

К. С. МУРАДХАНЫАН, С. Г. ПАНОСЯН, А. А. КАЗАРЯН

СОДЕРЖАНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

За последние годы в лабораторную практику были введены некоторые исследования, которые дали возможность выявить новые сывороточные белки, привлекающие внимание многих исследователей. Среди них более отчетливо выясняется роль и значение С-реактивного белка, с точки зрения выявления деструктивных процессов инфекционного или неинфекционного происхождения.

Анализ литературного материала [2—5] показал, что С-реактивный белок может появляться в крови при самых различных заболеваниях воспалительной природы, не являясь специфическим показателем по отношению к этиологическому фактору заболевания. Это никак не умаляет значение определения данного белка, как диагностического и дифференциального теста. Известно, что С-реактивный белок отсутствует в крови здоровых людей и появляется лишь при развитии воспалительных процессов соответственно степени тканевой дезинтеграции. Вероятно, определенная роль при этом принадлежит также состоянию реактивности макроорганизма. В литературе накопился достаточный материал (экспериментальный и клинический), указывающий на появление С-реактивного белка в крови в результате ответной реакции ретикулоэндотелиальной системы на воспаление и некроз [6]. В зависимости от формы проявления иммунобиологической реактивности организма, возможно и расхождение полученных результатов при определении С-реактивного белка. В качестве примера можно привести данные различных исследователей, которые обобщены в литературном обзоре А. Л. Ямпольского [5]. Следует отметить, что при бронхиальной астме (в том числе и инфекционной), сенной лихорадке, хроническом вазомоторном рините и экземе С-реактивный белок в крови больных определялся на низком уровне или отсутствовал, тогда как этот же белок оказался в больших количествах при крапивнице различного происхождения. Определенный интерес представляет также исследование С-реактивного белка при периодической болезни. Известно, что эта болезнь протекает с аллергическими проявлениями, и подобное исследование явилось бы дальнейшим изучением теста на С-реактивный белок при аллергических заболеваниях.

Нами исследовались 60 больных обоого пола, у которых на основании клинических и лабораторных данных был установлен диагноз периодической болезни. Контрольная группа состояла из 23 здоровых людей (доноры). Возраст больных колебался от 18 до 52 лет. С-реактивный

белок определялся методом реакции длительного связывания комплемента на холоду в постприступном периоде болезни (первые 10 дней после приступов) у 35 больных и в межприступном периоде (с 11 по 90 дней после приступов) у 15 больных. У 10 больных исследования проводились в динамике—во время приступа и в постприступном периоде.

В результате проведенных исследований было установлено, что в постприступном периоде болезни, начиная со второго дня после приступа, содержание С-реактивного белка в крови большинства больных колебалось в пределах от одного до трех плюсов. Так, реакция на С-реактивный белок оказалась слабоположительной (+) у 10 больных, положительной (++) у 9 и высокой (+++) у 10 больных. Отрицательные или резко положительные реакции встречались в виде исключения (всего у 6 больных). Аналогичные результаты получались и в межприступном периоде болезни, что выглядит следующим образом: слабоположительная реакция у 2 больных, положительная у 7, высокая у 4 и резкоположительная у 2 больных.

Полученные результаты указывают на то, что процессы аллергического воспаления могут протекать латентно в постприступном и межприступном периодах болезни, тогда как клинические проявления полностью отсутствуют. Говоря об этом, может возникнуть вопрос: является ли в указанных периодах С-реактивная протеинемия показателем той или иной интеркуррентной инфекции. Вряд ли можно согласиться с этим, поскольку выявляемый в крови С-реактивный белок, оказался характерным для всех исследуемых больных, за исключением 2 случаев.

Нас интересовала также взаимосвязь между С-реактивным белком и такими общепринятыми в клинической практике показателями воспаления, какими являются РОЭ, лейкоциты и температура. Учитывая то обстоятельство, что вне приступов вообще отсутствует реакция со стороны температуры, вопрос о ее сопоставлении отпадает. Число лейкоцитов, за исключением 7 случаев, оказалось в пределах нормы. В противоположность этому РОЭ, в большинстве случаев (у 38 больных) была ускорена.

Таким образом, установлен некоторый параллелизм между ускорением РОЭ и повышением содержания С-реактивного белка в крови. По-видимому, среди принятых в клинической практике показателей воспаления, РОЭ является более чувствительным, чем температура и число лейкоцитов. Однако среди них определенное значение приобретает выявляемый методом РСК С-реактивный белок, как более достоверный и длительно сохраняющийся показатель аллергического воспаления в пост- и межприступных фазах периодической болезни.

Результаты динамического исследования С-реактивного белка приведены в табл. 1.

На основании полученных данных выясняется, что в половине случаев слабоположительные и положительные реакции на С-реактивный белок были выявлены во время приступов, тогда как высокие и резкоположительные реакции у этих же больных характеризовали постпри-

Таблица 1

Результаты динамического исследования С-реактивного белка, РОЭ и лейкоцитов у больных периодической болезнью

№ наблю-денный	Больной	Во время приступа			Постприступный период		
		С-РБ	РОЭ	лейкоци-ты	С-РБ	РОЭ	лейкоциты
1	Ш.	+	6	9.800	++++	7	6.200
2	Г.	++	32	11.200	++++	11	9.600
3	М.	+	46	10.800	++++	35	5.200
4	С.	+++	59	10.400	++++	20	7.800
5	М.	+++	19	8.000	++++	41	6.800
6	Ш.	+	32	10.600	+	24	10.200
7	И.	+++	25	10.000	+	6	6.800
8	Г.	+++	18	5.000	++	51	5.400
9	Т.	++++	12	11.400	+++	18	11.200
10	А.	++++	8	5.400	++++	21	5.000

постприступный период болезни. В остальных случаях подобные расхождения не наблюдались. Парадоксальную диссоциацию полученных результатов в первой половине случаев можно было толковать с точки зрения иммунобиологической перестройки организма. По мнению некоторых авторов [1], изменения реактивности макроорганизма и его иммунобиологических особенностей, могут тормозить образование С-реактивного белка в тех случаях, когда клинически наличие острого воспалительного процесса у больного не вызывает никаких сомнений. По-видимому, имеющиеся во время приступов при периодической болезни повышения реактивности организма каким-то непонятным механизмом подавляют появление С-реактивного белка в крови. В одной из предыдущих работ, нами было отмечено, что для определения С-реактивного белка в крови реакция длительного связывания комплемента на холоду является более тонким и усовершенствованным методом, чем общепринятый в клиниках способ преципитации в капилляре. В этом мы вновь убедились при параллельной постановке указанных реакций у больных периодической болезнью. Так, сопоставление результатов 60 исследований показало, что в 24 случаях имеется расхождение, при котором преципитация в капилляре оказалась отрицательной или слабоположительной, тогда как реакция длительного связывания комплемента на холоду, применяемая у этих же больных, была положительной, высокой или даже резкоположительной. Таким образом, является неоспоримым необходимость широкого применения реакций длительного связывания комплемента на холоду при разрешении ряда научных вопросов.

Как было отмечено, мы исследовали также контрольную группу из 23 доноров: из них у 21 результаты, полученные обоими методами, оказались отрицательными, только у двух доноров наблюдались слабо положительные реакции, что вероятнее всего должны отнести к наличию какого-либо латентного воспалительного очага в организме.

Выводы

1. С-реактивный белок обнаруживается у большинства больных периодической болезнью, методом преципитации в капилляре и почти у всех больных методом РСК на холоду.

2. Определение С-реактивного белка при периодической болезни является более достоверным показателем для выявления латентного воспалительного процесса в пост- и межприступном периодах болезни.

3. Динамическое наблюдение за содержанием в крови С-реактивного белка указывает на понижение количества его во время приступов периодической болезни у некоторых больных, что, по-видимому, связано с аллергической перестройкой организма.

Институт экспериментальной биологии
АН Армянской ССР

Поступило 6.X.1966 г.

Կ. Ս. ՄԱՐԱԴՔԻԱՆՅԱՆ, Ս. Հ. ՓԱՆՈՍՅԱՆ, Ա. Ա. ԿԱԶԱՐՅԱՆ

Շ-ՌԵԱԿՏԻՎ ՍՊԻՏԱԿՈՒՑԻ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՊԵՐԻՈԴԻԿ ԶԻՎԱՆՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԱՐՅԱՆ ՄԵՋ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հետազոտվել է Շ-ռեակտիվ սպիտակուցը պերիոդիկ հիվանդությամբ տառապող 60 հիվանդի արյան մեջ, հիվանդության հետնոպայական և միջնոպայական շրջանում: 10 հիվանդի մոտ հետազոտությունները կատարվել են դինամիկայում նոպայի ժամանակ և հետնոպայական շրջանում: Կոնտրոլ խումբը կազմված է եղել 23 առողջ մարդուց (դոնորներից):

Պարզվել է, որ հիվանդության հետնոպայական և միջնոպայական շրջանում Շ-ռեակտիվ սպիտակուցը գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ տատանվում է 1—3 խաչի սահմաններում, այն դեպքում, երբ բորբոքային երևույթներին մյուս ցուցանիշներից լեյկոցիտոզը և բարձր շերմուկյունը բացակայել են:

Որոշ զուգահեռություն է նկատվել էրիթրոցիտների նստեցման ռեակցիայի արագացման և Շ-ռեակտիվ սպիտակուցի շատացման միջև:

Դինամիկայում հետազոտված հիվանդների մոտ, ի հակասումն նոպայական շրջանի Շ-ռեակտիվ սպիտակուցի շատացումը առավելապես նկատվել է հետնոպայական շրջանում. այս պարադոքսալ երևույթը, որը նկատվել է հետազոտված հիվանդների կեսի մոտ, ըստ երևույթին առնչություն ունի օրգանիզմի իմունո-բիոլոգիական տեղաշարժերի հետ:

Դիտողությունները ցույց են տվել, որ բորբոքային ծածկընթաց պրոցեսների հայտնաբերման համար առավել ստույգ մեթոդ է հանդիսանում արյան մեջ Շ-ռեակտիվ սպիտակուցի հայտնաբերումը կոմպլեմենտի երկարատև կապման ռեակցիայով:

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В. П., Никитин В. П., Борова Ф. Б. Сов. мед., 6, стр. 116—121, 1960.
2. Лагыш В. Н. Тер. арх., 11, стр. 52—59, 1962.
3. Петров Р. В. и Кабаков Е. Н. Кл. мед., т. 37, 5, стр. 28—32, 1959.
4. Слепцов А. П. Сов. мед., 7, стр. 56—61, 1960.
5. Ямпольский А. Л. ЖМЭИ, 6, стр. 82—87, 1958.
6. Rapport M. M., Schwartz A. E., Graf L. Ann. Surg., 145, p. 315, 1957.