

И. Д. Неклесова, З. Ш. Минюшева, М. А. Кудрина и Л. Г. Акчурина (Казань).  
Лечение дерматомикозов новым фунгицидным препаратом хлорацетофосом

Хлорацетофос, синтезированный К. В. Никоноровым в Химическом институте Казанского филиала АН СССР (1956), относится к классу антихолинэстеразных фосфорорганических соединений. Как и большинство фосфорорганических соединений, хлорацетофос проникает через слизистые и неповрежденную кожу, лучше — через кожу, смазанную свиным салом или смесью кашалотовой основы с ланолином.

Для лечения мы применяли мазь, содержащую 5—7% хлорацетофоса, 2% молочной кислоты, 2% салициловой кислоты, кашалотовой основы и ланолина поровну. В первые 3—4 дня лечения применяли мазь и по другой прописи: 7% хлорацетофоса, 2% молочной кислоты, 2% салициловой кислоты, 34% ланолина, 5% воска и 50% простого свинцового пластыря.

Мы лечили хлорацетофосом 13 больных с микроспорией гладкой кожи, 11 — с микроспорией волосистой части головы и 3 — с кандидамикозами ногтевых валиков и ногтей. Диагноз у всех подтвержден клинически, микроскопически и у большинства культурально. У 23 больных при посевах выделена культура *Microsporum lanosum*, у одного — *Trichophyton gypsum*. Максимальное количество очагов у одного больного достигало 7. Большинство больных было ясельного и дошкольного возраста. Критерием полного выздоровления служили отрицательные анализы микроскопического исследования, а при микроспории, кроме того, — отсутствие свечения волос под люминесцентной лампой. Лечение больных проводилось амбулаторно.

Испытания были начаты с лечения микроспории гладкой кожи путем ежедневного нанесения на пораженные участки 5% мази хлорацетофоса на свином салом. Через 2 дня пораженные участки кожи бледнели, кожа очищалась. При отсутствии поражения пушковых волос излечение наступало через 5—7 дней, при поражении их — через 19—24 дня (без эпиляции). Больных продолжали лечить после повторного отрицательного анализа еще 3—4 дня. В дальнейшем мы стали применять 7% мазь с добавлением 2% молочной и салициловой кислот, приготовленную на кашалотовой основе пополам с ланолином; сроки лечения сократились до 5—23 дней. Лишь у одной больной с обширным поражением лица лечение длилось 39 дней.

Лечение микроспории волосистой части головы также начиналось с втирания 5% мази хлорацетофоса, но затем проводилось следующим образом: после стрижки волос на пораженные участки кожи на 3—4 дня наносили 7% мазь хлорацетофоса на основе свинцового пластыря. Очаги с нанесенным пластырем заклеивали полосками лейкопластыря. При снятии пластыря часть волос выпадала. Затем в пораженные участки кожи ежедневно утром и вечером втирали 7% мазь хлорацетофоса на кашалотовой основе с ланолином до полного выздоровления (двукратный отрицательный результат микроскопического исследования и отсутствие свечения под люминесцентной лампой). При таком способе лечения через 35—57 дней грибки в волосах при микроскопическом исследовании не обнаруживались. Лечение продолжалось до 42—64 дней. У всех 11 больных наступило выздоровление. Рецидив был только у одной больной. Одной больной с кандидамикозами ногтевых валиков и ногтей предварительно полностью удалили ногтевые пластинки, применив пластырь с 50% содержанием салициловой кислоты, затем ежедневно продолжали накладывать 7% мазь хлорацетофоса на кашалотово-ланолиновой основе. Через 26 дней были получены отрицательные анализы микроскопирования. Лечение было продолжено до 39 дней. У другой больной ногтевая пластинка была снята частично с помощью 50% салицилового пластыря. После накладки мази с хлорацетофосом отрицательные анализы микроскопического исследования были получены через 7 дней. Лечение продолжено до 16 дней. Третьей больной ногтевые пластинки не удаляли. Мазь накладывали ежедневно после ванны, защищая кожу лейкопластырем. Грибки исчезли через 33 дня, лечение было продолжено до 43 дней. У всех больных отрасли здоровые ногти, грибки при многократных исследованиях не обнаружены.

Ни у одного из 27 больных не было побочных явлений.

Э. А. Терегулов (Бугульма). Опухоль III желудка с синдромом раннего полового и физического развития

По данным Ленинградского нейрохирургического института им. А. Л. Поленова, опухоли III желудка составляют 1,5% всех опухолей головного мозга. В клинической картине наиболее характерными являются гипертензионно-гидроцефальный синдром с интермиттирующими приступами головных болей и эндокринно-обменные нару-