

и аускультативные изменения в легких. Рентгенологические данные свидетельствовали о мелкогнездном, очаговом и сливном характере легочного осложнения. У 8 детей пневмония протекала с септическим компонентом (гнильный отит — у 5, абсцедирование легкого — у 2, пиелонефрит — у 1). Повторные исследования мокроты больных пневмонией обнаруживали чаще всего стафилококки, реже стрептококки и диплококки, а также смешанную флору. У детей с поздней пневмонией кокковая флора высевалась в 1,5 раза чаще, чем у больных с ранним легочным осложнением.

В крови детей, у которых пневмония диагностирована на 1-2-й неделе судорожного кашля, определялся выраженный лимфоцитарный лейкоцитоз, умеренно ускоренная или нормальная РОЭ. У детей того же возраста с поздней пневмонией обнаруживались нейтрофильный лейкоцитоз, резко ускоренная РОЭ.

Ранние пневмонии, протекающие с маловыраженными рентгенологическими изменениями, с лимфоцитарным лейкоцитозом и меньшей высеваемостью вторичной флоры из дыхательных путей, могут быть результатом коклюшного процесса.

Позднее развитие пневмонии у большинства коклюшных больных имеет связь с вторичной флорой, что находит проявление в выраженных перкуторных и аускультативных данных, значительных рентгенологических изменениях в легких вплоть до абсцедирования, частом обнаружении кокковой флоры в дыхательных путях, значительно нейтрофильном лейкоцитозе и ускоренной РОЭ.

25 больных получали инъекции стрептомицина и эритромицин, 27 — стрептомицин в сочетании с пенициллином или тетрациклином. К этим антибиотикам была чувствительна выделенная из мокроты флора.

При расстройствах сердечно-сосудистой деятельности мы применяли кордиамин в каплях или в виде инъекций.

При равных условиях стрептомицин с эритромицином являются более эффективными, чем стрептомицин с пенициллином или тетрациклином. В группе детей, получавших стрептомицин в сочетании с эритромицином, хороший эффект достигнут у 12, удовлетворительный у 8 и нестойкий у 5, а среди леченных стрептомицином с пенициллином или тетрациклином хороший эффект наблюдался у 8, удовлетворительный — у 7, нестойкий — у 12.

УДК 611.65/69—616—007

Н. Л. Капелюшник и В. В. Попов (Казань). Пороки развития женских половых органов

Врожденные пороки развития внутренних половых органов у женщин встречаются редко. По данным Федоровой (1967) аномалии матки составляют 0,32%. Вопрос о времени возникновения их во внутриутробной жизни плода и факторах, способствующих появлению врожденных аномалий, окончательно не решен. Данные по эмбриогенезу внутренних половых органов противоречивы.

Изучая вопросы лечения одного из пороков развития гениталий — аплазии влагалища, мы, как правило, наблюдали у больных сочетание отсутствия влагалища с рудиментарным развитием матки и труб при нормально расположенных и функционирующих яичниках. Только у одной больной аплазия влагалища и рудиментарное развитие матки и придатков слева сочетались с атипичным расположением в паховом канале правых придатков матки.

Такой порок развития является редким, мы встретили только одно описание его (Захарова, Гершкарон, 1959). Приводим наше наблюдение.

К., 23 лет, поступила 30/IX 1968 г. с жалобами на невозможность иметь половое сношение и отсутствие менструации. Мать пациентки предпринимала неудавшиеся попытки к прерыванию беременности на ранних сроках. Девочка родилась в срок, росла и развивалась нормально, ничем не болела. Менструации не было.

Телосложение правильное. Молочные железы развиты нормально. В мочевыделительной системе, по данным хромоцистоскопии от 15/X, отклонений от нормы нет. По ходу пахового канала справа в толще подкожножировой клетчатки пальпируется образование величиной со сливу овальной формы, ограниченно подвижное, тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации. Наружные половые органы развиты нормально. При раздвигании малых половых губ определяется слепой карман глубиной в 1,5—2 см. Наружное отверстие мочеиспускательного канала несколько расширено. При двуручном ректально-брюшностеночном исследовании тело матки и придатки не определяются. При пневмопельвиографии контуров матки и яичников также не обнаружено.

Двухфазная ректальная температура и наличие полового хроматина $\frac{+5}{-95}$ заставили отказаться от предположения о наличии у больной тестикулярной феминизации.

17/X 1968 г. произведен кольпопоз по методике, разрабатываемой в нашей клинике, с пластикой искусственного влагалища капроновым ситом. Послеоперационный период протекал без осложнений.

1/XI 1968 г. под эфирно-кислородным масочным наркозом сделан разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки в области лона справа по ходу пахового канала. В паховом канале обнаружен яичник нормальной величины и формы с хорошо

развитой маточной трубой. Взят кусочек ткани яичника для гистологического исследования. Разрезом по Пфаннештилю вскрыта брюшная полость. Установлено наличие рудиментарного (в виде тяжа) тела матки в толще складки брюшины и рудиментарных, также в виде тяжа, левых придатков матки. Правые придатки, обнаруженные в правом паховом канале, низведены в брюшную полость. Брюшная полость закрыта наглухо. Правый паховый канал послонно восстановлен.

Гистологически подтверждено наличие яичниковой ткани с выраженным фолликулярным аппаратом.

Послеоперационный период протекал гладко. Окончательный клинический диагноз: аплазия влагалища, рудиментарное развитие матки и левых придатков, атипичное расположение правых придатков матки (правосторонняя паховая грыжа с расположением в грыжевом мешке правых придатков матки).

УДК 616.71—018.3—002

В. Ф. Врезубов (Ухта). Синдром Титце

Симптомокомплекс Титце, описанный в 1921 г., характеризуется наличием болезненных бугорков (припухлостей) на грудном конце верхних ребер или на границе их костной и хрящевой частей, чаще слева, без признаков воспаления. Нередко процесс сопровождается болями в соответствующей половине грудной клетки, иногда по типу стенокардии. В начале заболевания отмечается появление незначительной боли в области верхних ребер, иногда во всей половине грудной клетки, усиливающейся во время чихания, кашля, глубокого вдоха, движения. Вскоре в области хряща появляется болезненное опухолевидное утолщение плотной консистенции, величиной до лесного или грецкого ореха. Кожа над опухолью не изменена.

В отечественной литературе мы встретили 2 описания синдрома Титце (Ю. И. Децик, 1960 и И. П. Фесенко, 1967).

Мы наблюдали в поликлинике 4 больных с синдромом Титце (3 мужчин в возрасте 33—39 лет и женщину 57 лет).

1. В., 38 лет, обратился в поликлинику 4/IX 1967 г. с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, глубоком вдохе, физической нагрузке.

Болезненность хрящей 2-го и 3-го ребер слева, припухлость второго ребра в месте перехода кости в хрящ. При рентгенографии ребер патологии не обнаружено.

В дальнейшем В. чувствовал себя хорошо. В феврале 1968 г. появились боли сжимающего характера, иногда колющие, в левой половине грудной клетки. Припухлость ребер заметно уменьшилась, незначительная болезненность при грубой пальпации. 13/V беспокоят небольшие боли, опухоли нет, небольшая болезненность.

2. Т., 57 лет, больна с 10/XI 1967 г. Диагноз — межреберная невралгия. Начало заболевания пациентка связывает с подъемом тяжести. Температура 37,5°.

Справа в месте соединения 2-го ребра с грудиной определяется опухоль до 2 см, плотная, болезненная. При рентгенографии ребра изменений не выявлено. После лечения боли уменьшились, опухоль почти не изменилась. Т. выписана на работу 25/XI.

3. Ч., 39 лет, заболел 19/I 1968 г., когда после работы почувствовал боли в верхней половине грудной клетки справа, в плечевом поясе. Начало заболевания связывает с физической нагрузкой. В месте перехода 2-го ребра в хрящ справа пальпируется болезненная, плотной консистенции припухлость до 2 см. При рентгенографии изменений со стороны ребер не выявлено. 26/I боли уменьшились. 29/I боли продолжают беспокоить, припухлость остается. 3/II боли значительно уменьшились, при пальпации незначительная болезненность. 7/II жалоб нет, остается припухлость, небольшая болезненность при грубой пальпации. Пациент выписан на работу 8/II 1968 года.

4. П., 33 лет, заболел 3/III 1968 г. Почувствовал боли в левой половине грудной клетки.

В месте соединения 2-го ребра с грудиной слева пальпируется плотная, болезненная припухлость до 2 см; кожа над ней не изменена. На рентгенограммах и томограммах изменений ребра не обнаружено. 15/III движения стали более свободными, боли заметно уменьшились, припухлость остается, слегка болезненна при пальпации. Через два дня больной смог приступить к работе. 29/III опухоль в размере не изменилась, при пальпации — незначительная болезненность.

В наших наблюдениях необходимо отметить следующее. Все больные были правильного телосложения, хорошей упитанности. В анамнезе отсутствовало указание на травму, воспалительные, инфекционные и аллергические заболевания. Синдром отмечался у лиц, занимающихся физическим трудом (рабочие, шофер), с поражением хрящей верхних ребер (второго).

Наш опыт показывает, что описанный симптомокомплекс встречается чаще, чем указано в литературе. Причиной редкого диагностирования синдрома является незнание врачей с симптоматологией данной болезни.