

К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении *).

Профф. В. С. Груздева и А. И. Тимофеева (Казань).

Прошло несколько тысячелетий с тех пор, как операция абдоминального кесарского сечения, известная еще древним египтянам и вошедшая в законодательство римлян эпохи царей, стала применяться на мертвых. Прошло свыше 300 лет с тех пор, как Trautmann, в Виттенберге, впервые с успехом выполнил ее на живой (в 1610 г.). Прошло, наконец, уже несколько десятков лет с того времени, как, благодаря успехам антисептики и асептики, операция эта, подобно многим другим, из почти абсолютно-смертельной сделалась сравнительно-безопасной для матери. При таких условиях и при поистине колоссальной литературе, посвященной вопросу о кесарском сечении,—казалось бы, этот вопрос должен быть уже давно во всех деталях разрешенным, и в него не может быть теперь внесено никаких более или менее крупных новшеств.

Однако это далеко не так: на самом деле именно в новейшее время,—за последние 10—15 лет,—мы находим в данной области ряд существенных перемен. Одна из таких перемен касается круга применения кесарского сечения и показаний к нему. Перемена эта стоит в непосредственной связи с исходами данной операции как для плода, так и особенно для матери.

Как мы уже сказали, ранее операция эта была почти абсолютно-смертельной. Kayser¹⁾ сообщает, что на 338 случаев кесарского сечения, опубликованных в печати за время с 1750 по 1839 г., имели смертельный исход для матери 62%; фактически, однако, процент этот был, вероятно, еще выше, так как и в то время авторы, подобно современным, имели склонность оглашать в печати преимущественно случаи, имевшие благоприятный исход; по Radford'у смертность матерей от кесарского сечения в Англии и Ирландии за время с 1738 по 1749 г. равнялась 73%; по данным Пономарева²⁾ у нас в России операция эта до 1880 г. давала 81% смертности матерей; Stadfeld для Дании и Норвегии определяет ее, за прежние годы, в 95%, а Gueniot сообщает, что 40 случаев данной операции, имевших место в Париже за время перед 1870 г., все без исключения имели смертельный исход для матерей.

Немудрено, что многие выдающиеся акушеры XVIII и первой половины XIX века смотрели на операцию кесарского сечения, как на убийство, а Sacombe (1750—1822) основал даже специальную лигу

*) Сообщено на VIII Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов в Киеве.

1) Этого и след. авторов прив. по Döderlein'у, Geburtshilfliche Operationslehre, 1925.

2) Труды Омского Мед. Института, вып. 2.

для борьбы с этой операцией. Понятно также, почему в эту эпоху круг применения последней был крайне ограниченным,—кесарское сечение на живой применялось лишь в единичных, исключительных случаях, обыкновенно при таких сужениях таза, при которых извлечение даже уменьшенного в объеме плода *per vias naturales* оказывалось невозможным.

Положение вещей стало иным с тех пор, как, благодаря изменениям, введенным в технику кесарского сечения сначала Porro (в 1875 г.), потом Saenger'ом (в 1882 г.), главным же образом—благодаря введению в оперативную практику правил сначала Lister'овской антисептики, затем асептики, опасность кесарского сечения, как и большинства других операций, стала быстро уменьшаться. По статистике Пономарева за 10-летие с 1881 по 1890 г. смертность после этой операции понизилась у нас—валовая до 49,3%, а редуцированная—до 16,4%, за последнее же десятилетие прошлого столетия—валовая до 17,6%, а редуцированная—до 7,2%. На Западе у отдельных авторов, напр., у Leopold'a, эти цифры уже в прошлом столетии были еще более низки. Вместе с этим расширился и круг применения данной операции: последняя стала применяться не только по абсолютным показаниям, как прежде, но и по относительным, особенно взамен таких операций, как прободение голочки живого плода. У нас впервые в защиту такого расширения показаний для кесарского сечения выступил покойный проф. А. И. Лебедев ³⁾ в 1886 г.

Несмотря на столь резкое понижение смертности после кесарского сечения, прежний вековой страх акушеров перед этой операцией до последнего времени держался, и показания к ней ставились неслишком широко, а условия соблюдались более или менее строго. Среди этих условий большинством авторов требовались наличие живого плода и отсутствие каких-либо признаков септической инфекции, главным образом лихорадки, некоторые же авторы в числе таких условий ставили еще наличие целого плодного пузыря и неприменение влагалищного исследования роженицы. Что касается показаний, то в качестве таковых большею частью выдвигались: сужения таза, опухоли полового канала и рубцовые сужения рукава, не допускавшие рождения живого, доношенного плода *per vias naturales*, эклампсия, *placenta praevia*, выпадение пуповины,—реже, лишь в отдельных случаях, такие осложнения родов, как *hydramnion* (у нас Муратов ⁴⁾), запущенное поперечное положение плода (Грамматикати ⁵⁾), Потеевко ⁶⁾), бывшая ранее вентрофиксация (Губарев ⁷⁾) и т. п. При таких условиях и показаниях число случаев, где применялось кесарское сечение, было в родовспомогательных учреждениях хотя и гораздо больше прежнего, но все же относительно не так велико,—оно определялось лишь несколькими десятками процента по отношению к общему числу родов. В Казанской Акушерско-Гинекологической клинике за время с 1900/1 по 1914/5 уч. год оно равнялось, напр., всего 0,22% (мы имеем здесь в виду, как и вообще во всем на-

³⁾ Доклад в Обществе Русских Врачей в Петербурге, отч. во «Враче» за 1886 г.

⁴⁾ Журн. Акуш. и Жен. Б., 1911.

⁵⁾ Русский Врач, 1911.

⁶⁾ Журн. Ак. и Жен. Б., 1916.

⁷⁾ Медицина, 1895.

стоящем сообщении, лишь абдоминальное кесарское сечение, притом т. наз. большое, т. е. производимое в последние 3 месяца беременности, когда плод является жизнеспособным).

За последнее десятилетие, с дальнейшей разработкой техники кесарского сечения, — введением внебрюшинного кесарского сечения, цервикального и вообще низкого разреза матки при этой операции, операции Portes'a и пр., — разбираемая операция сделалась еще более безопасною: смертность после нее определяется одними авторами (Benthin⁸⁾) от 3 до 5%, другими еще ниже — в 2% (Miller⁹⁾) и даже меньше. У нас, по статистике Пономарева, за время с 1901 г. смертность от кесарского сечения упала — валовая до 7%, а редуцированная — до 1,7%. Конкурировавшие одно время с кесарским сечением тазорасширяющие операции, — симфизеотомия и гебостеотомия, — после некоторой борьбы сошли со сцены. Вряд ли большой успех можно предсказать и столь шумевшим в последнее время Kjelland'овским щипцам. В виду всего этого круг применения операции кесарского сечения в настоящее время как у нас в России, так и за границей значительно расширился. В Томской клинике, напр., процент кесарских сечений по отношению к общему числу родов, по Сердюкову¹⁰⁾, доходит до 2; Schweizer¹¹⁾ на XX С'езде Немецких Гинекологов в Бонне, в 1927 г., сообщил, что в Лейпцигской клинике кесарское сечение на 7070 родов было произведено 236 раз, т. е. в 3,3%; Mosher¹²⁾ сообщает, что в Бостонском Родильном Доме на 1.123 родов было 92 кесарских сечения, т. е. 1:12, а в Jefferson-Hospital'e, в Филадельфии, в 1924 г. на 362 родов — 55 кесарских сечений, т. е. 1:6!

Соответственно расширились, конечно, у современных акушеров и показания к кесарскому сечению. Клиника Waltherd'a¹³⁾, в Цюрихе, считает, что операция эта показана при всех угрожающих жизни матери или плода осложнениях беременности и родов, где почему-либо невозможно немедленное разрешение per vias naturales. Sellheim, проводя на Боннском С'езде Германских Гинекологов мысль, что анатомические методы диагностики узкого таза должны уступить место функциональным, полагает, что, если у первородящей женщины вначале родов или в конце беременности головка плода не стоит глубоко в тазу и не может быть втолкнута туда легким нажатием, или если у многородящей после раскрытия маточного зева и отхождения вод головка все еще стоит высоко, и пробная импрессия не дает результатов, — роженица должна быть направлена в клинику, т. е. другими словами говоря, возникает вопрос о „Schnittentbindung“. Schiffmann и Martius, по Benthin'у, рекомендуют широко применять кесарское сечение с профилактическими целями. Schweizer отмечает, что в 61% тех случаев, где в Лейпцигской клинике было применено кесарское сечение по поводу сужений таза, по прежним показаниям эта операция не должна была бы иметь

⁸⁾ Halban und Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. VIII, T. 2.

⁹⁾ Amer. Journ. of Obstetrics, 1925, v. X.

¹⁰⁾ Моск. Мед. Журн., 1927, № 8.

¹¹⁾ Arch. f. Gyn., Bd. 132.

¹²⁾ Surgery, gyn. and obst., 1927, v. XLV, № 5.

¹³⁾ Frey, докл. в Gyn. Gesel. d. deutsch. Schweiz, отч. в Zentr. f. Gyn., 1926, № 48.

место. У Lewes'a ¹⁴⁾ в числе показаний к кесарскому сечению довольно часто (в 23 случаях из 170) фигурирует затяжное течение родов при нормальном тазе. Broich ¹⁵⁾ в числе показаний к этой операции в своем материале отмечает тазовые предлежания плода, преждевременный разрыв плодного пузыря и слабую родовую деятельность матки. Benthin упоминает, что среди таких показаний у современных акушеров можно встретить поперечные, липевые и лобные предлежания, а Miller — что в этом числе фигурируют астма, эпилепсия, артрит, варикозные расширения вен и т. п. Kerr ¹⁶⁾ справедливо говорит, что теперь нет решительно ни одного акушерского осложнения, которое не служило бы показанием для кесарского сечения.

Наряду с расширением показаний замечается у представителей современного акушерства и ясная тенденция к расширению условий, необходимых для этой операции. У нас Грамматикати, в Германии Körner и др., применяя кесарское сечение в случаях запущенного поперечного положения, не считают жизнь плода *conditio sine qua non* для этой операции. Многие новейшие авторы, далее, склонны не ограничивать круг применения последней лишь „чистыми“ случаями, а применяют ее, — и притом не только в форме операции Porro, операции Portes'a и т. п., но и в обычных формах, — и в сомнительных, даже в заведомо инфицированных случаях. Frey, сообщая в Гинекологическом Обществе Немецкой Швейцарии материал Walthard'a, обнимающий 200 случаев кесарского сечения с 5% смертности матерей, подчеркивает, что операция эта применялась независимо оттого, лихорадила роженица, или нет, цел был пузырь, или разорван, подвергали роженицу внутреннему исследованию *per vaginam*, или не подвергали. Benthin в своей монографии о кесарском сечении, помещенной в известном руководстве Halban'a и Seitz'a, указывает, что прогноз цервикального интраперитонеального кесарского сечения не так уж плох и в „нечистых“ случаях, и в доказательство ссылается на статистику Voigt'a, где из 76 случаев такого рода операция лишь в 2-х имела смертельный исход. Он же приводит в своей монографии мнение Küstner'a, согласно которому кесарское сечение (экстраперитонеальное) может быть производимо и в инфицированных случаях. Встречаются описания подобных случаев, с благоприятным исходом операции, и в русской литературе, — укажем, в качестве примера, хотя бы на сообщение Шевалдышевой ¹⁷⁾. Наконец, у современных акушеров имеется, по Döderlein'u, тенденция не ограничивать производство кесарского сечения и условиями обстановки, — некоторые из них считают возможным производить эту операцию, притом не только по абсолютным, но и по относительным показаниям, и вне больниц, на дому. Короче говоря, в отношении кесарского сечения в настоящее время наблюдается нечто подобное тому, что когда-то было в Oslander'овской школе по отношению к щипцам (как известно, Oslander накладывал последние в 40% всех родов).

Спрашивается: рационально-ли такое отношение к кесарскому сечению? Соответствует-ли оно принципам современной медицины вообще

¹⁴⁾ Surgery, gynec. and obst., 1926, juni.

¹⁵⁾ Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXIII, H. 1—2.

¹⁶⁾ По Benthin'y, о. с.

¹⁷⁾ Тр. Московского Ак.-Гин. Общ., 1923.

и современного акушерства в частности, а равно интересам с одной стороны матери, с другой плода?

Не подлежит сомнению, что, раз смертность от кесарского сечения упала до столь низких цифр, как это мы видим теперь, то уже в силу одного этого обстоятельства круг применения его и может, и должен быть расширен, и в своей клинической деятельности мы являемся сторонниками такого расширения: с 1900/1 по 1914/5 уч. г., т. е. в первые 15 лет заведывания первого из нас Акушерско-Гинекологическою клинкою Казанского Университета, кесарское сечение производилось здесь, как уже упомянуто, всего в 0,22% общего числа родов (за этот период на 3632 родов было всего 8 случаев этой операции¹⁸⁾, за последние же 13 лет (с 1915/6 по 1 мая тек. г.) процент этот возрос до 1,17, т. е. увеличился вчетверо (24 кесарских сечения на 2042 родов); в клинике Казанского Института для усов. врачей за время ее существования, с 1922 по тек. год, процент этот равнялся 0,66 (27 случаев на 4082 родов). Несомненно, далее, что идеал акушерской помощи—сохранять жизнь и здоровье не только матери, но и плода.

Однако, с другой стороны, едва-ли можно всерьез утверждать, что интересы матери и не родившегося еще плода совершенно равноценны. Что бы ни говорили защитники этого взгляда,—сама жизнь властно диктует противоположное, и нам, гражданам Советского Союза, это яснее, чем кому-либо. Не надо забывать затем, что роды представляют собою физиологический акт, в громадном большинстве случаев совершающийся силами природы: вспомним Деппана (1733—1815) с его 0,13% родов, потребовавших для своего окончания оперативного вмешательства. Правда, эти „физиологические“ роды, если особенно относить к ним, как то делают многие авторы, и роды в липевом, тазовых и пр. предлежаниях, дают большой процент мертворождений, но ведь и кесарское сечение, несмотря на весь прогресс современного акушерства, до сих пор остается вмешательством далеко небезразличным как для здоровья, так и для самой жизни женщины. Даже та небольшая смертность, какую получают от него современные акушеры, все же выше смертности, какую дают нормальные роды. Кроме того, далеко не у всех авторов, как свидетельствуют литературные данные, смертность матерей и в настоящее время так мала, как это указано выше. Здесь все зависит оттого, насколько склонен данный автор к расширению условий и показаний к данной операции, а также—включает-ли он в свою статистику, и в каком числе, случаи операции Рогго, случаи опорожнения беременной матки с последующей экстирпацией ее по поводу рака шейки и пр. В нашем материале, где процент таких случаев был довольно высок (свыше 15), а условия и показания к кесарскому сечению за последнее время, как мы видели, были значительно расширены, валовая смертность матерей равнялась 11,8%, а редуцированная—6,8%. Далее, остающийся после этой операции рубец на животе безобразит женщину и не так редко служит исходным пунктом тягостных грыж. Послеоперационный период даже при современном строгом проведении правил асептики очень часто,— в 20—33% при цервикальном кесарском сечении и в 55% при классическом, по Holland'у¹⁹⁾,—протекает лихорадочно. В связи с этим

¹⁸⁾ Н. И. Горизонтов, М. С. Малиновский и А. И. Тимофеев. Сборник работ, посв. проф. В. С. Груздеву, Петр., 1917—1923.

¹⁹⁾ Прив. по Benthin'у.

после данной операции очень часто развиваются срощения матки с передней брюшной стенкой, сальником и кишками, ведущие впоследствии к болям, ileus'у, ограничению физиологической подвижности матки etc. Особенно часто срощения эти имеют место после корпоральных кесарских сечений с разрезом передней маточной стенки по Saenger'у (здесь по Сердюкову, процент их колеблется от 50 до 80), а еще чаще—с донным разрезом по Fritsch'у. Утрачивая иногда, благодаря срощениям с передней брюшной стенкой, свою физиологическую подвижность, матка после кесарского сечения нередко утрачивает и прочность своих стенок, что сказывается на течении последующих беременностей и родов. Правда, исследования у нас Кельбера²⁰⁾, за границей Guerin'a-Valmale'a и Caudière'a²¹⁾, Audebert'a (по Benthin'у) и мн. др. свидетельствуют, что после разрезом матки может в дальнейшем наступать полная restitutio ad integrum мюметрии, но, с другой стороны, многочисленные наблюдения показывают, что у женщин, подвергавшихся кесарскому сечению, при последующих беременностях и родах весьма нередко имеют место разрывы матки. Holland²²⁾ для классического кесарского сечения определяет эту частоту в 4⁰/₀ общего числа операций и в 25⁰/₀ родов после операции, предоставленных собственному течению; Souvelaire, по Гусакову²³⁾, определяет ее в 14⁰/₀, а Audebert— в 6⁰/₀. Положим, частоту этих осложнений можно значительно понизить путем изменения техники операций,—при внебрюшинном кесарском сечении, напр., число последовательных срощений, по Meissner'у²⁴⁾, понижается до 11⁰/₀ против 68,5⁰/₀ при трансперитонеальном; резко понижается оно и при цервикальном кесарском сечении; число разрывов матки при последующих беременностях и родах после цервикального и вообще низкого разреза матки также значительно падает,—по Wettewald'у до 0,3⁰/₀ общего числа операций и 3⁰/₀ родов,—но все же совершенно избежать этих осложнений ни при какой технике не удастся, и это делает кесарское сечение,—даже, повидимому, вполне благополучно перенесенное женщиною,—далеко небезразличным для ее последующего здоровья и трудоспособности. А здоровье,—не говоря уже о жизни,—женщины и ценится, и всегда будет цениться, повторям, выше жизни еще не родившегося плода. Да и операция кесарского сечения не всегда с абсолютною верностью гарантирует появление на свет живого ребенка,—и в настоящее время она дает известный процент смертности детей, правда, небольшой, в среднем колеблющийся, по Döderlein'у, около 4⁰/₀. С другой стороны те осложнения родового акта, при которых в настоящее время столь охотно прибегают к операции кесарского сечения, вроде незначительных сужений таза, лицевых, тазовых и пр. предлежаний плода, первичной слабости родовых сокращений матки и т. п., в значительном большинстве случаев не мешают благоприятным исходам родов для матери и ребенка, или влияние их на родовый акт может быть устранено при помощи других, менее невыгодных для матери, видов акушерской помощи.

²⁰⁾ Дисс., СПб., 1897.

²¹⁾ Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1924. № 9.

²²⁾ Brit. med. Journ., 1921. p. 519.

²³⁾ Врач. Газ., 1927, № 13—14.

²⁴⁾ Inaug.-Diss., Breslau, 1926.

Сопоставляя все это, мы, подобно большинству современных авторов, должны придти к тому выводу, что, хотя круг применения кесарского сечения в настоящее время и может быть значительно расширен, однако это расширение не должно переходить известных границ. Другими словами говоря, для этой операции должны быть выработаны определенные, вполне соответствующие современному положению дела показания, которых и должны строго придерживаться акушеры в своей практике. Установка этих показаний и должна быть одною из основных задач настоящего съезда. Со своей стороны на основании как личного опыта, так и данных, имеющих в литературе, мы наметили бы, согласно схеме Schiffmann'a²⁵⁾, следующие показания к производству кесарского сечения.

На первом месте среди них должны быть поставлены механические препятствия, которые делают или вообще невозможными роды доношенного плода (абсолютные сужения), или не допускают рождения живого плода *per vias naturales* (относительные сужения). Сюда главным образом относятся сужения костного таза, затем следуют опухоли мягких частей родового канала и соседних органов, рубцовые сужения на протяжении родовой трубки и другие более редкие моменты. В нашем материале по поводу сужений таза кесарское сечение было произведено в 35 случаях из 59, т. е. в 60%, а по поводу рубцового сужения рукава—1 раз. Наиболее трудными в смысле установки показаний к операции являются здесь случаи, где степень механического несоответствия между родовым каналом и объектом родов сравнительно незначительна, и роды *per vias naturales* с благоприятным исходом для матери и плода являются лишь мало вероятными. В отношении операции кесарского сечения в подобных случаях („профилактическое кесарское сечение“) мы придерживаемся того мнения, что у повторно рождающей женщины, имевшей уже роды, законченные неудачными щипцами или перфорацией, при желании ее иметь живого ребенка мы должны приступать к кесарскому сечению немедленно с началом родов, у первородящей же—лишь после того, как наблюдение за течением родового акта обнаружит несостоятельность родовой деятельности.

Во вторую группу принятой нами схемы Schiffmann'a входят случаи, в которых кесарское сечение показано в целях исключения родового акта, как такового. Наиболее важным в практическом отношении показанием в этой группе является *placenta praevia*. При решении вопроса о том, нужно-ли при этом осложнении в данном случае прибегать к кесарскому сечению или нет, решающими моментами для нас являются не столько форма предлежания последа, сколько сила и опасность кровотечения и анатомические отношения со стороны маточной шейки. Жизнеспособность плода *caeteris paribus* также должна здесь приниматься во внимание, хотя в известных случаях в интересах матери мы считаем операцию показанной и при нежизнеспособном или мертвом плоде (у нас из 7 случаев кесарского сечения по этому показанию мертвый плод был извлечен в одном; мать погибла тоже в одном случае—от острого расширения желудка). В эту же группу показаний мы относим случаи рака маточной шейки, в которых мы считаем показанными—в операбельных

²⁵⁾ Zentr. f. Gyn., 1921, № 42.

случаях кесарское сечение с последующей расширенной экстирпацией матки, в неоперабельных—кесарское сечение с последующей радиотерапией (у нас было 2 подобных случая, в обоих сначала произведено было кесарское сечение, причем извлечены живые плоды, а затем сделано полное удаление матки с благоприятными исходами для матерей). Следующим важным показанием к кесарскому сечению служит в данной группе наличие недавно зашитых мочевых свищей (в нашем материале был один такой случай), а также пороки сердца с явлениями декомпенсации. Исключительно в интересах плода в некоторых случаях операция могла бы быть показанной при выпадении пуповины. Как более редкие показания к кесарскому сечению, могли бы быть в этой группе указаны значительно развитые варикозные узлы во влагалище и наружных половых частях, острый отек вульвы и угрожающий разрыв матки. Наоборот, поперечные положения плода, как таковые, а равно тазовые и лицевые предлежания, гидрамнион и первичную слабость родовой деятельности мы не считали бы возможным всегда видеть в числе показаний к кесарскому сечению.

К третьей группе случаев, в отношении показаний, могут быть отнесены все те случаи, где в интересах матери требуется немедленное прерывание беременности в последние месяцы ее развития. Здесь в первую очередь должна быть поставлена эклампсия. Полагая, что кесарское сечение является наилучшим способом быстрого прерывания беременности при эклампсии, мы все же прибегаем к нему немедленно лишь в наиболее тяжелых случаях, обычно же сначала пытаемся прекратить припадки при помощи консервативного лечения наркотиками и кровопусканием (из 9 случаев нашего материала, где абдоминальное кесарское сечение было предпринято по поводу эклампсии, у 7 больных припадки после него прекратились, и больные выздоровели, из 2 же погибших у одной на вскрытии был обнаружен цистецерк мозга, а у другой—объемистая эндотелиома мозга; из детей были извлечены мертвыми двое, погибших, повидимому, до операции). Из других показаний этой группы отметим нефрит, изредка пиелит, еще раз пороки сердца (в нашем материале был один подобный случай, где операция, по требованию терапевтов, была произведена по этому показанию с благоприятным исходом для матери и плода), преждевременную отслойку плаценты, сидящей на нормальном месте. Такие заболевания, как эпилепсию, артрит и т. п., мы, как правило, не считали бы показывающими кесарское сечение, хотя здесь, как и везде, приходится индивидуализировать, и нам самим по настоянию невропатологов пришлось прибегнуть к операции на VIII месяце беременности в одном случае эпилепсии, припадки которой до операции повторялись с угрожающей частотой, после же нее совершенно прекратились.

Наконец, в особую группу показаний по схеме Schiffmann'a выделяются те случаи, где операция производится в целях исключения предполагаемых опасностей для плода („профилактические“ показания). Эта группа дает наибольшую возможность крайнего расширения круга применения кесарского сечения. В отношении случаев сужения таза мы по вопросу о профилактическом применении кесарского сечения уже высказались выше. Здесь мы считали бы необходимым особенно подчеркнуть, что непременным условием для производства подобных операций

должна быть безупречность случая в смысле асептичности. Не будучи сторонниками беспредельного расширения показаний к кесарскому сечению, мы полагали бы, что именно для данной группы случаев особенно должен быть использован весь опыт акушера при индивидуальном подходе к каждому случаю, причем регламентировать совершенно точно показания данной группы нет возможности. В нашем материале мы могли бы указать два случая этого рода,—в одном операция была сделана при лицевом предлежании с выпадением ручки, в другом кесарское сечение было предпринято при косом положении плода у 42-летней первороженницы с очень ригидными мягкими частями.

Наряду с выработкой показаний к данной операции должны быть выработаны и условия, позволяющие ее выполнение. Для большинства случаев ее таким условием является наличие живого и жизнеспособного плода, хотя иногда, как мы уже говорили, в интересах матери ее приходится применять и при заведомо мертвом плоде, притом даже в случаях, где нет абсолютного сужения таза. Во многих случаях при установке показаний к кесарскому сечению приходится считаться и с желанием матери непременно иметь живого ребенка, хотя иной раз это желание и может обойтись женщине очень дорого. Если не считать уже упомянутого нами случая смерти экламптики, страдавшей цистицерком мозга, то единственный раз кесарское сечение в Казанской Университетской клинике имело смертельный исход именно в одном подобном случае: в этом случае роженица с относительным сужением таза, у которой в матку неоднократно был вводим кольпайринтер с целью вызвать преждевременные роды, и которая начала уже слегка лихорадить, несмотря на все предупреждения, настоятельно требовала кесарского сечения с целью получить живого ребенка; последний действительно был у ней извлечен, путем кесарского сечения с донным разрезом матки по Fritsch'y, живым, но мать через несколько дней погибла от септического перитонита.

Подобные случаи заставляют многих авторов в качестве *conditio sine qua non* для данной операции выставить отсутствие признаков инфекции полости матки и ее содержимого у роженицы. Впрочем большинством соблюдение этого условия признается необходимым лишь для определенных модификаций кесарского сечения, именно, для т. наз. классического кесарского сечения. Напротив, модификации Porro, Portes'a и Lestoquoу применяются именно в инфицированных случаях. Для инфицированных и подозрительных случаев Döderlein, Küstner и др. считают подходящим и экстраперитонеальное кесарское сечение, хотя другие авторы,—и не без основания,—находят, что клетчатка является не более, а менее устойчивой против септической инфекции, нежели брюшина, почему, как у нас, напр., Черкасов²⁶⁾, признают и для подобных случаев более уместным трансперитонеальное кесарское сечение, особенно шеечное.

Последним существенным условием для данной операции является надлежащая обстановка, и совершенно прав, по нашему, Döderlein, вооружаясь против стремления некоторых из современных акушеров производить ее на дому; лишь отдельные случаи наличия абсолютных

²⁶⁾ Журн. Акуш. и Ж. Бол., 1927, кн. 6.

показаний к кесарскому сечению могут представлять в этом отношении редкое исключение.

Кроме значительного расширения показаний и условий для абдоминального кесарского сечения существенные перемены внесены, в новейшее время, в эту область и со стороны обезболивания. Раньше с целью обезболивания при этой операции применялся обычно ингаляционный наркоз — хлороформный и эфирный. Но всем известно, как сравнительно-часто при этом наркозе у наркотизируемых еще до полного усыпления наблюдаются приступы асфиксии, требующие применения искусственного дыхания. При операциях на беременной эти приступы не могут не отражаться на плоде, и, несомненно, значительная часть смертности и глубоких асфиксий плода при кесарском сечении падала именно на долю наркоза; были подобные случаи и у нас, когда мы применяли при данной операции ингаляционный наркоз. В виду этого понятно, почему именно при данной операции особенно широкое применение нашли себе, в новейшее время, способы местного обезболивания. Одно время акушеры для этой цели охотно пользовались люмбальной анестезией, которую и мы применили в 5 случаях своего материала; но смертельные случаи, бывшие от нее в практике *Jaschke*, *Wagner'a*, *Fischer'a* и др., заставили многих отказаться от нее, и люмбальная анестезия была вытеснена инфльтрационной анестезией. Из немецких авторов в пользу применения последней при кесарском сечении высказываются *Freu*, *Labhardt*, *Hamm*, *Waldstein* и др., причем некоторые из них, как *Labhardt*, советуют применять ее только до момента извлечения плода, а потом, в случае нужды, прибегать к ингаляционному наркозу эфиром. Испытав местную инфльтрационную анестезию в 6 случаях кесарского сечения, мы также убедились в преимуществах этой формы обезболивания как для матери, так и особенно для плода, и в настоящее время принципиально применяем при данной операции инфльтрацию тканей $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина. Особенно удобными с технической стороны проведение инфльтрационной анестезии оказывается при трансперитонеальном цервикальном разрезе, где вполне достаточною оказывается подбрюшинная инфльтрация переднего дугласова кармана. Лишь для тех случаев, где кесарское сечение производится по поводу эклампсии, уместно сохранить для него хлороформирование. В интересах плода мы избегаем при кесарском сечении также впрыскиваний морфия и т. п. средств, к которым охотно прибегали при других операциях.

Третье существенное нововведение, которое мы встречаем в разбираемой области за последние годы,—это дальнейшее усовершенствование техники кесарского сечения. Уже в 1906 г. *Holzappel* насчитывал не менее 16 различных технических модификаций его. После того был предложен целый ряд новых модификаций, преимущественно с целью сделать данную операцию более безопасною и в инфицированных случаях. В виду известных исследований *Ahlfeld'a*, *Küstner'a*, *Krönig'a* и др.,—исследований, свидетельствующих, что главным источником опасности в этих случаях является загрязнение брюшной полости инфицированным содержимым плодного яйца, модификации эти направлены к тому, чтобы изолировать полость брюшины от изливающейся при вскрытии матки и амниальной полости околоплодной жидкости. С этою целью *Fournier* предложил удалять плодное яйцо из матки целиком, не вскрывая

его,—способ, недостатки которого слишком очевидны, чтобы на них останавливаться, хотя он и был поддержан у нас на VI Всесоюзном Съезде Акушеров Благоволыным²⁷⁾. Lüthy, в прениях по докладу Frey'a в Гинекологическом Обществе Немецкой Швейцарии, высказался²⁸⁾ в пользу того, чтобы перед вскрытием матки удалять околоплодную жидкость через прокол, при помощи особой помпы. В самое последнее время Черепяхин²⁹⁾ советует, чтобы защитить брюшную полость от загрязнения околоплодной жидкостью, после извлечения матки защищать ее особым резиновым чехлом и через него проводить разрез (донный по Fritsch'y). В 1908 г. Sellheim³⁰⁾, осуществляя идею, высказанную еще в 1854 г. Pillorg'e'ом, предложил после вскрытия брюшной полости пришивать париетальную брюшину передней стенки живота к периметрию и, лишь изолировав таким образом брюшную полость, разрезать матку, причем рана последней после извлечения плода и других частей плодного яйца на известное время остается незащитой. Подобный же метод кесарского сечения, по Сердюкову, был предложен во Франции Lestoquoу. Наибольшее, однако, распространение получила в заведомо инфицированных случаях модификация кесарского сечения, предложенная в 1924 г. Portes'ом³¹⁾, при которой выведенная из брюшной полости матка после опорожнения ее и зашивания разреза не погружается обратно, а на известное время,—от 20 до 30 дней,—оставляется снаружи и лишь потом погружается в полость брюшины (временная экстериторизация матки); модификация эта была у нас в одном случае применена Бубличенко, который убедился в пригодности ее для инфицированных случаев.

Именно для инфицированных и вообще „нечистых“ случаев Sellheim, Küstner и некоторые другие авторы считают, как мы уже говорили, особенно подходящею экстраперитонеальную модификацию кесарского сечения, основываясь как на клинических данных, так и на исследованиях Baisch'a, свидетельствующих о том, что клетчатка более устойчива против септической инфекции, чем брюшина. Другие, как Köstlin, Banister, Walthard, Franz, думают, что и в „нечистых“ случаях выгоднее оперировать трансперитонеально, так как брюшина, благодаря своей способности к осумковыванию, может лучше противостать инфекции, чем клетчатка; кроме того, экстраперитонеальная модификация,—как в этом, между прочим, убедились и мы,—на основании, правда, лишь 2 случаев,—технически труднее трансперитонеальных методов, сопряжена с большою опасностью повреждения мочевого пузыря и крупных сосудов, да и провести операцию строго-экстраперитонеально зачастую оказывается невозможным: в $\frac{1}{4}$ всех случаев данной модификации, по Benthin'y, получаются надрывы брюшины (такой надрыв, между прочим, получился в одном случае и у нас).

Из трансперитонеальных способов кесарского сечения некоторые акушеры, как Walthardt, даже для „нечистых“ случаев, не говоря уже о „чистых“, предпочитают разрез в области верхнего сегмента ма-

27) Отч. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1924, № 3—4.

28) Отч. Zentr. f. Gyn., 1926, № 48.

29) Мед. Мысль, т. IV, кн. 3—5.

30) Бубличенко, Гин. и Ак., 1927, № 3.

31) Gynécologie et obstétrique, 1924, № 4.

точного тела, корпорреальный. II в нашем материале имеется один случай корпорреального кесарского сечения с разрезом по Frisch'y, где операция имела благоприятный исход для матери и плода, хотя она была предпринята после безуспешных попыток извлечь ребенка высокими щипцами. Значительное большинство современных авторов, однако, решительно склоняется в пользу разреза в области маточной шейки или нижнего сегмента, вообще в пользу „низкого“ кесарского сечения, впервые предложенного еще Oslander'ом в 1805 г. При этой модификации проще техника, меньше кровотечение, уменьшается опасность инфекции брюшной полости, — благодаря изолированию ее от изливания больших количеств околоплодной жидкости, легче последующее зашивание маточной раны, последняя после зашивания ставится в лучшие условия заживления, — во-первых, потому что вследствие меньшей толщины ее краев напряжение раневого секрета меньше, во-вторых, потому, что, вследствие отсутствия активной сократительности мышц и менее резко выраженным процессам обратного развития, наложенные на нее швы менее повреждаются, — более удобна и совершенна перитонизация маточной раны в виду большей подвижности брюшины в этой области, гораздо реже, как уже было сказано выше, в дальнейшем образуются брюшинные сращения, при последующих беременностях в гораздо меньшем проценте получают разрывы матки, и, наконец, место прикрепления плаценты при этом остается интактным. В виду всех этих преимуществ „низкое“ кесарское сечение и признается теперь операцией выбора и для „чистых“, и для сомнительных случаев как русскими авторами (Черкасов, Гусаков, Пальмов и др.), так и заграничными (Schweitzer, König, Menge, Huber и мн. др.). Лишь при pl. praevia, казалось бы на первый взгляд, корпорреальный разрез выгоднее „низкого“, как абдоминальное кесарское сечение выгоднее рукавного. Однако, наблюдения многочисленных современных авторов (Siegel³²), Stoeckel³³), Pankow³⁴), у нас Пальмов³⁵), Исаакян³⁶) показывают, что именно при этой аномалии цервикальное кесарское сечение особенно пригодно, так как оно позволяет легче и надежнее остановить кровотечение. Применяв трансперитонеальное низкое кесарское сечение в 7 случаях, мы вполне убедились в его преимуществах. Отмечаемой некоторыми авторами трудности извлечения головки плода при низком разрезе матки мы подтвердить не могли, так как во всех случаях это извлечение удавалось нам легко — или просто ручными приемами, после установления в разрез матки личика при помощи пальца, введенного в ротик ребенка, или с помощью одной ложки прямых щипцов, которою мы действовали, как рычагом, вводя ее под головку со стороны симфиза.

Не останавливаясь на других модификациях кесарского сечения, заметим, что каждая из них имеет свои выгоды и невыгоды. А раз это так, то, очевидно, акушеру в выборе той или другой модификации надо индивидуализировать отдельные случаи, применяя каждый раз такой вид операции, который в данном случае является наиболее выгодным для

³²) Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXIII, N. 1—2.

³³) Zentr. f. Gyn., 1920, № 29.

³⁴) Halban-Seitz, Phys. u. Path. des Weibes, Bd. VIII.

³⁵) Журн. Ак. и Ж. Бол., 1926, № 2.

³⁶) Журн. Ак. и Ж. Бол., 1928, № 1.

матери и плода. Для большинства случаев операцией выбора мы, однако, на основании как личных наблюдений, так и данных новейшей литературы считали бы трансперитонеальное цервикальное—или, лучше сказать, низкое ретроперитонеальное—кесарское сечение.

Заканчивая на этом свой краткий доклад, считаем необходимым отметить, что, выступая с ним, мы вовсе не имели в виду внести что-либо существенно-новое в вопрос о кесарском сечении,—вопрос, история которого насчитывает целые тысячелетия: для этого наш материал,— всего 59 случаев,—правда, довольно разнообразных по показаниям и технике,—слишком мал по сравнению с сотнями случаев данной операции, публикуемых зарубежными авторами. Мы хотели бы только отметить в нем наиболее важные, с нашей точки зрения, изменения, внесенные в этот вопрос в последнее время, дабы подвергнуть их широкому товарищескому обсуждению на настоящем съезде. Свои же выводы по данному вопросу мы могли бы формулировать в виде следующих положений:

1) Призывая вполне желательным расширение круга применения абдоминального кесарского сечения, мы все же считаем необходимым возможно точно установить как показания, так и условия для этой операции и строго придерживаться в практике этих показаний и условий.

2) В интересах как матери, так и особенно ребенка желательно производить эту операцию не под общим ингаляционным наркозом, а под местной инфильтрационной анестезией.

3) Выбор между различными техническими модификациями кесарского сечения должен зависеть от индивидуальных особенностей каждого данного случая, причем, однако, для главной массы случаев наиболее подходящей модификацией надо считать трансперитонеальное низкое, ретроперитонеальное кесарское сечение.
