

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, клинко-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 просыпанное 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.