

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 к концу лечения не было достигнуто, сокращения латентных периодов и уменьшения 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 небеременных женщин.

Исследование проведено у 120 студенток в возрасте от 18 до 24 лет. У 60 из них плотность бактериальных популяций на 1 см^2 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 см^2 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 саленных и потовых желез, оказался более высоким. Число колониеобразующих единиц на 1 см^2 различного 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 — преимущественно стафилококки и условно-патогенных видов, на доно-твиновом агаре — главным образом микрококки и коринебактерии, особенно липофильные дифтерейды. 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.

Одновременно с количественным анализом был исследован и видовой состав микрофлоры молочных желез 120 женщин. Оказалось, что при взятии материала для посевов по методу Вильямсона — Клигмана с поверхности соска, ареолы и окружающей кожи выделяется значительно большее количество штаммов по сравнению с методом отпечатков. Так, со всех 360 обследованных участков молочных желез 60 здоровых женщин с помощью метода отпечатков удалось выделить 1003 штамма аэробных бактерий, а из такого же количества участков других 60 женщин при использовании метода Вильямсона — Клигмана — 1245, то есть на 243 штамма больше.

Из общего количества 2248 выделенных культур 823 (36,6%) были идентифицированы как стафилококки, из них 48 были отнесены к коагулазоположительным и 775 — к коагулазоотрицательным видам. На долю микрококков приходилось 612 (27,2%), стрептококков и нейссерий — 178 (7,9%), коринебактерий — 400 (17,8%) штаммов. Значительно меньшее количество составили спороносные бациллы — 87 (3,9%), энтеробактерии — 63 (2,8%) и грибы-аскомицеты — 85 (3,8%).

Таким образом, исследование показало, что наибольшая плотность микробных популяций аэробных бактерий расположена в области соска, затем на поверхности ареолы и меньше всего их обнаруживается на коже вокруг ареолы. Из четырех квадрантов молочных желез первый и второй заселены аэробными микроорганизмами больше, чем третий и четвертый. Глубокая микрофлора кожи, вегетирующая в устьях и протоках сальных и потовых желез, значительно превалирует над поверхностной.

УДК 616.513.7—06: [616.379—008.64 + 616.12—008.331.1

С. В. Юдин (Саратов). Сочетание красного плоского лишая с другими заболеваниями

В последнее время обращено внимание на частоту ассоциаций красного плоского лишая с различными висцеропатиями и на их роль в патогенезе дерматоза. Нами обследовано 88 больных в возрасте от 20 до 65 лет, у 56 из них красный плоский лишай сочетался с соматическими заболеваниями. В группе больных, у которых имелась ассоциация дерматоза с другими заболеваниями, типичная папулезная форма красного плоского лишая была у 32, гипертрофическая — у 11, пигментная — у 7, атрофическая — у 4, буллезная — у 2. Наряду с атипичными проявлениями красного плоского лишая у ряда больных имелись характерные полигональные папулы (17).

У 12 больных, кроме красного плоского лишая, диагностированы неврозы (неврастения, истерия). Невротические реакции могли быть обусловлены хроническим течением дерматоза и интенсивным зудом. Наши данные подтверждают наблюдения о том, что у больных красным плоским лишаем чаще, чем в общей популяции, встречается сахарный диабет (у 7 из 56 обследованных). Кроме того, клинико-лабораторные данные позволили установить нарушение толерантности к глюкозе еще у 5 больных.

Характерное сочетание красного плоского лишая, сахарного диабета и гипертонической болезни послужило основанием для выделения такой ассоциации в своеобразный синдром Гриншпана. Этот синдром был установлен нами у 5 больных.

Приводим выписку из истории болезни.

П., 38 лет, обратилась с жалобами на возникновение очагов поражения на слизистых оболочках рта, частые головные боли. Длительное время безуспешно лечилась по поводу «афтозного стоматита». В течение трех лет больна гипертонической болезнью, полтора года лечилась бигуанидами в связи с сахарным диабетом.

Кожный покров не изменен. На слизистой оболочке полости рта, симметрично на верхней губе и спинке языка расположены серовато-белые папулы величиной с просыное зерно, местами образующие кольца и полукольца. В центре очагов — мелкие эрозии ярко-красного цвета. Левая граница сердца смещена влево на 1,5 см. При аускультации — акцент II тона над аортой. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пульс — 76 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 21,3/12,0 кПа. Гликемия — 8,8 ммоль/л. Анализ мочи: суточный диурез — 1500 мл, отн. пл. — 1,011. Белка нет. Уровень глюкозы — 2%. Число лейкоцитов — 2—4 в поле зрения, плоского эпителия — 1—2 в поле зрения. Амилаза — 4 ед. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки рта: паракератоз, неравномерный акантоз, местами дефект эпителия. В собственно слизистой оболочке — воспалительный инфильтрат преимущественно из лимфоидных клеток.

Диагноз: красный плоский лишай слизистой оболочки рта (эрозивная форма), сахарный диабет, гипертоническая болезнь II ст., синдром Гриншпана.

Заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, колит) были у 26 больных красным плоским лишаем, главным образом с диссеминированной формой дерматоза и поражением слизистой оболочки рта. Из других сопутствующих заболеваний выявлены холецистит (у 3), бронхиальная астма (у 3), гипертоническая болезнь (у 24), стенокардия (у 6), шизофрения (у 1). У ряда больных имелось 2—3 заболевания.

Приведенные данные показывают важность комплексного обследования больных красным плоским лишаем с целью выявления висцеропатий, которые оказывают влияние на течение дерматоза.