش آدیپونتین در پره اکلامپسی نشان داده شد. در 24 مقاله، پره اکلامپسی بدنی نگیرانی بابی میده. آبیشران، پره اکلامپسی را در مطالعه به طور معقول اندازه‌گیری کردند. نتایج متمایز را نشان میده. سلامتی رضایت‌بخش پره اکلامپسی می‌باشد. این نتایج نشان میدهد که سطح سرمی آدیپونتین کلی در خانم‌های بیشتر پره اکلامپسی است (کلی: میانه: $0.53$ تا $0.72$ میلی‌لیتر در مورد $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر، در مورد $0.54$ تا $0.57$ میلی‌لیتر، در مورد $0.54$ تا $0.57$ میلی‌لیتر). در خانم‌های بیشتر پره اکلامپسی است (کلی: میانه: $0.53$ تا $0.72$ میلی‌لیتر)

یکی از خانم‌های باردار سالم (۲/۵۰) در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ تا $0.47$ میلی‌لیتر (پیرامید). در مقابل میانه $0.43$ T<br><br>vi- Mazaki-Tovi S<br>vii- Cortelazzi D<br>ix- Eleuterio N
به طور معنایی کاهش یافته بود در آپیدوپنتین به طور معنی‌داری mRNA خانم‌های با چاقی شدید (P<0/01) کمک کرده که مقدار mRNA در مقایسه با دیگر مراحل برتری (P<0/05) (مطالعه‌های HOMA و نشانده شد. این ارزیابی در سه ماهه اول (P<0/01) راه کاری تحقیق کلیه این افزایش سطح HOMA، سطح BMI، بسیار معنی‌داری با P<0/001 BMI ارتباط معکوسی با BMI و HOMA و سطح آپیدوپنتین. در مطالعه‌های بعدی (P<0/01) در مقایسه با دیگر مراحل برتری (P<0/05) همبستگی BMI همگانی و همکارانش هم، سطح BMI و افزایش سطح سرم آپیدوپنتین کلی در قالب 0/76/76/5 بی‌їل/میلی‌گرم الکلیسمی در مقایسه با خانمهای بارداری سالم کاهش داشت. در مطالعات دیگر توسط نایین و همکارانش، سطح الکلیسمی آپیدوپنتین در خانمها بارداری کاهش داشت. سطح الکلیسمی آپیدوپنتین در خانمها بارداری کاهش داشت. سطح الکلیسمی آپیدوپنتین در نمایشگاه HOMA و BMI و SH و SH در مقایسه با دیگر مراحل برتری (P<0/05) (مطالعه‌های HOMA و نشانده شد. این ارزیابی در سه ماهه اول (P<0/01) راه کاری تحقیق کلیه این افزایش سطح HOMA، سطح BMI، بسیار معنی‌داری با P<0/001 BMI ارتباط معکوسی با BMI و HOMA و سطح آپیدوپنتین. در مطالعه‌های HOMA و نشانده شد. این ارزیابی در سه ماهه اول (P<0/01) راه کاری تحقیق کلیه این افزایش سطح HOMA، سطح BMI، بسیار معنی‌داری با P<0/001 BMI ارتباط معکوسی با BMI و HOMA و سطح آپیدوپنتین. در مطالعه‌های HOMA و نشانده شد. این ارزیابی در سه ماهه اول (P<0/01) راه کاری تحقیق کلیه این افزایش سطح HOMA، سطح BMI، بسیار معنی‌داری با P<0/001 BMI ارتباط معکوسی با BMI و HOMA و سطح آپیدوپنتین. در مطالعه‌های HOMA و نشانده شد. این ارزیابی در سه ماهه اول (P<0/01) راه کاری تحقیق کلیه این افزایش S

iv- Homeostasis model assessment
v- iannilo F
vi - Homeostasis model assessment
vii- Non-essential fatty acid
viii- Diastolic blood pressure
بحث

سطح آدیپونتین در اولین بارداری، در مقایسه با پیش از بارداری، افزایش می‌یابد و بس از نیمی از دور بارداری. سطح این هورمون در گردش خون مادر و نزدیک به تدش کاش شیدا کاهش یابد. این کاهش با کاهش 60 درصدی در سطح آدیپونتین در بافت چربی سفید مهراء mRNA است.6،11 مطالعات نشان داده که حاملگی یک وضعیت فیزیولوژیکی است که با کاهش سطح آدیپونتین در گردش خون مادر و نزدیک به تدش افزایش توده چربی از حالت پیش از بارداری تا آخر آن افتاده است. این افزایش به وسیله یک کاهش تولید، پرگرسیون و ترشح آدیپونتین در غایب قاچی مهراء است. حاملگی دیگر مهراء با هیپوآدیپونتیمی مانند لیپیدوستروف و بیماری کبدی، این دیدگاه حمایت می‌کند که توزیع مجدید بافت چربی در کاهش سطح آدیپونتین نقش دارد.8

حاملگی در جرایم التهاب در بافت چربی سفید و جفت از طریق افزایش چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طرف افراشیو چندین سیتوکین التهابی مانند TNF-α و اینترلوکین 6 از طفر
گزارش‌های پیشین حمایت می‌کند که آدیپونکتان‌ها فرم HMW ایجاد می‌کنند و عملکرد این فرم از نظر مقاومت به انسولین دارای تغییراتی در این موضوع هستند. مورد بحث است که آیا احتمالاً در فعالیت‌های انسولین علت با درمان آدیپونکتان‌ها است.

در مطالعات مارک تویو و همکارانش، "سطح آدیپونکتان در سه ماهه اول، دوم و سوم، بیش از 10 ساله با پنکس باعث افزایش انسولین در سطح بالاتر انسولین می‌شود. این افزایش می‌تواند باعث افزایش سطح انسولین در بدن باشد و در این عضله همکاری می‌کند. همچنین در نمونه به‌طور معمول استفایی می‌شود.

در کنار آن، تحقیق انجام شده که می‌تواند نشان دهد که انسولین افزایش می‌شود و در حالی که سطح انسولین در بدن بالاتر است.

در مطالعه با دو ثابت از زبان با بیماران مبتلا به انسولین، اعتبار منجر به افزایش در سطح بالاتر انسولین می‌باشد. در ضمن، افزایش سطح انسولین در بدن بالاتر است.

در مطالعه با دو ثابت از زبان با بیماران مبتلا به انسولین، اعتبار منجر به افزایش در سطح بالاتر انسولین می‌باشد. در ضمن، افزایش سطح انسولین در بدن بالاتر است.
می‌کند و این ممکن است توصیه برای سطح پایین آدیپوکینه در افراد مبتلا به دیابت باشد. همچنین آدیپوکینه دارای اثرات مثبت بر سطح C-reactive protein (CRP) و Ianniello F ممکن است مقاومت به انسولین را بیشتر تشکیل دهد. علاوه بر این، انسولین قادر به سرباز خسته کردن آدیپوکینه نمی‌باشد. در دو مطالعه سایپاسو و همینه، سطح آدیپوکینه در دو گروه تفاوتی نداشت. یکی از این مطالعات به مطالعه سایپاسو و همینه تاکنون مطرح می‌شود. آدیپوکینه ممکن است مقاومت به انسولین را در شروع دیابت یا به پایاونی تغییری گلکز در طول بارداری ارتباط داشته باشد. در مطالعه همینه و همکارانی، ممکن است مقاومت به انسولین را در همان گروه مورد بررسی قرار گرفت. کارکرد این مطالعه در سطح سرمی آدیپوکینه را در سن بیشتر از 30 سال در گروه دیابتی نسبت به گروه غیر دیابتی مشاهده شد.

در همانند بارداری با گلکز، مقاومت به انسولین و عدم تحميل گلکز بیشتر از زنان باردار با BMI بدنی بدن‌سالم است. با این حال مکانیسم‌ها که در این زمینه دخیل هستند نامشخص است. نتایج فایری و آدیپوکینه‌های در گردش خون در تنظیم مسیر تولید C-reactive protein (CRP) کاهش دیده شده و همچنین در نعلین است (آرایه‌های وانگ که جزئی از تولید انسولین در هماند سطح نشانه‌های این است. باید این ممکن است در این زمینه دخیل باشد. در مطالعه سایپاسو و همینه، ممکن است آدیپوکینه که توانایی بارداری در نقش‌های بالاتر و دارای اضافه وزن باشد و همچنین در مطالعه سایپاسو و همینه مادر، قبل از بارداری، بیان کردن که اگر سطح آدیپوکینه کمتر از 15 میکروگرم بر میلی‌لیتر باشد، خطر
گفتگوی آدیپوکین‌های در دیابت بارداری و چاقی دوران بارداری
کاهش می‌یابد. در حالی که افزایش سطوح آدیپوکین‌ها در پره اکلامپسی گزارش شده است، در خانه‌هایی که بیماران بازمانده از آنها هستند ممکن است بیشتر مقاومت به انژیولیئزا به عمل باشد. 

توضیحات: برای افزایش غلظت آدیپوکین‌ها در پره اکلامپسی این فرضیه ارائه شده است که به عنوان بخشی از کاهش قیفیت فیزیولوژیکی، برای کاهش پاسخ النانه بیش از حد و بهبود عملکرد عروقی در پره اکلامپسی است.

مطالعات ایال‌هندیگر در تغییرات پیشرفت مورد نیاز است: برای بررسی این موضوع که آیا آدیپوکین‌های پره اکلامپسی در احتمال تر از این سرطانات با هورمون به طور مستقیم در پاتوفیزیولوژی دیابت بارداری، چاقی دوران بارداری و پره اکلامپسی درگیر است و آیا این هورمون می‌تواند نشان‌گر مفیدی برای پیش‌بینی این عوارض بارداری باشد.

انجام شده است.

نوع‌پاکی گفتگوی آدیپوکین‌ها در پره اکلامپسی: کاهش ناحیه‌های حامله و جلوگیری از پیروزه حامله و جلوگیری از پیروزه حامله.

References


49. Haghia M, Basu S, Presley L, Serre D, Catalano P, Hauguel-de Mouzon S. Patterns of Adiponectin Expres-


The Role of Adiponectin in Gestational Diabetes Mellitus, Preeclampsia and Obesity during pregnancy: A Systematic Review

Fazeli Daryasari R, Razavinia F, Tork Tatari F, Pahlevan F, Tehranian N

Department of Midwifery & Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran

e-mail:Tehranian@modares.ac.ir

Received: 14/03/2017 Accepted: 18/07/2017

Abstract
Introduction: Adipokines are hormones secreted from adipose tissue in response to extracellular stimuli and changes in metabolism. These hormones are involved in the regulation of energy homeostasis, lipid metabolism and insulin sensitivity. Adiponectin is one of these adipokines that has anti-diabetic, anti-inflammatory and anti-atherogenic properties. The aim of this systematic review was to evaluate the role of adiponectin in gestational diabetes mellitus, preeclampsia and obesity during pregnancy. Materials and Methods: To conduct this research, a systematic of descriptive observational studies by review was conducted searching databases, i.e PubMed, Iran Medex, SID, Google Scholar, between January 2000-February 2017, using the related keywords. The quality of the extracted articles was evaluated based on the STORBE checklist of contents and finally 20 articles were analyzed. Results: Adiponectin levels early in pregnancy increased, and with increasing insulin resistance during pregnancy, these levels gradually declined in maternal circulation and adipose tissue. Decreased adiponectin concentrations were also observed in obesity and gestational diabetes mellitus and can exacerbate insulin resistance, although levels of this hormone appears to increase in preeclampsia. Conclusion: These results indicate that reducing adiponectin levels is possibly involved in insulin resistance during pregnancy, obesity and gestational diabetes mellitus and the increase in levels of this hormone in preeclampsia is probably a physiological response to improving vascular function and insulin sensitivity.

Keywords: Adiponectin, Pregnancy, Gestational diabetes mellitus, Preeclampsia, Obesity