

врожденного заболевания, описанного впервые в 1925—1926 гг. Н. А. Шерешевским и в дальнейшем — Слонимской в 1928 г. в 1944 г. — вновь Н. А. Шерешевским и в 1947 г. — Д. Д. Соколовым. Таким образом, мы имеем дело со своеобразным церебрально-гипофизарным синдромом — синдромом Шерешевского.

Так как терапия на данном этапе возможна лишь в направлении активизации развития полового аппарата и вторичных половых признаков, наша больная получала, кроме общеукрепляющей терапии, терапию половыми гормонами.

Больная получала фитин, кальций, препараты железа, переливание крови по 50 мл — 5 раз, тиреондин — 0,02 г 3 раза в день в течение 53 дней, инсулин — по 4 ед. ежедневно 67 инъекций, фолликулин по 1,0 внутримышечно 21 инъекция, синестрол 0,1% по 1 мл внутримышечно (35 инъекций), прогестерон 10 инъекций, кварцевое облучение нижней половины живота.

В результате лечения девочка стала несколько более активной, общительной, прибыла в весе на 2900,0.

Стали прощупываться грудные железы величиной с лесной орех.

ЛИТЕРАТУРА

1. Слонимская Я. Тр. клиники нервных болезней Киевского института усовершенствования врачей, т. I, Киев, 1928. — 2. Соколов Д. Д. Врач. дело, 1947, 4. — 3. Шерешевский Н. А. Вестн. эндокрин., 1925, 4; Клиническая эндокринология, М., 1957.

Поступила 25 февраля 1961 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА¹

Ст. науч. сотр. Р. Ф. Федоровская

Горьковский научно-исследовательский кожно-венерологический институт
(директор — проф. М. П. Батунин)

Кортикостероидные гормоны (кортизон, преднизон) были применены нами 104 больным псориазом, несколько больных получали АКГГ. Из 50 леченных кортизоном были больные с распространенным процессом (39 чел.) и даже универсальным (5 чел.). У 4 больных был артропатический псориаз. Прогрессивная стадия была у 35 больных, стационарная — у 15; зимняя форма — у 30, летняя — у 8 (у 12 связи возникновения заболевания со временем года не отмечалось). Давность заболевания у подавляющего числа (35) была свыше 5 лет.

Лечение кортизоном назначалось в основном больным с пониженной функцией надпочечников (33) и лишь части больных с нормальной функцией (17).

Первоначальную суточную дозу в 200 мг мы применяли в течение 10 дней, а затем доза постепенно снижалась. На курс больные получали 3700—4000 мг, а при артропатическом псориазе — 6000—7000 мг кортизона.

Следует заметить, что применение первоначальной меньшей суточной дозы или высокой дозы только в течение 3—4 дней с последующим ее снижением приводило лишь к временному незначительному увяданию, а затем — к стабилизации или прогрессированию заболевания.

У больных с артропатическим псориазом кортизон в применяемых нами дозах давал хороший, однако нестойкий эффект, и при снижении дозы вновь наблюдалось ухудшение. Надо полагать, что при артропатическом псориазе необходимо применять высокие дозы и более длительно с учетом наличных и потенциальных резервов коры надпочечников.

В результате комплексной терапии один больной с артропатическим псориазом был отпущен с исчезновением клинических проявлений, трое — со значительным улучшением и улучшением, и у одного после значительного улучшения процесс стабилизировался, и дальнейшая терапия оказалась безуспешной.

У одной больной появился рост новых здоровых ногтей, наряду с исчезновением суставных болей, регрессированием сыпи на коже.

После испытания кортизона в лечении псориаза и получении положительного эффекта (чаще улучшения) мы присоединяли другую терапию (витамины В₁, В₁₂, аскорбиновую кислоту). В результате клиническое излечение отмечено у 28 человек, значительное улучшение — у 15, улучшение — у 6 и отсутствие эффекта — у 1 с артропатическим псориазом.

Преднизолом лечилось 54 больных чешуйчатым лишаем, из них распространенным процессом и в прогрессивной стадии 42 чел. У 3 больных был артропатический пси-

¹ Доложено 7/V 1960 г. на дерматологической секции научной конференции Казанского мединститута, посвященной 40-летию ТАССР.

риаз. Зимняя форма была у 15, летняя — у 17. Давность заболевания у большинства больных (40) была свыше 5 лет. Курс лечения преднизолоном был рассчитан на 30 дней. Начальная доза — 30 мг в сутки в течение 5 дней, затем доза постепенно снижалась на 5 мг каждые 5 дней. При быстром регрессировании доза снижалась быстрее, и, таким образом, на курс больной получал 400—525 мг преднизона, при универсальном поражении — до 575 мг, при артропатическом псориазе — до 1170 мг. Выявлена зависимость дозы препарата от формы и давности заболевания, а также тяжести процесса.

Клинические сдвиги обычно наблюдались в первые 5—8 дней, и затем происходило постепенное регрессирование заболевания. Убедившись на 10 больных в положительном лечебном действии, мы комбинировали затем лечение преднизолоном с витаминами В₁ и В₁₂.

В результате лечения у 46 из 54 отмечено клиническое излечение, у 5 — улучшение, и у 3 больных (с артропатическим псориазом, эритродермией, у одного в связи с осложнением) эффекта не было.

Переносимость как кортизона, так и преднизона в основном была хорошей. При лечении кортизоном у 2 больных наблюдалась аллергическая сыпь, которая исчезла после отмены препарата, у 1 — абсцесс ягодицы, у 3 — лунообразное лицо, значительное увеличение веса, и у 1 больного с артропатическим псориазом с анкилозированием суставов возникло повышение АД (временное повышение АД у него наблюдалось и при лечении преднизолоном).

При лечении преднизолоном осложнения мы наблюдали у 2 больных (у одного — вышеуказанное), у другого — мужчины 48 лет, болевшего в течение 22 лет, лечение преднизолоном в первые дни оказало положительное действие, однако вскоре процесс стабилизировался. Возобновление увеличения дозы преднизона вызвало сильную слабость, потерю аппетита, головокружение, брадикардию, нарушение диуреза. Появились лейкоцитоз (12700) и лимфопения (8). Через день количество лимфоцитов повысилось до 18, но токсическая зернистость нейтрофилов доходила до 80%. Содержание 17-кетостероидов — 21,9. Хотя все эти осложнения затем исчезли, однако они побуждают воздерживаться от широкого применения кортикостероидных гормонов в амбулаторной практике.

Существенных изменений в картине крови у больных псориазом в процессе гормональной терапии мы не наблюдали. Стойкая монопения свидетельствовала об иммунобиологических сдвигах в организме больных псориазом.

Применение кортизона привело к резкому нарастанию холестерина у 1/3 больных и, в меньшей степени, к повышению лецитина и соответствующим изменениям липоидного индекса, что соответствовало клиническому улучшению. Более чем у 1/2 больных отмечалась тенденция к нормализации обмена хлоридов.

Нами также применялся инсулин у части больных с патологией в углеводном обмене, тиреоидин — при гипофункции щитовидной железы, метилтестостерон — у мужчин и синестрол с прогестероном — у женщин при явлениях нарушений функции половых желез.

Применение этих средств способствовало регрессированию псориаза.

ВЫВОДЫ

1. Лечение кортикостероидными гормонами показано в комплексной терапии псориаза, в первую очередь при пониженной функции надпочечников. Его необходимо проводить в стационаре при тщательном клиническом и лабораторном контроле за функциональным состоянием надпочечников.

2. Большая эффективность лечения преднизолоном, лучшая переносимость и простота применения (в таблетках) являются его преимуществами перед кортизоном.

Поступила 12 июля 1960 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Студ. А. Б. Болгарская (Казань). Клиническое значение определения сывороточной холинэстеразы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Определялась активность холинэстеразы сыворотки крови по методу Т. В. Правдич-Неминской у 115 человек с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (из них 72 — с различными проявлениями ревматизма).

Активность холинэстеразы оказалась понижена при ревматических поражениях сердца (в частности — при правожелудочковой недостаточности).

При грудной жабе и начале инфаркта миокарда она повышена, на более поздних сроках — понижена.

Среди факторов, определяющих активность сывороточной холинэстеразы при заболеваниях сердца, наряду с характером поражения сердца, следует учитывать функциональное состояние печени.