

Современное кесарское сечение.

(Вступительная лекция студентам Томского Университета).

Проф. А. И. Тимофеева.

Как известно, под названием кесарского сечения разумеется операция, при помощи которой—в случае невозможности родов *per vias naturales*—для рождения плода создаются новые пути через разрез брюшной стенки и стенки матки. Идея операции настолько проста, что напрашивается сама собою. И действительно, возникновение идеи этой операции относится к глубокой древности. Указания на такой способ родоразрешения мы находим уже в греческой мифологии. Таким путем, по преданию, совершилось рождение Эскулапа. В древнем Риме требование производить операцию кесарского сечения,—правда, на мертвых,—облечено было в форму закона (т. н. *lex regia de inferendo mortuo*), приписываемого Нуме Помпилию.

Относительно того, когда и кем впервые произведена эта операция на живой женщине,—мнения историков расходятся. Первый достоверный случай кесарского сечения на живой, о котором сохранились документальные данные, относится к 1610 году и принадлежит доктору *Trautmann*'у в Виттенберге. С тех пор в ближайшие два столетия операция эта неоднократно производилась в разных странах, но заметного распространения не получила, причиной чему служили те печальные результаты, которые эта операция давала даже в руках лучших операторов того времени. Предсказание после операции было настолько мрачно, что известный французский акушер *Maugisseau* в XVIII в. полагал, что выздоровление после кесарского сечения есть проявление особой милости Божьей. Естественно, что при таких условиях операция кесарского сечения имела немало врагов, горячие выступления которых не могли, конечно, не отразиться на развитии данной операции. Настоящий поход против акушеров, рисковавших применять кесарское сечение, предпринят был в конце XVIII столетия во Франции *François Sautombe*'ом, основавшим даже особое общество

борьбы с этой операцией и не стеснявшимся в средствах, чтобы заклеить „разбойников“ акушеров, производящих эту операцию.

Если недостойные выступления *Sacombé* не имеют научного значения, то научные статистики многих авторов, по крайней мере доантисептического периода, говорят не в пользу кесарского сечения. Цифры смертности после операции, приводимые этими авторами, колеблются в пределах 55—100%. Такие печальные результаты не должны нас удивлять, если вспомнить, в каких условиях производилось кесарское сечение того времени. Операции подвергались обычно роженицы, истощенные уже продолжительной безрезультатной родовой деятельностью, нередко уже зараженные, ослабленные к тому же обильными кровопусканиями, так широко применявшимися в ту эпоху при самых различных заболеваниях. Если к этому прибавить, что рана матки принципиально не зашивалась, а вся операция шла без соблюдения даже антисептики, то надо удивляться, что все же встречались случаи благоприятного исхода операции. Этот первый период в истории кесарского сечения, который по справедливости можно назвать мрачным, продолжался до 1875 года, когда итальянский акушер *Roggo* предложил свою модификацию кесарского сечения.

Идея операции *Roggo*, которая, как известно, состоит в последующей за кесарским сечением ампутацией матки с внебрюшинным уходом за культией, заключается в том, чтобы удалить опасный очаг—матку. Встреченная вначале очень горячо всеми акушерами операция *Roggo*, хотя и давала несколько лучшие, чем раньше, исходы, прочно удержаться в акушерской практике не могла, т. е. небольшие результаты, даваемые ею, покупались дорогой ценой увечья женщины. Хирурги продолжали работать в двух направлениях. Одни отыскивали способы оперирования, которыми можно было-бы заменить классическое кесарское сечение, другие старались усовершенствовать технику этого последнего.

Новую эру в истории кесарского сечения следует считать с 1882 г., когда *Saenger* и *Kehrer* разработали методы наложения шва на рану матки и под покровом антисептики стали получать хорошие результаты. С этого времени т. н. классическое кесарское сечение стало все более и более приобретать право гражданства. Однако, несмотря на колоссальные успехи, достигнутые в области анти-и асептики, смертность после кесарского сечения оставалась довольно высокой по сравнению с другими полостными операциями. Исследованиями многих авторов (*Ahlfeld*, *Küstner*,

Krönig, Hofmeister и друг.) было, наконец, установлено, что причиной этого явления служит инфекция, притом не занесенная извне, а идущая со стороны полости плодного яйца. Было доказано, что после вскрытия плодного пузыря полость его не может уже считаться стерильной даже в случаях, когда не было произведено внутреннего исследования. Отсюда логически вытекал вывод, что для устранения опасности кесарского сечения следует ограничить область применения его только такими случаями, где можно быть уверенным в асептичности яйцевой полости. Требования эти формулированы были Veit'ом, который настаивает, чтобы женщины, подлежащие кесарскому сечению, не менее, как за три недели до операции, помещались в клинику, причем за весь этот период они не должны подвергаться внутреннему исследованию, и момент наступления операции определяется началом родовой деятельности.

При соблюдении условий Veit'a результаты операции сделались значительно лучше, но за то целый ряд случаев, где операция могла бы спасти жизнь плода, был вычеркнут из практики.

В совершенно иную плоскость встал вопрос об условиях для производства кесарского сечения с 1907 г., когда Frank, желая защитить брюшную полость от инфекции, предложил свой метод экстраперитонеального разреза матки. Сущность операции Frank'a состоит в том, что брюшная стенка вскрывается поперечно над лонем, переходная складка брюшины с пузыря на матку тоже вскрывается поперечно, брюшина отслаивается от матки, после чего париетальная брюшина сшивается с маточной, в результате чего нижняя часть матки лежит обособленно от брюшной полости и может быть вскрыта экстраперитонеально.

Хотя идея операции Frank'a не может считаться новой, ибо уже гораздо раньше она была высказана Physick'ом (1820 г.), а практически,— правда, в несколько ином виде,— осуществлена Rittgen'ом (1822 г.), заслуга Frank'a в том, что его операция дала толчок к разработке целого ряда новых методов и к пересмотру всего вопроса о кесарском сечении. Взгляды на условия, необходимые для производства операции, изменились, круг показаний к ней значительно расширился, и, если вопрос о современном кесарском сечении не может считаться вполне решенным во всех деталях, все же операция эта представляется в ином свете, чем какие-нибудь 15 лет назад.

Переходя теперь к показаниям к производству кесарского сечения, я должен указать, что они издавна разделяются на две

группы: на показания абсолютные (безусловные) и показания относительные (условные).

Абсолютные показания к кесарскому сечению даются тогда, когда пространственные несоответствия между размерами плода и родового канала таковы, что не могут быть устранены какими-либо другими способами (напр., краниотомией). Непреодолимое препятствие для рождения плода может исходить как со стороны костного таза, так со стороны мягких частей родового канала, а равно и со стороны соседних с ним органов.

Наиболее частым показанием являются известные степени сужения таза. Чаще всего это будут тазы суженные в прямом размере (плоские) и общесуженные-плоские, реже--кососуженные, спондилолистетические и остеомалитические. Что касается величины *S. verae*, принимаемой за нижний предел, не допускающий уже родов *per vias naturales*, то у различных авторов она колеблется от 5 до 6,5 сант. Если принять средние цифры, то для плоского таза это будет—6 сант., а для общесуженного—6,5 сант. Нужно, однако, оговориться, что цифры эти не имеют абсолютного значения, так как необходимо принимать в расчет влияние и других факторов, напр., величину головки плода, степень его зрелости, а в некоторых случаях и эластичность костей таза (остеомалация). Более редко сужения таза зависят от опухолей, исходящих из его стенок.

Целый ряд изменений мягких частей родового канала и других органов половой сферы может также послужить поводом к производству кесарского сечения. На первом месте здесь следует поставить те препятствия для родов, которые могут встретиться со стороны центрального органа—матки. Это будут—опухоли и неправильные положения. Из опухолей мы встречаемся в практике как с доброкачественными, так и с злокачественными новообразованиями. К числу первых следует отнести фибромиомы матки. Что касается влияния этих опухолей на течение родов, то нужно заметить, что значение их обуславливается не столько величиною опухоли, сколько ее местоположением и характером роста. Довольно объемистые опухоли, растущие на ножке, могут не оказать никакого препятствия для рождения плода; с другой стороны небольшие интерстициально развивающиеся, вколоченные в малый таз, узлы могут послужить абсолютным показанием к производству кесарского сечения. В этих случаях операция идет не по типу классического кесарского сечения, а сопровождается обычно или экстирпацией, или ампутацией матки—в целях коренного лечения новообразования. Из злокачест-

венных новообразований раки шейки служат иногда показанием к операции кесарского сечения. Основанием к такому образу действий при раках шейки служит не стеснение пространственных отношений, а неспособность раково-инфильтрированных тканей шейки матки к растяжению при опасности глубоких разрывов с последующими серьезными кровотечениями и возможностью инфекции со стороны распадающегося ракового очага. В зависимости от того, имеем-ли мы дело с неоперабельной или операбельной формой рака, операция идет или консервативно, по типу классического кесарского сечения, или же сопровождается последующей экстирпацией матки, лучше всего по расширенному абдоминальному способу.

Некоторые аномалии положения матки могут быть причиной настолько серьезных осложнений родового акта, что для прохождения плода приходится создавать новые пути. Такие случаи мы имеем при очень резко выраженных степенях *anteversionis uteri gravidi*, каковые получаются в результате различных фиксирующих матку операций, в особенности *vagino-и ventrofixatio*. Смещение маточного зева резко кзади и кверху, наблюдаемое в подобных случаях, ведет к тому, что раскрытия шейки не происходит, а под напором подлежащей части растягивается ее задняя стенка вплоть до полного разрыва, если не будет оказано своевременно пособия, каковым в более тяжелых случаях может быть только кесарское сечение. В европейской и американской литературе описано несколько десятков случаев кесарского сечения, произведенного по поводу только что указанного осложнения родов. В виду этого в настоящее время почти все операторы принципиально отказались от производства операций *vagino-et ventrofixatio uteri* у женщин, способных к деторождению, или же соединяют их с искусственной стерилизацией женщины тем или иным способом.

Со стороны влагалища показанием к кесарскому сечению служат чаще всего стенозы и рубцовые сужения на почве различных язвенных процессов, причем решающим моментом при установке показаний является степень сужения, обширность рубца и глубина, на которую он простирается. Очень редко препятствием для родов со стороны влагалища служат опухоли (фибромы).

Опухоли яичника тоже изредка фигурируют в качестве показания к кесарскому сечению в тех случаях, когда они ущемлены в малом тазу и не могут быть выправлены или же опорожнены путем прокола или разреза со стороны влагалища.

Наконец, механическое препятствие для рождения плода может исходить со стороны соседних с половой сферой органов. Эти

случаи наиболее редки и являются в литературе единичными. Могут указать, что описаны были случаи, где поводом к операции послужили опухоли забрюшинных желез, рак прямой кишки с резкой инфильтрацией паравагинальной клетчатки, блуждающая почка, обширные параметритические рубцы, сужение таза плотным параметритическим экссудатом, несмещаемый камень мочевого пузыря.

В качестве условного (относительного) показания к кесарскому сечению до недавнего сравнительно времени фигурировали почти исключительно известные степени сужения таза, допускающие рождение доношенного плода лишь при уменьшении его объема. Таким образом, операция здесь предпринимается в интересах плода взамен перфорации. Само собой понятно, что при установке относительных показаний к кесарскому сечению особенно строго приходилось соблюдать требования в смысле чистоты случая, что и вело к значительному ограничению в применении этой операции и замене ее операциями плодоразрушающими. За последние два десятилетия, с развитием хирургического направления в акушерстве и с разработкой новых методов оперирования, взгляды операторов на относительные показания к кесарскому сечению, а равно и на условия для этой операции, изменились, и круг относительных показаний значительно расширился. Укажу прежде всего, что за последнее время все больше и больше входят в круг относительных показаний случаи эклампсии и *placentae praeviae*.

Как известно, в вопросе о терапии эклампсии преобладают два направления: метод консервативный, горячим защитником которого давно уже является пр. Строганов, к которому за последнее время присоединяется Zweifel, и метод активный — быстрого родоразрешения, защищаемый целым рядом германских акушеров с Döderlein'ом во главе. Правда, в операции Dührssen'a мы имеем прекрасный способ окончить роды в любой момент, но все же остается целый ряд случаев для кесарского сечения (напр., первороженницы с узкими родовыми путями, легкие степени сужения таза). И в настоящее время имеются уже обширные статистики, указывающие на благоприятные результаты, получаемые при кесарском сечении по поводу эклампсии, в особенности при возможно раннем оперировании. Укажу на статистику Petersen'a, обнимающую 500 случаев и дающую смертность матерей в 13,3%, а детей — 10,7%.

Placenta praevia, являясь одним из опаснейших осложнений родов, дает очень серьезное предсказание для матерей и плохое

для детей. Обширная статистика Döderlein'a, представленная им на Лондонском Международном Конгрессе и обнимающая 6 миллионов родов в Баварии за 30 лет, дает смертность матерей при *placenta praevia* в 19%, а детей—в 50%. Что касается терапии, то даваемые ею результаты не могут считаться вполне удовлетворительными даже в клиниках. По той же статистике Döderlein'a смертность матерей и детей при различных методах определяется так: разрыв плодного пузыря—смертность матерей—0,9%, детей—25%; метрейриз смертность матерей—6,5%, детей—45,5%; поворот по Braxton-Nicks'y,—смертность матерей 7,8%, детей—73,7%.

С развитием хирургического направления в акушерстве обратились к операции кесарского сечения при лечении *placenta praeviae*. Первый произвел эту операцию Вегнаус в Америке в 1894 г., а в России проф. Рейп—в 1896 г. Особенное обоснование операции эта получила после работ Ruge, Aschoffa, Sellheim'a, Krönig'a в связи с изучением нижнего сегмента матки. Этими работами было доказано, что в силу самих анатомических отношений, имеющих место при *placenta praevia*, всякое растяжение нижнего сегмента матки уже является опасным, а потому и наилучшей терапией является такая, при которой область нижнего сегмента матки, где прикрепляется *placenta*, оставляется в покое. Таким способом является кесарское сечение, лучше всего с фундальным разрезом по Fritsch'y. Накапливающийся все более статистический материал подтверждает такое положение. Могу указать, напр., на статистику Парышева (151 сл.), где смертность матерей дана в 9%, а детей—29%, и это при наиболее опасной форме—*placenta praevia centralis*.

Отслойка плаценты, прикрепленной на нормальном месте, тоже выставляется за последнее время, как показание к операции кесарского сечения. Осложнение это, давая плохое предсказание для матери и почти безнадежное для плода, несмотря на тяжелые акушерские операции, побудило хирургов искать спасения в кесарском сечении. Выполненное впервые при этом осложнении Веск'ом и Graefe, кесарское сечение при преждевременной отслойке плаценты защищается теперь Hofmeister'ом, Frank'ом и др. В спорном вопросе о том, не следует-ли в подобных случаях прибегать к влагалищной операции Dührssen'a, преимущество, по-видимому, останется за кесарским сечением в виду того, что только при этой операции делается доступным место прикрепления пла-

центы, которое во многих случаях может потребовать специальной обработки в виду тех травматических повреждений, которые здесь вызываются обширным ретроплацентарным кровоизлиянием.

Выпадение пуповины, являясь весьма опасным для плода осложнением родов, при обычной терапии (поворот) дает мало удовлетворительные результаты, а потому вполне правы те акушеры, которые при этом осложнении решаются на производство кесарского сечения. В литературе имеется уже несколько десятков случаев этой операции с благоприятными результатами.

Далее, по современным взглядам хирургов-акушеров, кесарское сечение может быть показано и при некоторых неправильных положениях плода. Как известно, опасность т. н. запущенных поперечных положений заключается в возможности разрыва нижнего сегмента матки. Опасность эта в некоторых случаях не устраняется и при общепринятой терапии таких случаев при помощи эмбриотомии. Для таких тяжелых случаев Ноедемакер и предложил кесарское сечение. В доступной для меня литературе я мог найти не более 10 случаев такой операции, причем 3 из них принадлежат проф. Г р а м м а т и к а т и, который выставляет даже положение, что при запущенных поперечных положениях при угрожающем разрыве матки следует отдать предпочтение кесарскому сечению, отбросив всякую мысль об эмбриотомии. Проф. Р и н а г д считает показанным кесарское сечение при лобных предлежаниях.

Перечень различных осложнений во время родов, выставляемых современными хирургами в качестве показаний к кесарскому сечению, я закончу указанием на предложение проф. Г р а м м а т и к а т и прибегать к операции этой у женщин, которые раньше имели мочевые свищи, затем излеченные оперативно. Операция здесь, следовательно, производится профилактически во избежание образования нового свища. Сам Г р а м м а т и к а т и проделал такую операцию с благополучным исходом два раза.

Что касается условий, соблюдение которых является необходимым для производства кесарского сечения, то до недавнего сравнительно времени обязательным считалось,—по крайней мере в случаях, где операция производилась по относительным показаниям,—соблюдение требований Veit'a, чтобы случай был чистый (целость пузыря, отсутствие исследований за известное время до операции и, само собой разумеется, полное отсутствие каких-либо намеков на инфекцию). При таком положении дела, естественно, целый ряд случаев исключался из области применения кесарского сечения.

которое заменялось операциями плодоразрушающими. Как отражались на исходах кесарского сечения попытки нарушить эти строгие условия, показывает большая английская статистика Routh'a, из которой видно, что общая смертность при кесарском сечении в 5% сразу поднимается до 30—40% при несоблюдении требований Veit'a. В настоящее время взгляды изменились. Случаи, сомнительные по своей чистоте (при отошедших водах, с легким—не выше 38°—повышением температуры) могут быть оперируемы с огромными шансами на успех именно благодаря современным методам оперирования.

Спор о преимуществах отдельных оперативных методов еще не может считаться законченным. Однако, накапливается все более и более данных, которые, повидимому, говорят с одной стороны против экстраперитонеальных методов, с другой стороны—за разрез в нижнем сегменте матки. Можно считать доказанным, что в случаях инфицированных экстраперитонеальное оперирование все равно не спасает больную, в случаях же „сомнительных“ преимущества этого способа проблематичны, т. к. выгода меньшей опасности заражения брюшины уничтожается легкой возможностью инфекции клетчатки, не менее опасной для оперированной. На этот факт имеется уже много указаний в литературе, и он особенно подчеркивается в новейшей работе Lichtenstein'a, относящейся к 1920 году и на большой довольно статистике, доказывающей, что и при интраперитонеальном оперировании с разрезом в нижней части матки (цервикальное кесарское сечение), можно получить очень хорошие результаты даже в случаях „нечистых“ в смысле Veit'a.

Преимущества цервикального разреза матки перед разрезом ее тела, признаваемые за последнее время многими акушерами, сводятся к следующему: полагают, что ткань шейки менее восприимчива к инфекции; в случае инфекции, которая обычно идет из раны матки, давление гноя между узкими поверхностями раны шейки гораздо меньше, чем в теле матки; при сшивании раны шейки напряжение краев раны значительно слабее; благодаря большей подвижности брюшины в области шейки, рана ее гораздо скорее может быть закрыта серозным покровом; при разрезе шейки содержимое матки, изливаясь наружу, загрязняет не всю брюшную полость, а небольшой участок ее, легко доступный для очистки; при цервикальном разрезе в меньшей степени охлаждаются органы брюшной полости и, по мнению некоторых авторов, гораздо меньше опасность послеоперационного ileus'a.

Ес: и в случаях „сомнительных“ в смысле чистоты мы можем в настоящее время с большой надеждой на успех оперировать—лучше всего с цервикальным разрезом матки, то этого нельзя сказать о случаях заведомо септических. Однако, современные хирурги не останавливаются и в этих тяжелых случаях перед попыткой спасти жизнь женщины. План действия здесь должен быть иной. Можно прибегнуть здесь к маточно-брюшностеночному свищу по Sellheim'у, который делается так: срединный разрез над лонном, вскрытие брюшины и пришивание ее к коже, расщепление брюшины в нижнем отрезке матки и над мочевым пузырем и пришивание ее к коже, продольный разрез нижней части матки с последующим пришиванием краев разреза к коже. Рана оставляется открытой и заживает вторичным натяжением. План, предлагаемый для лечения септических случаев Opitz'ем, состоит в том, чтобы инфицированную матку быстро экстирпировать вместе с плодом и вскрыть ее уже вне брюшной полости. Наконец, некоторые рекомендуют экстирпировать матку после кесарского сечения.

Резюмируя теперь современные взгляды на условия для производства кесарского сечения, я должен сказать, что для случаев „чистых“ применим любой из существующих оперативных методов. для случаев „сомнительных“ большинством рекомендуется цервикальное кесарское сечение, причем одни акушеры делают его экстраперитонеально, другие работают интраперитонеально. На сколько можно судить по новейшим данным, этот последний образ действия заслуживает предпочтения. В случаях заведомо септических приходится или отказаться от производства кесарского сечения, или поступать согласно указаниям Sellheim'a или Opitz'a.

Весьма важный вопрос о том, какие случаи считать инфицированными, в настоящее время стоит еще наиболее слабо в учении о кесарском сечении. В нашем распоряжении нет таких данных, по которым мы могли-бы в каждом случае точно определять степень инфекции, т. к. легкая инфекция может дать иногда в начале резкие явления, с другой стороны инфекция смертельная может сначала проявиться очень слабыми признаками. В новейшее время Lichtenstein для определения случаев „сомнительных“ по чистоте советует руководствоваться состоянием плодного пузыря, временем отхождения вод и температурой роженицы, причем случаи с температурой выше 38° он считает уже „зараженными“.

Все оперативные методы, предложенные для кесарского сечения, во избежание существующей путаницы в определениях лучше

всего, по совету Lichtenstein'a, разделить согласно двум признакам—местоположению разреза матки и отношению к брюшине. Тогда мы будем иметь следующие виды операций: кесарское сечение с разрезом в области тела матки (собственно „классическое“ кесарское сечение) и цервикальное сечение с разрезом матки в области шейки; кесарское сечение экстраперитонеальное и интраперитонеальное; кроме того, возможны технические комбинации разных методов, так что технических разновидностей насчитывается очень значительное количество. Вкратце схему различных технических возможностей можно представить в следующем виде:

Методы интраперитонеальные.

1. С разрезом в теле матки (корпоральное кесарское сечение):
 - а) С продольным разрезом по Saenger'y.
 - б) С поперечным разрезом по Fritsch'y.
2. С разрезом в шейке матки (цервикальное кесарское сечение):

- а) С продольным разрезом по Henkel'ю после предварительной отсепаровки мочевого пузыря.

- б) С продольным разрезом по Zweifel-Lichtenstein'y без отселойки мочевого пузыря.

- в) Ретроцервикальное сечение по Polano с продольным разрезом шейки матки по ее задней поверхности.

Методы экстраперитонеальные (в силу анатомических отношений являющиеся в тоже время цервикальными).

1. Т. н. надлонное кесарское сечение с продольным или поперечным разрезом брюшной стенки:

- а) По способу Sellheim'a с полной отсепаровкой брюшины от верхушки мочевого пузыря.

- б) По способу Latzko без отсепаровки мочевого пузыря и с отодвиганием этого последнего в сторону.

2. Операция Solms'a, состоящая в комбинации влагалищного сечения с боковым разрезом живота.

Методы с искусственным исключением области разреза матки от брюшной полости.

1. С разрезом по Veit'y в нижнем отделе тела и верхней части шейки матки, причем перед разрезом висцеральная брюшина матки пришивается к париетальной по всей длине разреза брюшной стенки.

2. Цервикальное сечение по Frank'y с таким же провизорным сшиванием брюшины и разрезом брюшной стенки и шейки матки в поперечном направлении.

Если к приведенному перечню различных технических разновидностей операции кесарского сечения добавить надвлагалищную ампутацию матки при доброкачественных ее поражениях, полную экстирпацию ее при раках, а равно те методы, которые предложены для оперирования в септических случаях (Sellheim, Oritz), то этим схема образа действий в каждом отдельном случае может быть закончена. На вопрос о том, какому же методу следует отдать предпочтение перед остальными, ответить в данный момент трудно. Можно только сказать, что для случаев безусловно чистых любой метод дает хорошие результаты, в случаях септических — ни один из них обычно не спасает больную. Наконец, что касается случаев по чистоте сомнительных, то в этом наиболее важном вопросе окончательного суждения еще не вынесено, хотя нужно сказать, что методы экстраперитонеального оперирования, предложенные как раз для подобных случаев, повидимому, возлагавшихся на них надежд не оправдали, и за последнее время все более выдвигается цервикальное сечение со вскрытием брюшной полости, в пользу которого уже приводятся довольно большие статистики, основанные на материале, в который входят наравне с чистыми случаями также случаи явно сомнительные. Такова, прим., новейшая (1920 г.) статистика из клиники Zweifel'a, который при таком способе оперирования на 94 сл. получил один смертный исход, что составит $1,06\%$, тогда как экстраперитонеальные методы дали ему смертность в $2,8\%$.
