

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. университета.
(Директор проф. В. С. Груздев).

О роли конституции и угла наклона таза в этиологии опущений женских половых органов ¹⁾.

Д-ра В. И. Давыдова.

С 1 черт.

Если все авторы согласны в том, что непосредственной причиной выпадения половых органов у женщины является повышенное внутрибрюшное давление, то относительно анатомических моментов, способствующих возникновению этой аномалии, мнения авторов резко расходятся: одни приписывают здесь важную роль врожденным моментам, каковыми могут быть—*spina bifida lumbo-sacralis*, при которой имеет место паралич иннервирующих тазовое дно крестцовых нервов, затем—врожденная гипоплазия мускулатуры тазового дна, чрезмерная глубина заднего Douglas'ова кармана, наблюдаемая при инфантилизме и сопровождающаяся очень низким положением *levator'a ani* и пр.; другие главную причину опущения видят в приобретенных расслаблениях и нарушениях целостности мышечно-фасциальной основы тазового дна, особенно *levator'a ani* и мочеполовой диафрагмы; третьи, рассматривая пролапс, как грыжу, видят главную предрасполагающую причину его развития в чрезмерной ширине *hiatus genitalis*; четвертые на основании того факта, что выпадения матки, особенно полные, наблюдаются преимущественно у старух, на первом месте среди этиологических моментов, ведущих к пролапсу, ставят климактерические изменения связочного аппарата матки, стенок полового канала и пр.; пятые в качестве важного этиологического момента пролапса выдвигают ретрофлексию матки, шестые—недостаточность параметральной, паравагинальной и особенно паравезикальной ткани, каковая недостаточность иногда бывает результатом плохого питания, тяжелого труда и т. п. моментов, вызывающих исчезновение жировой клетчатки, изменяющих эластичность мышечно-фасциальной перегородки тазового дна и т. д. Выдвигаются и другие моменты для объяснения этиологии пролапса, напр., некоторые авторы приписывают здесь большое значение общей конституции женщины, другие—форме живота, а Böke и Luciani—состоянию вегетативной нервной системы. Наконец, в этиологии пролапса, несомненно, важную роль должны играть и особенности строения костного таза. В этом отношении прежде всего обращает на себя внимание угол наклона последнего; уже теоретически рассуждая, можно ожидать, что при малом угле наклона таза внутрибрюшное давление будет оказывать наибольшее действие на тазовое дно и таким образом благоприятствовать развитию пролапса; при большом угле, наоборот, действие это будет слабее, так как часть давящих сил при этом будет действовать на симфиз и нижнюю часть передней брюшной стенки.

Из всего вышеизложенного видно, что вопрос о значении анатомических моментов в этиологии опущений женских половых органов далек еще от своего окончательного разрешения.

¹⁾ Доложено в акушерско-гинекологической секции Об-ва врачей при Казанском гос. ун-те 15/XI 1929 г.

Подвергать пересмотру все высказанные относительно этиологии проляпса мнения не представляется возможным. Поэтому я и взял на себя труд выяснить на материале амбулатории и стационара Акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева, какую роль в этиологии опущений женских половых органов играют лишь два момента: конституция и угол наклона таза. К этому меня побудило то обстоятельство, что немногочисленные литературные данные, отмечающие связь проляпсов с конституцией и углом наклона таза, отличаются крайней разноречивостью. Так, что касается второго из этих моментов, то различные авторы приходят к различным результатам не только в оценке значения наклона таза в этиологии проляпса, но и в решении вопроса, какой угол наклона таза следует считать для женщины нормальным, какой—увеличенным и какой—уменьшенным.

Если Martin считает за норму наклона таза угол в 44° , то Губарев и Вунш определяют этот угол в 60° , а Сердюков даже угол в 40° считает большим. Относительно влияния угла наклона таза на проляпс мы также имеем три совершенно противоположных мнения: в то время, как Антошина утверждает, что угол наклона таза никакого значения в этиологии проляпса не имеет, Сердюков полагает, что здесь важную роль играет большой угол наклона, а Stoeckel и многие другие авторы,—что малый.

Что касается значения конституции в этиологии проляпса, то здесь взгляды почти всех авторов сходятся на преобладающем развитии проляпса у женщин инфантильного и астенического типа. Однако и здесь полного единогласия нет. Антошина, например, отмечает, что в ее материале (70 сл.) в 54% проляпс наблюдался у пикничек, тогда как Aschner, Flatau, Jaschke, Sellheim считают, что преобладающим типом женщин, страдающих выпадением половых органов, являются женщины астенического типа.

Для своих исследований я брал лишь женщин чадородного возраста—во избежание ошибок при определении конституции индивида и угла наклона таза¹⁾. Исследование велось по моей схеме (см. Ж. а. и ж. б. за 1929 г., № 2) как над женщинами, имевшими опущение половых органов, так, для контроля, и над здоровыми. Конституциональные типы определялись на основании соматометрической кривой с учетом описательных данных, а угол наклона таза—по методу проф. Ястребова. Метод этот, как видно из описания автора²⁾, сводится к следующему: измеряют 1) размер наружной конъюгаты, 2) расстояние от верхнего края симфиза до конца копчика, 3) расстояние от нижнего края симфиза до конца копчика, 4) расстояние между верхними и нижними краями симфиза, 5) расстояние между верхним краем симфиза и горизонтом, 6) расстояние между нижним краем симфиза и горизонтом, 7) расстояние от нижнего края симфиза до мыса, 8) расстояние от конца копчика до горизонта и 9) расстояние от ямки под остистым отростком V поясничного позвонка до горизонта. Получив все эти цифро-

¹⁾ Женщины старческого возраста, беременные с IV м-ца, больные тяжелыми болезнями, с опухолями брюшной полости, туберкулезом позвоночника и т. п. не брались для исследования, ибо указанные страдания могут изменить и конституциональный тип и угол наклона таза.

²⁾ Ястребов. Курс акушерства, вып. 1, Варшава, 1896 г.

пересечения со второй горизонталью поставим точку С, обозначающую верхушку копчика; из этой точки радиусом в 10,5 сант. опишем дугу и на месте ее пересечения с третьей горизонталью в точке S' получим нижний край симфиза. Соединив точки Р, S, S' и С, получим передне-заднее сечение таза. Измерив затем угол PSX, найдем, что он равен 40°. Угол этот и определяет наклонение таза.

Всего мною исследовано в указанном направлении 100 женщин, из которых у 50 имелось опущение половых органов. По своей конституции эти 50 женщин распределялись следующим образом (см. таблицу № 1):

Таблица № 1.

Конституция	Число случаев	%/о
Астеничек	15	30%
Средних	25	50%
Пикничек	10	20%

Из этой таблицы явствует, что какого-либо заметного предрасположения к проляпсу у женщин той или иной конституциональной группы нет. Хотя средних у меня было больше, чем остальных, но это, видимо, надо объяснить тем, что средняя группа вообще самая распространённая. То обстоятельство, что в моем материале,—правда, очень незначительном,—получалось преобладание средних среди страдающих проляпсом женщин, у других (Антошина)—пикничек и у третьих (Aschner)—астеничек, лишний раз говорит за то, что проляпс свойствен любой конституциональной группе.

Данные, касающиеся угла наклона таза, представлены мною в виде двух таблиц—№ 2 и № 3, причем в таблице № 2 приведены данные относительно женщин, имевших опущение половых органов, а в таблице № 3—данные относительно женщин с нормальным положением последних.

Таблица № 2.

Конституция	Угол наклона таза	Средн.
Астеничек . .	33,5—50	41
Средних . . .	30—48,5	39,2
Пикничек . .	35,5—42	39,6

Таблица № 3.

Конституция	Угол наклона таза	Средн.
Астеничек . .	35,5—57	43,1
Средних . . .	33,5—48,5	40,2
Пикничек . .	39—49	41,1

Полученные данные представляют некоторый интерес в том отношении, что средние цифры для угла наклона таза очень близко подходят к средним цифрам, данным антропологом Martin'ом. Кроме того, сравнивая средние цифры женщин, принадлежащих к одним и тем же конституциональным группам, имеющих опущение половых органов и без такового, нельзя не отметить некоторой закономерности в сторону повышения угла наклона таза у женщин, не страдающих проляпсом. Трудно предположить, чтобы такая закономерность была случайна, тем более

что и цифры колебания у не имеющих проляпса несколько выше, чем у имеющих таковой, и притом опять-таки во всех группах. Для признания угла наклона таза за фактор, способствующий проляпсу или препятствующий его возникновению, нам кажется необходимым иметь налицо, кроме указанной закономерности, еще и ощутительную разницу в величине угла, чего в нашем материале нет. А разница в 1° — 2° едва-ли может изменить статику и механику внутрибрюшного давления. Это обстоятельство, а также и то, что и большой, и малый угол наклона таза встречаются почти одинаково часто как у женщин, имеющих проляпс, так и без такового, позволяют нам думать, что роль этого момента в этиологии проляпса во всяком случае незначительна.

При измерении таза у нормальных женщин и у имеющих опущения половых органов мне удалось обнаружить некоторые характерные особенности в величине расстояния между концом копчика и нижним краем симфиза. Эти особенности настолько характерны, что я считаю нужным привести их в виде таблицы № 4.

Таблица № 4.

Конституция	Женщины с проляпсом	Число случаев	Женщины без проляпса	Число случаев
Астеничек	11,0 сант.	15	9,85 сант.	15
Средних	11,27 сант.	25	10,14 сант.	25
Пикничек	11,5 сант.	10	10,4 сант.	10

Здесь бросается в глаза резкое увеличение расстояния между концом копчика и нижним краем симфиза у женщин, страдающих выпадением матки, притом во всех случаях и во всех конституционных группах.

Кроме того следует отметить некоторую закономерность отношения между конституциональным типом женщины и величиной прямого размера выхода малого таза: наибольший размер выхода таза оказался у пикничек, наименьший—у астеничек, средние занимают в этом отношении промежуточное место.

Полученные данные позволяют объяснить проляпс матки следующим образом. Повидимому, у женщин, страдающих опущением половых органов, имеется увеличение площади тазового дна, а так как мы можем брюшные органы, в силу их удобоподвижности, рассматривать как жидкость, помещенную в замкнутое со всех сторон пространство, то, согласно закона Паскаля, мы будем иметь эффект внутрибрюшного давления тем больший, чем больше площадь дна и высота полости живота. Если в норме матка находит себе опору кроме мягких удерживающих тканей еще и в симфизе, то при увеличении прямого размера она будет соскальзывать с него и, преодолев сопротивление мягких тканей, рано или поздно опустится. По той же причине станет опускаться ретрофлексированная матка, не находя себе поддержки со стороны копчика.

Что касается причины увеличения расстояния между копчиком и симфизом, то она может иметь двойное происхождение: во-первых, увеличение это может произойти за счет недоразвития копчика, а во-вто-

рых—на почве многих и часто следующих друг за другом родов. Согласно таблице № 4 при суждении о норме прямого размера выхода таза надо всегда иметь в виду и конституцию индивида.

В заключение я позволю себе сделать следующие выводы:

1) Опускание женских половых органов свойственно всем конституциональным группам без заметного предрасположения к пролапсу какой-либо отдельной группы.

2) Угол наклона таза не играет существенной роли в этиологии пролапса.

3) За среднюю цифру угла наклона таза надо считать цифру, данную Martin'ом, т. е. 44°.

4) У женщин всех конституциональных типов при опущении половых органов имеется налицо увеличение прямого размера выхода таза. Повидимому, это увеличение играет далеко не последнюю роль в этиологии опущения женских половых органов.

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Зав. д-р В. А. Хатунцев).

О дифференциальном диагнозе между самопроизвольным и подпольным абортom.

Д-ра М. И. Магид.

Начиная с 90-х годов прошлого столетия, стал обнаруживаться непрерывный рост искусственных абортов, и количество неполных абортов, поступающих в больницы, стало резко увеличиваться.

Неоднократно делались попытки установить, сколько же среди поступающих в больницы неполных абортов есть подпольных, однако, в виду трудности получить соответствующие данные, различные авторы (Benthin, Schäfer, Dubrowitsch, Jaeger, Nürnberger, Peyser, Siegel, Sternberg, Лурье, Мажбиц и др.) пришли к весьма разноречивым данным.

У этих авторов мы находим самые разнообразные цифры, что отчасти зависит и от различия материала. Если прибавить, далее, что женщины нередко скрывают факт аборта, то следует признаться, что о частоте подпольного аборта среди общей массы самопроизвольного, мы почти ничего не знаем. Некоторые авторы (Bumt и др.) доходят до того, что они чуть ли не каждый случай поступающего в больницу неполного аборта считают подпольным.

Следует иметь в виду, что разноречие данных указанных авторов зависит также и от различных методов учета подпольного аборта. Учет можно вести двояким путем: 1) опрашивая женщин, сколько у них в анамнезе было спонтанных и подпольных абортов; 2) выясняя, сколько среди женщин, *поступивших с абортom*, есть таких, которые вызвали аборт искусственно. Мы в нашей работе придерживались второго метода.

Вопрос о частоте подпольного аборта на больничном материале нас интересовал с двух точек зрения.