

Более заметное уменьшение лимфатических узлов, печени и селезенки наблюдалось у больных, которые одновременно получали преднизон или преднизолон. Мы стремились к тому, чтобы по окончании лечения в клинике больные могли обходиться без поддерживающей терапии кортикостероидными гормонами.

Снизилось число лейкоцитов у 18 больных, в том числе у 3 — до нормальных цифр. Последнее обстоятельство следует объяснить тем, что у 11 человек снижение уровня лейкоцитов наблюдалось и после отмены препарата в течение 10—25 дней. Снижение количества лейкоцитов началось в первые 10—14 дней от начала приема препарата и ни у одного больного не сопровождалось существенными изменениями лейкоцитарной формулы. У 4 больных перед снижением наблюдался кратковременный подъем уровня лейкоцитов.

Содержание эритроцитов и гемоглобина у 9 больных к моменту выписки было ниже исходного, у 7 существенно не изменилось и повысилось у 2 больных.

У 3 больных снизилось количество тромбоцитов (ниже 50 000), что сопровождалось появлением нерезко выраженного геморрагического диатеза. Через 6—10 дней после отмены препарата количество тромбоцитов поднялось выше 60 000 и геморрагии исчезли.

У 14 больных результаты лечения прослежены на протяжении 7—25 месяцев, у 5 из них длительность ремиссии составляла 11—18 месяцев. У 2 из этих 5 больных ближайшие результаты были оценены не вполне удовлетворительными. У 5 больных длительность ремиссии составляла не более 4 месяцев, у остальных 4 — в пределах 5—9 месяцев.

Четырем больным проведен повторный курс лечения тиодипином. В одном случае эффекта не получено, в другом — длительность ремиссии составляла всего 2 месяца. Первые курсы лечения у этих больных были также недостаточно эффективными. У третьей больной ремиссия составляла 6 месяцев, и у последнего о результатах судить еще рано.

Сравнивая длительность ремиссии у 7 больных, получавших тиодипин в сочетании с кортикостероидными гормонами, и у 9 больных, получавших только тиодипин, мы не могли отметить существенной разницы (в среднем 7,3 и 7,5 месяцев).

Таким образом, общие результаты лечения тиодипином больных хроническим лимфолейкозом можно оценить удовлетворительно. Тиодипин может включаться в комплексную терапию хронического лимфолейкоза как достаточно активное цитостатическое средство, не вызывающее заметных общетоксических осложнений и обострений процесса. Показания для его назначения аналогичны другим цитостатическим препаратам, применяемым в лечении хронического лимфолейкоза.

Суточная доза тиодипина, очевидно, не должна превышать 20 мг, а контроль за показателями периферической крови нужно проводить не реже одного раза в 5—7 дней. Учитывая его последствие, отменять или снижать дозу препарата необходимо по достижении 60—80 тыс. лейкоцитов.

Как и большинство других цитостатических средств, тиодипин следует применять только при лейкоемических формах. Противопоказаниями должны служить значительно выраженная анемия и тромбоцитопения. Если первый курс лечения тиодипином оказался неэффективным, то повторное назначение его нецелесообразно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареева А. И. и Грушина А. А. Фарм. и токсикол. 1961, 6. — 2. Чернов В. А. и Лыткина Л. Г. Пробл. гематол. и перелив. крови. 1959, 12. — 3. Чернов В. А., Грушина А. А. Там же, 1962, 2.

Поступила 29 апреля 1964 г.

УДК 616—006.448

УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ САРКОЛИЗИНА И ПРЕДНИЗОЛОНА

Н. И. Дорошенко

Клиника пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института

Литература не располагает примерами полного излечения от миеломной болезни, но имеются отдельные указания на более или менее благоприятные результаты от лечения эмбихином, радиоактивным фосфором, уретаном, сарколизиним и другими средствами. Приводим наше наблюдение.

Ф., 65 лет, поступил в клинику 29/IV 1963 г. с жалобами на боли в пояснице, в бедренных и плечевых костях, прогрессирующую общую слабость, ознобы и повышения температуры до 39—40°.

В июне 1962 г. появились сильные боли в грудной клетке, слабость, озноб, повысилась температура до 40°. Так продолжалось 10 дней. Заболевание трактовалось как грипп. Через полмесяца появились боли в пояснице, бедренных и плечевых костях, коленных и тазобедренных суставах. Был диагностирован радикулит. Физиотерапевтические процедуры облегчения не принесли. Самочувствие ухудшилось: исчез аппетит, больной потерял в весе за 6 месяцев 18 кг. Периодически беспокоили ознобы, сопровождающиеся повышением температуры до 39—40°.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести. Лимфатические узлы не увеличены. Видимой патологии со стороны костно-суставной системы не отмечается. Эмфизема легких. Пульс 70. Сердце нерезко увеличено влево, тоны глухие. АД 120/80. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Температура 39°.

Гем. — 9,1 г%, э. — 3 150 000, ц. п. — 0,8, анизо- и пойкилоцитоз, Л. — 3200, РОЭ — 65 мм/час, тромбоциты — 119 160. Формула белой крови в норме.

Формоловая реакция резко положительная. RW и цитохоловая — отрицательны. Моча: удельный вес — 1022, белка — 2,31%, сахар — отриц. Уробилин +, плоский эпителий — 0—2 в поле зрения, эритроциты свежие единичные на много полей зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Реакция мочи на белковое тело Бенс-Джонса положительная.

При рентгенологическом исследовании (Е. И. Тихомирова) обнаружен генерализованный очаговый деструктивный процесс с односторонним поражением черепа, позвоночника, ребер, костей таза, лопаток и плечевых костей. На фоне общего диффузного остеопороза выявляются очаги деструкции округлой или овальной формы, располагающиеся одиночно или группами. В области 4-го ребра слева — след патологического перелома, определяется компрессия тела 2-го поясничного позвонка с резким сужением межпозвоночного пространства между телами 1 и 2-го поясничных позвонков. Непораженными остались кости голени и лицевого черепа.

Больному проводилось лечение сарколизином курсами по 4—5 недель с перерывами между ними в 2—3 месяца. Первый курс проведен в мае 1963 г. Сарколизин назначался внутрь 1 раз в неделю по 30—50 мг. Всего на курс — 210 мг. Кроме того, в период лечения сарколизином больной получал преднизолон по 15—20 мг в сутки, тезан — 0,01 × 3, пентоксил — 0,2 × 3 раза в сутки, витамин В₁₂ по 200 мг внутримышечно через день.

В промежутках между курсами лечения сарколизином больному назначались: I табл. преднизолона в день, тезан, пентоксил.

Второй курс лечения проведен в августе. Третий курс — в ноябре этого же года и теми же лекарственными средствами по той же схеме, лишь с увеличением курсовой дозы сарколизина до 250 мг.

При проведении первого курса лечения самочувствие больного значительно улучшилось: исчезли боли в костях, слабость, ознобы, повышение температуры, больной прибавил в весе, улучшился аппетит, исчезла анемия. Количество гемоглобина с 9,1 г% повысилось до 13,3 г%, увеличилось количество эритроцитов с 3 150 000 до 4 130 000, уменьшилось содержание белка плазмы с 14,5% до 11,5%.

В настоящее время больной чувствует себя практически здоровым, трудоспособность восстановлена. В рентгенографической картине существенных изменений не произошло.

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что в некоторых случаях при генерализованном процессе миеломной болезни может наступить значительное улучшение состояния больного в результате систематического применения сарколизина в сочетании с преднизолоном.

Поступила 10 марта 1964 г.

УДК 616.37—616.366—089.85

О НАРУШЕНИЯХ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ю. И. Строев

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. К. А. Дрягин)
Ленинградского педиатрического медицинского института

Установлено, что при заболеваниях желчевыводящих путей панкреатит возникает у 25—45% больных (С. П. Федоров, И. Г. Руфанов, С. В. Лобачев, Н. И. Лепорский, А. Т. Лидский, Г. М. Маждраков). И. М. Тальман указывает, что эта цифра может достигать даже 87%!

Удаление желчного пузыря в ряде случаев не излечивает возникший еще до операции панкреатит. Создавшиеся новые условия после операции также могут способство-