

"crustosa, erythemasquamosa, erythematosa" и т.д., отдавая таким образом должное тем исследователям, которые впервые описали данную форму норвежской чесотки, подчеркивая характерные клинические проявления у каждого конкретного больного.

Наиболее часто норвежская чесотка имеет место у пациентов со слабоумием, болезнью Дауна, сенильной деменцией, инфантилизмом, при иммунодефицитных состояниях, приводящих к развитию анэргии и сопровождающих лейкозы, иммунодепрессивных состояниях, связанных с длительным приемом гормональных, цитостатических средств.

Таким образом, норвежская чесотка — это разновидность банальной чесотки, характеризующаяся более тяжелой и своеобразной клинической картиной. Возбудителем норвежской чесотки является обычный чесоточный клещ (*Sarcoptes scabiei hominis*).

Приводим наше наблюдение.

П., 43 лет, поступил в ГСМО "Дерматовенерология" 05.01.99 г. с диагнозом распространенной инфицированной экземы.

Больным себя считает с осени 1998 г., когда впервые появились зуд кожи шеи, а спустя несколько дней — "прыщи", в течение нескольких недель распространившиеся на кожу туловища. Болезнь ни с чем связать не может. Самостоятельно применял стероидные мази — улучшения не было. В ноябре 1998 г. он обратился к дерматологу по месту жительства, который направил его на госпитализацию. Больной от госпитализации отказался, продолжая самолечение мазями — процесс прогрессировал, постепенно распространившись на весь кожный покров. В конце декабря 1998 г. появились резкая слабость, снижение аппетита, сухость во рту, болезненность в суставах, чувство стягивания кожи, повышение температуры до 37,7°C. В связи с развившейся общей слабостью больной в течение недели до госпитализации не мог самостоятельно передвигаться. 04.01.99 г. на дом был вызван участковый терапевт, давший направление на стационарное лечение. Проживает один в частном доме без удобств.

В анамнезе: сотрясение головного мозга в 1980 г., двусторонняя пневмония в 1985 г., чесотка, осложненная пиодермией; злоупотребляет алкоголем.

При поступлении общее состояние пациента тяжелое, кахектичен. Больной заторможен, самостоятельно не передвигается, принимает пищу с помощью посторонних, аппетит снижен, длительные запоры, температура — 37°C. Патологический процесс носит генерализованный характер, локализуется на коже волосистой части головы, лица, туловища, конечностей, представлен обильным крупнопластинчатым шелушением на фоне застойной гиперемии, наслоениями массивных корок грязно-серого цвета, эрозированными участками округлой формы от 0,5 до 1,5 см в диаметре с обильным серозным отделяемым, экскориациями линейной формы. В углах рта и в области суставов — множественные глубокие поперечные кровоточащие трещины. Увеличены заднешейные, паховые лимфоузлы с обеих сторон до размеров лесного ореха, безболезненные, подвижные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена.

Общий анализ крови: эр. — $1,94 \cdot 10^{12}/л$, Нб

— 80 г/л, цв. показатель — 0,92, л. — $9,4 \cdot 10^9/л$, п. — 15%, с. — 78%, мон. — 4%, лимф. — 3%, микроанозицитоз, пойкилоцитоз, анизохромия, полихромазия. СОЭ — 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество — 200,0, отн. пл. — 1,020, белка и сахара нет, эпит. кл. — единичные в поле зрения, л. — от 3 до 7 в поле зрения, оксалаты 2+, бактерии 4+.

Содержание глюкозы — 9,4 ммоль/л. АЛТ — 25 к/ед, общего билирубина — 17,0 мкмоль/л, прямого — 1,5 мкмоль/л. Тимоловая проба — 5,2 ед. SH, содержание общего белка — 60 г/л, мочевины — 4,2 ммоль/л. КСР — отрицательная. Антитела к ВИЧ не выявлены.

При исследовании чешуек с различных участков кожного покрова обнаружены чесоточные клещи на разных стадиях развития.

На основании полученных данных у больного диагностированы норвежская чесотка, интоксикация и обезвоженность.

Проведено лечение: гемодез (400,0 в/в капельно ч/д № 6), альбумин (200,0 в/в капельно № 3), супрастин (по 2,0 в/м 2 раза в день № 7), преднизолон (по 40 мг в сутки с 5.01 по 12.01.99 г.), депо-медрол (40 мг в/м № 1), сульфокамфокаин (по 2,0 в/м 2 раза в день — 4 дня), 30% тиосульфат натрия (10,0 в/в № 7), кокарбоксилаза (2,0 в/в на 200 мл физ.р-ра № 6), кордиамин (2,0 п/к № 1). Наружно: эрозированные участки тушировали краской Кастеллани, на очаги мокнутия накладывали цинковое масло, на корки — прокипяченное растительное масло, 5—10% серную мазь.

12.01.99 г. общее состояние ухудшилось, температура повысилась до 38,2°C, имеют место познбливание, кашель с отхождением мокроты.

Назначена повторная консультация терапевта. Заключение: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения, эмфизема легких; пневмосклероз, ДН II (дифференцировать с очаговой пневмонией, туберкулезом, септическим состоянием, инф. эндокардитом); кахексия, миокардиодистрофия II ст.

В связи с общим тяжелым состоянием больной переведен в ТБЦ "Каменка" 12.01.99 г., где был поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения; ВК (-), ДН II ст; кахексия; дистрофия внутренних органов; миокардиодистрофия; сердечная недостаточность II ст.; анемия смешанной этиологии; цирроз печени; хронический алкоголизм, алкогольный полиневрит.

Проведено лечение: изониазид, стрептомицин, рифампицин, пипразинамид, реополиглюкин, гемодез, унитиол, димефосфон, преднизолон в суточной дозе 20 мг с последующим снижением. На фоне лечения общее состояние остается тяжелым, но кожный процесс разрешился полностью через месяц. Кожные покровы диффузно пигментированы с многочисленными депигментированными пятнами на месте бывших пиодермических элементов.

УДК 618.15—008.8—07:579.871/873

О.В.Одинцова (Пермь). Лизоцимная и антилизоцимная активности культур коринеформных бактерий влагалища

Развитие и исход дисбактериозов и воспалительных процессов определяются систематичес-

кой принадлежностью резидентной микрофлоры, а также такими биологическими особенностями ее представителей, как лизоцимная (ЛА) и антилизозимная активность (АЛА). К резидентной микрофлоре влагалища относят и коринеподобные бактерии. Нередко представители резидентной микрофлоры становятся причиной воспалительных процессов. Так, коринеподобные бактерии, выделенные от больных вагинитами и вагинозами, характеризуются высокой антилизозимной активностью. Для условно-патогенных бактерий прослеживается прямая корреляция между продукцией лизоцима, АЛА и их вирулентными свойствами. Исследования взаимосвязи этих факторов в отношении коринеподобных бактерий ранее не проводились.

Цель настоящей работы — изучение ЛА и АЛА культур коринеподобных бактерий влагалища в норме и при патологическом состоянии.

Обследованы 418 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Материал брали из цервикального канала и заднего свода влагалища. Морфологические и физиолого-биохимические характеристики выделенных штаммов изучали с использованием стратегии фенотипической дифференциации бактерий. Хемотип клеточной стенки выделенных штаммов устанавливали по методам восходящей бумажной и тонкослойной хроматографии. При изучении химического состава клеточных стенок исследуемых микроорганизмов в качестве контролей использовали штаммы известной систематической принадлежности *Corynebacterium glutamicum* ИЭГМ 1861, *Mycobacterium sp.* ИЭГМ 1827, *Nocardia farcinica* ИЭГМ 621, *Rhodococcus equi* ИЭГМ 715, полученные из региональной профилированной коллекции алканотрофных микроорганизмов ИЭГМ, а также *Corynebacterium hoffmanni*, полученный из коллекции кафедры микробиологии Казанского ГИДУВа.

По результатам проведенных исследований, в частности наличию IV хемотипа клеточной стенки (присутствию диаминопимелиновой кислоты в мезо-форме, арабинозы и галактозы), и наличию определенного типа миколовых кислот (липиду LCN-A), характерной морфологии (наличию морфогенетического цикла развития: кокк—палочка—кокк, snapping-способа обособления клеток) и макроморфологии роста 138 выделенных штаммов отнесены к роду *Corynebacterium* Leuman and Neuman 1896. В 1-ю группу вошли 38 штаммов, полученных от здоровых женщин, во 2-ю группу — 50 культур, выделенных у женщин в раннем послеродовом периоде, 3-ю группу составили 50 культур, выделенных у женщин с дисбиотическими нарушениями.

ЛА культур определяли чашечным методом с использованием живых культур индикаторной культуры *Micrococcus luteus* ATCC 1530. Взвесь индикаторной культуры со стандартной оптической плотностью $D_{540} = 0,6$ при 37° смешивали с 0,7% питательным агаром и заливали в чашки. На поверхность среды бляшками засеивали исследуемые суточные культуры коринеподобных бактерий. Результаты учитывали через 24 часа инкубации при 37° С. О ЛА судили по диаметру зоны лизиса культуры микрококка вокруг посева исследуемого штамма.

Для определения АЛА исследуемые культуры бляшками засеивали на питательный агар, содержащий лизоцим в различных концентрациях



Распространенность ЛА и АЛА среди культур коринеподобных бактерий.

— от 0 до 10 мкг/мл. В работе использовали лизоцим яичного белка (Олайнский завод химреактивов). Посевы инкубировали 24 часа при 37° С, затем культуры коринеподобных бактерий уничтожали парами хлороформа. На поверхность питательного агара насаивали суточную культуру *M. luteus*, смешанную с 0,7% питательным агаром. Результаты учитывали через 24 часа инкубации. Эффект инактивации лизоцима определяли по росту на среде индикаторной культуры. Вокруг штаммов, инактивирующих лизоцим, наблюдалась зона роста культуры микрококка. За АЛА исследуемых культур принимали максимальную концентрацию лизоцима в среде, при которой наблюдается рост индикаторной культуры. АЛА коринеподобных бактерий выражали в мкг инактивированного лизоцима.

Статистическую обработку результатов производили с использованием непараметрического критерия Манна—Уитни и линейной корреляции Спирмена.

Анализ ЛА исследуемых штаммов показал, что частота коринеподобных, продуцирующих лизоцим, одинакова как у здоровых женщин, так и в группе родильниц (16%). У больных культуры, продуцирующие лизоцим, встречаются в 3 раза чаще, чем в других группах наблюдения (см. рис.).

Как видно из таблицы, выраженность ЛА штаммов коринеподобных, выделенных от больных, выше ($P < 0,001$), чем средний показатель ЛА культур, полученных от здоровых женщин (1 и 2-я группы). Высокая активность культур (6,0–0,89 усл.ед.), выделенных от больных, по-видимому, обеспечивает селективные преимущества коринеподобных бактерий и тем самым способствует их сохранению в вагинальном микробиоценозе.

АЛА коринеподобных бактерий формируется

Таблица 1

Выраженность лизоцимной и антилизозимной активностей культур коринеподобных бактерий.

Свойства	Здоровые (n=38)	2-я группа родильниц (n=50)	3-я группа больных (n=50)
ЛА, усл.ед.	2,57 0,48***	3, 5 6 1,51**	6,0 0,89
АЛА, мкг.	2,58 0,36	2,38 0,13	2, 6 3 0,19

** $P < 0,05$ по критерию Манна—Уитни между 2 и 3-й группами, *** между 1 и 3-й группами.

как под воздействием лизоцима, продуцируемого другими группами условно-патогенных бактерий, так и под влиянием лизоцима, вырабатываемого макроорганизмом. По нашим данным (см. табл.), все выделенные культуры коринеформных бактерий обладают невысокой (2,38—2,63 мкг) АЛА. Необходимо отметить, что культуры с АЛА наиболее часто выделяются от больных (70%) и рожениц (62%). Это позволяет сделать предположение о возможном плазмидном характере детерминации АЛА в отношении исследуемой группы микроорганизмов.

Низкая частота АЛА обнаружена среди культур, выделенных от здоровых женщин. Высокая частота АЛА культур, полученных от рожениц, в сочетании с малой выраженностью данного признака может определяться как необходимый фактор для закрепления коринеформ в качестве резидентной микрофлоры. АЛА коринеформных бактерий может рассматриваться как дополнительный фактор, способствующий их доминированию в вагинальном микробиоценозе. Изучение взаимоотношений между исследуемыми признаками выявило наличие прямой корреляции между ЛА и АЛА во всех группах наблюдения (r - от 0,74 до 0,89).

Полученные данные показывают увеличение численности культур с выраженной АЛА среди больных женщин. Вероятно, АЛА в этом случае служит защитным свойством коринеформных бактерий в ответ на воздействие лизоцима, секретируемого другими условно-патогенными бактериями. АЛА коринеформных бактерий, выделенных на фоне дисбиотических изменений, необходима для их закрепления и длительной персистенции в составе вагинального микробиоценоза.

УДК 616.89—008.441.13—084.4

А.Н. Грязнов (Казань). Особенности ценностных ориентаций больных алкоголизмом на этапе терапии и реабилитации

Известно, что в основе формирования алкогольной зависимости и алкоголизма, а также в становлении устойчивой ремиссии и излечении от заболевания значимую роль играют мотивационные особенности больных, их личностная позиция. И если индивидуально-типологичес-

кие особенности и ценностные ориентации больных с клиническими проявлениями алкогольной зависимости изучены достаточно хорошо, то ценностно-мотивационная сфера больных алкоголизмом, имеющих установку на трезвый образ жизни на этапе терапии и реабилитации, исследована неоправданно мало. В связи с этим актуально как в теоретическом, так и практическом плане изучение ценностных ориентаций больных алкоголизмом в процессе добровольного прохождения ими терапевтических и реабилитационных мероприятий в условиях наркологического стационара.

Были обследованы 88 пациентов (мужчин - 64, женщин - 24) в возрасте от 19 до 58 лет. Стаж алкогольной зависимости колебался от 5 до 16 лет. В работе были использованы социологические методы исследования: опрос и анкета, в которых предлагались письменные вопросы закрытого типа (бланковая методика). Обследованные должны были выбрать из числа стандартизированной серии ответов тот, который, по их мнению, наиболее подходил им и соответствовал их мнению. С целью дополнения информации были проведены фокусированные интервью с соблюдением требований для получения наиболее достоверной информации: конфиденциальности, добровольности, доброжелательности, раскрытия цели проводимого исследования. Применялись опросник УСК (уровень субъективного контроля), созданный на основе шкалы Роттера и предназначенный для измерения общего уровня субъективного контроля и его ситуативных компонентов, и авторский опросник ценностных ориентаций.

Опросники, применяемые для исследования ценностей больных алкоголизмом, направлены на изучение личности взрослого человека, состояние личности в данный момент, способностей человека принимать решения в различных жизненных ситуациях и находить способы выхода из затруднительных ситуаций, возможностей того, насколько человек готов взять на себя и возложить на других ответственность за то, что происходит с ним и вокруг него. В ходе эксперимента предполагалось определить ценности, их ранги и ранговую корреляцию, оценить правильность проверяемой гипотезы в том, что самый высокий ранг в ценностной шкале больных ал-

Ценностные ориентации обследованных по блокам

Блоки	Мужчины		Женщины		Лица обоего пола	
	- х	Р	- х	Р	- х муж./жен.	Р
Критериальные	4,9	1	4,9	1	4,9	1
Материальные	4,06	2	4,4	2	4,2	2
Семейная жизнь	4,06	2	4,2	3	4,1	3
Развитие, самосовершенствование	3,8	4	4,1	4	3,9	4
Личностные качества	3,8	4	4,1	4	3,9	4
Общение	3,9	3	3,6	6	3,7	5
Социально-статусные	3,6	6	3,8	5	3,7	5
Общечеловеческие	3,7	5	3,8	5	3,7	5
Удовольствия, увлечения	3,6	6	3,6	6	3,6	6
Труд	3,4	8	3,8	5	3,6	6
Активная жизнь	3,5	7	3,5	7	3,5	7