

Р. И. МУТАФЯН, Г. Г. БАБАХАНИЯН, Р. А. ЧХИКВАДЗЕ

РЕАКЦИЯ НА С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК НОВЫЙ ТЕСТ ПРИ  
ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ\*

При эктопической беременности клинические проявления многообразны и нередко дифференциальная диагностика ее оказывается весьма затрудненной.

Обычно при постановке диагноза внематочной беременности учитываются и сопоставляются анамнестические и клинические данные с жалобами и объективными изменениями у больной. Одновременно определяются некоторые неспецифические показатели, мало характерные для внематочной беременности (гемоглобин, температура, РОЭ, лейкоциты) и ставятся биологические пробы на беременность. В сомнительных случаях прибегают к пункции заднего свода влагалища.

Несмотря на наличие большого числа клинических проявлений при внематочной беременности, процент диагностических ошибок и до настоящего времени продолжает оставаться высоким.

По данным различных авторов, процент диагностических ошибок колеблется в пределах 3,9%—30% (по М. С. Александрову и Л. Ф. Шинкаревой [1]).

Нами обработан архивный материал II клинического родильного дома. Изучены истории болезни больных, поступивших на стационарное лечение по поводу воспалительных процессов гениталий, внематочной беременности, угрожающих и начавшихся выкидышей и больных, поступивших на клиническое обследование, где воспалительный процесс или внематочная беременность были сомнительными. Таких больных было 410, из них с воспалительными процессами—213, с внематочной беременностью—147, с подозрениями на внематочную беременность и клиническое обследование—50 женщин. 491 больная поступила с угрожающими и начавшимися выкидышами.

Из 147 больных, поступивших с диагнозом «внематочная беременность», лишь в 63 случаях диагноз был подтвержден (42,8%), а в остальных 57,2% случаев установлен воспалительный процесс придатков матки. Из 50 больных, поступивших с подозрением на внематочную беременность и на клиническое обследование, у 19 была внематочная беременность (38%). Из 213 больных, поступивших по поводу воспалительного процесса гениталий, в 9 случаях оказалась эктопическая беременность

\* Доложено на заседании Республиканского общества акушеров и гинекологов Армянской ССР.

(4,2%). Из 491 случая поступлений с начавшимися и угрожающими выкидышами в 8 случаях оказалась внематочная беременность (табл. 1).

До настоящего времени установление диагноза внематочной беременности в основном базируется на ряде клинических проявлений, характерных для этого заболевания: задержка регул, кровянистые выделения из половых путей, схваткообразные боли внизу живота, наличие вероятных и сомнительных признаков беременности и т. д. При наличии большого внутрибрюшного кровотечения появляется типичная картина острой анемизации больной (пульс, артериальное давление, бледность покровов и т. д.).

Таблица 1

Диагноз при поступлении	Количество больных	Оказалась внематочная беременность	%
1. Воспалительный процесс гениталий	213	9	4,2
2. Внематочная беременность . . . . .	147	63	42,8
3. Подозрение на внематочную беременность . . . . .	50	19	38,0
4. Угрож. и начинавшиеся выкидыши	491	8	1,6

Согласно обработанному нами клиническому материалу, подтвержденному литературными данными [1, 3 и др.], часто внематочная беременность дифференцируется с воспалительными процессами придатков матки. И так как клиническая картина острого воспалительного процесса придатков матки чаще напоминает картину внематочной беременности, то дифференциальная диагностика между ними весьма затруднена.

Исходя из указанного вполне резонно, что всякие новые изыскания, в какой-то мере облегчающие диагностику этого заболевания, приобретают практическую ценность.

Так, изучая состояние С-реактивного белка при акушерской и гинекологической патологии\*, нам удалось установить бесспорную ценность реакции на СРБ при дифференциальной диагностике внематочной беременности с острыми воспалительными заболеваниями гениталий.

С-реактивный белок—это своеобразная субстанция, появляющаяся в крови, серозных жидкостях, спинномозговом ликворе, перитонеальном экссудате и в плевральной жидкости при развитии острых воспалительных и деструктивных процессов.

В 1930 г. Тиллет и Френсис [6, 8] в сыворотке крови больных в остром периоде кокковых инфекций и при ревматической лихорадке выявили и в дальнейшем описали ранее неизвестное белковое вещество, названное ими протеином острой фазы, получившее название С-реактивного бел-

\* Доложено на XLI отчетной научной сессии Ереванского медицинского института 19/V 1964 г.

ка: В дальнейшем Аш [6, 8] в 1933 г. обнаружил С-реактивный белок у детей в острой фазе инфекций колитифозной группы. В 1941 г. он был получен в очищенном виде Маклеод и Эвери [6, 8], а в 1947 г. Маккарти [6, 8]—в кристаллическом виде.

Белок получил название С-реактивного белка (СРБ), благодаря своей способности образовывать преципитат с соматическим С полисахаридом пневмококков.

В отличие от других неспецифических показателей интенсивности воспалительного процесса, температуры, количества лейкоцитов и РОЭ СРБ в норме отсутствует.

СРБ определяется в крови больных спустя 18—36 часов от начала воспалительного процесса, в ряде же случаев значительно раньше лихорадки, лейкоцитоза и ускорения РОЭ. В дальнейшем он продолжает оставаться в крови на общем фоне неспецифических показателей и исчезает быстрее нормализации последних.

При постановке реакции на СРБ в основу была положена методика Андерсена и Маккарти [6, 8], несколько видоизмененная согласно инструкции к антисыворотке, изготовленной в Ленинградском НИИВС.

Методика постановки реакции очень проста и не обременительна для больного. Заключается в следующем: кровь берется из пальца в количестве 0,5 мл, и обычным путем получается сыворотка. Стеклянный капилляр на  $\frac{1}{3}$  длины заполняется антисывороткой, куда в последующем набирается в таком же количестве сыворотка больного, затем покачиванием содержимое смешивается и с помощью приспособленного штатива с пластилиновым основанием помещается в термостат при температуре 37°. Через 3—4 ч. производится проверка результатов. Штатив хранится в холодильнике в течение ночи. Окончательный учет результатов производят через 24 ч. В случае положительной реакции в капилляре образуется преципитат и по высоте его учитывается соответствующая реакция, которая обозначается крестами. Каждый крест соответствует 1 мм.

Оценка результатов проводилась согласно общепринятой системе учета: 1 крест—слабо положительная реакция, 2 и 3 креста—положительная, 4 и более креста—резко положительная реакция.

В отечественной и зарубежной литературе имеются многочисленные работы по изучению СРБ при самых различных заболеваниях: ревматизме, пневмонии, колитифозных инфекциях, новообразованиях, инфаркте миокарда, лепре и т. д. [2, 5, 7—10 и др.].

Всего нами обследовано 148 женщин. В I группу вошли 40 женщин с нормальной беременностью сроком до 12 недель, у всех этих беременных СРБ в крови не обнаружен. Во II группе было 60 женщин с воспалительными процессами гениталий, из них 29—с хроническими процессами, 31—с острым и подострым процессами. В хронических случаях СРБ в крови отсутствовал, а при острых и подострых процессах реакция на СРБ была положительной, степень выраженности которой была в прямой зависимости от интенсивности воспалительного процесса. III группа—24 женщины с внематочной беременностью, у 22 из них реакция на

Д и а г н о з	Число больных	Стадия	Число больных	С Р	
				+	
Воспаление придатков	50	Хронич.	25	—	
		Остр., подост.	25	25	
Прочие воспалительные заболевания гениталий	10	Хронич.	4	—	
		Остр., подост.	6	6	
Внематочная беременность	21	—	—	2	
Подозрения на внематочную бере- менность, оказавшуюся воспале- нием	26	—	—	16	

Таблица 2

Б	Лейкоциты			Р О Э			С°		
	до 9000	9000— —10000	выше 10000	до 15 мм/г	16—30 мм/г	31 и выше	до 37°С	37,1° 37,5°С	37,6° и выше
25	23	1	1	15	8	2	20	4	—
—	13	3	9	4	9	13	10	8	6
4	4	—	—	3	1	—	4	—	—
—	4	—	2	—	—	6	3	—	3
19	12	—	5	5	6	6	12	6	2
10	15	2	9	11	8	7	16	6	4

СРБ была отрицательная и только у 2—положительная. В обоих случаях одновременно с внематочной беременностью имелся острый воспалительный процесс маточных труб, подтвержденный гистологическим исследованием. В IV группу вошли 27 женщин, поступивших с подозрением на внематочную беременность, у которых последняя не подтвердилась и оказался воспалительный процесс, у 17 из них реакция на СРБ была положительная, у 10—отрицательная.

Во всех случаях одновременно с определением СРБ учитывалась температурная кривая, определялось количество лейкоцитов и РОЭ. Сравнительные данные этих показателей приведены в табл. 2.

Анализ полученных данных, отраженных в этой таблице, убеждает нас, что изменения температурной реакции, количества лейкоцитов и ускорение РОЭ менее закономерны при воспалительных процессах гени- талий и внематочной беременности, нежели появление СРБ в крови.

Таким образом, нам кажется вполне оправданным использование определения СРБ в крови как дифференциально диагностического теста при установлении диагноза внематочной беременности в сомнительных случаях с воспалительными процессами.

Ценность этого теста заключается и в том, что он появляется значительно раньше прочих неспецифических показателей воспалительного процесса. Появление и исчезновение его настолько тесно связаны с возрастанием и исчезновением воспаления, что может оказывать значительную помощь клиницисту в оценке активности заболевания, одновременно может служить ценным тестом при выборе методов терапии, ибо определением его в динамике можно судить об эффективности проводимого лечения.

Кафедра акушерства и гинекологии  
Ереванского медицинского института

Поступило 2/III 1965 г.

Ռ. Ի. ՄՈՒՏԱԳՅԱՆ, Գ. Գ. ԲԱԲԱԽԱՆՅԱՆ, Ռ. Ա. ՉԽԻԿՎԱԶԵ

Շ-ՌԵԱԿՏԻՎ ՍՊԻՏԱԿՈՒՅԻ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՌԵԱԿՑԻԱՆ ՈՐՊԵՍ ՆՈՐ ՏԵՍՏ ԱՐՏԱԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մինչև այժմ արտաարգանդային հղիության ախտորոշումը հիմնականում կատարվում է այդ հիվանդությանն յուրահատուկ մի շարք կլինիկական նշանների հիման վրա, սակայն որոշ բարդացած դեպքերում արտաարգանդային հղիության ախտորոշումը շափազանց դժվարանում է:

Մեր կողմից առաջարկված է նոր տեստ, արտաարգանդային հղիության այն ձևերի ախտորոշման համար, երբ կլինիցիստը հարկադրված է լինում գործ ունենալ նաև արգանդի հավելումների բորբոքային պրոցեսների դիֆերենցիալ դիագնոստիկայի հետ կապված դժվարությունների հետ:

Այդ նպատակով մեր կողմից օգտագործված է «С» ռեակտիվ սպիտի հայտնաբերման ռեակցիան:

Հետազոտման է ենթարկված կլինիկական մատերիալ, որն ընդգրկում է 148 հիվանդ: Ընդ որում հայտնաբերվել է, որ նորմալ հղիության դեպքում «С» ռեակտիվ սպիտը բացակայում է: Արտաարգանդային հղիության ժամանակ գերակշռող մեծամասնությամբ «С» ռեակտիվ սպիտի ռեակցիան բացասական է: Արգանդի հավելումների սուր և ենթասուր բորբոքային պրոցեսների համար բնորոշ է «С» ռեակտիվ սպիտի հայտնաբերման դրական ռեակցիա:

Մեր հետազոտությունները թույլ են տալիս մեզ առաջարկել արյան մեջ «С» ռեակտիվ սպիտի հայտնաբերման ռեակցիան արտաարգանդային հղիության առկայության կասկածելի դեպքերում որպես արժեքավոր դիագնոստիկ մի տեստ վերջինը արգանդի հավելումների սուր բորբոքային պրոցեսների հետ դիֆերենցման ժամանակ:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров М. С., Шинкарева Л. Ф. Внематочная беременность. М., 1963.
2. Кабаков Е. Н. ЖМЭИ, 1961, 3, стр. 23.
3. Макаров Р. Р. Внематочная беременность. М., 1958.
4. Маслова Н. П. Терапевтический архив, 1960, 8, стр. 62.
5. Мосин В. Г., Пашинин П. Н. Клиническая медицина, 1964, 3, стр. 81.
6. Петров Р. В., Кабаков Е. Н. Клиническая медицина, 1959, 5, стр. 28.
7. Шерстнев А. К. Врачебное дело, 1963, 6, стр. 48.
8. Ямпольский А. Л. ЖМЭИ, 1958, 6, стр. 43.
9. Maclin Me Carty M. D. The Journal of Experimental medicine, 1947.
10. Cutrera A. Riv. Ostet. Ginec., 1961, 16, 6, 392.