

ВЫВОДЫ

Лечение миелосаном больных хроническим миелозом способствует нормализации функции костного мозга, уменьшается гиперплазия миелоидной ткани, снижается число миелокариоцитов и незрелых форм, улучшается лейко-эритробластический индекс, и приближается к норме индекс созревания нейтрофилов.

Количество базофильных элементов у большей части больных остается повышенным или даже увеличивается по сравнению с днем поступления; число эозинофильных элементов снижается более отчетливо. Тромбоцитобразовательная функция костного мозга улучшается. Заметно повышается количество эритробластов в костном мозгу, и улучшается индекс их созревания, но все же у части больных остается задержка в созревании эритробластов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вакуленко А. Д. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1959, 11. — 2. Дульцин М. С., Бюр. Л. С. и Мокеева Р. А. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1957, 4. — 3. Егорова Л. И. и Сирятская Л. Н. Сов. мед., 1957, 3. — 4. Кузник Б. Н. Влияние фолликулина, прогестерона, плацентина и спермина на свертываемость крови и время кровотечения. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1954. — 5. Линева В. А. Участие нейро-эндокринной системы в происхождении «коллагеновой болезни». Канд. дисс., Л., 1958. — 6. Лисенков М. И. В кн.: Внутренняя медицина и нейроэндокринная система. Л., 1958. — 7. Удинцев Г. Н., Бланк Б. В., Тимесков И. С. Справочник по лабораторным методам исследования. Медгиз, 1959. — 8. Croizat P. et autres. Sang., 1952, 3. — 9. Elert R. Schweiz. Med. Wschr., 1946, Bd. 76. — 10. Frost J. W. J. A. M. A., 1956, 1. — 11. Greig H. B. Acta Haemat., 1956, 3. — 12. Hills A. C. Blood, 1948, 7. — 13. Humpal C. M. J. A. M. A., 1956, 9. — 14. Thorn C. and oth. New. Engl. J. Med., 1950, 20. — 15. Widdermann V. Vnitrii Lek., 1957, 5.

Поступила 16 августа 1961 г.

ПРИАПИЗМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕЙКОЗА

Доц. В. Н. Смирнов и асс. Л. А. Лушикова

Первая кафедра терапии (зав.— проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

За последние 5 лет среди 48 больных хроническими лейкозами мы наблюдали 3 случая приапизма. У всех наших больных приапизм вначале рассматривался в поликлиниках как проявление местного процесса. В связи с этим длительно применялось местное лечение в виде холодных примочек и орошений, новоканновых блокад, суппозиториев и т. д. Затем, ввиду безуспешности такой терапии, больные были направлены в урологические клиники, где более полное исследование позволило обнаружить истинную природу заболевания. Все наши больные прошли указанный выше путь перед госпитализацией в терапевтическую клинику.

Наиболее вероятной причиной приапизма при лейкозах, как пишет И. А. Кассирский, являются специфические лейкоэмические изменения в кавернозных телах с образованием лейкоцитарных тромбов в кавернозных пространствах с последующим возбуждением рефлекторных механизмов, участвующих в эрекции. Возможна лейкоэмическая инфильтрация с раздражением п. п. erigentes или центров эрекции в спинном мозгу. В более редких случаях причиной может быть тромбоз вен полового члена или кровоизлияния в пещеристые тела, как это было в одном из наших наблюдений.

Многие авторы (Домарус, Ослер, Кассирский, Яновский и др.) считают приапизм одним из ранних симптомов хронического лейкоза. Мы, как и Н. М. Шустров и Х. Х. Владос, не можем на нашем, хотя и небольшом, материале подтвердить это. Все наши больные поступали в период развернутых клинических и гематологических симптомов заболевания, подчас уже ранее леченные, но неизменно в периоде обострения болезни. Только лучевая или химиотерапия в наших случаях способствовала прекращению приапизма вслед за наступлением падения количества лейкоцитов и улучшением качественного состава крови.

Появлению приапизма у наших больных предшествовало ухудшение общего состояния.

Приапизм начинался обычно остро, среди ночи или под утро резкими, постепенно усиливающимися болями, которые быстро принимали нетерпимый характер, половой член находился в состоянии максимальной эрекции, не проходившей после coitus (в отличие от сатризма). У одного больного с приапизмом было нарушение мочеиспускания, требовавшее повторных катетеризаций мочевого пузыря. Приапизм проходил через 2—3 недели после энергичного лечения основного заболевания; восста-

навливалось моченспускание, однако способность к эрекции оказывалась в дальнейшем утраченной.

Приводим краткие выписки из истории болезни.

I. М., 46 лет, болен около 4 лет, когда впервые появились слабость, быстрая утомляемость, ухудшение аппетита. С лета 1953 г. периодически лихорадил, худел, с трудом выполнял работу плотника. 24/1-55 г. проснулся ночью от болезненной эрекции, которая усиливалась, стала нетерпимой и не прошла после повторного coitus. В течение 9 дней безуспешно лечился в районной больнице и 3 февраля самолетом доставлен в урологическую клинику. Тепловые ванны, свечи с белладонной, новокаиновая блокада эффекта не дали. На 20-й день приапизма был переведен в терапевтическую клинику ГИДУВа. Температура субфебрильная, печень плотная, болезненная, выступает из-под края реберной дуги на ширину ладони, селезенка на уровне пупка. Выраженная стерналгия. Penis в состоянии максимальной, болезненной эрекции.

Hb — 56%, Э — 4 110 000, ц. п. — 0,68. Л. — 135 000. Миелобластов — 3%, промиелоцитов — 1%, миелоцитов — 27,5%, ю. — 14,5%, п. — 21%, с. — 30%, э. — 2%, б. — 0,5%, л. — 0,5%. РОЭ — 30 мм/час.

Применена рентгенотерапия в виде облучений селезенки и общих облучений в дозе 15 p через день. На 10-й день общее состояние улучшилось, началось снижение количества лейкоцитов. На 42 день от начала приапизма эрекция прекратилась. К этому времени сократилась селезенка, улучшилось общее состояние, количество лейкоцитов снизилось до 39000; из них нейтрофилов — 92,5%, незрелых форм — 35,5%, зрелых — 57%. За время лечения получил 150 p на область селезенки и 165 p общего облучения. Ремиссия лейкоза длилась год.

II. Т., 18 лет, болен хроническим миелолейкозом с лета 1954 г. В 1954 г. лечился мышьяком с эффектом, а в апреле 1955 г. принял курс рентгенотерапии. Ремиссия длилась до ноября 1955 г. Весной 1956 г. снова лечился в районной больнице переливаниями крови, витаминами, но заметного улучшения не отмечал. Все лето 1956 г. периодически лихорадил, были недомогание, боли в костях. 24/VIII-56 г. под утро появились резкие боли в половом члене, сопровождавшиеся состоянием эрекции. 27/VIII после консультации уролога направлен в нашу клинику.

Состояние тяжелое, стонет от болей, бледен, выраженная стерналгия. Температура нормальная. Спленомегалия. Penis эрегирован. Hb — 55 ед. (9 г%). Э. — 3 650 000, ц. п. — 0,7. Л. — 359 000. Миелобл. — 4,5%, промиел. — 6,5%, миел. — 35,5%, метамиел. — 22%, п. — 11,5%, с. — 17%, э. — 0,5%, б. — 2%, л. — 0,5%.

Применено рентгенооблучение области селезенки (1400 p), радиоактивный фосфор 4 м Си. По мере улучшения общего состояния и картины крови эрекция постепенно разрешилась.

III. С., 27 лет, переведен из урологической клиники 24/VIII-60 г.

Утром 19/VIII-60 г. проснулся от резких болей в половом члене и эрекции. С 20/VIII прекратилось моченспускание. 22/VIII самолетом доставлен в урологическую клинику.

До 19/VIII считал себя здоровым, хотя с конца 1959 г. начал отмечать тяжесть в подреберьях, увеличение живота, похудание, общую слабость. Состояние тяжелое, температура высокая, стонет от болей в половом члене. Живот увеличен в размерах, селезенка огромных размеров, нижний ее полюс опускается в малый таз, медиальный край заходит за срединную линию живота. Печень выступает на ширину ладони. Половой член в состоянии максимальной эрекции. Hb — 52 ед. Э. — 2 930 000, ц. п. — 0,9, Л. — 388 000. Гемоцитобл. — 1%, миелобл. — 3%, промиелоц. — 7%, миелоц. — 28%, ю. — 7%, п. — 20,5%, с. — 24,5%, э. — 6,5%, б. — 2%, л. — 0,5%. РОЭ — 25 мм/час.

Лечение: миелосан — 120 мг, рентгенооблучение селезенки (680 p) и области penis (80 p).

Со 2/IX начал падать лейкоцитоз, но температура держалась, эрекция не проходила. С 7/IX напряжение полового члена уменьшилось, стал самостоятельно мочиться. 10/IX: Л. — 10 000, нейтрофилов — 95%, незрелых форм — 11%, зрелых — 84%. У корня полового члена участок ясной флюктуации с покраснением кожи. 12/IX сделана пункция флюктуирующего участка толстой, добыто 40 мл густого гноя (под микроскопом гнойные тельца, а не обычные лейкоциты). 13/IX температура пала, уменьшилась эрекция; 17/IX эрекция прошла. В данном случае эрекция держалась 28 дней.

Цель нашего сообщения — обратить внимание практических врачей на то, что при приапизме необходимо думать о возможности общего заболевания и, в первую очередь, — лейкоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Болезни крови и кроветворной системы. Медгиз, 1949. — 2. Шустров Н. М. и Владос Х. Х. Клиническая гематология, 2 изд., Госиздат, 1930. — 3. Яновский Д. Н. Руководство по клинической гематологии, Киев, 1951.

Поступила 7 февраля 1961 г.