

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 накладывания 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-

шения. Синдром раннего полового и физического развития при опухолях этой локализации встречается редко и может послужить причиной диагностических ошибок.

Приводим наше наблюдение.

Ч., 10 лет, получил травму головы, протекавшую без потери сознания. Через несколько дней в лобной области появились боли периодического характера. С этого же времени усилился аппетит, ребенок стал прибавлять в весе, у него начал грубеть голос. В дальнейшем родители обратили внимание, что у мальчика значительно увеличился в размерах половой член. Головные боли усилились, появилась периодическая рвота и сонливость. Обратились к невропатологу. Было назначено внутривенное вливание глюкозы. Головные боли вскоре уменьшились, рвота прекратилась. Однако через 1,5 месяца после травмы состояние больного вновь резко ухудшилось: появились сильные головные боли и частая рвота. Через несколько дней присоединилось двоение в глазах и косоглазие левого глаза.

Сонливость. Анизокория: $s > d$. Реакция зрачков на свет живая. При конвергенции правый глаз отходит кнаружи. Легкое наружное косоглазие правого глаза. Паралич взора вверх. Симптом «кукольных глаз». На глазном дне застойные соски зрительных нервов. Болезненность в верхних точках выхода тройничного нерва. Асимметрии лица нет. Язык по средней линии. В позе Ромберга шатание. Походка с открытыми глазами шаткая. Пальце-носовая проба нарушена с обеих сторон. Рефлексы с брюшной стенки — $s < d$. Подошвенные рефлексы — $s < d$. Рефлексы с рук и ног — $s > d$.

Общий вид 15—16-летнего подростка. Подкожный жировой слой развит хорошо. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Голос грубый, небольшое оволосение на лобке. Половой член как у взрослого мужчины.

Краниограмма. Резко выраженные пальцевидные вдавления, расхождение швов между костями черепа. Участок обызвествления $0,3 \times 0,3$ см в проекции шишковидной железы.

Клинический диагноз: опухоль головного мозга, вероятнее всего пинеаломы.

Через 3,5 месяца после травмы больной умер.

Секция. Свободно смещаемая вентрикулярная опухоль III желудочка, исходящая из сосудистого сплетения, серо-красного цвета, бугристая, $3 \times 4,5 \times 1,5$ см, закрывает вход в сильвиев водопровод. Расширение боковых и III желудочков. Отек головного мозга.

Возникновение синдрома раннего полового и физического развития следует объяснить вторичным повреждением гипоталамического центра гонадотропной секреции.

УДК 616—006.363.03—616.006.3.04—616.33

Д. А. Наймарк (ст. Барнаул). Лейомиосаркома желудка

Лейомиосаркома желудка встречается очень редко — один раз на 1000 опухолей его (Масли, 1959). Даже достигая больших размеров, эта опухоль редко и поздно дает метастазы, поэтому результаты хирургического лечения ее благоприятнее, нежели рака (68—70% выживает пять лет после резекции). Мужчины и женщины поражаются этой опухолью одинаково часто. Средний возраст больных лейомиосаркомой желудка — 45 лет. Опухоль в большинстве случаев растет экзогастрально, реже — эндогастрально, очень редко инфильтрирует стенку желудка. Лейомиосаркома желудка долго развивается бессимптомно. Затем появляются боли, чувство распирания в эпигастральной области, профузные желудочные кровотечения с последующим развитием анемии. Нередко уже при первом осмотре больного удается прощупать крупную опухоль в брюшной полости. Больные долго не теряют в весе, самочувствие их вне периодов желудочных кровотечений остается удовлетворительным. У значительной части больных продолжительность заболевания колеблется от 2 до 10 лет. В этих случаях нельзя исключить озлокачествление предсуществовавших миом желудка.

При рентгенологическом исследовании в случае экзогастральной саркомы нередко отмечается смещение желудка опухолью, краевой дефект наполнения с ровными или волнистыми контурами (он значительно меньше прощупываемой опухоли). При эндогастральном росте обычно определяется лишенный складок одиночный дефект наполнения с ровными контурами. Создается впечатление, что отличить лейомиосаркому от рака желудка легче, чем от доброкачественных неэпителиальных опухолей его, которые также растут экспансивно, могут достигать больших размеров и быть причиной опасных для жизни кровотечений.

Необходимо отметить трудности, возникающие при гистологическом исследовании лейомиосаркомы желудка: в двух наблюдениях Масли и в одном А. П. Мирзоева (1962) гистологически была установлена доброкачественная миома, и лишь обнаружение метастазов в печени после резекции желудка заставляло изменить мнение о характере опухоли.

Приводим наше наблюдение.

Больная, 38 лет, поступила в хирургическое отделение 30/III 1964 г. с жалобами на слабость, головокружение, дегтеобразный стул, боли в правом подреберье. Заболела три года назад, когда внезапно появилась кровавая рвота и вскоре развилась картина