

Г. Г. АСЛАНЯН

О ЗНАЧЕНИИ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА
В ПОРАЖАЕМОСТИ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

В последнее время в литературе появились работы, посвященные изучению вопроса о поражении ЛОР органов при бруцеллезе. Авторы этих работ (Гирш (1925), Видт (1931), П. А. Демидов [14], М. С. Венецианова [11, 12] и Ф. Д. Радгаузер [10], В. А. Никитин [17], В. Г. Ермолаев и М. Н. Нугматов [15], А. В. Брофман [9], А. Л. Тартаковский [21], Н. М. Богданова [6], Г. Г. Асланян [1, 2]) отмечают частую поражаемость ЛОР органов бруцеллезной инфекцией. Однако данные упомянутых авторов не вполне совпадают и неполностью освещают этот вопрос. Некоторые же вопросы ими совсем не затрагиваются.

В своих прежних наблюдениях, проведенных у 100 больных с различными формами бруцеллеза, мы у 40% обследованных констатировали те или иные объективные изменения со стороны ЛОР органов. У 26% общего числа обследованных наблюдались: гиперемия, инфильтрация, отечность слизистой носа и глотки, инъецированность сосудов; у 12% — аналогичные изменения слизистой гортани; у 5% — носовые кровотечения; у 12% — невриты слуховых нервов и т. п. На основании своих наблюдений мы тогда могли отметить, что обнаруженные нами изменения ЛОР органов при бруцеллезе резко выражены при остром бруцеллезе, протекающем бурно, тяжело, и у хронических больных, не получивших своевременного лечения, имевших частые рецидивы и обострения болезни. У тех же больных хроническим бруцеллезом, которые благодаря высоким иммунобиологическим особенностям их организма и его реактивным способностям без какого-либо лечения перенесли острую стадию и в последующей хронической стадии находились в фазе компенсации, изменений со стороны ЛОР органов или не наблюдалось, или они были очень слабо выражены. Последующими наблюдениями мы стремились выяснить, что лежит в основе поражаемости ЛОР органов при бруцеллезе.

Найти определенную связь между частотой и степенью выраженности изменений ЛОР органов и состоянием иммунологической (реакции Райта, Хеддльсона) и аллергической (проба Бюрнэ) специфической реактивности организма у больных бруцеллезом нам не удалось. Тогда, естественно, надо было думать о значении в этой неспецифической реактивности организма, реактивности его отдельных систем, ибо «понятие реактивности неотделимо от понятия общей и местной реактивности организма» (А. А. Богомолец [7]). На эту мысль нас склоняли ее результаты наших прежних работ (1955—1960 гг.).

Для выяснения этого вопроса мы провели обследование ЛОР органов группы больных бруцеллезом с одновременным исследованием у них специфической и неспецифической реактивности организма. Обследование проводилось до, по ходу и по окончании полного курса лечения.

Под нашим наблюдением находились 86 больных бруцеллезом: 40—с хронической, 23—с обострившейся хронической, 18—острой и 5—подострой формами заболевания (больные были в возрасте 20—50 лет). Критерием суждения о состоянии реактивности организма служили общеизвестные пробы В. А. Тарноградского [19] (проба синячка), С. К. Розенталя [18] (хлороформ-спиртовая проба), адреналин-диониновая проба (проба М. Я. Брейтмана [8], модифицированная Добротворской), гемограмма, общее состояние больных. Анализ данных этих тестов проводился с учетом стадии, формы, течения, давности заболевания и пр. У каждого больного все эти пробы ставились одновременно.

Не останавливаясь на описании методик упомянутых проб, напомним лишь, что проба В. А. Тарноградского показывает состояние билирубинообразовательной функции ретикулоэндотелиальной системы (РЭС), а в некоторой степени (в частности, вместе с гемограммой) и функциональное состояние РЭС вообще.

По пробе С. К. Розенталя судят об общей неспецифической реактивности организма. В своих работах мы пользовались более упрощенной и уточненной нашей модификацией этой пробы.

Адреналин-диониновая проба выявляет функциональное состояние вегетативной иннервации сосудистой системы кожи. Разумеется, на основании ее результатов можно судить и о функциональном состоянии вегетативной нервной системы вообще.

Следовательно, пользуясь этими пробами (тестами), мы вправе были поговорить о том или ином состоянии реактивности организма, о реактивности его отдельных систем, об их изменениях. На это дают нам основание и результаты прежних наших работ, выполненных использованием этих проб (1955—60).

Из обследованных 86 больных бруцеллезом 39 не предъявляли жалоб на ЛОР органы и объективных изменений со стороны этих органов у них не было обнаружено. У 47 больных отмечались те или иные изменения ЛОР органов, выраженные в той или иной степени, причем 17 из указанного числа больных не предъявляли каких-либо жалоб на эти органы, у 6 же больных, с жалобами на боли в глотке при глотании, не было объективных изменений со стороны глотки и гортани. Последние случаи мы склонны объяснить поражением вегетативной нервной системы, что часто бывает при бруцеллезе и дает различные проявления.

Из 86 больных бруцеллезом у 6 реактивность организма была почти в пределах нормы, у 31—нерезко измененной (судя по показателям использованных нами тестов). У всех этих больных одни из тестов (в большинстве случаев — проба Розенталя) выявили нормальное состояние реактивности организма, другие же указывали на нерезкую выраженность изменений соответствующих систем организма: умеренная ги-

перваготония, некоторое нарушение функции РЭС и т. д. У многих больных наблюдалось нормальное функциональное состояние симпатического отдела вегетативной нервной системы, у 4 — даже повышенное. У больных обеих этих групп (6+31) со стороны ЛОР органов отклонений от нормы не было обнаружено. У остальных 49 больных бруцеллезом реактивность организма, судя по показателям использованных нами тестов, оказалась явно нарушенной, причем более резко у 42: наглядное преобладание функционального состояния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (сосудистой иннервации) над симпатической (гиперваготония с гипосимпатикотонией) или угнетение обоих отделов вегетативной нервной системы (по адреналин-диониновой пробе), повышение общей неспецифической реактивности организма (по пробе Розенталя), нарушение функционального состояния РЭС (по пробе Тарноградского и гемограмме). Из этих 49 больных у 32 (15 — с хронической и 17 — острой формой бруцеллеза) были обнаружены гиперемия, инфильтрация, стечность слизистой носа, глотки и гортани, у 3 (с хронической формой заболевания) — частые носовые кровотечения, у двух — гнойный отит, у 6 же больных, при отсутствии каких-либо объективных изменений со стороны ЛОР органов, имелись жалобы на боли в глотке. Подобные изменения реактивности организма были и у больных с шумом в ушах на почве поражения сосудистой системы. Только у 2 больных с хронической формой бруцеллеза, при наличии резкого отклонения реактивности организма от нормы, никаких жалоб или объективных изменений со стороны ЛОР органов не было обнаружено.

У больных с явлениями неврита слуховых нервов наблюдалось понижение функционального состояния симпатической нервной системы, с повышением функционального состояния парасимпатической системы или угнетение обоих отделов вегетативной нервной системы. Общая неспецифическая реактивность организма и функциональное состояние РЭС также были изменены.

На нашем материале не наблюдалось определенной связи болей в глотке при глотании (при отсутствии объективных изменений со стороны глотки, гортани) и оталгии с изменениями реактивности организма.

Все указанные явления со стороны верхних дыхательных путей у больных бруцеллезом, по ходу лечения основного заболевания, обычно исчезали, притом, кроме лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию основного заболевания, добавочного лечения требовали обычно случаи отитов и особенно [1], невритов слуховых нервов. (В последних случаях хороший эффект мы наблюдали от применения дибазола).

Лечение больных бруцеллезом проводилось у нас различными методами, причем обычно — некомбинированными. Так, из 41 больного бруцеллезом, у которых отмечались объективные изменения со стороны ЛОР органов, 29 больных лечились иммуногемотрансфузиями, трое — переливаниями обычной крови и 9 больных — бруцеллезной лечебной вакциной. На основании этого контингента больных (41 случай) нельзя конечно прийти к определенным выводам о значении метода лечения бру-

целлеза в исчезновении изменений со стороны ЛОР органов. Однако на основании приведенных данных можно априори сказать, что более благоприятные результаты следует ожидать при лечении основного заболевания (бруцеллеза) такими средствами и способами, которые окажут более существенное влияние на реактивность организма, в смысле ее нормализации и повышения его защитных способностей. С этой точки зрения более ощутимый лечебный эффект, как нам кажется, можно ожидать при иммуногемотерапии и комбинированном (вакцина + физиотерапия + различные медикаменты) методе лечения.

Интересно отметить, что в тех случаях, когда под влиянием лечебных мероприятий реактивность вяло нормализуется, изменения со стороны ЛОР органов долго сохраняются; более того, иногда на этом фоне могут возникать патологические явления в указанных органах. Так, у одной больной с обострившейся хронической формой бруцеллеза, лечившейся только переливаниями обычной крови, на 24-й день пребывания в стационаре развился подострый средний отит. Используемые нами тесты по определению реактивности организма не выявили особых сдвигов в состоянии реактивности организма этой больной, по сравнению с состоянием ее до начала лечения, несмотря на трехкратную гемотрансфузию. Отметим, что при поступлении в стационар у больной никаких субъективных и объективных явлений со стороны ЛОР органов не было. Произведенная на первый день местная подкожная спиртово-новокаиновая блокада уха (Н. А. Наджарян), которая при острых и подострых отитах (при условии применения ее в первые сутки заболевания) почти без исключения дает обрывающий, купирующий эффект, оказалась неэффективной. Развитие процесса привело к нагноению. Реакция Хеддльсона, поставленная с гноем уха, дала положительный результат (титр 1:400), оставляя тем самым вне сомнения бруцеллезный характер отита. Лечение больной продолжалось иммуногемотрансфузиями [3], спиртово-новокаиновыми блокадами уха [3] и закапыванием в ухо раствора альбуцид-спирта. Больная выписалась с клиническим выздоровлением. Осталась только маленькая сухая перфорация барабанной перепонки. Реактивность организма при выписке была в пределах нормы.

Таким образом, на основании проведенных нами наблюдений можно сказать, что поражения ЛОР органов бруцеллезной инфекцией обычно бывают у тех больных, у которых неспецифическая реактивность организма значительно изменена, причем, по сложившемуся у нас впечатлению (требующему подтверждения), наблюдается определенная связь между изменениями реактивности отдельных систем организма и поражением того или другого ЛОР органа. При умеренном же изменении реактивности организма поражения со стороны ЛОР органов обычно не наблюдаются. Но следует отметить, что, по нашим данным, иногда и при наличии наглядных изменений реактивности организма у больных бруцеллезом изменений со стороны ЛОР органов не обнаруживается. Возможно в этом играют роль и другие моменты: местные анатомиче-

ские особенности данного индивидуума, частота и характер перенесенных заболеваний верхних дыхательных путей и пр. Однако определенное значение изменений неспецифической реактивности организма больных в поражаемости ЛОР органов бруцеллезной инфекцией не оставляет сомнений.

Апаранское раймедобъединение

Поступило 25.III 1961 г.

Գ. Գ. ԱՍԼԱՆՅԱՆ

ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ՓՈՓՈԽՎԱԾ ՌԵԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԲՐՈՒՅԵԼՅՈՋՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԼՕՌ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԱԵՏԱՀԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Բրուցելյոզով հիվանդ մարդկանց մոտ ուսումնասիրված է ԼՕՌ օրգանների ախտահարման հարցը, կապված օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ ռեակտիվության (որ որոշվել է Տառնոզրադսկու, ադրենալին-դիոնինային, քլորոֆորմ-սպիրտային փորձերով, հեմոգրամայով) և սպեցիֆիկ ռեակտիվության (որ որոշվել է Բյուռնեի փորձի, Ռայտի, Խեդլսոնի ռեակցիաների մոջոցով) փոփոխությունների հետ:

Նկատվել է բրուցելյոզով հիվանդների մոտ ԼՕՌ օրգանների ախտահարման մեծ տոկոս: Պարզվել է, որ մնացած բոլոր պայմանների հավասարության դեպքում ԼՕՌ օրգանների ախտահարումը բրուցելյոզային ինֆեկցիայով լինում է այն հիվանդների մոտ, որոնց օրգանիզմի ընդհանուր ռեակտիվությունը, վեգետատիվ ներվային սխտեմի ֆունկցիոնալ դրությունը, ռեատիկուլո-էնդոթելիային սխտեմի ֆունկցիաները խիստ խանգարված են:

Օրգանիզմի սպեցիֆիկ ռեակտիվության հետ որոշակի կապ գտնել չի հաջողվել:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Асланян Г. Г. О поражении ЛОР органов при бруцеллезе. Сб. трудов Респ. клинич. больницы им. Ленина Минздрава АрмССР, Ереван, 1957, т. 1, 505—508.
2. Асланян Г. Г. Состояние реактивности организма при средних отитах и тонзиллитах и его клиническое значение. V съезд оториноларингологов СССР. Тезисы докл., Медгиз, Л. 1958, стр. 111—112.
3. Асланян Г. Г. Переливание крови как один из способов направленного изменения реактивности организма. Тезисы докл. к юб. сессии Ин-та переливания крови им. Мухадзе Груз. ССР к 1500-летию г. Тбилиси, 1958, стр. 6—7.
4. Асланян Г. Г. О состоянии реактивности организма у больных детей острым средним отитом и его клиническое значение. Педиатрия, 1960, 9, 71—76.
5. Асланян Г. Г. и Мартirosян С. П. Сравнительные данные изменений реактивности организма под влиянием переливания иммунной и обычной крови. ЖМЭИ, 1959, 9, стр. 128.
6. Богданова Н. М. К вопросу о порожении ЛОР органов при бруцеллезе. Тр. Омского мед. ин-та, Омск, 1951, т. 15, стр. 241—247.

7. Богомолец А. А. Значение реактивности организма в вопросах восстановительной терапии. АМН СССР, Тр. II сессии, М., 1947, стр. 12—22.
8. Брейтман М. Я. и Егоров М. Н. Адреналин-гистаминовая кожная проба как один из показателей вегетативных сдвигов после новокаиновой блокады. Клиническая медицина, 1935, т. XIII, 12, стр. 1825—1828.
9. Брофман А. В. К вопросу об изменениях ЛОР органов при бруцеллезе. Известия АН Каз. ССР (серия краевой патологии), Алма-Ата, 1948, в. 4, стр. 30—36.
10. Венецианова М. С. и Ратгаузер. Случай бруцеллеза с бруцеллезным перитонзиллитом. Журнал ушных, носовых, горловых болезней, 1938, 6, стр. 657—663.
11. Венецианова М. С. Невриты слуховых нервов при бруцеллезе, леченном лучами Рентгена. Тр. Ин-та физиотерапии и курортологии им. Семашко, Ташкент, 1939, т. 8, стр. 67—78.
12. Венецианова М. С. Носовые кровотечения при бруцеллезе. Вестник ОРЛ, 1942, 2, стр. 43—46.
13. Выговский А. П. Бруцеллезные поражения гортани. Вестник ОРЛ, 1940, 9, стр. 57—61.
14. Демидов П. А. Болезнь Банга (бруцеллез) и ушные заболевания. Отоларингологический сборник, посвящ. XX-летию деятельности проф. Л. И. Свержевского. Госмедиздат, М.—Л., 1937, стр. 155—164.
15. Ермолаев В. Г. и Нугматов М. Н. Бруцеллез и оториноларингология. Известия Казахского филиала АН СССР, 1945, 2, стр. 5—13.
16. Наджарян Н. А. кн. Тезисы докл. I научной конф. отоларингологов республик Закавказья. Ереван, 1955, стр. 40—42.
17. Никитин В. А. Состояние верхних дыхательных путей и ушей у бруцеллезных больных. Вестник ОРЛ, 1939, 6, стр. 38—42.
18. Розенталь С. К. О специфической реактивности кожи как показателе реактивности организма. В кн. Проблемы реактивности и шока. Медгиз, 1952, стр. 260—265.
19. Тарноградская Б. С. Функциональное исследование РЭС у детей «пробой синячка». Врачебное дело, 1948, 8, стр. 707—714.
20. Тарноградский В. А. В кн. Сб. трудов проф. В. А. Тарноградского и его клиники, Малярия. Баку, 1946.
21. Тартаковский А. Л. Состояние верхних дыхательных путей у бруцеллезных больных. Вестник ОРЛ, 1949, 5, стр. 51—57.