

Червеобразный отросток деформирован, располагается ретроцекально, в спайках. Обычная аппендэктомия.

Послеоперационный диагноз: двухсторонний разрыв яичников, хронический аппендицит.

Гистологически в резецированной ткани яичника обнаружена киста желтого тела с кровоизлиянием в нее, в отростке — резкий склероз и липондоз подслизистого слоя.

Послеоперационное течение гладкое. Выписана на 9-й день.

Поступила 17 февраля 1960 г.

## ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫЙ СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО У ДЕВОЧКИ

Н. А. Гафарова

Детское отделение Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР  
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

14/VII-60 г. была доставлена на консультацию девочка М., 12 лет.

Родилась в срок, третьим ребенком от здоровых родителей. Вес при рождении — 2800 г. Зубы прорезались в 6 мес., сидела с 9 мес., начала ходить с 1,5 лет.

Девочка росла худеньким ребенком и в четырехлетнем возрасте заметно отставала от сверстников в физическом и общем развитии. В связи с этим в семи- и десятилетнем возрасте родители обращались к врачам, которые не обнаружили патологии развития. В восьмилетнем возрасте перенесла скарлатину и дифтерию. По словам родителей, девочка очень спокойная, инертная, мало общается с окружающими, учится в III классе с трудом. Остальные дети в семье развивались нормально.

Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Вес — 20,3 кг, рост стоя — 114 см, сидя — 61,5 см, окружность головы — 50 см, окружность груди — 63 см. Длина верхних конечностей — 50,5 см. Шея короткая. От краев затылочной кости к плечам по обеим сторонам укороченной шеи тянутся большие складки кожи, придающие лицу большой выражение сфинкса. На голове много волос, они густо обрастают сзади шеи, спускаясь почти до спины. Ушные раковины деформированы, очень малы. Пальцы на ногах и руках необычно короткие, за исключением большого, указательного и среднего пальцев; неправильной формы, утолщены. Кожные покровы чистые, эластичные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Тонус мышц не понижен. Высокое твердое небо, есть кариозные зубы.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

АД — 85/55. Пульс — 86—89, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Язык не обложен, зев чист. Миндалины увеличены, рыхлые, не гиперемированы. Печень и селезенка не увеличены. Мочепускание и акт дефекации не нарушены. Наружные половые органы соответствуют таковым у 6—8-летнего ребенка. Вторичные половые признаки отсутствуют. Растительности на туловище совершенно нет, грудные железы не прощупываются.

Температура нормальная. Туберкулиновые пробы отрицательные. RW отрицательная.

Гемоглобин — 11,2 г% — 67 ед., Э. — 4 210 000. Л. — 8 750, п. — 1%, с. — 66%, э. — 5%, л. — 16%, м. — 12%. РОЭ — 15 мм/час. Сахар крови — 86 мг%.

Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, белка — следы. Реакция кислая. Уд. вес. — 1020. В осадке клетки плоского эпителия, 4—5 в поле зрения. Лейкоцитов — 7—10, эритроцитов — 2—3.

В кале яйца глист не обнаружены.

Рентгеноскопия грудной клетки: легкие и сердце в норме.

Рентгенография черепа в двух проекциях: костных изменений со стороны свода и основания нет.

Турецкое седло формы круга с четким контуром дна и спинки, нормальных размеров.

Рентгенография верхних конечностей. Костных изменений со стороны локтевых суставов нет. Кости кистей слегка порозны, ядра окостенения в пределах возрастной нормы, 4 и 5 карпальные кости укорочены, особенно слева. Структура костей не изменена.

На основании описанной клинической картины и дополнительных исследований нами сделан вывод, что мы имеем дело с новым эндокринным синдромом, в котором, наряду с эндокринопатией (гипофизарный субанизм и гипоплазия полового аппарата), имеются закономерно выраженные пороки развития (шейные складки, короткость шеи, высокое твердое небо, необычный рост волос на шее, деформация ушных раковин и пальцев рук и ног и др.), которые являются выражением сложного

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 — 0,023 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 ПСОРИАЗА<sup>1</sup>

*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 В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, 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-

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