

# О С-РЕАКТИВНОМ БЕЛКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Канд. мед. наук С. Б. Коростовцев

Кафедра терапии для усовершенствования врачей № 1 (нач.— проф. П. И. Шилов)  
Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

С-реактивный белок (ЦРБ) был открыт в 1930 г. Тиллем и Фрэнсисом. Основные результаты исследований, освещающие свойства и клинико-диагностическое значение С-реактивного белка, суммированы в обзора А. Л. Ямпольского (1958), Ф. Л. Бух (1958), Р. В. Петрова и Е. Н. Кабакова (1959) и др., в которых приведена также соответствующая обширная библиография.

Природа С-реактивного белка, получившего свое название «С-реактивный» благодаря способности давать преципитат с соматическим С-полисахаридом пневмококка (Тиллет и Фрэнсис), еще окончательно не выяснена. Однако уже известны многие физико-химические и иммунологические его свойства, а также та важная для клиники особенность, что он отсутствует в крови здоровых людей, появляясь только во время воспалительных заболеваний или заболеваний, сопровождающихся распадом тканей. Так, при пневмонии, инфаркте миокарда он появляется в крови почти у всех больных и часто уже через 12 ч. после начала заболевания.

Отсутствие ЦРБ в крови здоровых людей и появление его только у лиц с воспалительными или деструктивными процессами дает основание считать его определение одним из важных дополнительных диагностических методов исследования в клинике.

Располагая этим методом, мы решили использовать его при исследовании больных хроническим гастритом.

В работе использована достаточно чувствительная и в то же время очень простая методика определения ЦРБ крови, предложенная Андерсоном и Мак Карти (1950). Она основана на реакции преципитации, которая появляется при смешении сыворотки крови больного, содержащей ЦРБ, с анти-ЦРБ-сывороткой, полученной от кролика, иммунизированного С-реактивным белком.

Вместо анти-ЦРБ-сыворотки нью-йоркской фирмы «Шиффелин и К°» мы пользовались отечественной анти-ЦРБ-сывороткой, впервые полученной в нашей стране А. Л. Ямпольским в 1958 г., а также анти-ЦРБ-сывороткой Ленинградского института переливания крови, полученной С. Е. Тукачинским в 1959 г.

**Методика.** В прокаленный на огне и охлажденный капилляр (0,5—0,8 мм в диаметре и длиной 7—8 см) набирается на 1/4 его длины, то есть на 2 см, анти-ЦРБ-сыворотка, а затем столько же центрифужированной сыворотки исследуемого. Покачиванием (10—12 раз) капилляра обе жидкости перемешиваются, после чего капилляр вертикально втыкают в пластилин так, чтобы нижний мениск жидкости был над поверхностью пластилина. Реакция оценивалась нами через сутки стояния капилляра. При положительной реакции образовавшийся преципитат оседает на нижний мениск и высота столбика осадка может быть измерена. Этим измерением можно дать относительную количественную оценку реакции: 1 мм осадка (+) — легкая реакция, 2 мм (++) — умеренная, 3 мм (+++) — сильная реакция, 4 мм и более (++++) — очень сильная. Важно подчеркнуть, что, несмотря на определение степени реакции подобным способом, обнаружение любого количества ЦРБ практически должно рассматриваться как показатель патологического процесса в организме.

Исследовано 50 больных хроническим гастритом: 49 мужчин и 1 женщина. В возрасте от 20 до 25 лет было 47 человек и от 26 до 40 — 3. Болели до 1 года — 8, до 2 лет — 16, до 5 лет — 18 и более — 8 человек. Отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном содержимом отмечено у 6, ее количество в пределах 20—40 ед.— у 9, 41—60 ед.— у 14, 61—80 ед.— у 11 и выше 80 ед.— у 2 человек.

Все больные поступили в клинику в разгаре обострения хронического гастрита, с болевым синдромом и диспептическими расстройствами. Исследование на ЦРБ было проведено у 26 человек в 1—4 сутки после поступления, у 16 — на 5—9 сутки и у 8 — на 10 сутки и позже.

Кроме того, исследовано 14 человек с острыми воспалительными процессами (пневмония — 7, ангина — 3, острый катар верхних дыхательных путей — 3 и острый ревматизм — 1) для контроля эффективности анти-ЦРБ-сыворотки. Как оказалось, ее эффективность была высокой и не снижалась при хранении в холодильнике в течение года.

Результаты исследования основной и контрольной групп больных получились резко контрастными. В то время, как в контрольной группе у всех исследованных обнаруживался в крови ЦРБ, у больных хроническим гастритом этот белок в крови отсутствовал. Лишь у одного из 50 реакция на ЦРБ была положительна. Возможно, что причиной положительной реакции на ЦРБ у этого больного были обнаруженные у него два кариозных зуба. Как известно, Роантри и Ренц (1955), исследуя 50 здоровых людей, обнаружили у 2 из них положительную реакцию на ЦРБ. Оказалось, что один из них был вакцинирован за 72 часа до исследования, а у второго обнаружен кариозный зуб.

Таким образом, у больных хроническим гастритом в период обострения и независимо от длительности заболевания, состояния желудочного содержимого и других показателей обнаружить в крови ЦРБ не удается. Очевидно, этот факт должен учитываться при решении вопроса о природе изменений слизистой желудка при хроническом гастрите. Можно предполагать, что полученные результаты в какой-то степени подтверждают вывод классических работ Ю. М. Лазовского (1947) о том, что изменения слизистой желудка при хроническом гастрите являются результатом такой ее перестройки, в основе которой лежит не воспалительный процесс, а функциональные нарушения деятельности желудка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бух Ф. Л. Патологич. физиол. и эксп. терапия, 1958, 3.—2. Воробьев А. И. Тер. арх., 1957, 8.—3. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. Изд. АМН СССР, М., 1947.—4. Петров Р. В. и Кабаков Е. Н. Клин. мед., 1959, 5.—5. Ямпольский А. Л. Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии, 1958, 6.—6. Anderson H. C. a. McCarty M. Am. J. Med., 1950, 8.—7. Elster K., Levinger E. L. a. Levy H. Clin. research. proc., 1955, 2.—8. Knights E. M., Hutchinson M., Morgan E. a. Plootropin J. JAMA, 1956, 162, 1.—9. Kroop J. G., Wedeen P. a. Shackman N. H. Circulation, 1955, 12, 4.—10. Roanteree R. J. a. Rantz L. A. Arch. intern. med., 1955, 96, 5.—11. Selman D. a. Halpern A. Angiology, 1956, 7, 3.—12. Tilett W. S. a. Francis Th. J. exper. med., 1930, 52, 4.—13. Уосум R. S. a. Doernier A. A. Arch. intern. med., 1957, 99, 1.

Поступила 7 июня 1960 г.

## О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТОВ И КЛИНИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ

Проф. А. Л. Ланда, канд. мед. наук А. А. Крылов и Г. А. Трофимов

Кафедра факультетской терапии № 2 (начальник — проф. А. Л. Ланда)  
Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

Вопросы патологии печени и желчных путей занимают видное место среди проблем, привлекающих особое внимание клиницистов.

По материалам нашей кафедры и клинической больницы им. Чудновского, за последние 5 лет отмечается значительный рост числа больных хроническим холециститом (4,1% в 1955 г., 7,2% в 1959 г.). Несомненно, если бы в годовых отчетах наших лечебных заведений учитывались и сопутствующие холециститы, указанные выше цифры были бы еще более высокими.

Заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в большинстве случаев встречаются не изолированно, а в виде различных сочетаний в силу тесных анатомических и функциональных связей этих органов. Н. И. Лепорский справедливо говорил о единой гепато-панкреатико-дуodenальной системе.

Несмотря на большую частоту хронических холециститов, многие вопросы их дифференциальной диагностики и клиники нуждаются в дальнейшем углубленном изучении.

Особенно большие затруднения клиника испытывает при диагностике атипичных или стертых форм болезни. Клиническая картина в подобных случаях представлена целым рядом общих и рефлекторных симптомов (А. Я. Губергриц) и весьма часто не соответствует степени морфологических изменений в желчном пузыре.

Одним из основных дополнительных методов диагностики хронического холецистита является дуоденальное зондирование, в частности цитологическое исследование желчи.

Придавая определенное значение цитологии желчи, мы ясно ощущаем необходимость поисков дополнительных методов ее исследования, позволяющих более уверенно судить о наличии или отсутствии воспаления.

В связи с этим мы в течение последних двух лет применяли цветную реакцию желчи, предложенную Д. И. Финенко (Лабораторное дело, 1955, № 6).

В дальнейшем методика этой реакции была нами изменена и сведена к следующему.

В 3 пробирки из каждой порции желчи (A, B и C) наливают по 4 мл, прибавляют по 2 мл свежеприготовленного диазореактива и смешивают в течение 2 минут (происходит диазотирование билирубина). Прибавляют 4 мл хлороформа, тщательно