

Х. А. Мелик-Парсадавян

Лечение туберкулеза гортани армамыдом*

(Представлено Л. А. Оганесяном 13 VII 1950)

Туберкулез гортани обычно является вторичным заболеванием, встречаясь чаще у больных, страдающих туберкулезом легких. Первичный туберкулез гортани встречается в чрезвычайно редких случаях. За всю нашу деятельность мы обнаружили только один случай явно первичного туберкулеза гортани в госпитальной обстановке, у раненого во время Великой Отечественной войны бойца. По частоте локализации поражения туберкулез гортани занимает второе место после туберкулеза кишек.

Туберкулез может поражать любую часть гортани: истинные голосовые связки, ложные голосовые связки, морганьевыя желудочки, заднюю стенку эндоларинкса, черпалы, надгортанник и пр. Заболевание это проявляется в виде инфильтрата, отека, язвы, перихондрита и опухоли (туберкулемы). Обычно тбк гортани сопровождается кашлем, хрипотой и болями при глотании. Боли эти со временем усиливаются и становятся настолько невыносимыми, что больные отказываются от приема пищи. Дисфагические явления в свою очередь ухудшают состояние больного; поэтому лечение тбк гортани зачастую имеет весьма важное значение для исхода легочного туберкулеза.

В настоящее время во всех стационарах, диспансерах и санаториях для туберкулезных уделяется особое внимание лечению тбк гортани, проводимого преимущественно ларингологами или фтизиоляринологами. По подготовке фтизиоляринологов, как и в организации медпомощи страдающим тбк гортани, СССР занимает первое место в мире.

За последние три четверти века предложено много способов лечения этой болезни. Однако тот факт, что количество рекомендуемых медикаментов против тбк гортани неуклонно возрастает, говорит за то, что большинство этих средств является недостаточно эффективным. Все же за последнее время в этой области произошли заметные сдвиги.

* По данным Респ. тубдиспансера Армянской ССР.

В 1944 году наш соотечественник проф. Мнджоян предложил для лечения тбк гортани этиотропный препарат, убивающий палочки Коха, названный им армамидом. Препарат этот химически представляет из себя бензиламид альфафуранкарбоновой кислоты. Профессором Шпаниером и его сотрудником Чертковым экспериментально было установлено, что препарат Мнджояна обладает ограниченным этиотропным свойством.

Впервые препарат Мнджояна в 1944 году был применен в МОНИТИ (Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт) Асеевым, под руководством проф. Вознесенского, на 19 больных. Результаты были следующие: излечение наступило в 5 случаях, улучшение в 7 случаях, без перемен в 6 случаях и ухудшение в 2 случаях. В 11 случаях отмечено также улучшение легочного процесса.

Независимо от этого, препарат Мнджояна применяли и мы в 1945 году в стационаре Ереванского Республиканского тубдиспансера. Для этой цели сначала мы выбрали только пять незапущенных случаев. Нами был применен 5% стерилизованный раствор армамида в персиковом масле. Курс лечения состоял в ежедневной подкожной инъекции 3,0 этого масла в течение 30—35 дней. В результате было отмечено излечение в двух случаях, улучшение в трех случаях. Из последних в двух случаях по прекращении лечения наступил рецидив. После применения второго курса у этих двух больных вновь наступило улучшение.

В 1946 г. проф. Мнджоян предложил более совершенный препарат, названный им армамидом 103. Мы применяли этот препарат в 22 случаях. За общим состоянием больных наблюдала Т. М. Бабаян, которая констатировала в большинстве случаев общее улучшение, уменьшение количества палочек Коха в мокроте и заметное увеличение базофилов в крови. Результаты изменений со стороны гортани были следующие: излечение наступило в 7 случаях, улучшение в 13 случаях и прогрессирование болезни в 2 случаях.

В 1948 году мы применяли армамид 103 в 36 случаях в сотрудничестве с Р. А. Худавердяном. В этот раз мы увеличили дозу: взрослым впрыскивали ежедневно по 10,0 препарата в 5% масл. растворе, а слабым больным и подросткам—5,0. В семи случаях больные не получили полного курса лечения, так как они были отправлены в санатории и оказались таким образом вне сферы нашего наблюдения. Остальные 29 больных получили полный курс лечения от 30 до 80 инъекций.

Из этих 29 больных шесть находились в весьма тяжелом состоянии, и инъекции армамида не оказали им помощи. Четверо из них умерли через 28—40 дней со дня получения первой инъекции, а двое несколько позже. В остальных 23 случаях результаты были следующие: излечение наступило в 5 случаях, улучшение в 10 случаях и без перемен в 8 случаях. Подробные данные приведены в следующей таблице:

№ слу- чая	Температура	Стадия	Состояние легких	Состояние гортани	Кол-ч. инфек- ций
---------------	-------------	--------	------------------	-------------------	-------------------------

С Л У Ч А И И З Л Е Ч Е Н И Я

2	Малая субфебрильная	В	Пневмоплеврит	Язва задней стенки гортани	40
26	"	В	Туморозный бронхоаденит	Инфильтрат правой ложной голосовой связки	58
35	"	В	Двусторонний фиброкавернозный тбк	Язва задней стенки гортани	50
36	"	В	Правосторонний фиброкавернозный тбк	" " "	42
24	Большая субфебрильная	В	Левосторонний фиброкавернозный тбк	" " "	30

С Л У Ч А И У Л У Ч Ш Е Н И Я

1	Большая субфебрильная	В	Двусторонний фиброкавернозный процесс	Инфильтрат и язва задней стенки гортани	50
3	"	В	" "	Перихондрит надгортанника	43
4	"	В	" "	Язва задней стенки гортани	30
9	"	В	" "	" " "	30
10	"	В	" "	Инфильтрат левой ложной связки и язва задней стенки гортани	60
13	"	В	" "	Инфильтрат задней стенки гортани	30
22	"	В	" "	Инфильтрат левой ложной связки и язва задней стенки гортани	32
11	Малая субфебрильная	В	" "	Туберкулема задней стенки гортани	88
30	"	В	" "	Инфильтрат левой ложной связки и язва задней стенки гортани	38
5	Гектическая	В	" "	Язва задней стенки гортани	37

С Л У Ч А И Б Е З И З М Е Н Е Н И Я*

12	Гектическая	ВС	Двусторонний фиброкавернозный процесс	Инфильтрат и язва задней стенки гортани	34
23	"	ВС	" "	Перихондрит подгортанника и инфильтрат ложных связок	38
17	Большая субфебрильная	ВС	" "	Инфильтрат ложных голосовых связок	57
18	Малая субфебрильная	В	Двусторонний фиброкавернозный процесс	Язва истинной голосовой связки	30
31	"	В	Левосторонний фиброкавернозный процесс	Инфильтрат и язва задней стенки гортани	49
7	Большая субфебрильная	В	Двусторонний фиброкавернозный процесс	" " "	60
21	"	В	" "	Инфильтрат левых связок	30
29	"	В	Односторонний фиброкавернозный процесс	Язва истинной голосовой связки	

ПРИМЕЧАНИЕ: В—стадия субкомпенсации. ВС—стадия перехода от субкомпенсации к декомпенсации.

* Почти во всех означенных случаях мы наблюдали субъективное улучшение и уменьшение дисфагических явлений.

Из приведенной таблицы видно, что при применении аррамида излечение при тбк гортани наступало преимущественно в тех случаях, когда больные находились в стадии субкомпенсации и имели небольшую субфебрильную температуру, улучшение — преимущественно в тех случаях, когда больные находились в стадии субкомпенсации с большой субфебрильной температурой. Наконец, применение аррамида оказывалось безрезультатным преимущественно в тех случаях, когда больные находились в стадии перехода от субкомпенсации к декомпенсации или если больные имели высокую, иногда гектическую температуру.

На основании вышеприведенных наших наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1. Аррамид действует особенно эффективно на тбк гортани в начальной стадии болезни.

2. В более запущенных случаях тбк гортани аррамид действует эффективно только в тех случаях, когда легочный процесс находится в стадии субкомпенсации и когда температура является малой субфебрильной.

3. Аррамид не дает эффекта при тбк гортани в тех случаях, когда существующий одновременно легочный туберкулез находится в стадии декомпенсации или перехода от стадии субкомпенсации к декомпенсации, в особенности в случаях, протекающих с высокой температурой.

Наши наблюдения при таком ограниченном количестве случаев не дают права делать окончательные выводы, но они дают нам достаточно оснований не игнорировать ценные свойства аррамида, тем более, что применение его очень просто и не хлопотливо ни для лечащего персонала, и ни для больных.

Успех лечения тбк стрептомицином переносит вопрос о лечении этой болезни на новые пути, но нам кажется, что аррамид все же может сохранить свое значение; так, в двух случаях при комбинированном лечении со стрептомицином мы получили благоприятный терапевтический эффект. Аррамид может быть показан и при стрептомицинорезистентных случаях.

Խ. Ա. ՄԵԼԻՔ-ՓԱՐՍԱԴԱՆՅԱՆ

Կոկորդի տուբերկուլյոզի բուժումը արամիդով*

Կոկորդի տուբերկուլյոզով սովորաբար տառապում են թոքերի տուբերկուլյոզով հիվանդները: Սկզբնական կոկորդի տուբերկուլյոզն այնքան հազվագյուտ է լինում, որ մենք մեր հրկարամյա մասնագիտական գործունեության ընթացքում միայն մի անգամ ենք հանդիպել նման դեպքի:

Կոկորդի տուբերկուլյոզի դեպքում կարող են ախտահարվել խոշակի բոլոր մասերը:

Կոկորդի տուբերկուլյոզին սովորաբար ուղեկցում է հազ, ձայնի խզում և ցավեր կուլ տալու ժամանակ: Փամանակի ընթացքում ցավերը սաստկանում են այն աստիճան, որ հիվանդները հրաժարվում են ուտելուց ու խմելուց, որը սովորաբար ասում են դիս-

* Հստ չայկ. ՍՍՏ Տուբերկուլյոզի տվյալների

Ֆազիկ երևույթ: Վերջինս ավելի է վատթարացնում հիվանդի դրությունը: Այդ պատճառով էլ կոկորզի տուբերկուլյոզի բուժումը հաճախ կարևոր նշանակութուն ունի թոքախտով տառապողներին բարեհաջող ելքի համար: Ներկայումս կոկորզի տուբերկուլյոզի բուժման համար պատրաստվում են հատուկ մասնագետներ, այսպես կոչված, ֆթիզիոլարինոլոգներն: ՍՍՌՄ համաշխարհային մասշտաբով առաջին տեղն է զբաղում թէթոքախտավորներին բուժման և թէ ֆթիզիոլարինոլոգների պատրաստելու գծով:

Կոկորզի տուբերկուլյոզի բուժման համար վերջին 75 տարիներին ընթացքում առաջարկվել են բազմաթիվ ղեղամիջոցներ: Տարաբախատրար այդ միջոցները դրեթի բոլորն էլ եղել են թույլ էֆեկտավոր: Միայն վերջին տարիներում հայտնարկվեցին բավականաչափ էֆեկտավոր միջոցներ: Ի թիվս նոր միջոցների պետք է թվել Երևանում պրոֆ. Մնջոյանի առաջարկած պրեպարատը, որին նա տվել է արմամիդ անունը:

Արմամիդը ունի եթիոտրոպ հատկութուն, այսինքն սպանում է տուբերկուլյոզի ցուպիկները:

Պրոֆ. Շպանիերը իր աշխատակից Չերտկովի հետ էքսպերիմենտալ հետազոտությամբ ապացուցել են, որ արմամիդն ունի սահմանափակ չափով էթիոտրոֆիկ հատկութուն:

Առաջին անգամ արմամիդը կիրառվեց Մոսկվայի մարզային գիտահետազոտական ինստիտուտի պրոֆ. Վոզնեսենսկու և նրա աշխատակից Ասեկի կողմից 1944 հիվանդների վրա դրական արդյունքով, 1944 թ:

Անկախ պրոֆ. Վոզնեսենսկուց մենք սկսեցինք 1945 թվականին արմամիդ կիրառել Երևանի ռեսպուբլիկական տուբերկուլյոզի տուբերկուլյոզի 5 դեպքում և ստացանք դրական արդյունք:

1946 թ. պրոֆ. Մնջոյանը առաջարկեց մի նոր պրեպարատ—արմամիդ 103: Վերջինս ուներ որոշ առավելութուններ համեմատած հնի հետ: Արմամիդ 103-ը 1946 թ. մեր կողմից կիրառվեց 22 հիվանդների վրա, որոնց ընդհանուր դրության հետևում էր բժշկական գիտությունները թեկնածու Թ. Բաբայանը: Կիրառման արդյունքը կոկորզի տուբերկուլյոզի համար զարձյալ եղավ դրական: 1948 թ. մենք կիրառեցինք արմամիդը 36 դեպքում և ի նկատի ունենալով մեր այդ ուղղությամբ առաջներում կատարած աշխատանքները, կկանք հետևյալ եզրակացության.

1. Արմամիդի կիրառումը առանձնապես էֆեկտիվ արդյունք է տալիս կոկորզի տուբերկուլյոզի սկզբնական ստադիայում:

2. Կոկորզի տուբերկուլյոզի ավելի ծանր դեպքերում արմամիդի կիրառումը միայն այն դեպքերում է տալիս դրական արդյունք, երբ թոքախտը գտնվում է սուբկոմպենսացիոն ստադիայում և հիվանդը ունենում է մանր սուբֆեբրիլ ջերմաստիճան:

Մնացած դեպքերում արմամիդի կիրառումը էֆեկտավոր չի լինում: Թեև ներկայումս տուբերկուլյոզի դեմ կա ավելի էֆեկտավոր ղեղամիջոց, ինչպիսին է ստրեպտոմիցինը, բայց և այնպես մեզ թվում է թե արմամիդը ունի յուր տեղը նոր պրեպարատների մեջ, նամանավանդ երբ դա կիրառվի գուրնթացարար ստրեպտոմիցինի հետ միասին կամ երբ ստրեպտոմիցինը տուբերկուլյոզի դեմ ազդեցութուն չի ունենում: