

давлении шариком из закаленной стали на испытуемом материале остается вдавление разного диаметра в зависимости от сопротивления (твердости) кортикального слоя.

Создавая постоянное давление в 10 кг, мы по формуле Бринеля  $HV = \frac{P}{F}$  рассчитываем твердость кортикального слоя кости, где HV — твердость кортикального слоя, P — усилие в кг, F — площадь поверхности полученного отпечатка. По передней поверхности твердость кортикальной пластинки на высоте 1 см от нижнего края большеберцовой кости составляет 5,68—7,62, вышележащих участков — 23,2—75 кг/мм<sup>2</sup>; по задней поверхности — соответственно 2,92—4,67 и 31,2—56,7 кг/мм<sup>2</sup>. Этим можно объяснить более частый отрыв кортикальной пластинки именно в нижних отделах большеберцовой кости по переднему и заднему краю. При исследовании твердости кортикальной пластинки наружной поверхности нижнего метаэпифиза большеберцовой кости отмечается сравнительно небольшая твердость на верхушке ее — 7,35 кг/мм<sup>2</sup>, далее идет пояс повышенной твердости — 9,2—18,2 кг/мм<sup>2</sup> с дальнейшим понижением ее до 4,2 кг/мм<sup>2</sup> на высоте 4—5 см от верхушки лодыжки. Как показывает клинический опыт и литературные данные, в этих местах наиболее часто возникают переломы наружной лодыжки.

УДК 616.284

Т. Н. Леонтьева (Казань). Микрофлора среднего уха при острых отомитритах у детей

Мы провели бактериологические исследования гнойного отделяемого у 67 детей с острым гнойным отомитритом (возраст — от 1 года до 4 лет). У 19 детей при поступлении в стационар отмечалось гноетечение из ушей, у 48 отомитрит протекал без оторреи, и патологический секрет был получен посредством произведенного в асептических условиях парацентеза. В том и другом случае патологический материал засеивали на чашку с 5% кровяным агаром и среду Китта — Тароцци с 0,1% агар-агаром, инкубировали при 37° в течение суток и изучали выделенные микроорганизмы.

Наиболее часто высевались стафилококк (17 раз: золотистый — 8, белый — 9), стрептококк (12: гемолитический — 8, зеленящий — 3, негемолитический — 1) и пневмококк (11). Все выделенные штаммы золотистого стафилококка имели высокую плазмокоагулазную и гиалуронидазную активность. Почти все они продуцировали уреазу, лецитиназу, липазу, фосфатазу, давали редукцию теллурита. Почти у всех штаммов определялись  $\alpha$ - (8) и  $\Delta$ - (7) гемолизины, причем чаще в сочетании  $\alpha\Delta$  и  $\alpha\beta$ . Более половины штаммов продуцировали ДНК-азу, слабая продукция амилазы и желатиназы выявлена только у 2 штаммов. Ферментация глюкозы, лактозы в аэробных и анаэробных условиях наблюдалась у всех штаммов. Маннит в аэробных условиях сбраживали 6 штаммов, в анаэробных условиях — лишь 1 штамм. Патогенными для мышей при внутрибрюшинном заражении оказались лишь 3 штамма, у которых был обнаружен полный набор гемотоксинов и высокая ферментативная активность. У всех штаммов коагулазная способность совпадала с продукцией гемотоксинов, гиалуронидазы, с восстанавливающими свойствами, в меньшей степени с уреазной активностью.

Все выделенные штаммы белых стафилококков продуцировали  $\alpha$ -токсин (7 штаммов —  $\alpha$ - и  $\Delta$ -токсины), гиалуронидазу, уреазу, давали редукцию теллурита и ферментацию глюкозы в аэробных условиях. Коагулазная, лецитиназная, ДНК-азная и восстанавливающая активность обнаружены только у небольшого числа штаммов. Анаэробная ферментация маннита и проба на мышях во всех случаях были отрицательными. Полученные данные указывают на высокую сопряженность гиалуронидазной, гемолитической, восстанавливающей способности, а также уреазной активности белых стафилококков. К наиболее характерным тестам для обоих видов стафилококков можно отнести продукцию гиалуронидазы, уреазы и гемотоксинов ( $\alpha$  и  $\Delta$ ), между которыми установлена тесная корреляционная зависимость.

При изучении выделенных стрептококков выявлена их высокая ДНК-азная активность (от 70,7 до 258,3 ед.). Выраженными фибринолитическими свойствами обладали 10 штаммов гемолитического и зеленого стрептококка. 9 из них были гиалуронидазоактивными (+++ и ++). Все выделенные культуры стрептококков оказались апатогенными для мышей.

УДК 616.89—008.452—616.69—008.14

М. М. Гатауллин (Уфа). Сексуальная патология в патогенезе бреда ревности

Бред ревности издавна и до последнего времени привлекает внимание исследователей. Однако приходится констатировать, что структура этого бреда, его патогенетические механизмы изучены далеко не достаточно. Большое число авторов указывает на роль сексуальной патологии в патогенезе бреда ревности, но вопрос о том, в каком качестве сексуальная патология участвует в структуре бреда, остается спорным. Одни авторы отводят первое место психологическому фактору, определяемому расстройством либидо, потенции. Другие же во главу угла ставят эндокринную патологию. Признавая значение обоих названных факторов, необходимо попытаться конкретизировать имеющие здесь место сложные взаимосвязи. С этой целью мы сочетали кли-

нико-психопатологические наблюдения с исследованием 17-кетостероидов. Установлено, что 17-кетостероиды отражают андрогенную функцию коры надпочечников и семенников.

Мы наблюдали 158 больных, у которых в клинической картине заболевания ведущее место занимали бредовые идеи ревности. В это число вошли больные шизофренией параноидной формы (54 чел.), алкогольным бредом ревности (71 чел.), инволюционным параноидом (33 чел.). Основным методом исследования было клинико-психопатологическое изучение больных. 49 больным проведены биохимические (определение 17-кетостероидов) и психофармакологические (проба с амизилом) исследования.

Больные шизофренией были в возрасте от 26 до 46 лет. У 15 больных заболевание дебютировало с моносиндрома бреда ревности, который обнаруживался внезапно, немотивированно. Больные были аффективно напряжены, злобны, неожиданно могли совершить агрессивные поступки. В дальнейшем присоединялись другие симптомы, характерные для шизофрении, и бред ревности как бы терял свою актуальность. У 39 больных бредовые идеи ревности появлялись эпизодически, среди других проявлений болезни.

В тех случаях, когда заболевание дебютирует с синдрома бреда ревности, остро, в начальных стадиях наблюдается некоторое увеличение уровня 17-кетостероидов, но в пределах верхней границы нормы (17,7—18,2 мг%). Повторные исследования в процессе лечения показывают его снижение до 8,9—11,3 мг%, что совпадает по времени с дезактуализацией бреда. В 4 случаях отмечены высокие цифры 17-кетостероидов — до 27,5 мг% — у лиц с недавним сроком (до 6 месяцев) заболевания. Клинически это сопровождалось гиперсексуальностью, извращением полового чувства, выраженной тревогой и идеями ревности. После лечения содержание 17-кетостероидов резко снизилось (16,3—17,7 мг%).

После функциональной нагрузки с АКТГ (по 40 ед. в сутки) заметных колебаний в экскреции 17-кетостероидов не произошло.

При приеме амизила больные отмечали снижение полового влечения, некоторое безразличие. Однако не было отчетливой адекватной реакции на значительное снижение половой активности. Бредовые идеи ревности у части больных стали более выраженными. Особенно это наблюдалось при моносиндроме бреда ревности и повышенном или нормальном половом влечении. Под влиянием половых гормонов во многом улучшается самочувствие, исчезает прежнее безразличие к половой жизни. Алкогольный бред ревности был у 71 чел. в возрасте от 25 до 64 лет. Сексуальные расстройства выявлены почти у всех: достаточная потенция и повышение либидо — у 8, повышение потенции и либидо — у 10, умеренное снижение либидо — у 6, снижение потенции и либидо — у 13, снижение потенции и ејасулатио гаесох — у 12, отсутствие потенции и либидо — у 10, гиперсексуальность с извращением полового чувства — у 7. Указанные нарушения в 82% случаев предшествовали возникновению бреда ревности.

Как правило, алкогольный бред ревности возникает у лиц с определенными признаками алкогольной деградации личности. Бред ревности формируется постепенно, проходя этапы сомнения — проверки — контроля — убеждения. На первых этапах отмечается усиление, затем снижение полового влечения, вплоть до угасания. Больные тяжело переживают свою неполноценность. Они устраивают сцены допросов, жестоко избивают жен, требуя признания в измене, ревнуют их буквально ко всем. Стремятся показать, что они еще способны к половой жизни, делают неудачные попытки. Отказ жены от интимной близости или «легкое согласие», одинаково трактуется как доказательство ее измены. В процессе лечения бред ревности в ряде случаев несколько дезактуализируется, однако полной критики, как правило, не наблюдается. Мысли о своей неполноценности не оставляют больных. При даче амизила у всех больных исчезли утренние эрекции, снизилось либидо, что их особенно встревожило. Обострились мысли о половом бессилии, идеи ревности стали более яркими. Определение 17-кетостероидов показывает различные нарушения в зависимости от стадий алкоголизма: при I ст. — снижение, при II—III ст. — резкое падение, истощение функции андрогенов. Это положение объясняется гипофункцией системы гипофиз — кора надпочечников — половые железы. Последнее обстоятельство находит свое подтверждение при определении 17-кетостероидов после нагрузки с АКТГ. При этом полученные цифры не превышают нижних границ нормы — 9,7—10,3 мг%.

Больные с инволюционным параноидом были в возрасте от 45 до 72 лет. Половая функция у всех больных нарушена, часто в виде снижения потенции и либидо. Бред ревности формируется постепенно, проходя этапы сомнения — проверки — убеждения. Объектом ревности является конкретное лицо. Часто бред носит ретроспективный характер. Бред ревности отличается особой резистентностью к терапии.

Амизил у части больных (17) вызывает усиление ажитации, тоски, снижение либидо, исчезновение потенции. Обостряются и бредовые переживания. У другой группы больных (16) эти изменения после приема амизила незначительны.

Содержание 17-кетостероидов снижено (8—10,9 мг%). Исследования в процессе лечения, а также после функциональной нагрузки с АКТГ свидетельствуют о стойкости и необратимости этих изменений.

Все больные получали трифтазин, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, половые гормоны (тестобромлецит), в результате чего улучшилось самочувствие, появлялась бодрость, более ровное настроение. Однако сексуальные расстройства поддаются нормализации с трудом и незначительно.