

- 1952, 3. — 7. Ильин И. В. Автореф. канд. дисс. Минск, 1958. — 8. Ланковиц А. В. Вопр. охр. мат. и дет. т. 8, 1963, 7. — 9. Маненков П. В., Фролова Н. И. Акуш. и гинек., 1958, 6. — 10. Персианинов Л. С. Там же. 1956, 4. — 11. Полонский Я. Н., Ильина Н. В. Там же. 1956, 4. — 12. Стафеева Е. Н. Вопр. охр. мат. и дет. т. 8, 1963, 7. — 13. Туганова А. М. Акуш. и гинек. 1956, 4. — 14. Юрьева Л. В. Там же. 1956, 4. — 15. Schultze K. W. Geburtsh. u. Frauenheilk., 1959, 8. — 16. Burchardt E., Schut D. Geburtsh. gynäk., 1962, 158, 1. — 17. Cimellaro M., Tietropolo F. Clin. obstet. gynec. 1961, 63, 3. — 18. Pericone G., Marino B. Minerva gynec. 1963, 15, 2. — 19. Webster A. West. J. Surg. 1961, 69, 4. — 20. Dörr H., Walter E. Zbl. Gynäk. 1963, 39, 23. — 21. Wimhofer H., Bach H. G. Deutsche med. 1956, 38. — 22. Kivikoski A., Rauramo L. Ann. chir. gynec. Fenn. 1963, 52, 1. — 23. Wendl H. K. Zbl. gynäk. 1961, 27. — 24. Kalkschmid W. Wien. klin. Wschr. 1961, 35. — 25. Kostic P. Arch. Gynäk. 1963, 198. — 26. Varga P. Arch. Gynäk. 1963, 198. — 27. Dumaulin J. G. J. Obst. gynaecol. Brit. Empire. 1957, 64, 1. — 28. Hohlbein R. Zbl. gynäk. 1961, 20. — 29. Schrader K. M. Deutsche gesundheitswesen. 1960, 6, 277. — 30. Maggiora-Vergano T. Minerva gynec. 1963, 18. — 31. Raics J. Dtsch. gesundh. wes. 1961, 48. — 32. Warm B. Zbl. Gynäk. 1963, 13. — 33. Allobadia N. K. Amer. J. Obstet. gynec. 1963, 2. — 34. Bach H. G., Zeilinger J. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1963, 5. — 35. Hollstein K. Landarzt. 1962, 5. — 36. Finkbeiner H. Geburtsh. u. Frauenh., 1957, 3. — 37. Weilenmann J. Gynaecol. 1956, 142, 6.

Поступила 13 мая 1964 г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОРПОРАЛЬНОГО И ПЕРЕШЕЕЧНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Доц. А. С. Слепых

Кафедра акушерства и гинекологии Алтайского медицинского института (научн. руковод. — член-корреспондент АМН СССР проф. Л. С. Персианинов)

Из употреблявшихся ранее многочисленных методик абдоминального родоразрешения в настоящее время применяются в основном только кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с поперечным или продольным его разрезом, а также корпоральное с продольным разрезом передней стенки тела матки.

Многолетний опыт родовспомогательных учреждений как в нашей стране, так и за рубежом показал значительные преимущества перешеечного кесарева сечения, и оно во многих местах почти целиком вытеснило корпоральное. Несмотря на это, ряд акушеров еще выступает с утверждением, что отрицательное отношение к корпоральному кесареву сечению необоснованно и последнее не лишено многих достоинств (Л. Е. Гуртовой и В. И. Сизова, А. В. Ланковиц, А. А. Коган, F. H. Falls).

Для сравнительного анализа результатов обоих методов хирургического родоразрешения мы использовали собственный материал, охватывающий 1160 операций кесарева сечения, а также все опубликованные за последние полтора десятилетия работы отечественных и некоторых зарубежных авторов. Кроме того, нами обследовано 265 женщин, перенесших 1—4 года назад брюшнотеночное родоразрешение.

В нашей стране, как и многие годы тому назад, корпоральное кесарево сечение является наиболее распространенным методом абдоминального родоразрешения. Из 8435 операций кесарева сечения в 53% применялось корпоральное и в 47% — перешеечное. Если же исключить из этой статистики данные гг. Москвы и Ленинграда, то удельный вес кесарева сечения в нижнем сегменте матки составит всего 35,7%.

При анализе 35 057 операций кесарева сечения, произведенных за это же десятилетие в ряде зарубежных стран (38 авторов), выяснилось, что в 77,6% случаев хирургическое родоразрешение производилось путем кесарева сечения в нижнем сегменте матки, в 17,5% — путем корпорального.

Сравнение ближайших и отдаленных результатов перешеечного и корпорального кесарева сечения не в пользу последнего.

Материнская летальность при корпоральном значительно выше, чем при перешеечном. С. М. Маршалл, анализируя результаты кесарева сечения по 16 клиникам Англии за 1943—1947 гг., показал, что на 5851 операцию в нижнем маточном сегменте материнская летальность была равна 0,6%, а на 1734 корпоральных — 2,19%. В группе узких тазов при производстве операции до родов материнская летальность была равна 0,13% при перешеечном и 0,35% при корпоральном кесаревом сечении, при производстве же операции во время родов соответственно 0,89% и 3,4%.

Сходные результаты получены при сравнении обоих методов на нашем материале. Общая материнская летальность составила на 815 корпоральных операций 1,1% (редуцированная — 0,82%) и на 345 перешеечных — 0,57% (редуцированная — 0,28%).

Анализ опубликованных данных по нашей стране показал следующее: на 2638 операций, где в основном употреблялось перешеечное кесарево сечение, осложнений в послеоперационном периоде были в среднем у 26,1% женщин, а на 2225 операций, в большинстве своем корпоральных, — у 39,1% женщин.

При перешеечном кесаревом сечении несколько чаще встречаются осложнения со стороны гениталий. Наиболее же опасные осложнения — полное расхождение швов на брюшной стенке с эвентрацией или без нее, тромбозы, перитонит, сепсис — более чем в три раза чаще наблюдались после корпорального кесарева сечения.

После перешеечного кесарева сечения гинекологическая заболеваемость встречается реже, чем после корпорального. Кроме того, редко встречаются маточно-брюшностеночные свищи являются уделом корпорального кесарева сечения.

Частота спонтанных родов, по данным различных авторов, меньшая после корпорального и большая после перешеечного кесарева сечения (R. F. Lawtence, D. H. Eames).

Из 730 беременных и рожениц, которые подверглись повторному кесаревому сечению, согласно суммарным данным отечественных авторов, в 42% оно было произведено по поводу несостоятельности маточного рубца после бывшего кесарева сечения. В подавляющем большинстве эти женщины раньше перенесли корпоральное кесарево сечение.

Из 1160 проанализированных нами кесаревых сечений 119 были повторными, причем у 108 женщин предыдущее кесарево сечение было корпоральным. У 68 женщин (57%) повторное кесарево сечение было произведено исключительно по поводу неполноценного рубца на матке, и все эти женщины раньше подвергались родоразрешению путем корпорального кесарева сечения.

М. Г. Сердюков, А. М. Мажбиц и Ю. И. Стальский, А. К. Шарнин отмечают, что примерно в 30—60% повторных кесаревых сечений у женщин, ранее подвергавшихся корпоральному кесареву сечению, в брюшной полости обнаруживается спаечный процесс, редко наблюдающийся после операции в нижнем маточном сегменте. Высокая частота спаечного процесса в брюшной полости после корпорального кесарева сечения обнаружена и на нашем материале (в 44,4% из 108 женщин), причем у 9 спаечный процесс был настолько обширным, что врачам не удалось произвести стерилизации. Спаечного процесса после 11 кесаревых сечений в нижнем сегменте матки не было.

Несостоятельность рубца на матке является также нередкой причиной разрывов матки по рубцу при последующих беременностях и родах и опять-таки после корпорального кесарева сечения. Эти разрывы матки встречаются в несколько раз чаще, чем после перешеечного.

Анализ опубликованных в нашей стране данных показал, что на 427 беременных и рожениц, перенесших ранее кесарево сечение, разрывы матки по рубцу составили 12,4%, а на 15 019 таких женщин, по суммарным данным зарубежных авторов, — 1,78%. Такую разницу в частоте разрывов матки по рубцу можно объяснить только различной методикой абдоминального родоразрешения. Из собранных нами описанных 514 случаев разрывов матки по рубцу после кесарева сечения в 83,8% разрывы возникли после корпорального, в 15,2% — после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте и в 1% метод перенесенного сечения не был указан.

Разрывы матки по рубцу, происшедшие после кесарева сечения в нижнем ее сегменте, протекают менее тяжело, дают меньшую материнскую летальность и перинатальную смертность.

Таким образом, данные клиники показывают, что ближайшие и отдаленные исходы абдоминального родоразрешения у женщин, перенесших перешеечное кесарево сечение, значительно лучше.

Исследования структуры миометрия, кровоснабжения и иннервации матки, выполненные Н. П. Лебедевым, И. Ф. Перфильевой, Б. Н. Мошковым, О. К. Никончик и др., показали, что производство сечения в области нижнего сегмента матки более обосновано и анатомически.

Особенности анатомического строения различных отделов матки позволяют достигать почти бескровного производства кесарева сечения в нижнем сегменте матки; в то время как при корпоральном кесаревом сечении кровопотеря бывает всегда, иногда даже в значительном количестве. Кооптация краев раны при корпоральном сечении производится с трудом, поскольку края ее выворачиваются в стороны, и требует наложения большого количества швов и их хорошего натяжения, а это не способствует хорошему заживлению разреза матки. При корпоральном сечении наблюдается большая частота placenta cesarea, тогда как прикрепление плаценты в области нижнего маточного сегмента несравненно менее частое явление.

В период пуэрперия маточная рана в области ее нижнего сегмента находится в более лучших условиях заживления, так как менее подвержена влиянию послеродовых сокращений матки и ее инволюции.

При перешеечном кесаревом сечении возникающие воспалительные осложнения в послеоперационном периоде носят местный характер, и если образуются гнойники, то их без труда можно опорожнить через влагалище. Все это также дает возможность родоразрешать женщин абдоминальным путем и при инфицированных родах, в то время как употребление корпорального сечения у этих женщин весьма опасно.

Из двух модификаций сечения в нижнем маточном сегменте — с продольным и поперечным разрезом стенки матки — наиболее рациональна последняя. Продольный разрез при перешеечном кесаревом сечении страдает рядом недостатков: он не обоснован анатомически, так как мышечные волокна в этом отделе матки располагаются в косом и циркулярном направлении, при этом методе редко получается чисто истмический разрез, труднее извлекается головка плода, очень низко требуется отслаивать мочевой пузырь и т. д.

Хотя И. Л. Брауде, А. М. Агаронов, Н. Serment даже рекомендуют продолжать истмический разрез на тело матки для облегчения извлечения головки, нельзя забывать о том, что при этом могут возникнуть все отрицательные моменты корпорального кесарева сечения, и, таким образом, перешеечное кесарево сечение теряет свой смысл.

Резюмируя все вышесказанное, надо признать, что наиболее рациональным методом абдоминального родоразрешения является сечение в нижнем маточном сегменте с поперечным разрезом перешейки. Корпоральное кесарево сечение должно производиться только тогда, когда производство перешеечного сечения или лишено смысла, или технически не выполнимо.

Предлежание плаценты не является противопоказанием для производства кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.

Более простое корпоральное кесарево сечение целесообразнее производить, если за этой операцией последует надвлагалищная ампутация или экстирпация матки (фибромиомы, рак шейки матки), если имеются резкие деструктивные изменения в области нижнего сегмента матки, при шеечной фибромиоме, если требуется очень быстрое родоразрешение в интересах матери или плода (тяжелые дородовые кровотечения, кесарево сечение на мертвой или умирающей).

Повторное кесарево сечение также должно производиться в нижнем маточном сегменте. У большинства женщин оно не представляет трудности (А. И. Бурханов, В. М. Уткин). Корпоральное кесарево сечение при повторном абдоминальном родоразрешении приходится делать, если имеется обширный спаечный процесс в области нижнего сегмента матки или наличие неполноценный рубец на матке после предыдущего корпорального сечения, который необходимо иссечь.

Если при абдоминальном родоразрешении корпоральным кесаревым сечением пользоваться только при указанных обстоятельствах, то удельный вес перешеечного сечения должен составлять по меньшей мере 80% из общего числа прооперированных беременных и рожениц. Часто встречаются родовспомогательные учреждения, где почти в 100% употребляется только перешеечное кесарево сечение.

Как уже указывалось, корпоральное кесарево сечение является превалирующим методом хирургического родоразрешения во многих учреждениях нашей страны. Такому положению вещей, по-видимому, способствуют несколько факторов. Ряд акушеров в своих работах считает, что корпоральное сечение является вполне приемлемым методом брюшностеночного родоразрешения. Но основная причина заключается в том, что врачи недостаточно знакомы с отрицательными и опасными последствиями корпорального сечения. Это подтверждается хотя бы тем, что в подавляющем большинстве опубликованных работ за последние два десятилетия, в которых отражены ближайшие и отдаленные результаты абдоминального родоразрешения, авторы не провели дифференцированный анализ своего материала, видимо, полагая, что исходы кесарева сечения одинаковы независимо от метода.

Не меньшее значение имеет и то обстоятельство, что обучению врачей перешеечному кесаревому сечению не уделяется должного внимания. Поэтому корпоральное кесарево сечение широко используется в нашей стране, тем более что обучиться его производству не представляет большого труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаронов А. М. Оперативное акушерство. Арм. гос. издат. Ереван, 1961.
2. Акопян Е. С. К вопросу о ретровезикальном кесаревом сечении. Тр. Самарк. мед. ин-та, Самарканд, 1937, 1. — 3. Бакшт Г. А. Абдоминальное родосечение (кесарево сечение) в современном акушерстве. Воронежский мед. ин-т, Воронеж, 1934.
4. Брауде И. Л. Акуш. и гинек. 1938, 1. — 5. Бурханов А. М. Там же. 1958, 5.
6. Гентер Г. Г. Сб. научн. тр. Лен. отд. Всеросс. о-ва акуш. и гинекол. М. — Л., 1938, т. 1. — 7. Гуровская Т. М. Акуш. и гинек. 1960, 2. — 8. Гуртовой Л. Е. Там же. 1954, 5. — 9. Коган А. А. Тез. докл. 2-й Узбек. респ. научн. конф. по вопр. акуш. и гинек. Узмедгиз, Ташкент, 1957. — 10. Ланкович А. В. Вопр. охр. мат. дет. 1958, 3. — 11. Лебедев Н. П. Брюшностеночное родоразрешение (кесарево сечение) по способу поперечного разреза в перешейке матки. Автореф. докт. дисс. Горький, 1949. — 12. Мажбиц А. М., Стальский Ю. И. Сб. тр. Архан. мед. ин-та. Архангельск, 1957, 17. — 13. Мазур И. Г., Шинкарева Л. Ф. Вопр. физ. и патол. род. акта, вып. 1, Л., 1958. — 14. Мошков Б. Н. Акуш. и гинек., 1954, 4. — 15. Никончик О. К. Там же. 1954, 4. — 16. Персианинов Л. С. Там же. 1956, 4. — 17. Перфильева И. Ф. Акт. вопр. акушер. гинек. Медгиз, М., 1957. — 18. Полонский Я. Н. Акуш. и гинек. 1937, 9—10. — 19. Сердюков М. Г. Сов. мед. 1939, 15. — 20. Скробанский К. К. Акушер. и женск. бол. 1935, 4. — 21. Сте-

панова П. А. Тр. Смол. мед. ин-та. Смоленск, 1955, т. V. — 22. Тимофеев Е. Д. Тр. I Лен. мед. ин-та. Л., 1935, 1. — 23. Уткин В. М. Научн. тр. Рязан. мед. ин-та. Рязань, 1960, т. 12, вып. 4. — 24. Фейертаг Г. М. Тр. Кубанского мед. ин-та. Краснодар, 1947. — 25. Шарнин А. К. Тр. Новосиб. ГИДУВа и мед. ин-та, 1939, т. 12. — 26. Anders E. Schweiz. med. Wschr., 1949, 2, 25—28. — 27. Borgo A. Minerva ginec. 1957, 17, 121—126. — 28. Clave A. M. Edinburgh med. j. 1951, 58, 12, 61—76. — 29. Dewhurst C. J. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1957, 64, 1, 113—118. — 30. Eames D. H. Am. J. Obstet. Gynec., 1953, 65, 5, 944—952. — 31. Falls F. H. Am. J. Obstet. Gynec. 1953, 65, 4, 707—719. — 32. Hollstein K. Landarzt, 1962, 5, 194—198. — 33. Järvinen P. A., Pystyhen P. Ann. chir. Gynaec. Fenn. — 34. Lawrence R. F. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 1953, 60, 2, 237—243. — 35. Marshall C. M. Arch. Gynäk., 1951, 180, 153—161. — 36. Menon M. K. J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth, 1962, 61, 1, 18—28. — 37. Russell J. K. Lancet, 1955, 6885, 322—324. — 38. Serment H., Gynec. Obstet., 1951, 50, 4, 386—393. — 39. Wendell-Smith C. P. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 1954, 61, 1, 87—93.

Поступила 10 марта 1964 г.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ РУБЦА МАТКИ ПОСЛЕ КЛАССИЧЕСКОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

А. Л. Верховский

Первое гинекологическое отделение (главврач — Ю. В. Зебницкий) г. Кирова
и Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Все виды операций кесарева сечения до сих пор остаются опасными оперативными вмешательствами. Широко распространенное корпоральное кесарево сечение особенно неблагоприятно по своим последствиям для матери — боли, нарушения менструаций, смещения матки и фиксация ее, расстройства функций кишечника и мочевого пузыря. При беременности и родах после операции частыми и грозными осложнениями являются разрывы матки по рубцу, удельный вес которых в последние годы становится значительным. Разрывы матки после кесарева сечения в нижнем сегменте в отечественной литературе насчитываются единицами.

Указанные выше обстоятельства побудили нас заняться изучением состояния рубца матки после классического кесарева сечения методом гистерографии и пневмоперитонеумграфии. Обследовано этими методами 52 женщины, из них 46 произведена только гистерография, 6 — гистерография и в последующем пневмоперитонеумграфия.

Техника гистерографии общеизвестна. После введения контрастного вещества снимки производились тотчас же, один — в положении на спине, другой — на том или ином боку в зависимости от смещения матки от средней линии, т. е. с таким расчетом, чтобы на контур по возможности вывести предполагаемый рубец матки.

Для пневмоперитонеумграфии использован обычный аппарат завода «Красногвардеец» для наложения искусственного пневмоторака. После введения кислорода женщина переводилась в рентгеновский кабинет и укладывалась вниз животом. Тазовый конец стола приподнимался на 35—45 градусов. Производились 1—2 снимка. Второй снимок обычно производился с небольшим поворотом таза. Введение кислорода мы делали проколом брюшной стенки слева ниже пупка без анестезии.

Технические условия для обоих методов одинаковы. Мы использовали аппарат УРД-д, К-4. Фокусное расстояние 1 м, напряжение 67 кВ, экспозиция 2,5 сек с отсеивающей решеткой. При получении 2 снимков общая доза облучения не превышает 2 р.

От момента операции до обследования у 5 женщин прошло менее 6 месяцев, у 20 — от 6 до 12, у 16 — от 1 до 1,5 лет, у 6 — от 1,5 до 2 лет и у 5 — более 2 лет (у 4 — до 4 лет и у 1 — более 5 лет).

Показаниями к операциям кесарева сечения были: узкий таз и неправильные вставления головки — у 21, предлежание плаценты — у 7, угрожающий разрыв матки — у 6, поперечное положение плода — у 4, отслойка нормально расположенной плаценты — у 3, пороки сердца — у 3, ригидность наружного зева — у 2 женщин. У отдельных женщин показаниями служили крупный плод, неокрепший рубец, упорная слабость родовой деятельности, эклампсия, кишечно-влагалищный свищ. 38 операций выполнены под местной анестезией, 14 — под общим ингаляционным наркозом. 13 женщинам во время операции произведена стерилизация. У 15 оперированных были осложнения в послеоперационном периоде, из них у 2 — тромбоз, у 1 — эндометрит, у 2 — резорбционная лихорадка, у 4 — нагноение и расхождение швов, у 1 — непроходимость кишечника, у 4 — мастит и у 1 женщины — пилит. Длительная высокая температура в послеоперационном периоде была у 4 женщин с септическим состоянием, у 17 — выше 38° менее 2 дней, у остальных — субфебрильная температура от 3 и более дней. Средний койко-день при осложнениях составил 29 дней, без осложнений — 13. 33 родильницы выписаны из родильного дома ранее