

ID: 2011-01-257-T-1121

Тезис

Магаева М.М.

Значение трофобластического β -1-гликопротеина при синдроме мертвого плода

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Целью работы явилось изучение роли трофобластического β -1-гликопротеина (ТБГ) в формировании патологической инертности матки при мертвом плоде.

Обследовано 104 женщины с неразвивающейся беременностью (основная группа) при сроках гестации от 16 до 30 недель. 1 основную подгруппу составили беременные с задержкой погибшего плода в матке до 3 недель ($n=63$), 2 подгруппу – более 3 недель ($n=41$). В контрольную группу вошли 39 пациенток без осложнений гестации, группу сравнения – 43 женщины с клиникой самопроизвольного прерывания беременности.

Концентрацию ТБГ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом, с помощью коммерческого набора реагентов фирмы «Вектор-Бест».

Результаты исследования показали, что сывороточная концентрация ТБГ у больных 1 основной подгруппы была снижена, по сравнению с контрольными данными в 1,6-2,7 раза. В то же время, средние цифровые значения плазменного уровня плацентарного белка продолжали оставаться на достаточно высоком уровне (3,15 мкг/мл), что способствовало сохранению иммунологической (58,13 толерантности материнского организма к неразвивающемуся плодному яйцу. Об этом свидетельствовала положительная корреляционная связь между уровнем ТБГ и активностью Т-супрессоров ($r=0,398$; $P<0,02$). Резкое снижение (в 4,3-8,6 раза) ТБГ отмечалось у беременных 2 подгруппы и достоверно не отличалось от сопоставимых величин в группе сравнения ($P>0,05$). Манифестная регрессия сывороточной концентрации ТБГ коррелировала положительно с рефрактерностью Т-супрессоров ($r=0,439$; $P<0,01$), отрицательно - с повышенной активностью Т-хелперов ($r=-0,501$; $P<0,01$) и эффективностью СДМ ($r=-0,642$; $P<0,01$).

Таким образом, блокирующее иммуносупрессорное свойство ТБГ, направленное на сохранение и развитие беременности, исчезает при снижении содержания белка в материнской крови в 8-18 раз, когда с возрастанием иммунологической реактивности организма беременной происходит отторжение плодного яйца как генетически детерминированного аллотрансплантата.