

Лечение у 64 больных состояло в назначении курса инъекций тестостерона-пропионата 5% (внутримышечно) 3—4 раза в неделю на протяжении 5—6 недель и по схеме проф. Кватера — у трех, одна получала метилтестостерон в таблетках. Как правило, к инъекциям тестостерона один раз в неделю добавлялось введение 1 мл 0,1% эстрадиола-пропионата.

У подавляющего числа больных к концу курса лечения наступало ясное улучшение вплоть до полного угасания невроза. Кровотечение постепенно уменьшалось и прекращалось. Выключение менструации на 1—2 цикла было обычным, более длительное — редким. Наступление менопаузы не ускорялось. Добавление эстрадиола явно улучшало результаты лечения. Положительные исходы были стойкими. У 10 больных потребовалась дополнительная терапия — аклиман, климактерин, ионофорез. Полное выздоровление или выраженное улучшение получено у 58 больных.

Наш опыт применения андрогенов при некоторых дисфункциональных кровотечениях оправдал себя и заслуживает внедрения в практику. Осложнения редки и скороисчезающие. Противопоказанием для применения тестостерона являются субмукозные миомы, миомы с омертвением и быстрым ростом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Акуш. и гинек. 1962, 1. — 2. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1961. — 3. Лебедев А. А. Дисфункциональные маточные кровотечения. Медгиз, М., 1960. — 4. Моисеенко М. Д. Акуш. и гинек. 1950, 2 и 1959, 3. — 5. Шущания П. Г. В кн. «Тез. докл. X Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов 11—18/II 1957 г.». М., 1957. — 6. Buschebeck H. Gynaecologia. 1956, 142, 2, 112—126. — 7. Buhrens H. Ztb. f. Gyn. 1956, 20, 794—799.

Поступила 4 декабря 1964 г.

УДК 618.3

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

К. В. Воронин, П. С. Гуревич

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, проф. — консультант П. В. Маненков) и кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Непряхин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

При переношенной беременности плацента претерпевает значительные макроскопические и микроскопические изменения, которые освещены в работах Е. Я. Ставской (1949), Ф. Боя (1950), А. С. Девизоровой (1961), О. С. Егорова (1962), Ю. Вензел-Круэлса (1963) и др.

Мы подвергли макро- и микроскопическому изучению 29 плацент при клинически установленной переношенной беременности и 8 плацент при доношенной.

Средний вес плаценты при переношенной беременности составил $646,5 \pm 25,5$, при доношенной — $462,5 \pm 30,9$. В 18 случаях при переношенной беременности встретились обызвествления, причем чаще при большем сроке перенашивания. При доношенной беременности обызвествления встретились в 4 случаях. Внешний вид плацент при переношенной беременности мало отличался от плацент при доношенной. В 2 случаях переношенности (43—44 нед.) плаценты имели отечные доли, местами — атрофичные (в одном из них роды закончились мертворождением). Отношение веса плаценты к весу плода разнилось. При переношенной беременности оно приближалось к $1/6$ (средний вес плода $3638 \pm 108,7$), при доношенной — к $1/7$ (средний вес плода $3125,0 \pm 218,5$), что несколько противоречит данным Л. А. Калкинса (1948), который нашел соотношение при перенашивании, как $1:7$.

При микроскопическом изучении структуры плацент были отмечены следующие наиболее выраженные изменения: исчезновение синиция у $25/0$, некроз ткани у $8/0$, склерозирование у $5/4$, отек ворсин у $4/0$, обызвествление у $18/7$, сосудистые изменения у $8/1$ плацент (в числителе — при переношенной беременности, в знаменателе — при нормальной).

Наиболее характерной деталью гистологической картины при переношенной беременности является исчезновение синиция с крупных и мелких ворсин. В единичных случаях при доношенной беременности встречалось частичное исчезновение синиция с поверхности крупных ворсин. Сосудистые изменения сводились к расширению венозных русел, к некоторому увеличению количества сосудов в ворсинах. Это противоречит данным А. С. Девизоровой (1961), О. С. Егорова (1962), Б. Дарст (1963) и др. Мы трактуем эти изменения как проявление своеобразной регенерации, как результат приспособления

сосудистой системы плаценты к повышенным требованиям. В этом наши данные совпадают с результатами исследований Т. Ф. Атоян (1963).

Клинический диагноз переносимости беременности подтвердился на основании макроскопического исследования плаценты и внешнего осмотра ребенка — в 15, не подтвердился — в 7, поставлен под сомнение — в 7 случаях. На основании гистологического изучения плаценты диагноз получил подтверждение в 21, не подтвердился в 3, подвергнут сомнению в 5 случаях. В 16 случаях макроскопические и микроскопические данные совпали. Следует отметить, что обызвествление плаценты было обнаружено почти во всех случаях доношенной беременности, что говорит об относительности его значения при перенашивании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атоян Т. Ф. Измен. в последе при переносимости беременности. Автореф. канд. дисс. Краснодар, 1962. — 2. Егоров О. С. Педиатрия, акушерство и гинекология. 1962, 2. — 3. Ставская Е. Я. Перенашивание беременности. Медгиз, Москва, 1949. — 4. Calkins L. A. Am. J. Obst. gyn. 1948, 56, 1, 167—173. — 5. Clayton L. G. Цит. по Rathban L. S. Am. J. obst. gyn. 1943, 46, 2, 278—282. — 6. Scipiadess. Цит. по Kolonia S. (1951). — 7. Kolonia S., Schreiner W. Wien klin Wschr. 1951, 63, 18, 321—24. — 8. Darst B. Radovi med Fak. Zag. 1963, 11, 2, 119—129. — 9. Essbach H. Paidc Pathologie. 1961, 186—87. Leipzig. — 10. Venzell-Cruellsj. Arch. Gynäk. 1963, 198, 71—72.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.12 — 073.97

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЕНТРАЛЬНЫХ ОТВЕДЕНИЙ ЭКГ

У. И. Медведев

Первая терапевтическая клиника (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Для уточнения локализации патологических изменений в диафрагмальных отделах сердца, кроме общепринятых (стандартных, усиленных от конечностей, однополюсных грудных отведений), предложены «вентральные отведения» ($V_e - V_{eo} - V_o$) с наложением активного электрода на передней брюшной стенке (V_e — под мечевидным отростком, V_{eo} — на половине расстояния между мечевидным отростком и пупком, V_o — над пупком). Активный электрод вентральных отведений более приближен к диафрагмальным отделам сердца, чем таковой однополюсных отведений. Линии вентральных отведений не совпадают с линиями отведений однополюсных грудных отведений.

Нами изучены вентральные отведения у 110 больных инфарктом миокарда разной тяжести и на разных сроках течения. Кроме того, у 50 человек вентральные отведения зарегистрированы при подозрении на инфаркт миокарда, который в дальнейшем не был подтвержден.

У этих больных при обычной позиции сердца желудочковый комплекс в вентральных отведениях оказался следующих типов: V_e — типа rS, V_{eo} — типа R=S или R слегка больше или меньше S, V_o — типа RS. К активному электроду V_e — отведения ближе расположен правый желудочек, и, возможно, поэтому желудочковый комплекс V_e отведения имеет тип rS. По мере удаления активного электрода от сердца ($V_{eo} - V_o$) больше сказываются потенциалы левого желудочка. Соответственно меняется и тип желудочкового комплекса. На конфигурацию ЭКГ в вентральных отведениях оказывает влияние и позиция сердца в грудной клетке.

В вентральных отведениях $V_e - V_{eo} - V_o$ желудочковый комплекс типа RS встречается при выраженном повороте сердца вдоль продольной оси против часовой стрелки, особенно при вертикальной позиции сердца. Желудочковый комплекс типа rS встречается при выраженном повороте сердца вдоль продольной оси по часовой стрелке, особенно при горизонтальной позиции сердца. Таким образом, вентральные отведения помогают уточнить топографию отделов сердца, расположенных над диафрагмой, точнее определить локализацию инфаркта миокарда и распространение его на диафрагмальные отделы.

Зубец «Т» в вентральных отведениях может быть отрицательным при горизонтальной позиции сердца и наличии гипертрофии левого желудочка.

Из 84 больных инфарктом миокарда у 28 ЭКГ показала передний инфаркт с характерными изменениями в I, II, aVZ, $V_1 - V_6$ отведениях, у 21 из них отмечены изменения и в вентральных отведениях. Задний инфаркт миокарда (с ЭКГ изменениями во II, III, III на вдохе, aVF отведениях) найден у 31 больного, в том числе у 28