

А. С. ВАРДАНЯН

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ К ВОПРОСУ О ПРОНИЦАЕМОСТИ
КАПИЛЛЯРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ТОНЗИЛЛИТОМ

Многими исследователями установлено, что кровеносные капилляры играют особую роль в трофических, иммунобиологических и обменных процессах организма. При этом решающим фактором является функциональное состояние капилляров и, в первую очередь, степень проницаемости их стенок. Наряду с этим, в свете физиологического учения И. П. Павлова, проницаемость кровеносных капилляров не может рассматриваться обособленно от остальных процессов, обеспечивающих нормальный обмен веществ в органах и тканях живого организма.

Многими авторами [1, 2, 6, 8 и др.] доказано, что степень проницаемости капилляров в той или иной степени повышается при целом ряде заболеваний: ревматизме, септическом эндокардите, бруцеллезе, туберкулезе, при злокачественных опухолях и пр. Экспериментальные и клинические наблюдения ряда исследователей [6, 7 и др.] при инфекциях и других заболеваниях обнаружили факты, дающие основание считать, что физиологическая проницаемость основного вещества капилляров и клеточных оболочек может быть ослаблена различными факторами. Известно, что одними из веществ, увеличивающих проницаемость кровеносных капилляров, являются так называемые «факторы распространения» Дюран-Рейнальса (1929), составной частью которых является гиалуронидаза. Как известно, патологический процесс при хроническом тонзиллите носит распространенный характер, что подтверждается возникновением отдаленных осложнений и развитием общей реакции организма при обострениях хронического тонзиллита. Надо указать, что вопросами проницаемости капилляров при хроническом тонзиллите вообще занимались не многие. Только за последнее время появились в литературе единичные статьи, посвященные изучению этого вопроса и охватывающие более или менее обширный материал. В этой области заслуживают внимания работы Л. Г. Карповой [4].

В настоящей работе, которая носит характер предварительного сообщения, мы задались целью изучить некоторые стороны капиллярной проницаемости у больных с хроническим тонзиллитом. Известно, что методика изучения изменений проницаемости капилляров многообразна, она включает в себя клинические, морфологические и биохимические исследования.

Мы, для исследования степени изменения проницаемости капилляров при хроническом тонзиллите, пользовались клиническими методами, описанными В. П. Шехониным (1949) (симптом Кончаловского Румпель-Леде Тест Мак-Клюр-Олдрича, дермографизм). Здесь нами учитывалось, что совокупность полученных результатов от этих методов может дать определенное представление о проницаемости капилляров у больных с хроническим тонзиллитом. С этой целью мы обследовали состояние проницаемости капилляров у 50 больных, страдающих той или иной формой хронического тонзиллита. Из указанных 50 человек мужчин было 25, женщин—25. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 1 до 10 лет—6 чел., от 11 до 20 лет—21, от 21 до 30 лет—18, от 31 до 40 лет—5. С субкомпенсированным хроническим тонзиллитом было 41 чел., с декомпенсированным хроническим тонзиллитом—9 человек (классификация Л. А. Луковского). При исследовании получены следующие результаты. Симптом Кончаловского-Румпель-Леде оказался положительным у 37 больных, из коих 7 с декомпенсированной формой хронического тонзиллита, и 30 с субкомпенсированной формой хронического тонзиллита. При определении этот симптом оказался отрицательным у 13 больных (2 больных были с декомпенсированным хроническим тонзиллитом и 11—с субкомпенсированным хроническим тонзиллитом.) Следующий метод, которым мы пользовались для определения проницаемости капилляров при хроническом тонзиллите, это гидрофильная проба Мак-Клюр-Олдрича, сущность которой заключается в следующем: на средне-третьей обеих предплечий внутрикожно вводится 0,2 мл физиологического раствора (вдали от очага воспаления) и вблизи очага воспаления небных миндалин, угол нижней челюсти и отмечается время рассасывания образовавшегося волдыря. По нашим данным, время рассасывания волдыря вдали от очага воспаления миндалин в среднем составляет 36,7 мин., вблизи очага воспаления—24, 8 мин. Тест Мак-Клюр-Олдрича нормальным оказался у 1 больного, ускоренным—у 48 и замедленным—у 1 больного. Все эти данные отражены в табл. 1.

Полученные результаты от пробы Мак-Клюр-Олдрича дают основание считать, что при хроническом тонзиллите проницаемость капилляров повышается. В частности вблизи очага воспаления нарушение проницаемости капилляров из ткани в кровяное русло выражено в большей степени, чем в отдалении от него. Эти данные полностью совпадают с данными Карповой.

Следующий метод, которым мы пользовались, это определение дермографизма. У всех наших больных получался розовый дермографизм той или иной интенсивности. Ярко выраженный дермографизм отмечался четырьмя крестами, сравнительно слабой интенсивностью—тремя крестами, нечетко выраженными и еле заметными. Скрытый период появления дермографизма у всех 50 обследованных больных в среднем равняется 11,6 сек. Продолжительность дермографизма равна 443,8 сек. Надо указать, что чем раньше появляется дермографизм, тем длительнее он держится и, наоборот, чем продолжительнее скрытый

период, тем он меньше выражен и короче держится. Для сразнения состояния проницаемости капилляров у больных с хроническим тонзиллитом и у людей, не перенесших хронический тонзиллит, мы обследовали также контрольную группу. Правда, эта группа малочисленная (всего 5 чел.), но данные дают определенные понятия. Полученные здесь данные отображены в табл. 2.

Таблица 1

Всего обследовано больных	Проба Кончаловского-Румпель-Лееде		Тест Мак-Клур-Ордрича					Дермографизм			
	положительно	отрицательно	нормально	ускорено	замедлено	вдали от очага	вблизи от очага	белый	розовый	скрытый период в сек.	продолжительность
50 чел.	37	13	1	48	1	36,7 мин.	24,8 мин.	—	50	11,6 сек.	442,8 сек.

Таблица 2

Всего обследовано больных	Проба Кончаловского-Румпель-Лееде		Тест Мак-Клур-Олдрича					Дермографизм			
	положительно	отрицательно	нормально	ускорено	замедлено	вдали от очага	вблизи от очага	белый	розовый	скрытый период в сек.	продолжительность
5 чел.	4	1	4	—	1	49,8 мин.	54,4 мин.	1	4	10 сек.	276 сек.

Как видно из приведенной таблицы контрольной группы, из 5 обследованных у 4 проба Кончаловского-Румпель-Лееде оказалась положительной, отрицательной—только у 1. При проверке гидрофильной пробы Мак-Клур-Олдрича у контрольной группы проба нормальной оказалась у 4 человек, ускоренной—ни у кого, замедленной—у 1. Средняя продолжительность рассасывания волдыря вдали от очага воспаления в среднем составляет 54,4 мин., а в области угла нижней челюсти—49,8 мин. Данные здесь показывают, что у людей, не перенесших тонзиллит, разница вдали и вблизи очага воспаления небольшая.

При определении дермографизма у 4 человек получился розовый дермографизм и у 1—белый. Скрытый период дермографизма контрольной группы составляет в среднем 10 сек., а продолжительность составляет 276 сек.

С целью изучения изменения проницаемости капилляров, после оперативного вмешательства мы проверили также отдаленные резуль-

таты у 4 человек на 30—35-й день после операции. Проба Кончаловского-Румпель-Леде и дермографизм не дали здесь определенной разницы до операции и после оперативного вмешательства. При проверке гидрофильной пробы Мак-Клюр-Олдрича у этой группы больных получены следующие результаты: до оперативного вмешательства и после операции разница во времени рассасывания волдыря в среднем составляет 20—25 мин., и столько же—вблизи миндалин (угол нижней челюсти). Эти данные позволяют считать, что в послеоперационном периоде проницаемость капилляров снижается. Обобщая результаты наших исследований, можно сделать некоторые предварительные заключения.

1. При хроническом тонзиллите, особенно у больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита, проницаемость капилляров изменяется большей частью в сторону повышения. Более наглядные данные о степени нарушения проницаемости капилляров дает проба Мак-Клюр-Олдрича. Относительные показания при определении проницаемости получаютсся пробами Кончаловского-Румпель-Леде и дермографизмом.

2. Совокупность полученных данных от применяемых тестов дает основание судить о некоторых сторонах проницаемости капилляров при хроническом тонзиллите.

3. Несомненно, что только указанные клинические тесты недостаточны для определения проницаемости капилляров и поэтому здесь большое значение может иметь изучение проницаемости морфологическими и биохимическими тестами, чему и будет посвящена наша дальнейшая работа.

Кафедра болезней уха, горла и носа
Ереванского медицинского института

Поступило 29.X 1962 г.

Ա. Ս. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

ՈՐՈՇ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՏՈՆԶԻԼԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԱՆՈԹՆԵՐԻ
ԹԱՓԱՆՑԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հայտնի է, որ անոթների թափանցելիությունը խոշոր նշանակություն ունի օրգանիզմի տրոֆիկ, իմունոբիոլոգիկ պրոցեսներում և նյութափոխանակության մեջ: Գրականության մեջ եղած տվյալները մեծամասամբ վերաբերվում են անոթների թափանցելիությանը ընդհանրապես որոշ պաթոլոգիկ պրոցեսների ժամանակ: Ինչ վերաբերում է խրոնիկական տոնզիլիտին, ապա միայն վերջերս են այդ հարցով զբաղվում որոշ հեղինակներ: Հիշատակության արժանի է հատկապես Լ. Գ. Կարպովայի [3, 4] աշխատանքները:

Մեր ներկա աշխատանքի նպատակն է ուսումնասիրել անոթների թափանցելիության վիճակը խրոնիկական տոնզիլիտի ժամանակ: Այդ կապակցությամբ ուսումնասիրվել է 50 հիվանդ: Բացի դրանից 5 մարդ ընդգրկված են

կոնտրոլ խմբում և 5 հիվանդի մոտ, վիրահատումից 30—35 օր անց ուսումնասիրված են հետակա արդյունքները:

Մեր ուսումնասիրությունը թույլ է տալիս անել որոշ հետևություններ:

1. Խրոնիկական տոնզիլիտի ժամանակ, հատկապես այն հիվանդների մոտ, որոնք գտնվում են դեկոմպենսացիոն վիճակում, անոթների թափանցիկությունը լինում է բարձր: Ավելի համոզեցուցիչ տվյալներ թափանցելիության մասին տալիս է Մակ-Կլյուր Օլդրիշի փորձը: Ավելի պակաս համոզեցուցիչ տվյալներ տալիս են ուսումնասիրությունները Կոնշալովսկի —Ռումպել—Լե-հդեյի և դերմոգրաֆիզմի միջոցով:

2. Ստացված արդյունքների հանրադրումարը հնարավորություն է տալիս դատել անոթների թափանցիկության մասին խրոնիկական տոնզիլիտի ժամանակ:

3. Անկասկած միայն կլինիկական տեստերի միջոցով անոթների թափանցելիությունը որոշել խրոնիկական տոնզիլիտի ժամանակ բավական չէ, այս հարցում մեծ նշանակություն կունենա ուսումնասիրումը մորֆոլոգիական և բիոքիմիական մեթոդներով: Մեր հետազոտ աշխատանքները կտարվեն այդ ուղղությամբ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Баланина Н. В., Шехонин В. П. Вопросы проницаемости кровеносных капилляров в патологии. 1949, т. 1, стр. 101—108.
2. Залесский Г. Д. Повышенная проницаемость кровеносных капилляров в патогенезе стрептококковых инфекций. В кн.: Вопросы проницаемости кровеносных капилляров в патологии. 1949, т. 1, стр. 118—120.
3. Карпова Л. Г. Проницаемость капилляров при хроническом тонзиллите. Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 1962, 1, стр. 17—22.
4. Карпова Л. Г. Морфологические изменения в кровеносных капиллярах при хроническом тонзиллите. ВОРЛ, 1962, 3, стр. 30—35.
5. Луковский Л. А. Диагностика хронического тонзиллита и клиническая классификация тонзиллитов. В кн.: Тонзиллярная проблема. Днепропетровск, 1941, т. 1, стр. 29—33.
6. Могильницкий Б. Н. Изменения основного аргирофильного вещества в связи с нарушением проницаемости при некоторых патологиях. В кн.: Вопросы проницаемости кровеносных капилляров в патологии. 1949, т. 1, стр. 197—204.
7. Смирнова-Замкова А. И. Аргирофильная ткань в процессе старения организма. Архив пат. анатомии и пат. физиологии, 1941, т. 7, в. 1, стр. 18—20.
8. Шехонин В. П. Вопросы проницаемости кровеносных капилляров в патологии. Методы исследования проницаемости. 1949, т. 1, стр. 31—38.