

тым содержимым. Слизистая половых губ отечна, гиперемирована, местами эрозирована.

Умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Проводилась терапия, аналогичная вышеизложенной.

Температура снизилась на 10-й день болезни, кожа очистилась к 29-му дню, а слизистые позднее. Больная выписана в хорошем состоянии на 37-й день болезни.

УДК 616.127—005.8—616.12—008.331.1

## С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*З. Х. Дегтярева*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — доц. Г. З. Ишмухаметова)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова

С-реактивный белок получил свое название в связи с его способностью вступать в реакцию с соматическим С-полисахаридом пневмококков и образовывать при этом преципитат. Из основных методов обнаружения С-реактивного белка наиболее простым и удобным в клинических условиях является реакция преципитации с иммунной кроличьей антисывороткой к нему.

Мы изучали частоту и интенсивность реакции на С-реактивный белок параллельно с другими клинико-лабораторными показателями при остром инфаркте миокарда, стенокардии и гипертонической болезни.

Под нашим наблюдением было 37 мужчин и 53 женщины. В возрасте от 30 до 50 лет был 31 больной, от 51 до 70 лет и старше — 59. С острым инфарктом миокарда был 31 больной, с хронической коронарной недостаточностью с приступами стенокардии — 12 (из них в сочетании с гипертонической болезнью — 8), с гипертонической болезнью различных стадий — 47.

При инфаркте миокарда мы находили С-реактивный белок как в остром периоде, начиная с 1—2-го дня, так и позднее, вплоть до 6—8-й недели заболевания. В подостром периоде и в периоде клинического выздоровления реакция была менее выраженной.

Уменьшение содержания С-реактивного белка у 2 больных произошло к концу 2-й недели заболевания, у 12 — к концу первого месяца, у 11 — на 6—8-й неделе заболевания; у 12 к этому времени он не обнаружен.

Сопоставление температурной реакции, лейкоцитоза, РОЭ и реакции на С-реактивный белок показало, что они изменяются не всегда параллельно и одновременно. Так, реакция на С-реактивный белок в первые дни заболевания была положительной во всех случаях инфаркта миокарда, а повышение температуры, ускорение РОЭ и лейкоцитоз были только у 55% больных. Температура и количество лейкоцитов нормализуются раньше, чем исчезает из сыворотки С-реактивный белок. Между показателями РОЭ и количеством С-реактивного белка имеется некоторая закономерность — и тот и другой показатель постепенно идут на убыль, но РОЭ обычно нормализуется раньше, чем исчезает из крови С-реактивный белок.

Среди больных стенокардией реакция на С-реактивный белок оказалась у 8 больных отрицательной, у 4 положительной. При последующем клиническом наблюдении у 3 из них, помимо стенокардии, были диагностированы бронхоэктатическая болезнь и хронический холецистит.

У 11 больных гипертонической болезнью, осложненной сосудистыми кризами, С-реактивный белок был слабоположительным. У двух из них гипертоническая болезнь сочеталась с полиартритом и холециститом. У остальных 36 больных гипертонической болезнью различных стадий С-реактивный белок не найден.

### ВЫВОД

Определение С-реактивного белка является высокочувствительным и ценным вспомогательным тестом в диагностике острого инфаркта миокарда, превосходящим по чувствительности РОЭ.