

водимости, конечной части желудочкового комплекса. Каждый показатель оценивали по 6-балльной системе; подсчитывали сумму баллов до лечения. Исходное состояние больных расценивали как отличное при сумме баллов менее 10, как хорошее — равное 10—20, удовлетворительное — 21—40, плохое — 41—60, очень плохое — более 60. Эффективность лечения определяли по динамике суммы баллов. Улучшение считали значительным при снижении суммы баллов более чем на 50%, умеренным — на 31—50%, незначительным — на 11—30%, без изменений — при колебаниях $\pm 10\%$, ухудшение — при увеличении суммы более чем на 10%.

У 34 из 40 больных ишемической болезнью сердца исходное состояние было удовлетворительным (сумма баллов — $31,5 \pm 3,5$), у 6 — плохим (сумма — $51,5 \pm 5,0$). Ухудшения состояния больных не наблюдалось. У 31 (77,5%) из 40 обследованных улучшились все показатели по карте. В контрольной группе изменения состояния не наблюдалось. Под влиянием электросна улучшение было незначительным, нитромази — умеренным, а при их комбинации — значительным.

Поскольку терапия ишемической болезни сердца требует дифференцированного подхода, пациентам с неустойчивым психоэмоциональным статусом и нарушением сна лечение в санатории лучше начинать с электросна. При отсутствии эффекта и сохранении ангинозных приступов лечение можно дополнять нитромазью. Комбинация электросна и нитромази является высокоактивной в плане антиангинального действия, так как направлена на различные звенья патогенеза ишемической болезни сердца — нейрорефлекторное и гемодинамическое.

Преимущества нитромази перед пролонгированными нитратами перорального применения проявляются в большей длительности эффекта, высокой биодоступности, менее выраженных индивидуальных различиях в дозе, выраженном антиангинальном действии. Мы считаем, что в условиях санатория имеет значение и психологический настрой больных к лечению мазью, так как многие больные негативно относятся к приему медикаментов внутрь.

Из побочных действий нитромази следует указать на головные боли (у 6 из 20), жжение на месте аппликации (у 2 из 20).

Следует отметить, что электросон также обладает определенными преимуществами перед нейротропными препаратами. У него нет миорелаксирующего действия; у пациентов не возникает апатии, вялости, аллергических реакций, хотя у 3 человек из 20 наблюдалась плохая переносимость процедуры (головные боли).

При стенокардии тяжелого III функционального класса, наличии постинфарктного кардиосклероза, некоторых нарушениях сердечного ритма выбор физиотерапевтических и бальнеологических процедур довольно ограничен. Поэтому применение у таких больных в условиях санаторно-курортного лечения электросна и нитроглицериновой мази представляется перспективным.

УДК 616.831—005.1—073.97

А. Н. Белова, В. М. Трошин (Горький). Использование электроэнцефалографии для контроля эффективности восстановительного лечения постинсультных больных

Изучена динамика усвоения ритмов световых мельканий постинсультными больными в процессе амбулаторного восстановительного лечения. При этом была поставлена задача проследить влияние лечения на функциональное состояние головного мозга и определить возможность использования данной методики для оценки эффективности реабилитации.

Было обследовано 60 человек. Основную группу составили 50 больных (38 мужчин и 12 женщин в возрасте от 36 до 64 лет), перенесших мозговой инсульт. У всех больных инсульт развился в зоне васкуляризации средней (правой или левой) мозговой артерии и сулит характер ишемического. Давность заболевания при первичном обследовании варьировала от 1 мес до 3 лет. У всех больных отмечались двигательные расстройства, у части — речевые. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц, средний возраст которых 48 ± 3 года) существенно не отличался от возраста больных основной группы (51 ± 3 года). ЭЭГ в контрольной группе регистрировали однократно, у больных — дважды: в день поступления на амбулаторное восстановительное лечение и после окончания реабилитационного курса.

Восстановительное лечение включало медикаментозную терапию (вазоактивные и противосклеротические препараты, ноотропы, витамины группы В), групповую и индивидуальную лечебную физкультуру, массаж, физиотерапевтические процедуры (электрофорез, сосудорасширяющих препаратов, электростимуляция, магнитотерапия, тепловые процедуры), трудотерапию. Продолжительность курса лечения и соответственно интервал между ЭЭГ-исследованиями составили от 1 до 1,5 мес.

Реакция перестройки корковых ритмов при первоначальном обследовании оказалась сниженной у всех больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Сужался диапазон усвоения навязанных ритмов. Если в контрольной группе все 6 предьявленных частот усваивали все обследуемые, то среди 50 постинсультных больных — только один; от одного до 5 частот — 44 человека, а у 5 больных реакция усвоения ритма отсутствовала на всех частотах. У больных с последствиями мозгового инсульта появлялась межполушарная асимметрия усвоения, удлинялись латентные периоды реакции. Так, в основной группе короткие (менее 0,4 с) латентные периоды реакции усвоения ритма пораженным полушарием наблюдались в 8% случаев, межполушарная асимметрия усвоения здоровым и пораженным полушариями — в 19%, тогда как в контрольной

группе — соответственно в 75% и 3% наблюдений (за 100% принималось общее число серий световых мельканий, предъявленное всей группе). У больных основной группы отмечалось также значительное уменьшение амплитуд и индексов перестроенных ритмов по сравнению с контрольной группой.

У постинсультных больных в большей степени снижались амплитудные показатели усвоения, причем хуже всего воспринимались высокочастотные ритмы (14 и 16 мельканий в 1 с). Эти результаты указывают на значительное ослабление функционального состояния корковых нейронов. Исходно перестройка корковых ритмов была выражена хуже у больных, закончивших курс реабилитации с незначительным эффектом. Это обусловлено, видимо, более тяжелыми последствиями инсульта в подгруппе Б.

После проведения курса восстановительного лечения у большинства больных наблюдалась тенденция к улучшению реакции перестройки корковых ритмов: расширялся диапазон усваиваемых ритмов, возрастали амплитудные показатели и индексы усвоения, уменьшались латентные периоды реакций и выраженность межполушарной асимметрии. Наиболее отчетливо эти изменения проявлялись при навязывании низко- и среднечастотных раздражений. Фотореакция на высокочастотные ритмы, нарушенная в большей степени у постинсультных больных, восстанавливалась хуже. Улучшение реакции усвоения коррелировало со степенью восстановления нарушенных функций. Так, в подгруппе больных (25), закончивших курс реабилитации со значительным улучшением укорочение латентных периодов реакций отмечалось в 2,5% наблюдений, а уменьшение межполушарной асимметрии усвоения — в 7,5%. В то же время в подгруппе больных (25), у которых существенного улучшения межполушарной асимметрии не наблюдалось. Если средние индексы усвоения в подгруппе больных, закончивших курс реабилитации со значительным улучшением, увеличились на всех частотах, кроме крайних (6 и 16), и приблизились к средним значениям индексов усвоения контрольной группы, то в другой подгруппе прирост средних индексов был незначительным ($P > 0,05$).

Таким образом, восстановительное лечение у постинсультных больных, способствуя повышению двигательной активности, улучшает и функциональное состояние головного мозга. Наличие клинико-физиологических корреляций позволяет использовать показатели электроэнцефалографической реакции мозга на ритмические световые раздражения для контроля за состоянием больного в процессе реабилитации и оценки эффективности проводимой терапии.

УДК 612.664:612.79:576.8

С. И. Сытник (Тернополь). Бактериальная обсемененность кожи молочных желез здоровых женщин

Целью настоящей работы было изучение степени бактериального обсеменения поверхности соска, ареолы и окружающей ее кожи у здоровых небеременевших женщин.

Исследование проведено у 120 студенток в возрасте от 18 до 24 лет. У 60 из них плотность бактериальных популяций на 1 см² кожи изучена методом отпечатков, у остальных 60 — методом смывов по П. Вильямсону и А. Клигману.

Анализ результатов исследований показал, что при использовании метода отпечатков на поверхности различных участков молочных желез выявляется неодинаковое количество аэробных бактерий. При пересчете на 1 см² установлено, что наибольшее количество микроорганизмов находится в области соска, затем — ареолы и меньше всего — на коже вокруг ареолы. Разница в степени бактериальной обсемененности всех трех участков для обеих желез оказалась статистически достоверной.

Уровень обсемененности для глубокой микрофлоры, расположенной в протоках сальных и потовых желез, оказался более высоким. Число колониеобразующих единиц на 1 см² разного населения в кожных придатках соска была намного выше, чем в области ареолы и окружающей ее кожи.

Практический интерес для хирургов и акушеров представляет выявление бактериальной обсемененности различных квадрантов молочных желез. Установлено статистически достоверное преобладание бактериальной обсемененности придатков кожи между первым и третьим квадрантами молочных желез.

Для более точной и полной оценки количественного и видового состава микрофлоры кожи в последние годы многие авторы используют метод Вильямсона — Клигмана, который позволяет снимать с поверхности кожи до 95—98% микроорганизмов. Результаты исследования показали, что на всех участках молочных желез с помощью этого метода определяется на 2—4 порядка больше бактерий, чем при посевах-отпечатках. На сахарном желточно-солевом агаре вырастает большинство патогенных и условно-патогенных видов, на доно-твиновом агаре — главным образом микрококки и микрококки, а на фуразолифильные дифтероиды. На средах Гарро, Сабуро и Эндо рост наблюдался в единичных случаях и в небольшом количестве.

Следовательно, для возможно более полного количественного определения микробной обсемененности кожи молочных желез предпочтительнее пользоваться методом Вильямсона — Клигмана.